LA LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES



PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

8, RUE DE L'UNIVERSITÉ, 8

—

1869

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com . . . le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 4 janvier 1869.

L'année commence bien.

M. le Préfet de la Seine vient de prendre un arrêté — auquel nous avons fait allusion dans notre dernier numéro (31 décembre) — que tous les amis de l'hygiène publique accueilleront avec reconnaissance.

Voici le texte de l'arrêté:

ARRÊTÉ

Article 1er. — A partir du 1er janvier 1869, les parents qui auront à faire constater à domicile la naissance d'un enfant, devront faire la demande par écrit dans les *vingt-quatre* heures de la naissance, à la mairie de leur arrondissement, avec indication :

1° Des noms, prénoms et domicile des parents ;

2° Des jours et heures où la naissance a eu lieu ;

3° Du sexe de l'enfant.

Art. 2. — La constatation à domicile sera faite, sans frais d'aucune espèce pour les parents, par un médecin de l'état civil.

Art. 3. — Le bulletin de constatation, déposé à la mairie par le médecin de l'état civil, tiendra lieu de présentation de l'enfant pour la déclaration de naissance, qui devra toujours y être faite dans les formes et délais des articles 55 et suivants du Code Napoléon.

Le préfet de la Seine,
HAUSSMANN.

Cet arrêté consacre enfin, pour Paris, un mode de faire établi depuis nombreuses années dans une grande partie de nos départements, et qui écarte de l'enfance les dangers attachés à leur transport dans les saisons rigoureuses.

— Mardi prochain, nous aurons le plaisir de mettre sous les yeux de nos lecteurs le relevé des améliorations introduites dans l'Assistance publique depuis 1852.

Dr E. Le Sourd.

PSYCHOLOGIE NATURELLE

« Il s'en faut, dit Montesquieu, que le monde intelligent soit aussi bien gouverné que le monde physique; car, quoique celui-là ait aussi des lois qui, par leur nature, sont invariables, il ne les suit pas constamment comme le monde physique suit les siennes. » Ces quelques lignes renferment implicitement l'énoncé très-abrégé des problèmes de la liberté humaine et de la responsabilité qu'elle entraîne. C'est à l'étude de ces redoutables problèmes qu'est consacré l'ouvrage que vient de publier récemment M. le docteur Prosper Despine (1). Lorsque M. Broca, en présentant cet ouvrage à ses collègues dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, en exposa en quelques mots l'objet et le plan, nous fûmes frappé tout à la fois et de l'importance du sujet et de la hardiesse de quelques-unes des propositions formulées par son auteur. Il n'en fallait pas davantage pour nous engager à parcourir ce livre sans délai. La besogne n'était pas petite, il ne s'agissait de rien moins que de parcourir trois gros volumes; mais l'attrait était puissant, et nous avons été amplement dédommagé par l'intérêt ... ant et soutenu que nous avons trouvé à cette lecture, bien qu'elle ait éveillé plus d'une fois dans notre esprit des doutes et des surprises. Mais comme le disait un de nos spirituels confrères en soumettant à l'Académie une des productions de son esprit aventureux : « Le plus grand hommage qu'on puisse rendre à un corps savant est de lui apporter des paradoxes appuyés de preuves. » Vérité ou paradoxe, toutes les fois qu'un auteur nous gratifie du produit de ses observations et de ses méditations, nous lui devons notre attention, quitte à lui refuser notre assentiment s'il n'est pas parvenu à nous convaincre. Si ce sont des vérités qu'il nous apporte, nous en faisons immédiatement notre profit, si ce sont des paradoxes, ils nous surprennent d'abord, puis ils provoquent l'examen, ils ouvrent à l'esprit des aperçus nouveaux, et en fin de compte, s'ils ne deviennent pas des vérités à l'épreuve de l'analyse, ils y conduisent souvent par la contradiction même et la critique. Nous ne voulons rien préjuger pour le moment sur l'effet définitif qui ressortira de la lecture de l'ouvrage de M. Despine, nous n'en voulons traduire seulement qu'une première impression. Mais avant, et pour la justifier, il faut en exposer le sujet.

La prétention avouée de cet ouvrage est d'introduire définitivement la psychologie dans le domaine des sciences exactes, en formulant la loi qui règle l'exercice des facultés réflectives lorsqu'elles fonctionnent simultanément avec les facultés instinctives ou morales.

Cette loi se résume dans cette simple formule, à savoir : que les manifestations anormales de l'esprit sont régies par les mêmes lois que ses manifestations normales. Grâce à cette loi, l'auteur se croit en mesure de faire savoir ce qu'il faut entendre par raison ; et en spécifiant le caractère psychologique de la folie, soit chez le malade, soit chez l'homme bien portant, on arrive, suivant lui, à savoir pourquoi la folie et la raison peuvent exister en même temps chez le même individu ; pourquoi l'homme le plus intelligent, le plus instruit, le plus intellectuellement raisonnable, peut être moralement fou, privé de la raison morale et de la liberté morale, et irresponsable moralement de ses actes. L'auteur dégage la liberté morale qui s'exerce sur des désirs intéressant le bien et le mal, et à l'égard desquels la conscience se sent liée, liberté qui, seule, rend moralement responsable des autres libertés, simples pouvoirs de faire ce que l'on désire.

Enfin M. Despine s'est proposé de démontrer dans son ouvrage que de toutes les sciences aucune n'est plus féconde en préceptes pratiques que la psychologie, et qu'aucune n'en donne de plus importants. Le Γνῶθι σεαυτόν de Socrate n'a été en général interprété et appliqué que d'une manière trop étroite par quelques philosophes, qui se sont bornés à s'étudier eux-mêmes dans le silence du cabinet et dans le calme des passions. N'observant que les régions pures et sereines de l'intelligence et de la morale, ils ont négligé l'étude des manifestations psychiques dans les diverses races humaines et celles des manifestations anomales de leur propre race dans les actes bizarres, irrationnels et criminels, et ils se sont privés ainsi d'une source féconde de découvertes psychologiques. Ce que les philosophes ont négligé de faire, M. Despine l'a tenté. « En lisant, sans idées préconçues, le compte-rendu des procès criminels, dit-il, je fus frappé de la constance avec laquelle se répétait, chez les individus qui commettent de sang-froid les grands crimes, un état psychique caractérisé par l'absence de toute réprobation morale contre le désir de commettre ces actes pendant la préméditation, et par l'absence non moins absolue de remords après leur exécution. Je fus alors induit à examiner si cette particularité appartenait seulement aux cas qui s'étaient offerts à mon attention, ou bien si elle était une règle invariable, ce qui aurait été contraire aux idées que l'enseignement et la tradition m'avaient données sur la conscience morale, réputée universellement ressentie, et sur le remords, considéré comme un châtiment infligé aux criminels. J'étudiai cette question toute neuve sur la plus vaste échelle possible, afin d'en avoir une solution exacte, et j'acquis promptement la certitude que cette particularité psychique était une règle invariable chez ces criminels. Le crime commis de sang-froid, n'ayant lieu que dans une condition psychique constante, trouvait sa cause indispensable dans cette condition même. Or celle-ci étant l'absence du sens moral, et cette absence étant une anomalie grave, je me demandai si cette anomalie ne compromettait pas la raison et le libre arbitre de ceux qui en étaient affectés. »

Conduit par là à étudier le rôle du sens moral dans la production de la raison et du libre arbitre, M. Despine croit y avoir reconnu la condition essentielle de l'existence et de l'exercice de la raison et de la liberté morale, ou en d'autres termes du libre arbitre. La raison et le libre arbitre ne lui ont plus paru des facultés premières, mais la conséquence de l'exercice de certaines facultés intellectuelles et morales, l'existence et la perfection de la raison et du libre arbitre dépendant de l'existence et de la perfection de ces facultés intellectuelles et morales ; dès lors, la raison et le libre arbitre ne se présentaient plus à lui comme les pouvoirs n'existant qu'à la condition d'être complets et permanents, mais comme des pouvoirs que l'esprit pouvait posséder relativement, partiellement et même temporairement.

Enfin, les cas extrêmes, par leur anomalie, étant ceux dans lesquels les lois naturelles se laissent quelquefois le mieux apercevoir, il en a déduit la loi qui préside à l'exercice simultané des facultés réflectives et des facultés instinctives.

Passant des crimes aux passions, M. Despine a constaté que, sous l'influence des passions, certaines personnes commettent des actes immoraux sans en être détournées par leur conscience et sans en éprouver des remords; tandis que d'autres, au contraire, malgré la violence de leur passion, réprouvent les pensées et les désirs pervers qu'elle leur inspire et éprouvent des remords lorsqu'elles y succombent. En analysant l'état psychique des uns et des autres, il a vu pourquoi tantôt les passions, même peu vives, aveuglent complétement l'homme au point de l'empêcher de comprendre l'absurdité ou l'immoralité de ses inspirations, au point de lui ravir la raison et le libre arbitre, et pourquoi, dans d'autres circonstances, elles le laissent entièrement libre, malgré leur violence.

En un mot, chercher à déterminer les cas dans lesquels la raison et le libre arbitre ont présidé aux actes de l'homme et ceux dans lesquels ils n'y ont pas participé, tel est le but que s'est proposé M. Despine. Nous ne pourrions, sans laisser prendre à cet article des proportions démesurées, le suivre dans les développements qu'il donne à l'étude des facultés de l'âme et des éléments de la raison et du libre arbitre, dans les conditions normales et dans les conditions anormales, chez l'homme sain et éclairé et chez l'homme aliéné et dépourvu de sens moral, chez les différentes races humaines et dans les conditions diverses de civilisation où elles se trouvent placées. Il y a là un vaste champ d'étude que l'auteur a parcouru avec un rare et persévérant courage.

Cette manière d'envisager la question du libre arbitre chez les criminels, ainsi assimilés à des fous sous le rapport de la responsabilité morale, avait pour conséquence logique d'appeler une réforme dans le système pénitentiaire. Ce n'est plus, en effet, par des peines corporelles et infamantes, ce n'est plus par la répression violente qu'il faut demander compte de leurs actions criminelles à des hommes privés de discernement et de sens moral, c'est par les moyens d'instruction et de moralisation qu'il faut chercher à les ramener dans la voie du bien et du juste dont la notion leur manque. A une maladie morale il faut un traitement moral et non des châtiments. « Développer les sentiments moraux des populations par l'éducation et par l'instruction morale ; éloigner, combattre et supprimer, autant que possible, les causes existantes de la perversité; empêcher directement les crimes qui peuvent être sûrement prévus; » telles doivent être les bases de la prophylaxie criminelle.

Tout n'est pas à l'état d'utopie dans ces propositions et dans ces projets de réforme, et on trouvera dans le livre de M. Despine des détails extrêmement intéressants et instructifs sur les résultats qu'a déjà donnés dans quelques établissements pénitentiaires l'application partielle et encore incomplète de ce principe de la réhabilitation par les moyens de douceur unis à l'enseignement et à l'éducation morale.

M. Despine, toutefois, ne se dissimule pas les difficultés de l'entreprise.

« Croire à l'adoption immédiate du système de moralisation, à l'abandon de celui des châtiments à l'égard des criminels, dit-il, serait une illusion... Mais ce qui donne la certitude que le système moralisateur ne tardera pas à prévaloir, c'est que les esprits sont déjà tournés de ce côté, et que ce système, employé partiellement, a donné des succès prodigieux. Il ne lui manquait, pour être définitivement adopté tôt ou tard, que la sanction de la science. Cette sanction existe aujourd'hui... »

M. Despine a été soutenu, dans l'accomplissement de son œuvre considérable et éminemment méritoire, par deux pensées : la première, c'est qu'avec les principes qu'il a déduits de l'étude de la nature, il croit être arrivé à ce résultat, que tous les problèmes psychologiques jusqu'à ce jour insolubles, se résoudront désormais avec facilité ; la seconde, c'est que tous les préceptes pratiques qui dérivent directement de ces principes sont conformes à la morale la plus élevée et la plus pure.

« Les connaissances psychologiques nouvelles émises dans cet ouvrage, dit-il, ne portent aucune atteinte aux principes éternels de la morale et de la justice que Dieu a mis dans nos cœurs. Aux individus privés de raison et de libre arbitre, et qui ont commis librement des fautes, il faut, d'après ces mêmes principes, des punitions même malgré le regret sincère que ces individus éprouvent de leurs fautes, car ces punitions sont méritées. Les progrès de la psychologie donnent donc un nouvel appui à ces principes de morale et de justice, et surtout ils permettent d'en faire une application meilleure et plus éclairée.

(1) Psychologie naturelle. — Étude sur les facultés intellectuelles et morales dans leur état normal et dans leurs manifestations anormales chez les aliénés et les criminels, par Prosper Despine, 3 vol. in-8°, Paris, 1867.

La psychologie élevée au rang des sciences naturelles, basée sur les lois auxquelles l'esprit humain est soumis, devient une source de préceptes essentiellement pratiques. »

Nous faisons ces citations pour montrer à quelle distance l'auteur de la *Psychologie naturelle* se place des doctrines qui subordonnent le libre arbitre aux conditions purement organiques, le réduisant ainsi à une sorte de nécessité fatale qui l'enchaîne et le détruit en réalité. Mais s'il a échappé à ce danger ou à ce piége tendu aux partisans des idées positivistes, n'a-t-il pas côtoyé un autre écueil en faisant descendre le sens moral et le libre arbitre du rang de facultés premières où les avaient élevés la plupart des philosophes, pour les faire dépendre du degré de développement et de culture des facultés intellectuelles? Sans doute, les études physiologiques, en nous montrant partout des faits et des conditions de rapports et de relations, et en nous habituant à la recherche des lois de subordination réciproque, justifient jusqu'à un certain point cette idée de subordination du sens moral aux conditions mêmes de l'intégrité des facultés de l'intelligence. Mais sera-t-il facile de faire accepter ces idées par tous ceux pour qui les notions de bien et de mal, comme les principes de morale qui en découlent, conservent leur caractère absolu et universel, indépendamment des circonstances qui peuvent atténuer, mais qui ne détruisent jamais à leurs yeux la responsabilité humaine? Nous laisserons aux philosophes et aux gardiens naturels des droits et des intérêts de la société, le soin d'examiner à leur point de vue la doctrine de M. Despine, et aux psychologues le droit d'apprécier la justesse des observations et de relever quelques hardiesses de langage psychologique. Pour nous, médecins et physiologistes, nous ne pouvons qu'applaudir aux efforts qu'a faits notre confrère pour jeter un jour nouveau sur les rapports de la psychologie avec la physiologie, et pour faire prévaloir au nom de l'une et de l'autre, sur les anciens systèmes de répression qui aigrissent sans corriger, les principes de l'instruction et de la moralisation qui corrigent en éclairant.

D[r] Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Bouchut (1).

DES TUBERCULES DE LA CHOROIDE ET DE LA RÉTINE

pouvant servir au diagnostic de la tuberculose cérébrale.

En me livrant à une analyse clinique aussi minutieuse du fait que j'ai observé, j'ai voulu montrer les aspects variés par lesquels ce fait mérite d'occuper l'esprit du praticien et du nosographe. Il soulève différentes questions importantes de diagnostic et de nosologie, il m'a servi à établir une fois de plus l'exactitude de la loi de coïncidence des lésions névro-choroïdiennes avec les affections aiguës du cerveau, de la moelle et des méninges. Il montre enfin la preuve que des granulations tuberculeuses de la choroïde indiquent des granulations semblables du cerveau ou des autres organes, fait établi par l'ophthalmoscope et confirmé par l'examen histologique.

Tout cela est bien, mais ce n'est pas assez. Pour tirer de ce fait rare tous les enseignements qu'il comporte, je vais étudier les caractères des granulations tuberculeuses de la rétine et de la choroïde telles qu'elles se sont offertes à moi sous l'ophthalmoscospe pour les différencier des plaques d'atrophie choroïdienne, ou seulement de l'atrophie choroïdienne miliaire.

Les tubercules de la rétine, formés par la métamorpbose granulo-graisseuse des éléments normaux de la rétine, sont sous forme de petites plaques blanchâtres entièrement formés de gouttelettes de graisse. Les granulations tuberculeuses de la choroïde sont en général blanches nacrées, brillantes et comme découpées à l'emporte-pièce. Mais quelquefois elles sont blanchâtres rosées, peu distinctes. Elles paraissent, sous la lumière de l'ophthalmoscope ordinaire, deux à trois fois plus larges qu'elles ne le sont réellement, car après la mort, des granulations, très-évidentes pendant la vie, sont presque invisibles à l'œil nu sur le cadavre. J'ai même observé un cas où, après avoir constaté de fines granulations pendant la vie, je ne les ai pas retrouvées à l'autopsie, et il a fallu l'examen au microscope pour me permettre de les retrouver.

Elles varient dans leur aspect relativement à leur volume, et ont en apparence un demi à un et deux millimètres de diamètre; on les voit entre les vaisseaux de la rétine et à une certaine distance de la papille; elles sont quelquefois placées sous une veine qui les couvre et semble les diviser en deux; mais cette disposition a cela d'avantageux, qu'elle montre bien que le siége de la lésion est au-dessous de la rétine. Jusqu'ici, je n'en ai pas vu le long des vaisseaux rétiniens, comme il arrive aux exsudations de la rétinite albumineuse ni autour de la papille, comme dans l'atrophie choroïdienne simple. Assez régulièrement arrondies, leurs bords sont très-nets, et je n'en ai pas encore vu qui soient entourées d'une zone d'hyperémie bien caractérisée. Presque partout elles ont l'aspect brillant que j'ai signalé plus haut, aspect très-évident sur quelques malades et que j'ai vu dans la ville et particulièrement sur mademoiselle J..., que je voyais en consultation, en 1865, avec les docteurs Boucart et Poinsot.

Dans ce cas, l'enfant avait eu une forte convulsion subite suivie d'hémiplégie temporaire qui avait guéri en trois ou quatre jours sans laisser de traces, mais deux mois après elle mourait de méningite aiguë, après m'avoir offert une innombrable quantité de granulations blanches nacrées de la choroïde absolument semblables aux granulations tuberculeuses.

Je n'ai malheureusement pu faire l'autopsie de tous les cas de ce genre qui se sont présentés à moi, puisque la plupart ont été vus chez des enfants de la ville ou qu'à l'hôpital j'ai eu pour empêchement des oppositions de famille à l'autopsie; mais, chez les enfants dont les yeux ont pu être examinés, M. Ordoñez et moi nous avons pu voir qu'à cette apparence des granulations choroïdiennes correspondait une altération des éléments histologiques caractérisant le tubercule.

Quels sont donc les caractères de ces tubercules? Ce sont de petits grains formés de granulations moléculaires, de noyaux libres, de cytoblastions et surtout de cellules choroïdiennes en voie de régression graisseuse, ayant perdu leur apparence polyédrique normale et infiltrés de granulations ou de petites gouttelettes de graisse. Régression granulo-graisseuse de ses éléments normaux ou pathologiques, voilà ici pour la choroïde, comme dans tous les autres organes, les caractères de la tuberculose.

Maintenant, à côté de cette lésion de la choroïde, il y en a une autre qui s'en rapproche parce qu'elle produit l'aspect granuleux de la rétine, c'est l'*atrophie choroïdienne miliaire*, lésion non décrite qui nous a trompés, M. Liebreich et moi, et qui assurément trompera d'autres observateurs. Je ne parle pas de l'atrophie choroïdienne en plaques qui est assez facile à reconnaître, et je ne veux caractériser que celle qui donne au fond de l'œil un aspect miliaire blanchâtre de sable fin distinct de l'aspect clair que présente l'œil faiblement pigmenté des sujets à cheveux blonds. Cette apparence sablée générale ne résulte pas de la présence de granulations distinctes, car à l'autopsie on n'en trouve aucune, et il n'y a sous le microscope qu'une dépigmentation anomale très-caractérisée des cellules choroïdiennes.

Voici maintenant d'autres obserations qui confirment ce qui précède, et on verra, par l'étude histologique de la rétine et de la choroïde affectées de tuberulose, combien l'ophthalmoscope est utile au diagnostic des cas de ce genre. Ici, l'étude histologique a été faite soit par M. Ordonez, soit pour l'une d'elles par M. Cornil.

Obs. II. — *Méningite tuberculeuse généralée; ophthalmoscopie; thrombose des veines de la rétine; granulations blanches tuberculeuses de la rétine.*

Victorine M..., 7 ans, entrée le 24 juillet 1866 au n° 12 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants (M. Bouchut).

Cette enfant, sur laquelle on n'a pas de renseignements, a été amenée par une voisine qui a dit que enfant vomissait beaucoup depuis quatre jours, et l'on ne savait pas si elle avait eu des évacuations alvines.

Depuis vingt-quatre heures elle n'a pas vomi et n'a pas été à la garde-robe. Elle se plaint de céphalalgie frontale, ne crie pas, n'est pas endormie, a le ventre un peu rétracté et le pouls inégal, irrégulier, intermittent, 72.

Ophthalmoscopie. — L'examen du fond de l'œil indique du côté gauche un peu de décoloration de la choroïde ou atrophie choroïdienne, la dilatation de quelques veines rétiniennes un peu d'atrophie papillaire, et à la partie inférieure deux granulations allongées blanches juxtaposées qui semblent placées sous la rétine, parce que des vaisseaux se trouvent en avant. Une troisième granulation se trouve en dehors, et il y en a une masse de plus petits sur le fond de la rétine. Du côté droit il y a de l'hyperémie papillaire et un peu d'infiltration séreuse du côté externe.

Deux sangsues sont appliquées aux apophyses mastoïdes.

Le 26, même état. Deux nouvelles sangsues.

27 juillet. Les sangsues ont coulé pendant une heure.

L'enfant a été agitée cette nuit, ne crie pas, a quelques grincements de dents, la respiration ralentie, le ventre rétracté, pas de soupirs.

Elle est un peu somnolente, offre du strabisme divergent, sans prolapsus de la paupière; il est impossible de savoir si elle a des troubles visuels. Peu de soif, un vomissement; pas de garde-robe depuis l'entrée à l'hôpital.

Le pouls très-lent, inégal, irrégulier, 56. Julep avec *iodure de potassium*, 2 grammes.

28 juillet. Plusieurs vomissements, deux garde-robes liquides. Un peu de somnolence. Pas de cris ni de soupirs. Même état du pouls, 56 pulsations.

Julep avec *iodure de potassium*, 2 grammes.

Cette enfant est restée dans le même état pendant plusieurs jours, toujours assoupie, ayant cependant sa connaissance et pouvant boire, ne vomissant pas, allant à la garde-robe, ne poussant pas de cris et n'ayant ni convulsions ni paralysie. Le pouls cessa d'être irrégulier, intermittent, prit une fréquence excessive, et est dans cette situation que l'enfant succomba le 6 août.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Cerveau. Le cerveau semble tuméfié et comprimé dans la dure-mère, et les deux feuillets de l'arachnoïde, extrêmement secs, sont collés l'un à l'autre.

La *pie-mère* est fort injectée, très-rouge, surtout par places, au côté externe des hémisphères, et les veines méningées paraissent très-nombreuses et distendues par le sang.

Les *sinus de la dure-mère* sont également remplis de sang liquide sans caillots.

Les circonvolutions sont aplaties, adhérentes à la pie-mère, légèrement ramollies à la surface. La substance grise présente une coloration rosée due à l'hyperémie capillaire.

La substance blanche présente une injection considérable, sans ramollissement appréciable.

Les ventricules latéraux ne sont pas dilatés et les parois sont peu ramollies.

Nulle part il n'y a de tubercules.

Dans la scissure de Sylvius, des deux côtés et à la base dans l'hexagone cérébral et à la partie supérieure du cervelet, la pie-mère est infiltrée de pus jaune verdâtre; elle renferme çà et là des granulations grises demi-transparentes qu'on retrouve également très-nombreuses dans les plexus choroïdes, et quelques-unes sont éparses sur la face externe du cerveau aux environs du lobe moyen.

Examen des yeux au microscope, par E. Ordonez. — *L'œil gauche* présente une atrophie chroroïdienne très-bien caractérisée.

La couche interne de cette membrane (celle qu'on appelle le vernis de la choroïde) n'existe plus. On en trouve dans la préparation quelques rares cellules presque entièrement dépigmentées. La couche externe (ou *lamina fusca*) existe partout, mais évidemment les granulations pigmentaires sont beaucoup plus pâles qu'à l'état normal.

Dans la rétine, j'ai trouvé à une certaine distance autour de la papille trois petits groupes légèrement jaunâtres, visibles même à l'œil nu avec un peu d'attention; à la loupe, leurs contours un peu diffus devenaient facilement saisissables. Ces points, examinés au microscope, étaient totalement composés de granulations de graisse, même de gouttelettes assez volumineuses.

Les différentes couches de la rétine ne présentaient rien de remarquable, si ce n'est la couche de myélocites au milieu de laquelle on voyait quelques-uns de ces éléments avoir un volume parfois triple du volume normal, presque transparents et parfaitement sphériques.

Rien de particulier du côté des vaisseaux sanguins.

OEil droit. Les veines sont très-gorgées de sang, et la circulation est en effet interrompue par places, chose dont il est très-facile de s'assurer par la simple dissection à la loupe.

Le *chiasma* des nerfs optiques ne présente rien de particulier.

Cette enfant était amenée à l'hôpital par des personnes qui ne pouvaient fournir sur elle d'autre renseignement que celui d'une maladie récente datant de quatre jours, et accompagnée de vomissements. Ce fut tout. Au bout de vingt-quatre heures, il n'y avait eu ni vomissements ni évacuations alvines. Il n'y avait pas de somnolence. Tout se bornait à de la céphalalgie et à de notables irrégularités du pouls qui était ralenti.

C'est dans ces conditions qu'il fallut faire un diagnostic. L'idée d'une méningite se présenta à mon esprit; mais comment se prononcer sur un aussi petit nombre de symptômes? C'était fort chanceux. Eh bien! ce que l'étude des troubles fonctionnels ne permettait pas de faire, l'ophthalmoscope l'autorisait. Après avoir constaté la *névro-rétinite tuberculeuse* et l'atrophie papillaire gauche, déjà ancienne, et une névrite partielle du côté droit, je conclus à l'existence d'une méningite tuberculeuse, et l'autopsie a vérifié la justesse de ce diagnostic.

De plus, l'histologie de l'œil, que je dois à l'obligeance de M. Ordonez, établit une parfaite concordance entre la recherche cadavérique et les résultats de l'examen à l'ophthalmoscope fait pendant la vie. J'ai pu ainsi savoir quelle était la structure de ces plaques blanches de la méningite, que jamais encore personne n'avait étudiée de cette manière. Ce sont des tubercules miliaires formés de granulations graisseuses dues à la régression des éléments normaux de la rétine.

Obs. III. — *Méningite tuberculeuse de la convexité; tuberculose générale; névrite optique; tubercule de la choroïde.*

V... Louise, âgée de 24 mois, est entrée le 6 avril 1867 dans le service de M. Bouchut, au n° 40 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Cette enfant, depuis le 3 avril, a des vomissements, de la constipation et un peu d'abattement.

État actuel. — Enfant petite, peu développée, somnolente, poussant des soupirs et des cris aigus de frayeur; soif fréquente, vomissements répétés, une garde-robe moulée. Toux peu fréquente; bonne résonnance de la poitrine; pas de râles; agitation, insomnie, plaintes continuelles, mâchonnement fréquent, peau modérément chaude. Pouls inégal, irrégulier, intermittent. Ventre flasque, sans élasticité ni dépression, laissant voir les circonvolutions intestinales à travers les parois abdominales.

Dans les yeux il y a une infiltration séreuse de la papille, à gauche, qui en marque tout le côté externe; veines tortueuses et très-dilatées, et en dehors de la macula une granulation grise, brillante, assez large.

11 avril. Pas de vomissements, pas de garde-robe, moins de cris, pas de grincements de dents, toujours des soupirs. Depuis hier il y a une hémiplégie incomplète à droite; peau chaude, pouls petit, irrégulier, moins fréquent, 140.

13 avril. L'enfant est dans les convulsions générales; elle est accablée; yeux ouverts, mais ne paraît pas voir. Hémiplégie droite, et dans le membre supérieur gauche, convulsions cloniques.

14 avril. Les convulsions ont cessé et il y a une demi-paralysie générale dans les quatre membres; même état des yeux. Les deux poumons sont le siége de râles muqueux très-abondants. Peau modérément chaude, pouls très-fréquent, petit, à peine appréciable.

Autopsie. — La *pie-mère*, fort congestionnée, adhère aux circonvolutions cérébrales qui sont ramollies à la surface. Elle était infiltrée de sérosité opaline, à peine purulente, et ne présentait de pus et quelques granulations tuberculeuses que dans la scissure inter-hémisphérique et sur la face interne de l'hémisphère gauche.

A la base et dans la scissure de Sylvius, il n'y a point d'infiltration purulente ni de granulations tuberculeuses. Les ventricules latéraux sont dilatés, leurs parois ramollies.

Dans les *poumons* existe un certain nombre de granulations tuberculeuses.

Dans l'*œil gauche* existe, dans l'épaisseur de la choroïde, une granulation saillante, dure, jaune verdâtre, du volume d'une très-grosse tête d'épingle, entourée d'une petite zone d'hypérémie et formée de matière tuberculeuse.

Les autres organes n'offrent rien de particulier.

Réflexions. — Le diagnostic n'a pas été ici un seul instant douteux, tant sous le rapport des symptômes habituels que

---

(1) Voir notre dernier numéro.

...is celui des signes ophthalmoscopiques. Relativement à ces ...niers, les seuls dont je m'occupe en ce moment, l'enfant a ...rt, dès l'instant de son entrée à l'hôpital, une névrite optique ...u caractérisée à gauche par la diffusion de la papille, par ... infiltration péripapillaire grisâtre évidente par la dilatation ...a flexuosité des veines rétiniennes, et enfin par une granu-...on blanchâtre tuberculeuse sous-rétinienne.

...ette altération nous montrait un tubercule de la choroïde ...z un sujet qui avait une méningite soupçonnée tubercu-...se, et l'autopsie a montré en effet que la lésion de l'œil in-...uait bien celle des méninges.

...ette altération existait à l'œil gauche, tandis que dans l'œil ...it il n'y avait que des altérations moins avancées et pas de ...ulations. J'en ai conclu que la lésion des méninges et du ...eau était plus considérable à gauche, dans l'hémisphère ...espondant à l'œil le plus malade. Cela était vrai, car à l'au-...ie on ne trouva qu'une infiltration tuberculeuse de l'hé-...phère gauche au-dessus du corps calleux. Pendant la vie, ...vait constaté d'ailleurs une hémiplégie incomplète et pas-...ère du côté droit.

...e fait est extrêmement curieux et révèle une fois de plus ...actitude de ma loi de coïncidence des lésions intra-oculaires ... les lésions cérébrales. En effet, il y a eu ici infiltration ...papillaire et tuberculose choroïdienne chez un enfant qui ...t une méningo-encéphalite tuberculeuse. La lésion de l'œil ...it pu suffire à l'établissement du diagnostic, mais nous ne ...avons pas donné cette importance, et nous ne la signalons ... pour compléter l'ensemble des symptômes offerts par la ...ade.

(La fin au prochain numéro.)

HOPITAL DE GENÈVE. — M. Piachaud.

HÉMORRHAGIE DE LA VERGE.

...ltration urineuse. — Ictère. — Abcès des poumons. — ...utopsie le 25 novembre au matin. — Fausse route. — ...bcès des poumons.

(...bservation recueillie par M. le docteur Pétavel, interne du service.)

...nommé B..., garçon d'hôtel, âgé de 27 ans, entre le 12 novem-... l'hôpital, à onze heures du soir. Le malade ne peut uriner, et il ... dans l'espérance qu'on pourra le soulager. Il nous dit qu'on l'a ...é les jours précédents en ville; il ajoute qu'il y a trois heures de ...s qu'on a essayé de le sonder avec une sonde métallique, mais ...n'a pas pu arriver dans la vessie. Le malade est très-angoissé ...t avoir été en traitement pour une blennorrhagie et un rétrécis-...nt. A sa demande, on le place dans une salle de pensionnaires. ...qu'on le déshabille, on remarque que ses deux chemises sont ...nglantées ainsi que ses deux paires de caleçons; il est trop tard ...lui donner un bain; de la verge il s'écoule du sang.

...e fois au lit, le malade essaye d'uriner, ses efforts n'aboutissent ...augmenter le flux sanguin. A la percussion, la vessie remonte à ...travers de doigt au-dessus du pubis, le toucher rectal n'indique ...de particulier. Le malade demande à être sondé. Le sondage par ...onde molle, dans un cas si grave, nous semble être indiqué, ces ...s nous ayant toujours rendu les plus grands services. Nous pre-... une sonde de 33 centimètres de longueur, nº 16/2, et avec toutes ...récautions nécessaires nous l'introduisons dans le canal de ...hre. Jusqu'à la région prostatique, l'on ne rencontre aucune dif-...é, seulement, au niveau de cette région, l'on sent que la sonde a ...peine à s'engager; on temporise un peu, et à la fin, après avoir ... à la sonde un mouvement de rotation, l'on parvient dans la ... De l'urine claire, abondante, sans odeur, sort de la vessie ...ulsations). Le malade, après la mixtion, est soulagé. (L'on pres-... potion calmante, la tisane de chiendent et des compresses ...he toutes les heures sur le pénis et le scrotum.) Le malade ...assez bonne nuit; au matin il veut essayer d'uriner, mais ... Ce jour-là, on le sonde trois fois avec la même sonde, il ...nt de sang et l'urine est normale. Le 13 au soir, à sa ...é dans le service de M. le docteur Juillard, où il reste ...sonde avec la même sonde pendant ces quelques ...e quelques légers frissons et des vomissements; ...uième jour, de l'ecchymose bipalpébrale et sous-...asse dans le service de médecine le 19 (120 pulsa-...se des conjonctives devient beaucoup plus prononcée. ...ration ictérique de la peau qui augmente graduelle-...is jours jusqu'à présenter la couleur jaune bronzée. ...cohit.) A la palpation, le foie dépasse les fausses ... est tendu; il peut uriner seul, mais pour opérer la ...se tenir debout. Le docteur Ducellier diagnostique ...purulente. Jusqu'au 22 novembre il a de fréquents ...urines, par l'acide nitrique, présentent une forte colora-... ses selles sont grises. (Alcoolature d'aconit, 12 grammes, dia... ..., 15 grammes, eau, 135 grammes.) Le 22 novembre, le ...est tuméfié, il se forme sur sa face dorsale et sur sa partie laté-...gauche de petites sphacèles simulant des piqûres de sangsues. ...pulsations.) De la submatité dans le poumon droit; quelques ...muqueux disséminés à droite; la tension au périnée est plus ...la palpation y est très-douloureuse.

...23 novembre, il entre dans le service de M. le docteur Piachaud, ...ut état très-grave (130 pulsations). L'on fait une petite incision ...ficielle sur la partie latérale gauche de la verge; il sort un ...e séro-purulent. La respiration est gênée, saccadée; la teinte ...est devenue orangée; son état s'exaspère de plus en plus; ce-...t il peut uriner seul lorsqu'il est debout et qu'on le soutient; ...il a 160 pulsations; il a de fréquents frissons; sa langue est ... fuligineuse, typhoïde. (6 pilules de quinine de 10 centigrammes ...udre dans la nuit.) A onze heures du soir il répond vaguement ...uestions; la respiration est très-embarrassée; matité et râles du ...on gauche; le périnée est fortement tendu; le toucher rectal est ...douloureux, mais ne signale rien.

Le 25 novembre, le malade délire; on ne peut plus saisir le pouls. Il meurt à neuf heures et demie du matin.

Autopsie, 25 novembre 1868. — Tous les tissus sont de coloration jaunâtre; l'on trouve de petits abcès métastatiques dans les poumons, surtout à gauche, depuis la grosseur d'un grain de millet à celle d'une noisette; de l'hypostase à la base des poumons; dans le cœur, le sang est très-liquide, quelques caillots fibrineux jaunâtres; le foie est hypertrophié, sa couleur est d'un rouge orangé, il est très-mou et se déchire facilement; les reins sont jaunâtres. L'on fait l'exploration des parties génitales, et après avoir préparé la vessie et le canal de l'urèthre, l'on trouve que la vessie est intacte, mais qu'une fausse route existe sur le côté gauche du véru montanum et une déchirure du canal de l'urèthre dans sa partie spongieuse.

Dans le service de chirurgie, nous avons pu observer de nombreux cas de fausse route. Ces malades sont toujours arrivés dans un état fort grave, et le cathétérisme a toujours été très-difficile à opérer. Presque tous les malades ont succombé, soit à des abcès du scrotum, soit à des infiltrations urineuses, soit à des cystites. Quelques-uns ont lutté près d'une année, mais ils ont fini par succomber.

En présence de ces nombreux cas de fausse route, l'on se demande si l'on ne ferait pas bien d'avoir toujours à sa portée une sonde molle avec laquelle l'on ne peut jamais faire de mal et dont on peut confier la manœuvre à une personne intelligente. Dans presque tous les cas, avec la sonde molle, on peut arriver jusque dans la vessie, et l'on peut toujours recourir à la sonde métallique dans les cas qui nécessitent son emploi. Le cathétérisme se présente souvent; il est bon de se souvenir que c'est une des opérations les plus délicates de la médecine opératoire; les chirurgiens français, dernièrement encore, disaient que l'on surmontait plus souvent, par la douceur et par la patience, les difficultés que l'on rencontre dans le canal de l'urèthre.

DE LA CONTRACTURE ESSENTIELLE DES EXTRÉMITÉS

et de ses rapports avec le rhumatisme (1),

Par le Dr A. Colas,

Interne des hôpitaux de Paris.

La contracture des extrémités existe à titre d'affection essentielle, c'est-à-dire indépendante de toute lésion cérébro-médullaire primitive, et dans ce cas, elle se présente sous deux formes différentes: tantôt elle reste limitée aux membres, elle est alors bénigne; tantôt elle se propage à tous les muscles, sans épargner le système musculaire de la vie organique; c'est alors qu'elle emprunte au tétanos son allure et sa gravité.

Elle est l'expression de l'influence rhumatismale, de même que les phénomènes articulaires, et le froid, quand il agit, joue le rôle de cause occasionnelle.

Elle ne fait qu'une seule et même unité morbide avec le tétanos rhumatismal.

Les moyens thérapeutiques que l'on dirige contre les accidents rhumatismaux (opiacés, bains de vapeur, etc.), lui conviennent et constituent le meilleur traitement auquel on puisse recourir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 4 décembre 1868. — Présidence de M. Chausit.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le docteur Blachez annonce à la Société qu'il est obligé de résigner les fonctions de secrétaire général; ses occupations ne lui permettant pas de satisfaire aux exigences multiples de cette position.

Il remercie la Société de la confiance qu'elle a bien voulu lui témoigner et regrette de ne pouvoir se consacrer plus longtemps à ses intérêts scientifiques.

La nomination du nouveau secrétaire général aura lieu dans la prochaine séance.

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle le scrutin pour la nomination d'un membre titulaire de la Société.

La liste de présentation est ainsi faite :

En première ligne, M. Mercier;

En deuxième ligne, M. Delpeuch;

En troisième ligne, M. Tissier.

Sur 30 votants,

M. Mercier obtient 22 suffrages;

M. Delpeuch, 6;

M. Tissier, 2.

M. Mercier, ayant obtenu la majorité absolue, est proclamé membre de la Société de médecine de Paris.

Viennent ensuite les élections aux différentes fonctions de la Société.

— Présidence.

M. G. Lagneau obtient 31 suffrages sur 32 exprimés. (Un bulletin blanc.)

M. Lagneau devient président de la Société pour l'année 1869.

— Vice-présidence (32 votants).

M. Simonot obtient 19 suffrages; M. Gros en obtient 13.

M. Simonot, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, devient vice-président de la Société pour 1869.

— Secrétaires particuliers.

Sur 28 suffrages exprimés, MM. Antonin Martin et Blondeau obtiennent chacun 27 suffrages; MM. Durozier et Worms, chacun 1. En conséquence, MM. Antonin Martin et Blondeau deviennent secrétaires particuliers pour l'année 1869.

(1) In-8°. Prix: 2 fr. 50. Paris, 1868.

— Comité de publication (19 votants).

Les membres qui obtiennent le plus de voix et qui, par conséquent, deviennent membres du comité de publication pour 1869, sont :

MM. Antonin Martin.......... 15 voix.
Blondeau.......... 14
Worms.......... 13
Collineau.......... 11

Viennent ensuite:

MM. Aimé Martin.......... 5
Charrier et de Ranse..... 2

MM. Luys, Leudet, Boinet, Gallard, Deville et Durozier, chacun.......... 1

— Conseil d'administration (19 votants).

MM. Chausit.......... 17 voix.
Boinet.......... 16
Gros.......... 2
Delasiauve.......... 2
Duparcque.......... 1

MM. Chausit et Boinet sont membres du Conseil d'administration pour 1869.

— Les membres du conseil de famille, MM. Andry, Briquet, Delasiauve, Deville et Duparcque, ainsi que le trésorier, M. Jacquemin, sont maintenus dans leurs fonctions, pour 1869, par acclamation.

OVARIOTOMIES.

M. Boinet annonce à la Société qu'il va faire une opération d'ovariotomie très-prochainement; il invite les membres que cela pourrait intéresser à y assister.

M. Jules Worms présente, de la part de M. Spencer Wells, de Londres, membre correspondant de la Société, une communication faite à l'hôpital de la Samaritaine et relative aux opérations d'ovariotomie exécutées par lui dans cet hôpital, depuis le 1er octobre 1867 jusqu'au 1er octobre 1868.

Dans cette période de temps, M. Spencer Wells a fait 36 ovariotomies complètes, sans compter 1 cas où cette opération a été faite heureusement pour la deuxième fois sur une femme opérée autrefois. Sur ces 36 cas, 31 se sont terminés par la guérison et 5 par la mort. Il est à remarquer que dans tous les cas où le pédicule a été assez long pour avoir pu être fixé par le clamp, la guérison a été obtenue. Il y a donc eu 31 cas heureux, et tous ces cas traités par le clamp.

Dans 2 cas, le pédicule a été simplement cautérisé. Une des deux malades traitées ainsi a succombé.

Dans 4 cas, le pédicule, lié, a été laissé dans la cavité abdominale; ces 4 cas ont été funestes.

Il est vrai que ces malades auraient probablement succombé, quel qu'eût été le mode de traitement employé. C'étaient des cas très-mauvais.

Quoi qu'il en soit, l'expérience faite pendant cette année confirme l'opinion que M. Spencer Wells a puisée dans sa pratique, que la condition la plus favorable dans l'ovariotomie est de pouvoir saisir le pédicule dans le clamp et de le maintenir ainsi en dehors de la cavité abdominale.

PRÉSENTATIONS.

M. Auguste Voisin. J'ai l'honneur de présenter à la Société deux pièces anatomiques. La première est relative à un paralytique général, qui a présenté, pendant les derniers jours de sa vie, des phénomènes brusques, qui ont offert un grand intérêt.

Une congestion intense s'est faite subitement, et ce malade, qui la veille allait et venait sans présenter de signes bien saillants, autres que de la démence, de l'ataxie, a été pris, en quelques heures, de délire, d'agitation excessive, d'hypertrophie considérable des membres inférieurs, du tronc, de douleurs très-aiguës lorsqu'on appuyait sur plusieurs apophyses épineuses des vertèbres cervico-dorsales, et surtout lorsqu'on y promenait un linge mouillé d'eau froide.

Je diagnostiquai une méningite cérébro-spinale, dont l'autopsie est venue démontrer les caractères.

Les méninges cérébrales étaient fortement hyperémiées; les lésions les plus intéressantes sont celles des méninges spinales et consistent dans une localisation absolue des altérations dans la partie postérieure de ces membranes, tandis que la partie antérieure est saine.

L'arachnoïde est doublée de plusieurs feuillets membraneux, d'une teinte opaline, qui offre par places une teinte presque ecchymotique, que l'on retrouve sur la pie-mère.

Vous pouvez voir, en outre sur l'arachnoïde une très-grande quantité de plaques fibro-cartilagineuses, aplaties, étoilées pour la plupart, qui, d'après leurs caractères microscopiques, sont l'indice de poussées congestives antérieures.

La substance médullaire est saine.

La seconde pièce anatomique provient d'une femme qui a succombé à une gangrène par embolie de la main et de l'avant-bras gauches. Vous pouvez voir l'artère humérale oblitérée par un corps rugueux, de consistance calcaire, qui s'est échappé de la face interne de la crosse de l'aorte, qui est toute ulcérée et présente des saillies calcaires en voie de séparation.

Le cerveau présente deux ramollissements que l'on doit appeler gangréneux, qui ont été déterminés de la même façon que la gangrène du membre supérieur.

Ces ramollissements sont rouges, limités comme par un rebord qui entoure la dépression ramollie, et entourés d'une ligne de points rouge-sang, rappelant l'apoplexie capillaire. Le microscope permet de constater qu'il n'existe à ces points rouges aucune dilatation anévrysmatique, mais seulement de petites ecchymoses.

Les artères sylviennes, qui se dirigent vers ces parties ramollies, sont obstruées par des corps de consistance calcaire, non adhérents à l'artère, et ces artères elles-mêmes ne sont le siége d'aucune altération.

Ce sont donc bien des ramollissements par gangrène, produits d'après le même mode pathogénique que la gangrène du membre supérieur.

M. Delasiauve demande à M. Voisin comment il reconnaît les signes de la gangrène de ceux du ramollissement; car on a nié la gangrène du cerveau comme celles de toutes les parties soustraites au contact de l'air.

M. Boinet ne croit pas qu'il y ait des signes distinctifs certains entre ces deux états.

M. Voisin dit qu'il a donné le nom de gangrène à la lésion cérébrale qu'il vient de présenter, parce que le ramollissement est rouge, le foyer, parfaitement net, entouré de points rouges ecchymotiques.

M. Boinet regarde cette lésion comme le ramollissement *congestif* qu'on a toujours considéré comme une forme spéciale en opposition avec le ramollissement anémique. Ces deux formes constituent le ramollissement rouge et le ramollissement blanc décrits par les auteurs.

—

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 15 JANVIER.

Installation du nouveau bureau.

Discussion sur la paralysie gloso-labio-laryngée.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : Dr Aimé Martin.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

278. Lombard (Aimé). De l'emploi obstétrical du seigle ergoté.
279. Thevillon (Henri). Étude sur la dégénérescence dite amyloïde.
280. Rémond (Joseph. Des purgatifs minéraux.
281. Casaubon (Edmond). Étude physiologique de la conicine.
282. L'Étendart (Amédée). De la mydriase.
283. Stauresco (Georges). De l'insertion vicieuse du placenta et des hémorragies qui s'y rattachent.
284. Maret (Réné). Du Délire des persécutions.
285. Breton (Adolphe). Du Rhumatisme articulaire et de son traitement.
286. Labrousse (Octave). Étude du rhumatisme.
287. Prez-Crassier (Léon de). De l'Identité de l'adénie et de la leucocythémie ou leucémie.
238. Mariotte (A.) De l'Allaitement.
289. Michalski. De la méthode hypodermique ou des injections sous-cutanées.
290. Pannevel (G.-S.). Considérations sur l'étiologie et la paralysie de l'hémorragie cérébrale.
291. Hassan-Mahmoud. Du Pemphigus.
292. Boucachard (Alphonse). De l'Hygroma du genou.
293. Poucel (Eugène). De la rétention du placenta.
294. Chauvin (Marie). Essai snr l'intoxication chirurgicale, étudiée dans son étiologie et sa prophilaxie.
295. Rioms (Léopold). De l'appareil à pointe métallique et de son emploi dans les fractures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 30 décembre, M. le docteur Vigla, médecin du lycée Louis-le-Grand, a été nommé officier de l'instruction publique. — M. le docteur Paul Horteloup, chirurgien des hôpitaux, et M. Clérembault, médecin du lycée impérial d'Alençon, ont été nommés officiers d'Académie.

— *Faculté de médecine de Strasbourg*. — M. Blazer (Émile-Frédéric-Constant), est nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Keller, dont la démission est acceptée.

— *Faculté des sciences de Paris*. — M. Lescœur (Henri), licencié ès-sciences physiques, est chargé des fonctions de préparateur auxiliaire du cours de chimie minérale à la Faculté des sciences de Paris.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims*. — M. Gentilhomme (Alfred), suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie à ladite école, en remplacement de M. Henrot, dont la démission est acceptée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Compendium des maladies de la peau et de la syphilis, par M. le docteur Cazenave, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chevalier de la Légion d'Honneur, etc., publié, en 6 ou 8 fascicules de 10 feuilles grand in-8°, de deux mois en deux mois. Le premier fascicule est en vente. Prix : 3 fr.

Recherches sur la typhlite et la pérityphlite consécutive, par le docteur Antoine Blatin, ancien élève des hôpitaux de Paris. — Grand in-8° de 106 pages. Prix : 2 fr. 50.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la Marine. — Le dix-huitième demi-volume (le 2e du tome dix-neuvième) vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : *Bilieux*, par M. Brochin; *Biologie*, par M. Ch. Robin; *Bismuth*, par M. Fenssagrives; *Blastème*, par M. Ch. Robin; *Blé*, par M. Ceulier; *Blennorrhagie*, par M. Rollet; *Blépharite*, par M. Testelin; *Blépharoplastie*, par M. F. Guyon, *Blessures*, par M. Tourdes. — Prix du demi-volume : 6 francs.

De la Contracture essentielle des extrémités et de ses rapports avec le rhumatisme, par le docteur Albert Colas, interne en médecine des hôpitaux de Paris. Une brochure in-8°. Prix : 2 fr. 50.

Le Directeur, Dr E. Le Soord

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com... le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 6 janvier 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance d'hier, la première de la nouvelle année, a été inaugurée, suivant l'usage, par une allocution du nouveau président, que l'Académie a accueillie avec toutes les marques de la plus vive sympathie, et par le compte rendu des visites officielles du jour de l'an. Ce compte rendu s'est particulièrement fait remarquer par l'absence de tout espoir de voir se terminer, dans le cours de l'année, la déplorable situation provisoire de l'installation de l'Académie, qui n'a plus de place pour sa bibliothèque et qui en a à peine assez pour ses membres. La résignation est une des vertus des savants. L'Académie de médecine nous paraît avoir collectivement cette vertu. Nous craignons qu'on en abuse.

L'arrêté préfectoral relatif aux constatations de naissance à domicile, que nous avons fait connaître dans le dernier numéro, a été rappelée à propos au sein de l'Académie par M. Hardy, qui a proposé de voter des remerciments à l'Administration. L'influence de l'Académie n'a certainement pas été étrangère à l'adoption de cette bienfaisante mesure; il est juste qu'elle ait aussi sa part, comme l'Administration elle-même, dans l'expression de notre gratitude.

M. Brown-Séquard, qui siégeait hier à l'Académie pour la première fois, croyons-nous, depuis son élection, a fait une communication verbale sur la provocation des accès d'épilepsie chez les cochons d'Inde par la lésion de la moelle épinière. On se rappelle qu'il y a douze ans environ, en 1856, M. Brown-Séquard exposa pour la première fois à l'Académie les résultats très-inattendus de ces expériences. Il n'a pas perdu de vue cette question depuis cette époque, et les nouveaux faits qu'il est venu exposer à la tribune sont confirmatifs de ces premiers résultats. Il n'y a rien à dire contre des expériences faites avec l'habileté et le soin qu'y apporte M. Brown-Séquard. Mais qu'en conclure par rapport à la pathologie humaine, quand l'observation, en désaccord sur ce point avec les vivisections, nous montre que l'épilepsie très-rarement produite par des lésions de ...lle, on pourrait même dire exceptionnellement, est, au ..., le plus souvent le résultat de lésions intra-crâniennes, ... Hardy a très-justement fait remarquer à ce sujet? ...joute que les résultats produits par la lésion de la ... les cochons d'inde n'ont été obtenus, sauf une seule ...r aucun sujet des autres espèces animales, la dé... tirer par rapport au caractère physiologico-patho... ...ilepsie se trouve singulièrement réduite. Il faut ...t enregistrer le fait comme particulier à l'espèce ...es sujets d'expérimentation, et continuer, jusqu'à ..., pour ce qui est relatif à l'homme, à nous en tenir ... fournies par l'observation. Ce n'est pas une objec... ...s entendons faire à la méthode de la pathologie ...le, qui tend à s'accréditer de plus en plus parmi ... une réserve que nous faisons pour ce cas particulier, ...ous aurons très-probablement l'occasion d'en faire ...e fois sur des conclusions trop hâtives ou des applica... ...maturées à la clinique.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. BOUCHUT (1).

DES TUBERCULES DE LA CHOROIDE ET DE LA RÉTINE
pouvant servir au diagnostic de la tuberculose cérébrale.

OBS. IV — *Méningite tuberculeuse. Tuberculose générale. Tubercules de la choroïde.*

Louise M...; âgée de 5 ans, entrée le 24 juin 1868, à la salle Sainte-Catherine, n° 48, service de M. Bouchut. Cette enfant tousse depuis deux ans, et on ne sait quelles maladies elle a pu avoir. Depuis quinze jours, elle est plus malade et garde le lit; mais ce qu'elle a éprouvé semble avoir passé inaperçu, et on l'amène dans l'état suivant :

(1) Voir notre dernier numéro.

Décubitus dorsal, fièvre considérable; température axillaire : 38°,8; pouls petit, fréquent, sans irrégularité : 168; rougeur assez vive du visage; souffrance vague de toutes les parties du corps, et l'enfant crie dès qu'on la touche. Un peu de somnolence, pas de grincements de dents ni de soupirs. De temps à autre, plaintes bruyantes. Nulle part, il n'y a de convulsions. Point de paralysie ni de strabisme.

Soif assez fréquente; pas de vomissements. Constipation depuis vingt-quatre heures. Ventre un peu tendu; sans excavation des parois.

Toux fréquente, sèche, bonne résonnance de la poitrine. Des deux côtés, il y a un peu de râles sibilants, et quelquefois muqueux.

Les yeux présentent une grande dilatation des veines, dans les deux côtés, avec flexuosités, dilatations variqueuses sur quelques points et plusieurs granulations tuberculeuses de la choroïde. La papille, un peu œdématiée au côté externe, est blanchâtre et un peu atrophiée du côté interne; du côté droit, il y a, en dedans de la papille, une plaque blanchâtre de 5 à 6 millimètres, dont les bords se fondent insensiblement avec les parties voisines; dans le voisinage se trouvent plusieurs autres granulations plus petites, brillantes et dont les bords sont très-distincts. Sulfate de quinine : 1 gramme.

28 juin. Pas de vomissements ni de garde-robes; pas de cris ni de soupirs; pas de convulsions ni de paralysie. Il y a seulement de l'hyperesthésie cutanée générale. Le décubitus est latéral. L'enfant urine assez fréquemment. Peau modérément chaude : 37°,5; pouls : 164.

Sulfate de quinine : 1 gramme.

Le soir, l'enfant a été prise de convulsions et a succombé.

Autopsie. — Les *sinus de la dure-mère* présentent une certaine quantité de sang liquide, avec des caillots noirs, mous, récents.

Le *cerveau* est distendu; les circonvolutions déprimées, aplaties; les hémisphères fluctuants par le liquide des ventricules cérébraux, qui s'échappe clair et limpide par le plancher du sous-ventricule, au moment où l'on enlève le cerveau. La substance cérébrale est ramollie, ainsi que le corps calleux, la voûte à trois piliers et les parois des ventricules. Elle adhère à la pie-mère et lui reste accolée, quand on enlève cette membrane. Dans le cervelet, à la partie interne de la scissure, dans le lobe gauche, existe un tubercule jaune-verdâtre cru, du volume d'un noyau de cerise et placé très-superficiellement et enveloppé de toute part par la substance nerveuse.

La *pie-mère* est fort injectée, adhérente aux circonvolutions, présente partout une infiltration purulente, bien caractérisée. A la convexité de l'encéphale, l'infiltration existe le long des vaisseaux, dans l'intervalle des circonvolutions, et il y a çà et là quelques granulations semi-transparentes et, sur un point du lobe gauche, un petit tubercule cru. A la base, dans l'espace interpédonculaire, l'infiltration est un peu plus épaisse, et dans les scissures, elle n'est pas très-prononcée. Là, il n'y a point de granulation tuberculeuse.

Les *deux poumons* présentent, au milieu d'une congestion très-intense, générale, un grand nombre de tubercules. Les uns, à l'état de granulations miliaires grises, demi-transparentes, sans altération du tissu pulmonaire voisin; les autres, à l'état de granulations jaunes crues; d'autres, à l'état de granulations agglomérées, séparées par du tissu pulmonaire dur, enflammé; dans plusieurs de ces masses, on trouve comme un tubercule cru, jaunâtre, dur, où l'on reconnaît la présence multiple de granulations associées. Aux deux sommets, enfin, quelques-unes de ces masses se ramollissent et forment des cavernules et même une caverne grosse comme une noisette.

Les *plèvres* sont vascularisées, sans granulations, sans épanchement, et leurs deux feuillets adhérents l'un à l'autre.

Les ganglions bronchiques sont nombreux et, pour la plupart, tuberculeux.

Dans le *foie* existent plusieurs petits kystes biliaires, gros comme un noyau de cerise, et plusieurs tubercules crus.

La *rate* présente plusieurs tubercules intérieurs, et à la surface péritonéale, un grand nombre de granulations isolées et agglomérées.

Le *péritoine* ne renferme pas de granulations; mais les ganglions du mésentère sont un peu hypertrophiés, et quelques-uns tuberculeux.

La *papille* est fortement infiltrée de sérosité, qui en marque les contours; les veines sont encore larges, nombreuses et remplies de sang noir.

Dans les *deux choroïdes*, on trouve plusieurs granulations tuberculeuses, blanchâtres, fines, d'inégal volume, ayant au plus 1 millimètre de diamètre. Ces granulations ont été examinées par M. Cornil.

La *choroïde* ayant été isolée et étendue sur une lame de verre, les granulations, blanches, semi-transparentes à l'œil nu, examinées au microscope à un grossissement de 40 diamètres, se présentaient comme des masses arrondies assez régulières à leur pourtour. Sur les plus volumineuses et les mieux développées, la partie centrale était complétement dépigmentée, et le bord seul se confondait insensiblement par sa couleur avec la choroïde. Une de ces granulations, naissante, très-petite, à peine visible à l'œil nu, n'était pas tout à fait blanche et montrait encore des cellules de la choroïde, moins pigmentées, il est vrai, que dans les portions voisines et normales de cette membrane. Dans aucun des points de ces granulations on ne voyait de vaisseaux, tandis que dans la choroïde voisine les vaisseaux étaient remplis de globules rouges. A ce faible grossissement, les granulations paraissaient constituées par un amas globuleux d'éléments sphériques d'autant plus petits qu'on les examinait de la périphérie à la partie centrale. Le centre de la plus volumineuse de ces petites tumeurs était légèrement opaque.

La même préparation, rendue plus transparente par l'addition d'une goutte de glycérine et examinée à un grossissement de 200 diamètres, nous a montré les détails suivants :

A la périphérie des granulations on perdait la trace des vaisseaux capillaires de la choroïde. Les cellules étoilées et pigmentées de cette membrane devenaient plus rares, et on trouvait quelques-unes de ces cellules sans pigment. En outre, une grande quantité de cellules embryonnaires sphériques, finement granulées et munies d'un noyau, se montraient suivant une disposition qui reproduisait celle des vaisseaux capillaires sanguins. Ces éléments mesuraient de 0,008 à 0,009.

Lorsque de la périphérie on avançait vers *le centre* de la granulation, on voyait ces éléments confluer, se toucher tous, séparés seulement par une matière amorphe, et s'atrophier de façon à ne mesurer que 0,006 ou 0,005. Dans cette zone il n'y avait plus d'éléments pigmentés ni de cellules étoilées de la choroïde.

Au centre même des plus grosses granulations, les éléments atrophiés étaient pâles et contenaient quelques granulations graisseuses très-fines.

Ces faits, constatés d'abord en examinant la choroïde étendue simplement sur une lame de verre, ont été corroborés par l'examen après dilacération de l'une des granulations. Par ce procédé, en effet, nous avons pu apprécier la résistance que présentait le tubercule à la dissociation; nous avons constaté la forme arrondie, les dimensions de ses éléments plus volumineux dans la zone périphérique qu'au centre, leur cohésion les uns avec les autres et l'existence de la matière unissante.

Par cet examen, nous avons pu nous assurer que les granulations tuberculeuses de la choroïde ne différaient en rien de celles des autres organes, et que le mode d'agglomération et d'union des éléments, leur nature, leur tendance à s'atrophier et à devenir granuleux au centre des nodosités, la nature de la substance unissante, étaient les mêmes que dans le poumon et dans les séreuses. Là aussi les vaisseaux sont devenus imperméables au sang. (*Note de M. Cornil.*)

Réflexions. — Ce fait est presque un triomphe pour l'induction cérébroscopique. Il n'y avait aucun symptôme de méningite au moment de l'arrivée à l'hôpital. On pouvait soupçonner l'existence de la méningite, mais il n'était pas permis de faire plus. C'est dans ces conditions que l'examen de l'œil, faisant découvrir une névro-rétinite bien caractérisée avec choroïdite tuberculeuse, m'a autorisé à formuler le diagnostic certain de méningite tuberculeuse, qui a été confirmé par l'évolution ultérieure des symptômes, par la mort et par l'autopsie dans laquelle on a pu voir les tubercules de la choroïde observés pendant la vie avec l'ophthalmoscope.

OBS. V. — *Tubercules de la choroïde et méningite tuberculeuse.*

P..., âgé de 5 ans, rue Sainte-Placide, 28, vu le 7 juillet 1868 avec le docteur Robinet, avait été un mois triste et abattu. Puis depuis cinq jours il vomissait, avait de la constipation de la céphalée, et le pouls intermittent 68.

Assis sur les genoux de sa mère, répondant à toute question et sans somnolence, il n'avait ni strabisme, ni paralysie, ni convulsions.

Je l'examinai à l'ophthalmoscope, et je trouvai une infiltration séreuse partielle de la papille, des veines rétiniennes dilatées flexueuses avec une thrombose et plusieurs taches blanchâtres rosées choroïdiennes ayant de 1 à 4 millimètres de diamètre, entourées d'une zone congestive et à bords peu distincts. C'étaient des granulations encore dans l'épaisseur de la choroïde et ne faisant pas encore une trop forte saillie à la surface.

La méningite a continué sa marche, et l'enfant est mort au bout de quelques jours.

OBS. VI. — *Méningo-encéphalite chronique; atrophie papillaire et granulations miliaires de la rétine.*

Vers le 19 juillet 1868, à la consultation de l'hôpital des Enfants malades (M. Bouchut). L... (Auguste), sachant lire et parlant très-bien, a été, il y a un an, pris peu à peu, sans cause appréciable, d'affaiblissement de la parole, de l'intelligence et de la motilité. Il a eu des vomissements, était échauffé, avait de la fièvre, faisait des soupirs, ne poussait pas de cris, se plaignait de la tête et n'a pas eu de convulsions. Il est resté au lit pendant un mois.

Aujourd'hui il est dans un état d'imbécillité assez grand, se tenant debout, mais marchant à peine. Ses mains serrent incomplètement les objets, et il ne peut plus manger seul.

Il voit à peine clair, ses yeux ont un peu de strabisme divergent, et les pupilles peu contractiles sont également dilatées.

L'enfant n'a pas de fièvre, ne vomit plus, et paraît d'ailleurs en assez bon état.

Ses yeux, examinés à l'ophthalmoscope, présentent une infiltration de la papille qui la cache au côté externe, et au côté interne il y a un peu d'atrophie. Les vaisseaux sont assez nombreux, peu dilatés, et la rétine offre un grand nombre de granulations blanches, disséminées sur tout le fond de l'œil. Cet enfant n'a pas été revu après la consultation.

Réflexions. — Dans ce cas, où le mal n'a pas été assez grave

pour permettre de vérifier le diagnostic après la mort, il est certain qu'il y a eu, un an avant la venue à l'hôpital, une maladie aiguë ayant duré pendant un mois et qui a présenté la plupart des symptômes de la méningo-encéphalite.

Les troubles de l'intelligence, des sens et du mouvement qui ont persisté après la guérison, prouvent encore en faveur de ce diagnostic, car on ne peut expliquer autrement que par une encéphalite chronique l'imbécillité, la paralysie incomplète, le strabisme divergent et l'amaurose.

Au moment de la consultation, l'enfant était encore dans la même position, et il avait des lésions du nerf optique et de la rétine qui ne s'expliquent que par une maladie du cerveau. En effet, la papille était en partie atrophiée, en partie œdémateuse, et toute la rétine était couverte de granulations miliaires blanches, que chez d'autres malades on a pu étudier et reconnaître comme étant formées de granulations moléculaires graisseuses dues à la régression des éléments normaux de la rétine.

Obs. VII. — *Méningite de la base chez un tuberculeux; névrite optique; autopsie; infiltration fibrineuse de la papille; hémorrhagie rétinienne; granulations tuberculeuses de la rétine; atrophie choroïdienne.*

V... Clémentine, 2 ans, est entrée le 25 septembre 1867 au n° 31 de la salle Sainte-Catherine à l'hôpital des Enfants malades. Service de M. Bouchut.

Cette enfant, qui n'avait encore eu aucune maladie, est souffrante depuis huit jours. Depuis plus longtemps, il est vrai, son caractère n'est plus le même, elle est triste, irascible, mais ce n'est que depuis vendredi dernier qu'elle se plaint. Presque toujours assoupie, elle pousse de temps à autre des cris, et a parfois une respiration suspirieuse.

Elle vomit tout ce qu'elle prend, surtout les boissons, ne va pas à la garde-robe, et il y a deux jours elle a eu des convulsions assez fortes.

Au moment de l'entrée, intelligence conservée; pas de convulsions ni de paralysie. Quelques vomissements, constipation, quelques soupirs, plaintes continuelles, pouls inégal, irrégulier, intermittent. 80 pulsations.

Les mêmes symptômes ont persisté durant deux jours; puis il y a eu une forte convulsion hémiplégique droite avec déviation latéralisée des yeux à gauche. Cette convulsion a duré une heure et demie et a disparu sans laisser de traces.

Les yeux présentaient à l'ophthalmoscope une infiltration sanguine et séreuse, papillaire, partielle, marquant le côté externe de la papille sans dilatation ni flexuosité des veines, avec une apparence de quelques granulations miliaires très-fines de la rétine ou de la choroïde. Le lendemain de la convulsion, l'infiltration séro-sanguine de la papille avait beaucoup augmenté, les veines avaient doublé de volume et étaient devenues flexueuses sans hémorrhagie. La choroïde était infiniment plus colorée. La lésion est plus marquée dans l'œil gauche que dans l'œil droit.

Cet état a persisté jusqu'au jour de la mort, et cette terminaison a eu lieu sans nouvelle convulsion, sans paralysie, et l'enfant ayant toute sa connaissance, le 6 octobre, c'est-à-dire 11 jours après son entrée.

La lésion des yeux avait augmenté d'une façon très-appréciable sur la papille qui était complétement masquée par une infiltration grisrosé fort étendue; il y avait en outre une dilatation persistante des veines rétiniennes avec caillots intérieurs, avec flexuosité des petites veines, et enfin on revoyait des granulations de la rétine qui étaient très-peu apparentes.

Autopsie. — Le *cerveau* est fortement distendu, comprimé entre un épanchement ventriculaire et la voûte crânienne, les circonvolutions sont aplaties et les hémisphères fluctuants.

La *pie-mère* est rouge, fortement congestionnée, adhérente à la substance grise dont elle s'enlève avec difficulté en emportant à elle la substance cérébrale. Elle est opaline, épaissie dans l'espace interpédonculaire, à l'hexagone cérébral et dans la scissure gauche de Sylvius, ainsi que sur la partie supérieure du cervelet où elle renferme un peu de pus.

Nulle part on n'y voit de granulations tuberculeuses. A la superficie du cerveau, les veines méningées sont distendues par du sang noir, épais, coagulé sur plusieurs points, et dans le sinus longitudinal supérieur existe un long caillot noirâtre en partie décoloré.

La *substance cérébrale* paraît saine, quoique un peu molle, et les ventricules latéraux sont remplis par une énorme quantité de sérosité ayant ramolli les parois ventriculaires et les ayant réduits à l'état pulpeux. Cette substance, pas plus que celle du cervelet, ne renferme de tubercules.

Les *poumons* présentent un peu de congestion chronique à leur partie postérieure avec quelques granulations tuberculeuses, et la face supérieure du diaphragme est criblée de ces granulations.

Dans l'abdomen, il n'y a rien de particulier.

Examen histologique des yeux, par Ordonez. — J'ai trouvé, dans la rétine, trois petits points grisâtres: examinés au microscope, ces petits dépôts étaient composés de granulations moléculaires et de petits débris d'éléments anatomiques de la rétine altérés. Il est évident que les granulations moléculaires devaient être le résultat d'une altération d'éléments plus avancée.

Sur le trajet d'une toute petite veine de la rétine, j'ai trouvé un petit foyer hémorrhagique.

La couche interne de la choroïde avait disparu presque partout, mais principalement dans le segment postérieur de l'œil.

La diffusion de la papille était due à l'interposition d'une assez forte proportion de matière amorphe coagulable pour l'alcool.

Réflexions. — Chez cette enfant, la méningite n'a pas été un seul instant douteuse, et dès l'arrivée à l'hôpital, les symptômes étaient évidents. Mais il n'y a pas eu d'autres symptômes que des vomissements, de la constipation, des cris aigus, de l'irrégularité avec intermittence du pouls, et une convulsion passagère, car l'enfant n'a pas eu de paralysie, de coma, et est morte en pleine connaissance et demandant à boire. En même temps, un commencement de névro-rétinite pouvait être constaté, et elle a augmenté les jours suivants en persistant jusqu'à la mort.

Caractérisée par une infiltration fibrineuse, d'abord partielle, puis générale de la papille, par dilatation et flexuosité des veines, stase veineuse et quelques granulations rétiniennes, elle a pu être constatée par différentes personnes, et paraissait plus marquée à gauche qu'à droite dans l'œil correspondant à l'hémisphère le plus malade.

Ces lésions ont été vérifiées par l'autopsie et par l'examen fait au microscope par M. Ordonez; mais cet anatomiste a découvert en plus une lésion que l'on n'avait pas vue pendant la vie, c'est-à-dire une petite hémorrhagie rétinienne.

Je ne puis avoir la prétention de vous avoir fait connaître tout ce qui est relatif à la tuberculose de la choroïde et à ses rapports avec les tubercules du cerveau ou avec la tuberculose générale, car le sujet, à peine exploré, a besoin d'être étudié patiemment et longuement. Mais, comme à l'étranger ou en France, d'autres personnes s'inspirant des recherches que je fais publiquement à l'hôpital ou de mes leçons pour publier des faits analogues sans indiquer mes travaux, j'ai cru devoir, en rappelant les dates, montrer dans tous leurs détails cliniques et histologiques ces nouveaux cas de choroïdite tuberculeuse annonçant une méningo-encéphalite de même nature. Ce sont des faits qui viennent prendre leur place à côté de ceux que j'ai fait connaître précédemment, et ce sont les plus complets qui existent dans la science; car le diagnostic porté pendant la vie a été vérifié sur le cadavre et dans les laboratoires de M. Robin, de M. Ordonez ou de M. Cornil, par l'examen au microscope fait par les personnes compétentes.

En résumé:

1° Il y a des tubercules de la choroïde et de la rétine qui annoncent soit une méningite tuberculeuse, soit une tuberculose généralisée;

2° Quand un fébricitant présente des troubles de l'intelligence, du mouvement et du sentiment, et qu'il offre en même temps des granulations tuberculeuses de la choroïde, on peut conclure à l'existence d'une méningite tuberculeuse;

3° Les tubercules de la choroïde et de la rétine sont une des plus rares manifestations de la diathèse tuberculeuse;

4° Les tubercules de la choroïde se montrent sous forme de granulations miliaires blanches, quelquefois brillantes et nacrées;

5° La régression granulo-graisseuse des cellules choroïdiennes est l'origine des tubercules de la choroïde.

PÉRINÉORAPHIE.

Fœtus hydrocéphale. — Accouchement laborieux. — Déchirure du périnée. — Réunion immédiate secondaire par la suture à épingles latérales,

Par M. le docteur Victor Legros (d'Aubusson).

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 15 octobre, on lit une observation intéressante recueillie dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker: il s'agit d'une périnéoraphie pratiquée avec succès par un procédé assez minutieux et assez long; si ce procédé a procuré un affrontement exact et complet de la plaie périnéale, il faut convenir que le mode de suture adopté en cette circonstance par l'habile opérateur ne se recommande ni par la simplicité ni par la célérité.

La restauration du périnée a fixé l'attention des chirurgiens depuis le dix-huitième siècle, mais les contemporains peuvent revendiquer une large part dans les progrès accomplis. Néanmoins, on n'est pas tout à fait d'accord, de nos jours, sur les questions de savoir: 1° à quelle époque l'opération présente le plus d'opportunité et le plus de chances de réussite; 2° à quel mode de réunion il faut donner la préférence. Aussi pensé-je que le fait suivant ne manquera point d'intérêt, soit au point de vue de l'obstétrique, soit au point de vue de la médecine opératoire. Un cas de dystocie assez embarrassant, une déchirure du périnée survenue malgré toutes les précautions, une périnéoraphie pratiquée dans un court délai après l'accouchement, un mode de suture aussi simple qu'efficace et conforme aux principes que je cherche à faire prévaloir, une réunion exacte et solide, voilà les éléments d'intérêt qui me semblent appartenir à cette observation.

Le 14 février 1865, à six heures du soir, je suis appelé auprès de madame Ch..., à Bellegarde-en-Marche. Cette localité est à dix kilomètres d'Aubusson, et je ne puis arriver qu'à 8 heures. Madame Ch..., âgée de 42 ans, primipare à terme, assistée d'une sage-femme, a senti les premières douleurs dans la matinée du 12. Les contractions suivaient la marche ordinaire, et tout faisait espérer un accouchement normal. Le 13, les douleurs sont très-vives, très-rapprochées, très-fatigantes. L'orifice utérin se dilate cependant avec une extrême lenteur. La poche des eaux se rompt la nuit suivante, avant que la dilatation soit complète. La journée se passe avec des douleurs violentes, mais qui ne semblent point hâter le travail de la parturition. La famille s'alarme, la sage-femme s'inquiète, la patiente se désespère, et je suis appelé dans la soirée du 14.

Après avoir recueilli les renseignements qui précèdent, je palpe et ausculte la région abdominale. De ces deux modes d'exploration, j'infère que l'extrémité céphalique se présente et que l'état de l'enfant périclite. Au toucher, je trouve le col dilaté, le pourtour du détroit supérieur est occupé par une tumeur presque plate et dont la consistance varie selon les points qu'on examine et selon le moment de l'examen. Ainsi, pendant les douleurs, qui sont devenues du reste plus rares, la tumeur a une résistance analogue à celle d'une poche des eaux volumineuse, épaisse et distendue; puis, la contraction cessant, on aperçoit une sorte de fluctuation. En cherchant à reconnaître les sutures et les fon-tanelles, on constate que les os sont séparés par un intervalle mem-braneux au niveau des sutures, et que la fontanelle antérieure plus largement ouverte que d'habitude. Cette fontanelle antérieure seule accessible. Les résultats de cet examen me confirment da l'idée d'une bonne présentation et d'une bonne position, mais me p tent à attribuer les difficultés de l'engagement de la tête au dével pement anormal de cette extrémité fœtale par suite d'hydrocéphal

Avant de recourir au forceps, dont l'application n'est pas très-fac dans ces conditions, je tâchai de donner plus d'énergie et plus d'ef cacité aux contractions au moyen d'un lavement purgatif avec de onces de sulfate de soude; mais ce fut en vain. Je n'administrai poi le seigle ergoté pour plusieurs motifs, et spécialement par la crai de produire chez cette femme âgée, primipare, l'accident qui est néa moins survenu, et dont le traitement fait le principal objet de la pr sente observation.

Trois heures après mon arrivée, vers onze heures du soir, je décidai à appliquer le forceps sur cette tête qui restait immobil malgré des tentatives réitérées, il me fut impossible d'articuler; j' chouai également en essayant de dégager l'extrémité fœtale à l'ai d'une branche dont je me servis en guise de levier. Évidemment l'exc de volume de la tête causait toutes ces difficultés, et il est à croire q le seigle ergoté, loin de les surmonter, n'aurait fait que surmener p rilleusement la contractilité utérine.

Cependant les pulsations fœtales étaient devenues imperceptible la femme était très-fatiguée par la prolongation du travail; il y ava donc urgence à diminuer le volume de la tête et à terminer l'acco chement.

N'ayant pas de trocart pour pratiquer la ponction, je me servi d'un bistouri étroit et à lame garnie de linge jusqu'à une petite di tance de la pointe. Le liquide s'écoula immédiatement au dehor J'attendis encore une heure pour voir si les contractions utérines déterminéraient pas l'expulsion du produit et pour ne pas compro mettre les organes de la mère par l'introduction trop répétée d instruments; mais il fallut recourir au forceps sur les instances de patiente elle-même. Cette fois l'opération réussit. La tête amenée à vulve et le périnée étant soutenu par la sage-femme, j'exerçai d tractions avec une lenteur calculée. J'espérais éviter ainsi la ruptu du périnée, sans recourir aux incisions latérales; mais tout-à-co la femme se mit à pousser vigoureusement et il se fit une déchiru qui s'agrandit au passage de l'épaule postérieure et s'étendit jusqu'a sphincter anal, qui était pourtant intact.

L'enfant était mort, comme l'auscultation me l'avait fait prévoi Le placenta sortit de lui-même sans difficulté; un flot de sang suivit et la femme pâlit instantanément; les lèvres décolorées, el s'affaisse sur son lit, sans répondre à mes questions. Je comprim l'aorte, je fais relever les jambes au-dessus du niveau de la tête, j'a ministre l'ergot, qui était préparé d'avance, et bientôt se dissipe l'é syncopal.

Je pensai que la déchirure périnéale guérirait sous l'influence d décubitus latéral, les cuisses rapprochées et liées ensemble; je co seillai en même temps à la sage-femme de pratiquer régulièreme le cathétérisme et de faire des injections répétées avec une décocti de lavande et de camomille. Cinq jours plus tard, l'accouchée e désolée d'*avoir le corps tout ouvert*, et que rien n'annonçait une pr chaine réunion. Il me fut impossible de me rendre à Bellegarde ava le 27 février, par conséquent treize jours après l'accouchement. trouvai la malade dans le décubitus latéral: elle toussait fréquem ment, et chaque quinte de toux produisait une émission d'urine trè nuisible à la cicatrisation de la plaie. La lésion périnéale offre à s surface des bourgeons bien vermeils, depuis le fond jusqu'au bords. Je me demande s'il faut attendre, selon l'usage, que les de portions de la déchirure se cicatrisent isolément pour les aviver pl tard et les réunir. En présence des bonnes conditions de vitalité q présente la plaie, je préfère tenter sur-le-champ ce qu'on appelle réunion secondaire au moyen de la suture à épingles latérales.

Rien de plus simple que cette périnéoraphie. De la main gauch j'embrasse les parties molles d'un côté de la plaie, de manière à for mer un pli assez épais et perpendiculaire au milieu de la dé je traverse la base de ce pli avec une forte épingle qui sui séquent, dans la plaie, une direction parallèle à l'axe lon celle-ci. Une fois le pli traversé par l'épingle, on laisse prendre leur état primitif et les extrémités de l'épingl visibles, au niveau des ouvertures d'entrée et de sortie

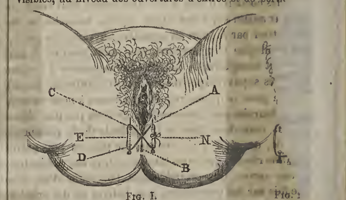


Fig. I. Fig. 2

La ligne A et la ligne B aboutissent, l'une à l'extrémité vulvaire, à l'extrémité anale de la déchirure du périnée, qui est représentée p une ligne noire sur la figure ci-jointe.

Les lignes C et D indiquent les ouvertures d'entrée et de sortie de l'éping latérale droite E se termine à une ligne ponctuée placée entre les poin d'entrée et de sortie, et figurant le trajet de l'épingle dans l'épaisseur d tissus, parallèlement à la plaie. A gauche, une autre épingle est dispos le long du bord correspondant de la solution de continuité, et parallèleme à la première épingle qui longe le bord droit de la déchirure.

Les lignes N et N′ servent à désigner, dans les deux figures, le nœud moyen duquel on fixe les chefs du fil après le rapprochement des lèv de la plaie. Dans la figure I, les chefs s'entrecroisent au niveau de la solu tion de continuité, afin que la peau soit plus exactement affrontée. Dans figure II, ils vont directement s'engager sous les extrémités de l'épi parallèle, et forment un quadrilatère au lieu de deux triangles opposés p le sommet.

C et D). De l'autre côté de la plaie, on répète la même manœuvr l'épingle introduite est en face de la première, parallèle à celle-ci parallèle également à la solution de continuité (voyez fig. I et II). est clair qu'en rapprochant les deux épingles l'une de l'autre, on ra prochera en même temps les lèvres correspondantes de la solution continuité et que la contention sera exacte et solide. On peut obter ce rapprochement de plusieurs manières; tantôt j'embrasse direct

ent les extrémités des épingles avec un fil que je fixe par un nœud mple N (fig. II); tantôt je croise les chefs au niveau de la plaie ant de les diriger sous les extrémités de l'autre épingle et de les er en N (fig. I). Lorsqu'on pratique cette suture, on voit aisément elle est la meilleure direction à donner aux fils coaptateurs; ainsi, ur la périnéoraphie qui nous occupe actuellement, le croisement s fils me parut mieux affronter les bords cutanés. Je terminai par rosette N, et la plaie AB (fig. I) se trouva exactement réunie, du nd à la surface, et sans interposition d'un corps étranger quelconque ns son intérieur. La sage-femme fut chargée de pratiquer le cathé-risme et de faire de fréquentes onctions avec l'huile d'amandes sur région malade, afin d'éviter le contact de l'urine avec la plaie; elle vait en outre, selon l'indication éventuelle, serrer ou desserrer le œud en rosette.

Le 10 mars, onze jours après l'opération, la plaie me semble bien unie. J'enlève donc les épingles; elles n'avaient déterminé aucune ritation périphérique. Madame Ch... garda le repos au lit, les cuisses pprochées, pendant quelques jours encore. Dans cet intervalle, elle it des paquets de poudre de belladone, chaque soir, selon la mé-ode de Trousseau, pour éviter les efforts de défécation. Bientôt elle t complétement guérie; la sage-femme, qui l'a examinée récem-ent (septembre 1868), m'a dit qu'il ne restait aucune trace apparente la rupture périnéale.

Réflexions. — L'observation qu'on vient de lire prouve qu'il t possible de guérir une déchirure périnéale dans un court élai après l'accouchement, et d'obtenir cette guérison sans in-iger à la femme les douleurs qui accompagnent l'avivement e la plaie et les modes de suture les plus usités. L'opération ratiquée de cette façon est simple, courte, peu douloureuse, il est inutile d'avoir recours au chloroforme. La suture que ai décrite ne laisse point au fond de la plaie l'*hiatus* tant re-outé des opérateurs, et contre lequel Jobert avait imaginé sa ture serpentine. On peut laisser en place les agents de réu-on pendant un laps de temps assez long, sans craindre que nflammation ulcérative ne déchire les bords de la plaie, ou ue les fils ne jouent le rôle de corps étrangers, nuisibles à la lution de continuité. Enfin, cette observation ne peut qu'en-urager les praticiens à tenter le mode de réunion trop négligé jourd'hui, et désigné par Jobert (de Lamballe) sous le nom *réunion par bourgeons*.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 5 janvier 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

S. Exc. M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet : Deux rapports d'épidémie de M. le docteur Carrière (de Saint-Guier) M. le docteur Toudut (de Niort). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Une lettre de M. le docteur Michon, qui se présente comme can-dat pour la place vacante d'académicien libre.

2° Une lettre de remerciements de M. le docteur Mordret (du Mans), ur le prix de vaccine que lui a donné l'Académie.

3° Une note sur l'acide thynnique, par M. Bouilhon, pharmacien à ris.

4° Une lettre de M. le docteur Liégé (de Rambervillers) accompa-ant l'envoi de plusieurs brochures dont il est l'auteur.

5° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Laborde (accepté).

6° Un pli cacheté renfermant la formule d'un nouveau traitement la diathèse goutteuse, par M. le docteur Fontaine (de Marseille) ccepté).

M. Béclard présente à l'Académie un instrument pour l'opération la cataracte, fabriqué par M. Mathieu, sur les indications de M. le octeur Edouard Meyer. Voici le texte de la note qui accompagne envoi de l'instrument :

La force visuelle des personnes opérées de la cataracte reste sou-ent au-dessous des désirs de l'opéré et de l'opérateur. Parmi les causes de cette faiblesse de la vision, il faut citer l'état de la capsule cristalinienne, dont l'ouverture se referme souvent après la sortie de la cataracte, par suite de prolifications cellulaires. D'autres fois la capsule subit même dans ces conditions des alté-rations d'épaisseur et de transparence qui consti-tuent en partie les cataractes secondaires pour les-quelles le malade est obligé fréquemment de se soumettre à une seconde opération.

Pour éviter cet état de choses, il était désirable de substituer à la simple incision de la capsule pendant le second temps de l'extraction de la cataracte, l'excision d'un morceau de la capsule antérieure. C'est dans ce but que M. Mathieu a construit, d'après les indications de M. le docteur Meyer, l'ins-trument suivant.

Cet instrument a la forme et la grandeur du cystitôme de Graëfe, et son maniement est le sui-vant :

Introduit dans la chambre antérieure, comme le cystitôme ordinaire, jusqu'au bord pupillaire opposé à l'incision de la cornée, la pointe tourne et pénètre dans la capsule à la suite d'une légère pression sur la pédale. Une pression plus forte opère le dédou-blement de la pointe, et si l'on retire maintenant l'instrument, on circonscrit dans la capsule un lambeau de plus de 4 millimètres de longueur. Arrivé près de la plaie cornéenne, on laisse l'ins-trument se fermer; il fonctionne alors comme une pince et amène le lambeau capsulaire au dehors.

Pour faciliter l'emploi de cet instrument dans les différents procédés d'extraction de la cataracte, il a été fabriqué droit et coudé.

— M. Blache, en prenant possession du fauteuil de la présidence, remercie l'Académie de ses suffrages et rend compte des visites faites par le bureau de l'Académie, à l'occasion du jour de l'an, aux Tuile-ries et au Ministère de l'Instruction publique. Cette allocution est accueillie par des applaudissements unanimes.

Sur la proposition de M. le président, l'Académie vote des remer-ciements aux membres sortants du bureau et du conseil,

M. Hardy propose d'adresser des remerciements à M. le Ministre de l'Intérieur pour la mesure qui rend générale la constatation des naissances à domicile par les médecins de l'état civil, mesure qui avait été sollicitée à plusieurs reprises par l'Académie. Après quelques expli-cations données par MM. Larrey, Depaul et Robinet, l'Académie adopte la proposition de M. Hardy.

M. le président informe l'Académie qu'il y a lieu de déclarer deux vacances, l'une dans la section de pathologie chirurgicale, l'autre dans la section d'hygiène.

M. J. Cloquet rappelle, à cette occasion, qu'il a été déclaré depuis longtemps une vacance d'associé libre, à laquelle il n'a pas encore été pourvu.

M. le secrétaire perpétuel répond que la commission est convo-quée à cet effet à bref délai.

RAPPORT.

M. Miahle lit un rapport sur un travail de M. le docteur Posnanski, relatif à l'action pathologique et thérapeutique de l'acide cyanhydrique et à son emploi dans le choléra.

D'après les observations présentées par MM. Boudet, Depaul, Hardy, Barth, Gubler, Reynal, Briquet, l'Académie décide que ce rapport sera renvoyé à la commission pour en modifier les conclusions et y introduire les réserves les plus formelles au sujet de l'efficacité attri-buée par l'auteur à l'acide cyanhydrique dans le traitement du cho-léra.

COMMUNICATION.

Épilepsie provoquée. — M. Brown-Sequard fait une communication orale sur l'épilepsie provoquée; il rappelle les expériences qu'il a faites, il y a une vingtaine d'années, sur des cochons d'Inde. Ces expériences consistaient à couper une des parties latérales de la moelle épinière, dans le voisinage de la dixième vertèbre dorsale. Trois se-maines ou un mois après, les animaux, qui avaient subi cette opéra-tion, étaient pris de véritables crises épileptiques. Pour provoquer ces crises, il suffisait d'irriter la peau de la face ou du cou. Plus tard, les attaques se manifestaient spontanément et survenaient plusieurs fois par jour.

Depuis lors, M. Brown-Sequard a renouvelé ses expériences en les variant. Il a pu s'assurer ainsi que l'épilepsie pouvait être produite artificiellement, non-seulement par la section de l'une des moitiés de la moelle dans le voisinage de la dixième vertèbre dorsale, mais encore par la section dans des points plus élevés et plus rapprochés du bulbe. Il a vu les crises se montrer également après une double section et les convulsions se manifester dans les muscles innervés par le segment de la moelle compris entre les deux sections.

Les nouvelles expériences démontrent que le siége de l'épilepsie n'est pas aussi restreint que tendaient à le faire admettre les premiers essais; mais que la plus grande partie de la moelle prend une part active dans la production de cette névrose convulsive.

Quant au cerveau, il serait absolument étranger à la pathogénie de l'épilepsie. Ce fait ressort encore clairement d'expériences récentes. M. Brown-Sequard a enlevé le cerveau et le cervelet et la protubé-rance à des cochons d'Inde, rendus épileptiques par la section partielle de la moelle; la vie a été entretenue chez ces animaux par la respira-tion artificielle; les attaques épileptiques ont continué, malgré l'abla-tion de l'encéphale.

M. Colin demande si M. Brown-Sequard a opéré sur d'autres ani-maux que des cochons d'Inde.

M. Brown-Sequard répond qu'il a tenté d'opérer sur des chiens, des lapins et des chats; les expériences ont été négatives sur ces animaux, sauf un chat, qui fut frappé d'épilepsie, comme les cochons d'Inde, après la section latérale de la moelle.

M. Colin met en doute la nature franchement épileptique des attaques provoquées par M. Brown Sequard sur les cochons d'Inde. Il a souvent, pour son compte, fait des expériences sur la moelle épi-nière des animaux par section ou par irritation, et il a vu souvent se produire des convulsions irrégulières, mais jamais d'épilepsie vraie.

M. Brown-Sequard est convaincu que les crises qu'il a provoquées chez ces cochons d'Inde présentent les caractères de l'épilepsie franche avec ses trois périodes distinctes : d'abord une convulsion tonique ou tétanique de très-courte durée, puis des convulsions cloniques désor-données, et enfin une sorte de torpeur intellectuelle analogue à la stupidité qu'on observe chez les épileptiques à la suite des crises.

Un autre fait qui prouve bien qu'il s'agissait d'une véritable épi-lepsie, c'est que les attaques devenaient héréditaires. Ainsi, M. Brown-Sequard a observé des crises sur des petits cochons d'Inde issus d'une mère atteinte d'épilepsie artificielle.

M. Hardy admet difficilement que les convulsions produites par M. Brown-Sequard soient de véritables crises épileptiques, tant ces expériences sont en désaccord avec l'observation clinique. Rarement, en effet, les lésions pathologiques de la moelle épinière s'accompagnent de crises épileptiformes, plus rarement encore, ou pour mieux dire jamais, elles ne déterminent d'épilepsie vraie. On ne saurait donc, en consultant la pathologie humaine, placer la condition productrice de l'épilepsie dans une altération de la substance médullaire.

Les attaques épileptiques, ou du moins épileptiformes, ne sont pas rares, au contraire, dans les lésions de l'encéphale, dans les cas par-ticulièrement où le cerveau est comprimé par une tumeur, surtout si cette tumeur a un siége vers la partie postérieure du crâne ou vers sa base, d'où M. Hardy conclut que, chez l'homme, le siége de l'épilepsie est plutôt dans le cerveau que dans la moelle.

M. Brown-Sequard ne connaît qu'un seul fait d'épilepsie produite, chez l'homme, par une maladie de la moelle; il l'a observé chez un capitaine de la marine marchande qui était devenu épileptique à la suite d'une lésion médullaire.

Quant aux lésions cérébrales, il ne pense pas qu'elles produisent l'épilepsie aussi fréquemment que semble l'admettre M. Hardy. M. Brown-Sequard a étudié et analysé une centaine de faits pour élu-cider cette question, et il a été convaincu que les maladies de la substance cérébrale, quels que soient leur nature et leur siége, sont incapables de déterminer de véritables crises épileptiques.

Il serait plutôt porté à rattacher à une lésion des méninges les attaques convulsives qui se montrent dans le cours d'une maladie en-céphalique; mais alors ces attaques n'ont pas le caractère épileptique franc. Ce sont simplement des crises épileptiformes. Il est possible aussi que les blessures ou les lésions de la protubérance et de toute autre portion de la base du cerveau, voisine du bulbe rachidien, pro-voquent des crises épileptiques; mais c'est une pure supposition; M. Brown-Sequard ne connaît pas d'observation clinique qui lui per-mette de se prononcer formellement sur ce sujet.

M. Bouillaud affirme que l'épilepsie n'est pas une maladie des lobes cérébraux. Toutes les expériences qu'il a faites sur ce point sont res-tées négatives. Il n'en a pas été de même de celles qu'il a pratiquées sur la base même de l'encéphale, sur la protubérance ou dans le voi-sinage, l'irritation violente de ces parties a constamment produit, par l'intermédiaire du cervelet ou des bulbes, de véritables attaques d'épi-lepsie.

Quant aux irritations et aux sections de la moelle épinière, elles donnent lieu non pas à des crises épileptiques, mais à des convulsions irrégulières sans caractère spécial.

M. Larrey a observé un certain nombre de fractures du crâne, de plaies ou de tumeurs du cerveau, des lésions traumatiques de la co-lonne vertébrale et de la moelle épinière; il a analysé un nombre plus grand encore de faits cliniques, consignés dans les Annales de la chi-rurgie militaire, et il est en mesure d'affirmer que les convulsions épileptiformes se montrent assez souvent à la suite des lésions de la moelle épinière.

M. Hardy dit qu'il s'est bien gardé de nier absolument les mani-festations de crises convulsives dans les lésions médullaires. Seule-ment il a prétendu que ces attaques étaient assez rares et qu'elles avaient plutôt l'apparence épileptiforme que le caractère épileptique; tandis que les lésions intra-crâniennes, au contraire, sont souvent le point de départ de véritables accès épileptiques. Ainsi les exostoses syphilitiques de la base du crâne, par exemple, provoquent générale-ment des crises de cette espèce qui cèdent rapidement à la médication mercurielle et iodique.

M. Ricord a observé des faits qui confirment les observations de M. Hardy, il ajoute qu'il a rarement vu des maladies ou des lésions de moelle épinière produire des attaques épileptiques ou même épilepti-formes.

M. Gubler dit qu'il a été témoin des expériences faites par M. Brown-Sequard devant la Société de biologie, et il affirme que les attaques produites artificiellement sur les cochons d'Inde, par la sec-tion d'une des moitiés latérales de la moelle, présentaient le caractère franchement épileptique.

M. Brown-Sequard rappelle que, en 1856, il répéta ces expériences dans la bibliothèque de l'Académie, et que plusieurs assistants, no-tamment MM. Cruveilhier et Piorry, s'accordèrent à reconnaître, dans ces phénomènes convulsifs provoqués, des attaques d'épilepsie réelle.

— M. le Président annonce que M. Wurtz est adjoint à la commis-sion composée de MM. Chatin et Gobley, chargée de juger le différend enlevé entre MM. Filhol et Garrigou, au sujet de la sulfhydro-métrie.

MM. Broca, Gosselin et Legouest sont chargés d'examiner le rap-port de M. le docteur Warin sur l'explosion du 17 septembre à l'arsenal de l'artillerie de Metz.

LECTURE.

M. Auzias-Turenne commence la lecture d'un aperçu historique et philosophique sur les lysses ou vésicules de la rage.

Cette lecture n'ayant pu être terminée vu l'heure avancée, la suite en est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

LOTION

contre le prurit de la vulve.

Sublimé....................	5 grammes.
Alcool	50 —

Mettez une cuillerée à café de cette solution dans un demi-litre d'eau chaude, avec lequel on fera des lotions plusieurs fois dans le vingt-quatre heures.

Ce topique guérit souvent et soulage toujours.

(*Un. méd. de Provence.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Si nous sommes bien informés, il serait question de créer une chaire nouvelle à la Faculté de médecine de Paris, sous le titre de « Patho-logie expérimentale ». Un physiologiste éminent serait appelé à l'oc-cuper.

— Par divers décrets, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Jonon et Nielly, médecins principaux de la marine; Hugoulin, pharmacien principal de la marine; M. Bancel-Duptuy, ancien chirurgien-major.

Au grade de chevalier : MM. Falot, Pavot, Noury, Mattei, Geoffroy et Follet, médecins de 1re classe de la marine; de Lostalot-Bachoué, médecin de 2e classe; Pélissier, médecin auxiliaire de 3e classe de la marine; et Bottini, ancien chirurgien-major de l'armée sarde.

— Par décret en date du 30 décembre 1868, ont été nommés :

Médecins principaux de 1re classe : MM. Catteloup, Bouffar, Frasseto et Fropo.

Médecins principaux de 2e classe : MM. Lasserre, Bonnard, Ladu-reau, Souville, Masse, Lecomte et Colin.

Médecins-majors de 1re classe : MM. Balech, Casses, Dezon et Cons-tantin.

Médecins-majors de 2e classe : MM. Lepelletier, Thomas, Bernard, Belay, Guimberteau, Hacherelle, Ricque et Debaussaux.

Parmacien-major de 1re classe : M. Schmitt.

Pharmacien-major de 2e classe : MM. Privat, Péhéaa et Marty.

— Par décret en date du 10 décembre 1868, ont été nommés présidents des sociétés de secours mutuels des médecins des départements.

A Chateauroux, M. le docteur Lambron de Levroux. — A Bar-le-Duc, M. le docteur Roussel. — A Bayonue, M. le docteur Lafont.

— Sur la proposition de l'Académie royale de médecine de Belgique, une commission chargée d'une enquête sur la présence des femmes dans les mines vient de déposer son rapport, qui conclut à ce que les femmes soient exclues de ces travaux meurtriers à partir de 1872.

— M Graneher, interne des hôpitaux, vient d'être attaché, comme chef de laboratoire, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Dédigneulle, pharmacien-major de 1re classe.

— La société météorologique de France vient de renouveler son bureau et son conseil, qui sont composés comme il suit pour 1869 :

Président : M. Antoine d'Abbadie.

Vice-présidents : M. Richard (de Sedan), Michal, Marié, Davy, Dausse.

Secrétaires : MM. Sourel, docteur Vacher.

Vice-secrétaires : MM. Lemoine, Rayet.

Trésorier : M. Chatin.

Archiviste : M. Frou.

Membres du conseil résidants : MM. le docteur Balley, Belgrand, docteur Bérigny, Boitel, docteur Guérard, Hervé-Mangon, Janssen, M. de Moussy, Parès, Renou, Ch. Sainte-Claire-Deville, Véron-Bellecour,

Membres non résidants : MM. Grellois, Marès, Müller, Dewalque, Secchi, Vernon.

— La société médicale du Louvre (1er arrondissement), qui vient de renouveler son bureau, se trouve ainsi constituée pour l'année 1869 :

Président : M. Lemaire.

Vice-président : M. Empis.

Secrétaire-archiviste : M. Picard.

Vice-secrétaire : M. Naucheret.

Trésorier : M. Vautier.

— Le concours pour les places de chirurgiens et de médecins-adjoints, près les hôpitaux de Toulouse, vient de se terminer par la nomination de MM. Nassans et Ribell (chirurgiens-adjoints) et MM. André et Gracette (médecins-adjoints).

— Un concours pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux s'ouvrira dans cette ville le lundi 12 avril 1869.

Adresser toutes les demandes au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91, à Bordeaux.

— M. Claude-Bernard a commencé son cours de *médecine*, au *Collége de France*, le mercredi 6 janvier, à deux heures, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra dans cet hôpital le cours de ses leçons de clinique médicale, le jeudi 14 janvier 1869. (Amphithéâtre n° 3.)

Visites et interrogatoires des malades par les élèves, tous les matins à 8 heures et demie. (Salles Sainte-Geneviève et Sainte-Marthe.)

— MM. Cornil et Ranvier commenceront un nouveau cours d'histologie normale et pathologique, le vendredi 8 janvier, à huit heures du soir, et le continueront les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Fort recommencera son cours d'anatomie, le lundi 11 janvier 1869, pour le terminer à la fin de mars. Le cours comprend 124 leçons, deux par jour, à midi et demi et à cinq heures. On commencera par le système nerveux. On s'inscrit, 51, boulevard Saint-Michel, de onze heures à midi.

— A céder de suite, pour cause de santé, une bonne clientèle de médecin dans le département de la Marne.

S'adresser, pour les renseignements, au bureau du Journal.

— A céder de suite une très-belle clientèle de médecin dans le département de l'Aisne.

S'adresser, pour les renseignements, au bureau du journal.

— Un médecin désirerait traiter d'une position médicale dans une grande ville, ou dans un rayon de vingt lieues de la capitale.

S'adresser, par lettre affranchie, pour donner des renseignements, jusqu'au 1er mars, à M. Marquis, libraire, rue Monsieur-le-Prince, n° 14, et rue Casimir-Delavigne, n° 1.

— A céder un excellent cabinet de dentiste, à Paris.

S'adresser au bureau du journal.

AVIS

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui voudraient faire relier leur collection peuvent en envoyer les numéros au bureau. Le prix de la reliure est de 3 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Recherches sur la loi d'accroissement des nouveaux-nés, constaté par le système des pesées régulières et les conditions d'un bon allaitement, par le docteur L. Odier (de Genève), — Gr. in-8° de 56 pages avec 7 planches. Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes.

Le passage d'une année à l'autre nous a mis quelque peu en retard avec les hôpitaux. En attendant que nous soyons en mesure de solder cet arriéré, nous allons tâcher de nous remettre au courant des travaux de la Société médicale des hôpitaux, un peu négligés aussi depuis quelque temps, et en particulier de ses comptes rendus mensuels des maladies régnantes, qui prennent une importance toujours croissante sous l'habile impulsion que leur a imprimée son rapporteur habituel, M. le docteur Besnier.

Le mois de novembre, auquel se rapporte le dernier compte rendu, a présenté une augmentation de la mortalité générale dans les hôpitaux et dans les hospices, augmentation graduelle et qui est en rapport avec l'abaissement de la température et surtout avec les vicissitudes atmosphériques qui ont caractérisé le début de l'hiver. La mortalité générale des hôpitaux et hospices qui avait été de 965 en septembre et de 1,010 en octobre, s'est élevée à 1,051 en novembre. Les maladies qui ont amené ces décès sont, d'après leur ordre de fréquence : la phthisie pulmonaire (244 décès), la pneumonie (49), la fièvre typhoïde (35), les bronchites (26), la variole (26), le croup (24), l'entérite (19), la rougeole (10), la pleurésie (6), l'érysipèle (6), le rhumatisme articulaire (4), la diarrhée (3), l'ictère (3), la dysentérie (2), etc.

Le rapport signale, à propos des affections des voies respiratoires, qui occupent le premier rang pour la fréquence et la gravité, que dans certains services et pour certaines classes de la population, dans les services d'enfants, par exemple, ce n'est que dans la dernière semaine de novembre que ces maladies ont commencé à sévir avec une certaine intensité, tandis que dans les salles de militaires du Val-de-Grâce, c'est dès les premiers jours du mois qu'on y recevait un grand nombre de malades atteints de pneumonies, de pleurésies, de bronchites, et qu'on y observait des recrudescences graves chez les sujets atteints d'affections chroniques des voies respiratoires.

Le seul caractère particulier qu'aient présenté les pneumonies, a été la fréquence des phlegmasies du sommet.

Rien de particulier n'a été relevé sur les caractères et la marche des pleurésies.

Le fièvres typhoïdes, bien qu'elles aient donné, après les pneumonies, le chiffre le plus élevé de la mortalité pendant le mois de novembre, sont en décroissance réelle et notable par rapport au mois d'octobre, pour lequel nous avions déjà constaté une diminution sur les mois précédents. On peut même considérer comme étant à sa fin la petite épidémie de fièvres typhoïdes qui s'est développée au milieu de l'été, du moins pour les hôpitaux civils. Il paraît n'en être pas tout à fait de même dans les hôpitaux militaires. Ainsi, au Val-de-Grâce, dit le rapport, M. le professeur Colin a observé, dans la deuxième quinzaine du mois de novembre, la prédominance d'une constitution bilieuse qui a frappé un grand nombre de sujets, se révélant par des embarras gastriques fortement fébriles, et par des fièvres typhoïdes graves.

La variole a continué, pendant le mois de novembre, à occuper le premier rang parmi les affections éruptives. La mortalité par variole, qui avait été de 23 en octobre, s'est élevée à 26 en novembre. Dans le service de M. Colin, au Val-de-Grâce, il y a eu 2 cas de variole confluente, dont 1 mortel. A l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bourdon, il y a eu 1 cas de mort par variole hémorrhagique, chez une jeune femme qui avait été vaccinée et qui portait les traces évidentes de cette vaccination. A l'hôpital de la Pitié, dans son service, M. Bernutz a perdu un homme non vacciné et deux femmes, l'une ayant pris la variole dans les salles, l'autre, non vaccinée, ayant eu une variole contractée dans une visite faite à une malade atteinte de cette affection. Dans le service de M. Laboulbène, à Saint-Antoine, 2 hommes non vaccinés ont eu des varioles graves, avec abcès, mais dont ils ont guéri, et une femme, qui a eu une variole à pustules noires, a également guéri. M. Laboulbène rappelle à cette occasion les avantages immenses qu'il retire dans le traitement de la variole, de l'usage des lotions répétées (trois fois par jour) avec de l'eau chlorurée.

Les affections pseudo-membraneuses ont augmenté de nombre et surtout de gravité. En octobre, on avait relevé 29 cas de croup, ayant donné 12 décès; en novembre, il y a eu 36 cas de croup, dont 24 suivis de décès.

Les affections rhumatismales ont été également plus nombreuses et plus graves. Le relevé général pour tous les hôpitaux de Paris indique 4 décès par rhumatisme aigu pour le mois de novembre, chiffre relativement élevé. M. Hérard a signalé, au sujet des affections rhumatismales, deux faits intéressants qu'il a observés à l'hôpital de Lariboisière. Une malade a été prise brusquement, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, d'accidents cérébraux auxquels elle a succombé rapidement. A l'autopsie, il a constaté une injection très-vive des méninges avec piqueté de la substance cérébrale. Ayant profité de cette circonstance pour examiner quelques-unes des articulations qui avaient été le siége des douleurs, quoique les phénomènes locaux eussent presque disparu au moment où les accidents cérébraux s'étaient développés, il a pu retrouver les preuves matérielles de l'inflammation de la membrane synoviale, sérosité louche avec flocons albumineux et rougeur très-notable des franges synoviales.

Le second fait observé par M. Hérard est un cas de rhumatisme du deltoïde, si souvent suivi, dit-il, de paralysie avec atrophie musculaire, et si souvent confondu avec le rhumatisme de l'articulation de l'épaule. Après avoir vainement essayé les calmants et les révulsifs, M. Hérard a eu recours à l'électricité; il lui a suffi de quelques séances pour enlever la douleur et rendre au muscle la liberté de ses mouvements.

Le rapport constate l'absence à peu près complète d'affections puerpérales. Il n'y a eu à déplorer qu'un seul cas de mort par métro-péritonite dans les services de femmes en couches.

Enfoncement ou dislocation du malaire.

Le jour même de la mort du regrettable professeur Jarjavay, à la suite d'une communication de M. le docteur Fleury de Clermont à la Société de chirurgie, M. le docteur Combeau (de Château-Salins) faisait connaître, dans les colonnes de ce journal, les travaux de son ancien maître sur la luxation des tendons, et entre autres sur la prétendue luxation du long tendon bicipital.

M. le docteur Sonrier (n° 151 de la *Gazette des Hôpitaux*), publie une observation de disjonction de l'os malaire, qui a engagé notre confrère, M. Combeau, à faire connaître l'étude de cette lésion par l'ancien chirurgien de l'hôpital des Cliniques.

Nous laissons parler notre confrère :

« Le médecin en chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons, pour la première fois en présence d'une lésion très-peu et imparfaitement connue, en a saisi admirablement l'ensemble harmonique des symptômes, quoiqu'il n'ait pas été éclairé par l'autopsie.

Notre travail n'aura donc pour but que d'établir la priorité appartenant à Jarjavay, et d'étudier l'harmonie de la quadruple lésion que l'on rencontre toujours en pareil cas, avec les symptômes qui en dérivent. Les leçons cliniques de notre maître, les observations prises dans son service, jointes à celle de M. Sonrier et à une autre de notre pratique, nous permettront de faire sur ce sujet une exposition didactique très-complète. Ajoutons que Dupuytren (*Leçons orales*), donne la relation d'une autopsie qui n'a pas empêché Malgaigne de ne voir qu'un côté de la question, et que Jarjavay possédait deux pièces anatomiques recueillies l'une à Saint-Antoine, l'autre à Beaujon, et dont l'examen confirme la description suivante.

Jarjavay décrit cette lésion sous le nom d'*enfoncement de la voûte malaire*, consécutif à une quadruple fracture ou luxation, savoir : 1° fracture constante du sommet du sinus maxillaire, dont la partie détachée reste unie dans sa suture avec le malaire; cette fracture, signalée par Dupuytren, a été méconnue et critiquée par Malgaigne; 2° fracture ou luxation du malaire vers l'angle et le bord orbitaire inférieurs ; 3° fracture ou luxation de son angle orbitaire externe ; 4° fracture ou luxation de l'apophyse zygomatique. Dès lors, la dénomination d'*enfoncement de la voûte malaire* qui ne préjuge rien, est préférable à celle de *dislocation*, employée par M. Sonrier, et qui n'admet que des luxations.

Cette quadruple lésion a toujours été produite par une violence directe : Malgaigne signale un coup porté sur la région malaire, Jarjavay le passage d'une roue de voiture, M. Sonrier une chute du haut d'un escalier, et notre observation personnelle une chute du haut d'une voiture courant sur une pente rapide. Notre malade seule appartenait au sexe féminin ; toutes les autres victimes sont des hommes, comme cela arrive presque toujours à la suite de causes violentes. Dans les chutes, l'enfance serait garantie par le faible poids du corps; un garçon de 6 à 7 ans, jeté hors de la voiture dans les mêmes conditions que notre femme, ne présenterait qu'une plaie contuse de la pommette avec ecchymose palpébrale.

L'enfoncement de la voûte malaire offre trois ordres de symptômes : les uns tiennent à l'ensemble de la dislocation; les seconds dépendent de chacune des quatre lésions qui la constituent; et les derniers sont des symptômes de complications.

Symptômes d'ensemble. — Ce sont l'enfoncement lui-même avec déformation et défaut de symétrie de la face, la mobilité et le gonflement.

Dans notre observation, l'enfoncement s'est produit en bas et en dedans, vers le sinus maxillaire, le malaire ayant simplement basculé autour de l'apophyse orbitaire externe et de la zygomatique, où l'on ne constatait que de la douleur sans aucune saillie. L'observation de M. Sonrier indique l'enfoncement aussi bien en dehors qu'en dedans.

Quant à la mobilité, elle n'a été signalée nulle part, et l'on comprend que le chirurgien se dispense de la rechercher dans la crainte de léser le nerf sous-orbitaire. Aussi, notre observation est-elle curieuse sous ce rapport; en effet la malade, dans les premiers jours, nous a appris que, chaque fois qu'elle se mouchait, elle sentait que « cela remuait, » que « cela se dérangeait; » l'air comprimé soulevait en soupape la voûte fracturée du sinus maxillaire.

Signalons encore les ecchymoses et le gonflement des parties, mauvais symptôme qui dérobe souvent tous les autres pendant tout le temps qu'il persiste (observation de M. Sonrier), symptôme isolé de chacune des quatre lésions prises à part.

A. — Fracture du sinus maxillaire. — L'issue du sang par le nez en est la conséquence à peu près inévitable et notée dans toutes les observations.

La crépitation caractéristique de l'emphysème, sous le doigt explorateur, existait dans plusieurs cas de Jarjavay; nous l'avons aussi constatée; mais d'autres fois, ainsi que dans l'observation de M. Sonrier, elle n'a pas été signalée. D'ailleurs, on comprend parfaitement que ce signe de fracture ne se manifeste que chez les personnes qui se mouchent et provoquent ainsi le passage de l'air dans le tissu cellulo-conjonctif.

Quant à la sonorité, à la percussion, il est probable qu'on la trouverait en pareil cas si l'on n'était retenu par la crainte d'augmenter l'étendue des lésions; ce n'était là pour nous qu'un simple objet de curiosité que nous ne nous sommes pas permis de satisfaire.

B. — Bord orbitaire inférieur. — Si le doigt, le parcourt de dedans en dehors, il fait une chute vers le tiers interne où il constate un angle saillant, aigu, immobile, au-dessous duquel se continue le reste du bord orbitaire.

En outre, les paupières sont ecchymosées, gonflées, et il y eut une fois une exophthalmie que nous examinerons après la paralysie sous-orbitaire.

C. D. — Apophyses externes. — Ce que nous avons dit des variétés du déplacement vers le bord externe de l'orbite et vers l'arcade zygomatique montre que tantôt on y trouvera une saillie avec dépression correspondante, tantôt une simple douleur, les parties osseuses disjointes ou fracturées, ayant ou non quitté leurs rapports normaux. L'observation de M. Sonrier et la nôtre offrent des exemples de ces deux variétés.

La douleur vers les attaches supérieures du masséter varie aussi avec le déplacement de l'apophyse zygomatique; elle fut complétement nulle chez notre malade pendant la mastication.

Quant à l'écoulement sanguin par l'oreille, signalé par M. Sonrier, nous ne pouvons l'admettre comme se rattachant à l'enfoncement du malaire, et nous le discuterons plus loin.

Complications. — La plus importante et la plus commune est la paralysie du nerf sous-orbitaire à la suite de sa lésion dans son trajet osseux ; signalée plusieurs fois par Jarjavay, observée et très-bien décrite par M. Sonrier, elle manquait chez notre malade. Nous n'en dirons qu'un mot, c'est que toujours elle a guéri sans le secours de l'art; c'est aussi l'ordinaire dans les paralysies du nerf maxillaire inférieur, compliquant les fractures de la mâchoire. L'influence du traitement institué par M. Sonrier est donc incontestable : la guérison arrive dans la quinzaine en général.

L'exophthalmie a été signalée pour la première fois par M. Sonrier; elle doit être la conséquence d'une hémorrhagie assez abondante dans la cavité orbitaire, et il est bien difficile d'admettre, comme tendrait à le faire ce dernier observateur, qu'elle dépend du déplacement du plancher de l'orbite, puisque ce déplacement a lieu du côté du sinus maxillaire. D'ailleurs, l'exophthalmie ayant disparu avec l'ecchymose malgré la persistance de la déformation, cette petite question se trouve tranchée par l'observation même de M. Sonrier, petite question, soit! mais elle montre la bénignité du pronostic pour les fonctions de l'œil.

Il nous reste à discuter l'hémorrhagie par l'oreille, que notre distingué confrère de l'armée rattache à la luxation de l'apophyse zygomatique, de même que celle du nez découle de la fracture du sinus maxillaire. Eh bien! il suffit de considérer une tête osseuse pour être convaincu de l'impossibilité de cette relation de cause à effet; la suture jugo-zygomatique est à 4 centimètres du conduit auditif. D'ailleurs, les symptômes des premiers jours observés chez le caporal de M. Sonrier, l'hémorrhagie auriculaire elle-même font penser à autre chose; le traitement institué indique la même appréhension chez le chirurgien; et pour dire toute notre pensée, nous avons songé à une de ces fractures du rocher qui guérissent parfaitement, ainsi que nous en avons observé des séries dans les hôpitaux de Paris. Au point de vue clinique, on pourra donc considérer cet accident comme une complication de l'enfoncement de la pommette. Mais au point de vue de la physiologie et de l'anatomie pathologique, ce ne sera jamais une complication de la luxation zygomatique dans l'enfoncement de la voûte malaire.

Quant au traitement, nous n'en savons pas plus que Malgaigne, et notre intéressante malade a du subir, quoique à regret, le défaut de symétrie de la face qu'acceptait avec un si grand courage le caporal du camp de Châlons. »

Mal perforant du pied.

M. Masbrenier, interne à l'asile des aliénés de Ville-Evrard (service de M. le docteur Dagron, médecin en chef), nous communique l'observation suivante qui nous paraît justifier la qualification qu'il lui a donnée.

D..., infirmier à l'asile de Ville-Evrard, 50 ans. Ayant, il y a six mois, fait à pied un fort long voyage (de Bordeaux à Paris), D... s'aperçut qu'un durillon s'était développé à la plante du pied droit, il s'en inquiéta fort peu; mais le durillon augmenta de volume et lui donnait, dit-il, la sensation d'un corps étranger placé entre son pied et sa chaussure.

Avec un instrument tranchant, il enleva des lamelles d'épiderme et il trouva une petite cavité ulcérée, à surface rouge, contenant un liquide séreux.

Lorsque le malade nous montre son mal, l'ulcération existe depuis six semaines, la surface est rouge, formée de villosités coniques sécrétant un liquide visqueux, d'un aspect rappelant l'ulcère verruqueux décrit par Marjolin. Cette ulcération assez profonde est large comme une pièce de 20 centimes, entourée d'épiderme dur, épais, presque jaune; elle est située au niveau de la troisième articulation métatarso-phalangienne.

La douleur n'est vive que lorsque le malade marche.

On cautérise l'ulcère avec du nitrate d'argent, et on enlève avec le bistouri les lamelles cornées qui entourent l'ulcère. Après un repos absolu pendant quelques jours, la guérison est en bonne voie.

Des autopsies ayant fait découvrir des artères athéromateuses chez des sujets atteints de mal perforant, de cette coïncidence on a conclu que l'athérome était cause de l'ulcère.

Sans vouloir trancher la question, M. Masbrenier se borne à faire remarquer, pour le cas présent, qu'ayant interrogé et examiné attentivement ce malade, ni l'auscultation, ni l'application du sphygmographe ne lui ont révélé aucune altération de la circulation qui pût être considérée comme une cause de cette affection. Il se peut, en effet, que la cause de cette affection ne soit autre que la pression subie par le derme comprimé entre le durillon et l'articulation.

ABLATION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Par M. Louis Thomas.

La crainte de voir le sang s'introduire dans les voies aériennes et par suite produire l'asphyxie fait rejeter, par la majorité des chirurgiens, l'emploi des anesthésiques pour un très-grand nombre des opérations qui se pratiquent sur la face.

Dans l'article *Anesthésie* du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, M. Giraldès considère cette crainte comme tout à fait illusoire. Pour lui, la seule contre-indication à l'emploi des anesthésiques est la position assise du patient. Toutes les fois que l'opération peut être faite, le malade étant placé dans la position horizontale, il y a utilité à employer l'anesthésie. « Dans cette position, dit-il, le sang coule plutôt dans le pharynx et dans l'œsophage que dans les voies aériennes. J'ai eu maintes fois l'occasion de m'en assurer, en pratiquant chez des enfants des opérations au fond du gosier ou des becs-de-lièvre compliqués même de l'ablation de la mâchoire supérieure. »

On peut objecter à M. Giraldès que si le sang coule plutôt dans le pharynx et dans l'œsophage, il ne s'ensuit pas cependant qu'il ne puisse jamais couler dans les voies aériennes. Qui peut répondre en effet qu'un caillot sanguin situé dans le pharynx, au niveau de l'orifice supérieur du larynx, ne sera pas entraîné à travers les lèvres de la glotte pendant l'inspiration? Aussi l'absence d'accidents dans les opérations que rapporte M. Giraldès, ne suffit pas, à mon avis, pour établir l'innocuité complète de l'anesthésie en pareil cas. Pour ces raisons, les assertions de M. Giraldès ne me semblent pas de nature à dissiper complètement les craintes des chirurgiens, et je pense que des moyens capables de prévenir, pendant les opérations qui se pratiquent sur la face, l'écoulement du sang dans le pharynx et par suite dans les voies aériennes, contribueront mieux à rassurer les opérateurs et à étendre à ces opérations l'usage des anesthésiques.

Dans un travail récent lu à l'Académie de médecine (séance du 6 août 1867), *sur les moyens propres à atténuer les inconvénients de l'écoulement sanguin dans certaines opérations pratiquées sur la face*, M. le professeur Verneuil signale « les services que peut rendre le tamponnement des fosses nasales dans les opérations sanglantes pratiquées sur l'auvent nasal, l'intérieur des fosses nasales, le sinus maxillaire, les parties élevées de la mâchoire supérieure, dans tous les cas où le sang menace de s'introduire dans le pharynx. Ce tamponnement, dit-il, en supprimant l'écoulement sanguin postérieur, rend possible l'anesthésie pendant toute la durée de l'opération. »

J'ai eu dernièrement occasion de mettre en pratique les conseils donnés par M. Verneuil. Il m'a été possible d'endormir mon malade, complètement et sans crainte d'écoulement sanguin dans les voies aériennes, pendant toute la durée de cette terrible opération. A ce titre le procédé auquel j'ai eu recours m'a paru digne d'être signalé; on en trouvera la description dans l'observation suivante :

Le nommé G..., de Saint-Nicolas-de-Bourgueil (Indre-et-Loire), âgé de 16 ans, maigre et grêle, mais doué d'une bonne santé habituelle et issu de parents bien portants, commença à éprouver, il y a dix-huit mois environ, de la gêne de la respiration nasale et de l'enchifrènement de la narine gauche. La voix était en même temps devenue nasonnée. Espérant que ces accidents cesseraient spontanément, ce jeune homme resta longtemps sans s'en préoccuper; mais, loin de disparaître, chaque jour ils étaient plus prononcés. La joue gauche devenait en outre plus saillante que celle du côté droit, et il existait en même temps un peu de gêne pour écarter les mâchoires.

Survinrent alors, à des intervalles irréguliers, mais assez éloignés, des douleurs très-vives, irradiant dans tout le côté gauche de la face et du crâne. Ces douleurs, qui duraient quelquefois plusieurs jours, cessaient ordinairement après l'apparition subite d'une hémorrhagie par le nez et la bouche. Le malade estime qu'il perdait environ un plein verre de sang, puis l'hémorrhagie s'arrêtait spontanément.

Le retour de ces douleurs et de ces hémorrhagies devenant plus fréquent, le malade réclama enfin les soins du docteur Lemesle (de Bourgueil) qui, ayant reconnu dans la fosse nasale gauche la présence d'une production morbide, en tenta l'arrachement. Il réussit ainsi à débarrasser la fosse nasale d'une partie de son contenu et à en rétablir la perméabilité.

Cette opération ne produisit qu'une très-faible amélioration dans l'état du malade, que M. Lemesle me fit l'honneur de m'adresser dans les premiers jours du mois de février 1868.

A première vue, je fus frappé du défaut de symétrie qui existait entre les deux moitiés de la face. La partie gauche était plus saillante que celle du côté opposé et le nez notablement dévié à droite. Les fosses nasales ne paraissaient contenir aucune production morbide et l'air les traversait assez facilement. L'intérieur de la bouche ne présentait non plus rien d'anormal; la voûte palatine était très-élevée et très-étroite, le voile du palais non déprimé et la cavité pharyngienne complètement libre. J'introduisis alors le doigt derrière le voile du palais, et je constatai en ce point la présence d'une tumeur dure, un peu irrégulière, ayant le volume d'une petite noix et descendant presque jusqu'au bord libre du voile du palais. Le doigt pouvait être promené autour de la tumeur, mais je ne pus reconnaître en quel point se trouvait son implantation.

Explorant ensuite avec le doigt introduit dans le sillon gingivo-labial la face externe du maxillaire supérieur gauche, je reconnus l'existence d'une autre tumeur qui venait s'épanouir dans l'épaisseur de la joue en contournant le bord postérieur du maxillaire. Cette tumeur était dure, indolente, un peu aplatie latéralement pour s'appliquer sur la face externe du maxillaire, et avait à peu près le volume du pouce.

Le diagnostic n'était pas douteux, je me trouvais en présence d'un polype naso-pharyngien, ayant un embranchement pharyngien et un embranchement génien. La saillie exagérée du maxillaire supérieur gauche était-elle due en outre à la distension du sinus de cet os par un prolongement du polype? C'est ce qu'il était permis de supposer. Restait à résoudre une question importante, celle du traitement à mettre en pratique. Une opération préliminaire était nécessaire pour faire l'ablation de ce polype. A laquelle devais-je donner la préférence?

La résection de la partie postérieure de la voûte palatine, suivant la méthode de M. Nélaton, ne pouvait me permettre d'atteindre tous les prolongements de la tumeur. La voûte palatine présentait en outre une disposition ogivale peu favorable pour pratiquer cette opération. Il y avait bien des raisons de penser que la résection partielle du maxillaire ne fournirait non plus qu'une voie insuffisante pour faire l'ablation du polype. Aussi est-ce à la résection totale du maxillaire que je crus devoir donner la préférence.

M. le professeur Verneuil, auquel j'eus l'occasion de montrer ce malade quelques jours après, partagea mon opinion. Comme moi, il jugea l'ablation du maxillaire nécessaire et seule capable d'assurer la guérison. Cette opération fut acceptée par le malade, mais il réclamait instamment d'être endormi. Pour satisfaire cette exigence sans courir la chance de l'introduction du sang dans les voies aériennes, voici le procédé auquel j'eus recours le 12 mars 1868, en présence et avec l'aide des docteurs Lemesle (de Bourgueil), Dugenet (de Tours), et Thomas (de Ligueil).

Le malade étant couché, je pratiquai le tamponnement de la fosse nasale gauche, puis le chloroforme fut administré, et c'est seulement lorsque le malade fut complètement endormi que je procédai à l'opération.

Je fis une première incision horizontale ou très-légèrement oblique en haut, partant de l'aile du nez et ayant une étendue de 3 à 4 centimètres. Pour faire cette incision, j'avais saisi la lèvre supérieure entre le pouce et l'index gauches, et je m'étais ainsi assuré que le sillon gingivo-labial serait respecté. Des extrémités de cette première incision j'en fis partir deux autres : l'une dirigée en haut et en dedans suivant le sillon naso-génien et ayant environ 3 centimètres; l'autre dirigée en haut et en dehors vers la saillie de l'os malaire dans une étendue de 4 centimètres. Je respectai ainsi l'intérieur de la bouche, j'évitai la lésion du canal de Sténon et je ménageai quelques-uns des filets du nerf facial qui se rendent à la paupière inférieure.

Je procédai ensuite à la dissection du lambeau circonscrit par ces incisions, puis je pratiquai à l'aide de la scie à chaîne la division de l'os malaire et de l'apophyse montante du maxillaire. Ces différents temps de l'opération s'accomplirent pendant l'anesthésie du patient et, grâce au tamponnement de la fosse nasale correspondante, sans qu'une seule goutte de sang put couler dans le pharynx.

Il me restait à faire la section de la voûte palatine et du bord alvéolaire, et, pour pouvoir entretenir l'anesthésie sans danger, il fallait éviter encore l'écoulement du sang dans le pharynx. Pour cela je divisai la lèvre supérieure dans toute sa hauteur par une incision verticale partant de l'extrémité interne de l'incision horizontale que j'avais faite au début. Puis, je fis serrer fortement, entre les doigts, par deux aides, les lambeaux résultant de cette incision, de façon à s'opposer à l'écoulement sanguin, et, ayant arraché la deuxième incisive latérale gauche, je tentai, avec une petite scie à main introduite dans la fosse nasale de diviser le bord alvéolaire et la voûte palatine. Je me proposais de pratiquer cette section rapidement en intéressant *le moins possible* la muqueuse, par suite de la facilité avec laquelle se décolle le périoste de la voûte palatine; j'aurais pu ainsi ébranler le maxillaire et en produire la luxation sans qu'il y eut un écoulement sanguin notable dans le pharynx. Mais je ne pus réaliser mon programme, je n'avais à ma disposition qu'une scie à main trop grande et trop flexible, tandis qu'une scie à main étroite et solide eut été nécessaire pour pratiquer cette partie de l'opération. Aussi, rencontrant quelques difficultés j'eus recours à la scie à chaîne introduite avec la sonde de Belloc par une incision du voile du palais. Ce temps de l'opération s'exécuta rapidement et je pus produire la luxation du maxillaire avant que le malade ne fut éveillé. La paroi inférieure du sinus maxillaire céda sous la pression du davier avec lequel j'avais saisi l'os pour le luxer et la paroi inférieure de l'orbite fut ainsi presque complètement ménagée.

Lorsque le malade commença à s'éveiller, je divisai, en terminant par le voile du palais, les parties molles qui seules retenaient le maxillaire en place.

J'eus alors lieu de m'applaudir de l'ablation totale du maxillaire; le polype était plus volumineux qu'il n'était permis de le supposer avant l'opération. Je détachai quelques adhérences contractées avec les parties voisines par l'embranchement génien qui envoyait un prolongement jusque dans la fosse zygomatique. Puis saisissant fortement le polype, aussi près que possible de son pédicule, avec un très-fort davier à résection, j'en fis la torsion en l'attirant à moi. Après plusieurs tentatives, mes efforts furent couronnés de succès et j'entraînai complètement le polype. Cet arrachement ne donna lieu qu'à un très-léger écoulement sanguin. La cavité du sinus sphénoïde qui aurait pu recevoir une noix était complètement dépouillée de son périoste. Le doigt porté sur le corps du sphénoïde et l'apophyse basilaire ne rencontre aucun débris de la tumeur. Je ne crus pas nécessaire de faire de cautérisation au niveau de l'insertion du pédicule, et après m'être assuré que l'écoulement sanguin avait cessé, je procédai à la réunion des lambeaux. Quatorze points du suture furent nécessaires pour obtenir leur coaptation exacte.

Les suites de cette opération furent très-simples. Il y eut une réaction très-légère. Le sixième jour j'enlevai les fils métalliques. La réunion eut lieu par première intention pour les incisions supérieures et la plus grande partie de l'incision horizontale. La réunion eut lieu également par première intention dans le tiers inférieur du niveau de la lèvre et au niveau de son bord libre.

Le malade quitta Tours complètement guéri dans les premiers jours du mois d'avril. Il m'a souvent répété qu'il n'avait pas souffert pendant l'opération et n'en avait gardé aucun souvenir.

J'ai eu depuis lors l'occasion de l'examiner avec le miroir pharyngien, il n'y a pas d'apparence de récidive. La cicatrice de l'incision horizontale est déprimée et la lèvre supérieure attirée en haut, il existe même une encoche, par rétraction de la cicatrice, au niveau de son bord libre. L'application d'une pièce prothétique pourra remédier en partie à cette difformité.

L'examen du polype me montra qu'il avait bien été enlevé complètement. Les figures que je dois à l'obligeance de M. Blanchet, interne à l'hôpital de Tours, en sont la reproduction exacte et de grandeur naturelle. Ce polype présentait 1° un embranchement pharyngien; 2° un embranchement génien, ayant traversé le trou sphéno-palatin et la fente ptérygo-maxillaire et envoyant un prolongement dans la fosse zygomatique (au-dessous de l'arcade de ce nom, cette partie de la tumeur présente une sorte d'étranglement); 3° un embranchement dans la cavité du sinus maxillaire; 4° un embranchement, peu volumineux, dans la fosse nasale gauche; 5° enfin un prolongement dans le sinus du sphénoïde. Le pédicule avait à peine l'étendue d'une pièce d'un franc, et sur une partie de sa circonférence, il existait de petites lamelles osseuses qui avaient été arrachées avec lui. Ce polype était très-dur, peu vasculaire et semblait bien evidemment de nature fibreuse. Il présentait cette particularité qu'il envoyait un prolongement génien très-volumineux, tandis qu'il ne présentait que des dimensions assez restreintes du côté des fosses nasales. L'examen de cette pièce justifiait donc bien l'opération préliminaire que j'avais pratiquée.

Cette opération a pu être faite pendant l'anesthésie, sans exposer le patient aux dangers de la pénétration du sang dans les voies aériennes Dans ce but, j'ai eu recours à un procédé qui m'a été inspiré par la lecture d'un travail de M. le professeur Verneuil, dans lequel ce chirurgien signale les services que peut rendre le tamponnement des fosses nasales dans un grand nombre des opérations sanglantes qui se pratiquent sur la face. Ce procédé se rapproche de celui de Gensoul par la direction des incisions, mais il en diffère par leur moindre étendue et surtout par la succession des temps de l'opération. Ainsi au lieu de faire d'abord la section des parties molles, puis celle des os, j'ai divisé les attaches supérieures du maxillaire et ensuite ses parties inférieures, de façon à ne pénétrer dans la cavité buccale que pendant le dernier temps de l'opération et seulement après avoir fait toutes les sections osseuses, ébranlé et luxé le maxillaire qui ne se trouve plus alors maintenu que par les parties molles. Grâce au tam-

ponnement des fosses nasales, le sang ne peut couler dans le pharynx. Il n'y a donc plus à redouter sa pénétration dans les voies aériennes, d'où plus de contre-indication à l'emploi des anesthésiques.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1868. — Présidence de M. Legouest

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

RAPPORTS

M. Verneuil lit un rapport sur un travail, de M. Louis Thomas, de Tours, intitulé : *Polype naso-pharyngien à embranchements multiples, traité et guéri par arrachement, avec résection préalable du maxillaire supérieur et tamponnement préliminaire de la fosse nasale correspondante.*

Messieurs,

Sous le titre modeste de *Note sur un cas d'ablation du maxillaire supérieur*, M. Louis Thomas vous a adressé un fait qui mérite, à plusieurs titres, de fixer votre attention.

Il s'agit d'un polype fibreux naso-pharyngien, redoutable affection qui, depuis plusieurs années, est l'objet de vos études. En second lieu, ayant à choisir entre les nombreux procédés que l'on emploie contre ces tumeurs, M. Thomas a opté pour l'ablation de l'os maxillaire supérieur en totalité, en respectant toutefois le plancher de l'orbite.

Enfin, pour éviter un des inconvénients principaux de cette résection et pour accorder au patient les bienfaits de l'anesthésie, notre confrère a utilisé un perfectionnement récemment introduit par votre rapporteur lui-même. Je veux parler du tamponnement préliminaire de la fosse nasale du côté malade.

Le succès qui a couronné la conception et l'exécution de ce plan opératoire atteste déjà la sagacité et l'habileté de l'auteur, mais il n'est pas superflu de montrer que la réussite n'a pas été un hasard heureux, et qu'en pareille occurrence il conviendrait d'imiter scrupuleusement la conduite du jeune chirurgien de Tours.

Un petit paysan d'Indre-et-Loire, âgé de 16 ans, maigre et pâle, était affecté de son mal depuis 18 mois environ quand il fut amené à M. Thomas en février 1868. Des douleurs violentes, des hémorrhagies répétées et abondantes, une déformation notable du côté gauche de la face, indiquaient nettement la nature du mal.

Le médecin ordinaire avait extrait déjà de la narine gauche l'embranchement qui obturait cette cavité, laquelle était redevenue momentanément perméable.

M. Thomas, après un examen minutieux, porta le diagnostic suivant :

1° Fibrôme occupant la partie supérieure du pharynx du côté gauche, s'insérant dans le point le plus élevé de cette cavité sans qu'on puisse préciser d'avantage le lieu d'implantation;

2° Prolongement volumineux dans l'épaisseur de la joue, et refoulant le cul-de-sac gengivo-labial;

3° Prolongement probable dans l'intérieur du sinus maxillaire.

Avec ce diagnostic, que la suite confirma pleinement, M. Thomas pensa que toute opération préliminaire à voie étroite serait insuffisante, et qu'il fallait résolûment sacrifier le maxillaire. Votre rapporteur, ayant toujours soutenu les mêmes principes, ne peut qu'approuver ces choses, et il serait prêt, aujourd'hui même, à l'appuyer de son autorité.

Mais quoique innocente en elle-même et d'une exécution assez facile, la résection du maxillaire n'est pas sans inconvénients, elle provoque un écoulement de sang notable, et comme on redoute l'entrée de ce sang dans les voies aériennes ou dans les voies digestives, on est encore dans l'habitude d'opérer sans endormir les malades, ou du moins de n'administrer le chloroforme que pendant les premiers temps de l'opération.

Or, le patient n'avait accepté l'action chirurgicale qu'à la condition de ne point souffrir, et M. Thomas lui avait promis qu'il en serait ainsi.

Pour tenir sa promesse et pour pouvoir achever l'opération sans souci de la pénétration du sang dans l'arrière-gorge, notre confrère songea à utiliser quelques préceptes que j'ai formulés pour des cas analogues et que je vous demande la permission de reproduire ici :

1° Tamponner préalablement l'arrière-narine du côté affecté;

2° Détacher d'abord l'os maxillaire en haut et en dehors à la faveur des incisions externes, et sans pénétrer dans la bouche;

3° Réserver, pour le dernier temps, la section de la voûte palatine afin que la cavité buccale ne soit ouverte que quelques instants avant la fin de l'opération.

Ce programme fut suivi de point en point. Le tamponnement fut d'abord pratiqué, puis le chloroforme administré, ensuite les incisions externes furent pratiquées, à peu de choses près, comme dans le procédé de Gensoul. Le lambeau relevé, on sectionna la branche montante, puis la connexion à l'os malaire, et enfin la voûte palatine. Le tout fut promptement achevé. Tout cela fut fait rapidement, et l'os maxillaire, sain, avec un davier, fut luxé avant que le malade ne fût éveillé. Dans l'arrachement de l'os, le plancher de l'orbite resta en place, ce que M. Thomas ne regretta point. Il fallait encore détacher avec les ciseaux quelques parties molles que retenait le maxillaire en arrière du col du volle du palais. Mais tout cela se fit sans difficultés et très-rapidement.

Restait à pratiquer l'ablation du polype. Grâce à la large voie ouverte, le pédicule était devenu facilement accessible. Énergiquement saisi avec un très-fort davier à résection et tordu à plusieurs reprises et en sens inverse, il céda après quelques efforts, et amena avec lui le corps fibreux tout entier.

Il n'en résulta qu'un écoulement sanguin très-léger. L'éradication parut si complète, et les points d'insection si nets, qu'aucune cautérisation ne parut nécessaire.

Ainsi s'était achevée, en quelques minutes, et sans aucun accident, cette importante extirpation. Le patient n'avait rien senti pendant toute l'opération, et n'avait conservé de celle-ci aucun souvenir. On procéda à la réunion des lambeaux, et la guérison s'effectua très-aisément.

Pour vous convaincre de l'utilité de la résection du maxillaire, il vous suffira de jeter les yeux sur deux figures très-bien exécutées et qui sont jointes à l'observation. Vous serez persuadés, comme moi, que nul autre procédé n'aurait permis une éradication aussi simple, aussi prompte et aussi radicale.

Permettez-moi d'insister encore sur deux petits points du *Manuel opératoire*. Je veux parler de la conservation du plancher de l'orbite et de la section de la voûte palatine.

Alors même qu'on a besoin d'une large voie pour aborder le pharynx, et que dans ce but on sacrifie l'os maxillaire, il est bon de ménager le plancher de l'orbite, car sa destruction prive l'œil d'un point d'appui fort utile sans faciliter notablement l'ablation du polype.

Or, cette conservation est facile à obtenir. Pour cela, après avoir divisé l'apophyse montante et séparé l'os malaire, on conduit à petits coups le ciseau parallèlement au bord inférieur de l'orbite et à quelques millimètres de ce bord. On sectionne ainsi la paroi antérieure du sinus, et on laisse en place tout le plancher orbitaire.

La section de la voûte palatine peut également se faire de la narine vers la bouche ou de haut en bas avec une scie droite et forte, ou d'avant en arrière avec le ciseau ou la pince de Liston. De toute façon, sans qu'il soit besoin d'écarter les mâchoires pour introduire et faire manœuvrer la scie à chaîne, instrument dont pour ma part je ne me sers plus pour ce genre d'opération.

Les connexions osseuses nu maxillaire étant détruites, l'os est alors énergiquement ébranlé; et lorsqu'il cède, retenu seulement par ses liens muqueux (voile du palais et membrane gengiro-génale), on divise vivement ceux-ci avec des ciseaux, et la masse tout entière se détache sans peine.

C'est alors seulement que le sang coule dans la cavité buccale, mais en petite quantité, si l'on a soin de remplacer aussitôt la pièce osseuse par un volumineux tampon de charpie fortement appliqué dans le vide produit.

Je ne vous cacherai pas, Messieurs, la satisfaction que j'ai éprouvée en voyant avec quel succès M. Thomas a appliqué à la résection du maxillaire sain des préceptes opératoires que j'avais expérimentés et préconisés pour des cas pathologiques différents. Il me semble, en effet, que si l'on est heureux de tirer soi-même parti des innovations qu'on a imaginées, on s'affermit d'avantage dans ses convictions quand les innovations susdites réussissent en d'autres mains.

J'en conclus que dans le cas spécial où s'est trouvé notre jeune confrère, le tamponnement préalable des fosses nasales et l'ouverture tardive de la cavité buccale, sont d'une utilité incontestable. J'en conclus encore que M. Thomas a mené à bien une entreprise toujours malaisée en mettant à profit, avec hardiesse et sagacité, toutes les ressources que l'art opératoire lui offrait.

J'ajoute qu'il ne s'agit point ici d'un de ces succès passagers, trop communs dans l'histoire clinique des polypes naso pharyngiens. Tout fait présager une guérison complète. En effet, le petit malade a été revu au mois de novembre dernier, rien ne faisait présager la récidive.

Votre Commission a l'honneur de vous proposer :

1° De renvoyer l'observation de M. Louis Thomas au bulletin; (*Voir plus haut.*)

2° D'inscrire M. Thomas sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

M. Paulet lit un rapportsur un travail, de M. Rouge, de Lausanne, intitulé : *Anévrysme de la carotide primitive droite, guéri par la compression digitale indirecte et intermittente.*

Messieurs,

Dans le courant du mois d'octobre dernier, la société de chirurgie a reçu de M. le docteur Rouge, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne, un travail intitulé : *Anévrysme de la carotide primitive droite guéri par la compression digitale, indirecte, intermittente.* Ce travail a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Desprez, de Saint-Germain, Paulet, et c'est comme rapporteur de cette commission que je viens aujourd'hui vous en rendre compte.

Placé à la tête d'un important service de chirurgie, l'auteur a eu plusieurs fois déjà l'occasion d'observer des tumeurs anévrysmales; c'est ainsi qu'il rappelle, mais brièvement et à titre de simple mention, un anévrysme du tronc brachio-céphalique, un autre de l'artère sous-clavière, un anévrysme sacciforme de l'aorte thoracique et enfin un anévrysme poplité qu'il a traité et guéri après 120 heures de compression digitale et mécanique indirecte, intermittente.

L'intéressante observation dont j'ai à vous entretenir est relative à un anévrysme de l'artère carotide primitive droite. Le malade a 68 ans; il est vigoureux et a toujours joui d'une excellente santé. En 1854, un timon de voiture l'atteint à la partie supérieure de la poitrine et le renverse évanoui; mais malgré la violence de cette contusion, il se rétablit en quelques jours et ne paraît pas s'être jamais ressenti de cet accident.

C'est seulement en 1865 qu'apparut au côté droit du cou une tumeur du volume d'une noisette; mais l'affection était indolente, il la négligea. Deux ans après, en 1867, la tumeur s'accroissait rapidement en même temps qu'apparaissaient des douleurs de plus en plus vives. Pressé par la souffrance, il se présentait à M. Rouge, qui, assisté de deux confrères, diagnostiqua sans peine un anévrysme de la carotide primitive. Le malade se refusa d'ailleurs à toute espèce de traitement jusqu'à la fin de l'hiver suivant et n'entra à l'hôpital de Lausanne que le 6 mars 1868. A cette époque la tumeur avait acquis 12 centimètres de long sur 11 de large, elle était située sous le sterno-mastoïdien droit et s'étendait depuis le bord inférieur du cartilage cricoïde jusqu'au sommet de l'apophyse mastoïde; son point le plus volumineux correspondait au niveau de l'angle de la mâchoire. Grâce aux belles photographies qui accompagnent la relation de M. Rouge, on peut d'un seul coup d'œil se rendre un compte exact du développement de la tumeur. Quant à sa nature, il n'y avait pas le moindre doute; pulsations, mouvement expansif, bruit de souffle un peu rude, tous les symptômes caractéristiques des dilatations anévrysmales existaient au plus haut degré et disparaissaient ensemble par la compression de la carotide à sa partie inférieure. La peau n'était ni adhérente ni altérée dans sa couleur. La voix était normale; la respiration et la déglutition s'exécutaient sans gêne. D'après l'auteur, l'anévrysme avait son point d'origine à la hauteur du bord supérieur du cartilage thyroïde, c'est-à-dire au point de bifurcation de la carotide primitive.

Le cou était maigre, l'artère s'isolait facilement et sa longueur au-dessous de la tumeur était suffisante pour qu'on pût songer à pratiquer la compression digitale. C'est en effet ce qui fut exécuté à partir du 12 mars. Le nombre et la durée des séances furent modifiés suivant la tolérance du malade, cependant, en moyenne, la compression fut maintenue pendant sept ou huit heures chaque jour, on alla même jusqu'à neuf heures et demie. Dès le second jour, diminution évidente des battements. A partir du septième, la tumeur revient notablement sur elle-même, le sterno-mastoïdien reprend sa direction normale. Bientôt les battements, les mouvements expansifs et le bruit de souffle disparaissent. Enfin, le 29 mars, on peut considérer le malade comme guéri. La compression digitale avait été appliquée pendant dix-sept jours. Elle avait duré cent trente heures et demie. Toutefois, par mesure de précaution, on continua à comprimer du 2 au 25 avril, mais d'une façon très-intermittente et seulement une heure et demie par jour.

La guérison a été constatée le 8 mai par tous les membres de la société vaudoise de médecine, et depuis cette époque le malade est resté bien portant.

Tel est en quelques mots le résumé du fait intéressant rapporté par M. Rouge. Je veux maintenant appeler votre attention sur quelques judicieuses remarques faites par l'auteur lui-même et sur certaines particularités curieuses qu'a présentées le malade pendant son traitement.

Lorsqu'il s'agit de comprimer la carotide primitive, il semble tout naturel d'appliquer directement les doigts sur la face antérieure du vaisseau et d'aplatir celui-ci contre le plan résistant formé par l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale. C'est ainsi que procéda d'abord le chirurgien de Lausanne; mais les douleurs excessives occasionnées par la compression du pneumo-gastrique, l'obligèrent bientôt à abandonner ce moyen. Le même fait avait déjà été noté par Gioppi, par Delore, et il l'aura certainement été par tous les observateurs qui auront voulu agir de la même façon.

La compression de l'artère contre le tubercule carotidien suspend complètement le cours du sang, aussi restera-t-elle toujours comme une excellente ressource dans les hémorrhagies de la tête et du cou. Mais si cette compression doit être maintenue longtemps, comme lorsqu'il s'agit de traiter un anévrysme par la compression indirecte, elle devient absolument insupportable pour les malades et doit être rejetée.

La même reproche est évidemment applicable à la compression mécanique de la carotide primitive, car tous les compresseurs inventés jusqu'à ce jour n'ont pas d'autre action que d'aplatir l'artère contre la colonne vertébrale et partant de comprimer en même temps le pneumo-gastrique. Il est juste d'ajouter que les fâcheux effets de cette compression ne se manifestent pas aussi souvent qu'on serait porté à le croire, grâce à l'extrême facilité avec laquelle se déplacent les pelotes de ces instruments. En résumé, quand l'instrument agit, il est intolérable; quand il est toléré, c'est qu'il n'agit pas.

M. Rouge voulut aussi faire usage d'un compresseur, mais il dut y renoncer, Quant à la compression digitale, il parvint à la rendre supportable pour son malade en la pratiquant latéralement, comme l'avait déjà fait Gioppi en 1856. Le pouce était placé sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien, les trois doigts suivants sous le bord postérieur du même muscle, et l'artère était saisie et comprimée dans cette sorte de pince. Malgré cette précaution il ne fut pas toujours possible de maintenir le pneumo-gastrique isolé du vaisseau, et à plusieurs reprises le pincement du nerf occasionna des accès de toux.

Un autre inconvénient résulte de la nécessité d'appliquer les doigts toujours sur le même point des téguments. L'artère fémorale, l'artère humérale sont accessibles à la compression dans une assez grande étendue de leur trajet, et l'on peut, en variant les points d'application de la force, éviter les excoriations et les escharres de la peau. Au cou, il n'en est pas de même, ce n'est que sur une très-petite longueur qu'on peut agir efficacement sur la carotide, aussi est-il bien difficile, sinon impossible, de conserver au tégument toute son intégrité.

Dès le troisième jour le malade de M. Rouge avait des excoriations. Néanmoins, en employant quelques moyens préservatifs tels que la poudre de lycopode, le collodion, on put mener à bonne fin ce traitement dont je vous ai déjà fait connaître les heureux résultats.

L'interruption subite du cours du sang dans la carotide ne paraît pas avoir déterminé d'accidents sérieux du côté de l'encéphale, comme on l'a observé trop souvent à la suite de la ligature. Le malade s'est plaint seulement d'un peu de céphalalgie pendant quelques jours.

Par contre, voici un fait assez singulier que semble avoir produit l'arrêt de la circulation artérielle. Lors de son entrée à l'hôpital, le malade portait à la face, au point de jonction de la narine droite avec le sillon naso-labial, une excroissance verruqueuse très-vasculaire, grosse comme une noisette. Pendant le cours de la compression, cette petite tumeur se flétrit, se sphacela, et l'ulcération qui résulta de la chute de l'escharre devint le point de départ d'un érysipèle qui gagna le cuir chevelu, la face entière et le cou. Preuve évidente que les anastomoses artérielles entre les deux moitiés de la face ne sont pas toujours suffisantes pour rétablir rapidement le cours du sang!

Enfin, il existait une cataracte double, un peu plus avancée à droite qu'à gauche. Après la guérison de l'anévrysme, la cataracte était restée stationnaire du côté gauche, tandis que l'opacité du cristallin était devenue complète du côté où la carotide avait été comprimée.

M. Rouge termine son travail en rappelant sommairement les cas connus jusqu'ici et dans lesquels la compression digitale a été appliquée au traitement des anévrysmes de la tête et du cou. Ces cas sont au nombre de quatre. Le premier appartient à Gioppi de Padoue. Il est relatif à une femme de 42 ans, guérie en quatre jours d'un anévrysme de l'artère ophthalmique gauche par la compression de la carotide primitive (*Giornale d'oftalmologia italiano* 1858, fasc. 4 et 5. — *Annales d'oculistique* 1858, 5e et 6e livraisons).

Au mois d'avril 1858, Vanzetti guérit une femme de 49 ans atteinte d'anévrysme de l'artère ophthalmique gauche. Quinze jours de traitement, sept heures vingt minutes de compression en tout, suffisent pour amener la guérison (Petiteau, *Thèse de Paris*, 1858, n° 255. — *Archives générales de médecine*, décembre 1858).

En 1860, Delore essaye la compression digitale sur un homme de 63 ans. L'anévrysme siégeait sur la carotide primitive gauche, il avait le volume d'une orange. Il fut impossible de saisir l'artère en passant derrière le sterno-mastoïdien, il fallut comprimer directement contre

la colonne vertébrale, et les douleurs furent tellement vives que le malade refusa de continuer (*Gazette des Hôpitaux*, 1860).

En 1863, Scheppard obtint un beau succès après cinq semaines de compression. L'anévrysme siégeait sur la carotide droite (*Medical times*, 1863. — *Gazette hebdomadaire*, 19 février 1864. — *France médicale*, 30 mars 1864).

A ces quatre cas nous en joindrons un cinquième, communiqué à l'Académie de médecine en 1864 par M. Legouest. Il s'agissait d'un anévrysme de l'artère ophthalmique contre lequel la compression digitale resta sans résultat, et dont la ligature de la carotide amena la guérison.

En somme, sur six malades traités par la compression digitale, quatre ont guéri. Malgré leur petit nombre, ces chiffres suffisent pour placer ce moyen en première ligne, d'autant plus qu'il n'a jusqu'à présent occasionné aucun accident sérieux. D'ailleurs, en cas d'insuccès, le chirurgien est toujours le maître d'avoir recours à la ligature s'il la juge praticable.

Outre le travail manuscrit dont je viens de vous rendre compte, M. Rouge a encore adressé à la Société un certain nombre de brochures dont nous avons pris connaissance avec le plus vif intérêt, mais dont je ne puis que vous signaler les titres pour ne pas augmenter outre mesure les dimensions de ce rapport. Ce sont :

1° *Quelques mots sur l'uréthrotomie interne*, avec observations à l'appui.

2° Une observation d'anévrysme poplité guéri par la compression digitale et mécanique, indirecte, intermittente.

3° Une observation de rhinoplastie, dont il vous a déjà été rendu compte par M. le secrétaire général, et dans laquelle a été employé un très-ingénieux procédé qu'on pourrait appeler : procédé par glissement d'un pont cutané.

4° Un travail sur la palato-plastie avec trois observations.

5° Une brochure intitulée : *Autoplasties diverses de la face.*

6° Enfin, une série d'articles insérés dans le *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, journal dont l'auteur est le rédacteur en chef.

Toutes ces publications renferment des observations sérieusement rédigées et des appréciations critiques d'une valeur réelle.

Quant à l'observation d'anévrysme carotidien sur laquelle je me suis le plus longuement étendu, elle constitue un fait important, d'une authenticité incontestable, et contribuera pour une large part à établir la valeur de la compression digitale pour le traitement des anévrysmes de la carotide primitive ou de l'une de ses branches.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remerciements à M. le docteur Rouge pour sa communication;

2° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger;

3° De donner place à son observation dans vos bulletins. (*Sera publié.*)

(*La suite au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle du 17 août 1868, un concours doit s'ouvrir à Paris, au mois de janvier 1869, pour des nominations à un certain nombre d'emplois de médecin traitant dans les hôpitaux militaires (spécialités médicale et chirurgicale).

Ceux des candidats qui ont déjà adressé au ministre des demandes à l'effet d'être autorisés à prendre part à ce concours, ainsi que ceux qui sont dans l'intention de solliciter la même autorisation avant le 10 janvier, terme de rigueur, sont prévenus que le concours, dont il s'agit, s'ouvrira à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, le jeudi 28 janvier 1869.

— MM. les docteurs Farriaud et Davesne viennent d'être nommés médecins du dispensaire de salubrité publique de la ville de Paris. (Emplois nouveaux.)

— M. Coste, membre de l'Institut, ouvrira son cours d'embryogénie comparée au collége de France, le samedi 9 janvier, à une heure, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur Auzoux, auteur de l'anatomie clastique, commencera son cours d'anatomie humaine et comparée, dans l'amphithéâtre de l'École de médecine, le dimanche 17 janvier, à une heure. Le cours sera continué les dimanches suivants, dans le même local. La texture et les fonctions du cerveau seront l'objet d'une attention spéciale.

— A céder un excellent cabinet de dentiste, à Paris. S'adresser au bureau du journal.

AVIS

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui voudraient faire relier leur collection peuvent en envoyer les numéros au bureau. Le prix de la reliure est de 3 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Compendium des maladies de la peau et de la syphilis, par M. le docteur Cazenave, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chevalier de la Légion d'Honneur, etc., publié, en 6 ou 8 fascicules de 10 feuilles grand in-8°, de deux mois en deux mois. Le premier fascicule est en vente. Prix : 3 fr.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 11 janvier 1869.

Depuis quelques années, l'attention publique a été heureusement sollicitée vers un sujet qui intéresse vivement le corps médical. En 1862, l'*Etude sur les hôpitaux* présentait les grands changements obtenus sous une administration basée sur le principe de l'unité et de la centralisation. Dans cette étude, M. Husson se montrait le très-compétent et le très-juste appréciateur du degré de perfectionnement auquel était parvenue l'Assistance publique. En 1865, le directeur honoraire, M. Davenne, écrivait à son tour sous le titre : « De l'organisation et du régime des secours publics en France », un livre qui fit sensation. Aujourd'hui, nous allons parcourir devant nos lecteurs un nouveau document qui nous offre les modifications du régime hospitalier, à Paris, dans la période écoulée depuis 1852.

§ 1. *Population secourue.* — Il n'est pas indifférent de savoir tout d'abord sur combien de personnes s'exerce l'action de l'Assistance publique.

En 1867, — 277,342 personnes ont pris part aux divers secours de cette grande administration. On peut les diviser ainsi :

Malades traités dans les hôpitaux	96,704
Infirmes ou vieillards des hospices	9,025
Aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière	3,441
Indigents secourus par les Bureaux de bienfaisance	105,119
Malades traités à domicile par lesdits Bureaux	38,173
Enfants assistés existant à la campagne	24,880
Total	277,342

§ 2. *Moyens.* — *Etablissements et personnel.* — 19 hôpitaux (dont 8 généraux et 11 spéciaux), 5 hospices généraux, 4 maisons de retraite, 3 hospices fondés reçoivent les divers clients de l'Assistance publique.

Les indigents participent au secours des Bureaux de bienfaisance, qui ont à leur disposition 57 maisons de secours.

Les enfants assistés, recueillis dans un hospice spécial, sont confiés à des nourrices qui les élèvent à la campagne. Dans 13 departements de l'Empire, 23 arrondissements de sous-inspections permettent de recruter et de surveiller les nourrices. Une récente et fort louable institution est venue — sous le nom de *Société protectrice de l'Enfance*, — prêter le concours le plus heureux à ce recrutement et à cette surveillance. La direction des nourrices se trouve aujourd'hui complétée par cette Société.

Près de 2,000 personnes composent le personnel médical de l'Assistance publique :

Médecins des hôpitaux et hospices	78
Chirurgiens des mêmes établissements	15
Médecins et chirurgiens du Bureau central	23
Prosecteurs	2
Pharmaciens des hôpitaux et hospices	17
Elèves internes en médecine	137
Elèves internes en pharmacie	97
Elèves externes	481
Elèves stagiaires	511
Sages-femmes et aides sages-femmes	7
Médecins des malades à domicile	205
Sages-femmes pour accouchements à domicile	111
Médecins des enfants assistés	245
Medecins de la direction des nourrices	60
Total	1,989

4,349 personnes composent le personnel administratif; ce qui donne un total de 6,338 personnes concourant, à titres divers, au fonctionnement des établissements et services de l'Assistance publique.

§ 3. *Mesures d'administration générale.* — Pendant que le personnel administratif recevait une augmentation de traitement, grâce aux instances de MM. Davenne et Husson, le personnel médical des hôpitaux n'avait pas vu ses indemnités fixes varier. Un des côtés caractéristiques de l'honorabilité de notre corps médical a toujours été cette délicatesse qui fait accorder les secours de notre art — gratuitement — dans les hôpitaux. Nous disons *gratuitement*, car il ne viendra à l'esprit de personne de dire que dans l'état actuel des choses, l'indemnité accordée à nos médecins puisse être considérée autrement que comme indemnité de déplacement. Mais il n'en est pas de même pour les internes, élite de notre phalange qui ne laisse rien à désirer sous le rapport du dévouement et de la science, mais que la fortune peut trahir. Il fallait lui rendre moins pénibles ces années données toutes à la science, et M. Husson a bien mérité du corps médical en faisant retoucher la trop modeste indemnité des internes.

Le service technique des hôpitaux a pris, sous la direction d'un ingénieur, un élan très-favorable.

En 1853, la *serpillière* a fait place à un ensevelissement plus décent : une bière reçoit les restes de ceux dont le corps n'a pas été réclamé par les familles.

La liberté des cultes n'est plus un mot dans nos hôpitaux.

Dans l'ordre matériel, il faut signaler : la Boulangerie centrale (Scipion), où ont eu lieu les expériences célèbres sur le procédé Mège-Mouriès; le service central des achats de denrées, s'élevant à plus de 1,350,000 francs; l'atelier central de raccommodage et de confection du linge à pansement de la Salpétrière; le magasin central pour l'achat et la conservation des objets matériels.

§ 4. *Hôpitaux.* — Nous avons parlé tout à l'heure des hôpitaux généraux et des hôpitaux spéciaux.

Les premiers, où sont traitées toutes les maladies non spéciales, sont au nombre de 8 :

L'Hôtel-Dieu, la Pitié, la Charité, Saint-Antoine, Necker, Cochin, Beaujon, Lariboisière.

On pourrait y joindre la Maison municipale de santé (ancienne maison Dubois), où l'on reçoit en chambres particulières, ou en chambres communes de 2 à 6 lits, les malades qui peuvent payer une indemnité modérée.

Les hôpitaux spéciaux sont destinés aux maladies spéciales; on en compte 7 :

Saint-Louis (maladies de la peau); le Midi (maladies vénériennes des hommes); Lourcine (maladies vénériennes des femmes); la Maison d'accouchements (Maternité); hôpital des Cliniques (chirurgie et accouchements); Enfants-Malades et Sainte-Eugénie (maladies de l'enfance).

A ces deux hôpitaux d'enfants, il faut joindre trois petits hôpitaux provinciaux destinés au traitement des maladies scrofuleuses des enfants (Berck-sur-Mer, Forges et la Roche-Guyon).

En 1867, les hôpitaux généraux et spéciaux renfermaient 7,820 lits.

La période écoulée depuis 1852 a été très-féconde au point de vue hospitalier.

En 1854, l'hôpital Lariboisière (le *noble hôpital* de miss Nightingale) a été ouvert à 600 malades; en 1856, de vastes terrains achetés au prix de 1,711,000 francs, ont permis de créer latéralement, à chaque groupe de pavillons, deux préaux de 10,000 mètres chacun pour les malades des deux sexes.

En 1854, l'hôpital Sainte-Marguerite est restauré et agrandi. 425 lits sont destinés à recevoir les enfants malades et l'hôpital prend le nom de Sainte-Eugénie.

En 1858, la maison Dubois reçoit 300 lits et est inaugurée sous le nom de Maison municipale de santé.

En 1859, ouverture de l'hôpital de Forges.

En 1858, construction d'un nouveau bâtiment à Beaujon; restauration de cet hôpital en 1866, et actuellement encore on travaille à l'améliorer.

De 1861 à 1865, deux nouveaux pavillons pour 300 lits sont élevés à Saint-Antoine.

En 1861, hôpital pour les bains de mer des enfants scrofuleux, à Berck-sur-Mer

De 1858 à 1864, l'hôpital Necker est amélioré.

En 1851, Saint-Louis reçoit un service balnéaire complet et très-intéressant à étudier.

Les diverses épidémies puerpérales avaient vivement impressionné l'Administration; tous ses efforts ont tendu à s'entourer des lumières de la science; le système de l'alternance a été mis en œuvre à la Maternité; cheminées, prises d'air, lieux d'aisance perfectionnés, trémies ouvertes à chaque étage pour le linge souillé, etc. Tout a été mis en œuvre.

Pavillons construits à Cochin et à la Pitié.

La transformation de la Charité; la ventilation; la disposition des cabinets d'aisance; la transformation des fosses étanches en caveaux, avec séparateurs; les chambres destinées aux maladies contagieuses; les vaccinations et revaccination avec le cow-pox; le matériel chirurgical de chaque hôpital; le service gymnastique, à Bicêtre, la Salpêtrière, dans les hôpitaux d'enfants; le régime alimentaire : tels sont les traits principaux des améliorations récentes.

Un nouvel hôpital de 600 lits va se dresser sur le coteau de Ménilmontant, et Cochin grandi donnera 200 lits de plus.

Le petit hôpital de Berck va être construit en matériaux durables; il possédera 500 lits qui, joints aux 200 lits de Forges et de la Roche-Guyon, donneront un total de 700 lits et permettront le traitement à la campagne de presque tous les petits scrofuleux des hôpitaux. Ce transport, laissant un certain nombre de lits vacants, on en profitera pour créer des chambres d'isolement dans les hôpitaux d'enfants.

Les hôpitaux de Paris ont toujours été une École pratique célèbre. Des cliniques officielles sont organisées dans les hôpitaux du centre; les médecins et les chirurgiens des hôpitaux sont autorisés, sur leur demande, à faire au lit des malades ou dans les amphithéâtres des cours, qui se comptent par 20 ou 25 chaque année. Ils sont très-suivis et méritent tous les encouragements de l'Administration; mais il ne faudrait pas craindre en si bonne route de trop encourager, et c'est le moment de réclamer, comme une mesure de toute justice et de tout profit pour la science et l'humanité, le droit pour le médecin et le chirurgien d'hôpital de faire asseoir, dans sa chaire, l'homme spécial ou le praticien qui, à un jour donné, peut venir compléter l'enseignement. Ce droit a été contesté, si nous sommes bien informé; et notre souvenir se porte cependant sur nos plus célèbres professeurs, qui n'ont pas craint de ternir l'éclat de leur enseignement, par cette reconnaissance publique de la valeur d'un homme spécial. Discrètement pratiquée, cette méthode ne peut que rendre les services les plus éminents.

Le stage des hôpitaux; les laboratoires (microscopie, ophthalmoscopie; musée pathologique, etc.) parlent assez haut en faveur du bon vouloir de l'Administration.

En 1867, le bureau central a donné 6,151 consultations écrites et 1518 consultations verbales; deux prescriptions de saignée (en 1852, il y en avait eu 1,259); 561 applications de ventouses.

Arrêtons-nous ici sur cet examen; nous avons été heureux de suivre ce grand mouvement d'une Administration qui peut faire et qui fait tant de bien. La critique est très-facile, quand on regarde ce qu'il y a encore à faire : elle est désarmée devant les efforts incessants et les magnifiques résultats obtenus.

Nous avons suivi pas à pas les premières parties de cet *exposé;* nous avons vu la sollicitude avec laquelle M. Husson s'inquiète du sort des élèves de nos hôpitaux; mais il est une chose qu'il n'a pas dite et que nous devons dire.

C'est l'empressement avec lequel toute réclamation, portée sans aigreur ni parti pris à son tribunal, est assurée d'être bien accueillie.

Une question des plus graves avait été soulevée cette année : les abus, les injustices des concours avaient été signalés par nous à sa haute appréciation, et le directeur général réunissait immédiatement une commission; lui-même, il donnait le signal des réformes. Nous avons alors gardé le silence. Quelles sont les améliorations sorties du travail de la commission? Nous espérons pouvoir en faire bientôt part à nos lecteurs.

En attendant, nous ne pouvons que louer sans réserve le travail dont nous venons de présenter le résumé.

Dr E. Le Sourd.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

DE LA PLEURÉSIE.

Valeur diagnostique, pronostique et thérapeutique des courbes de Damoiseau.

(Leçon recueillie et rédigée par le docteur XAVIER GOURAUD, chef de clinique adjoint de la Faculté.)

Cette leçon sera entièrement consacrée à l'histoire clinique d'un malade atteint de pleurésie, et j'espère, à ce sujet, vous faire voir l'utilité pratique d'un signe découvert par Damoiseau et qu'on n'a pas suffisamment utilisé, au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Au n° 11 de notre salle Saint-Paul se trouve un homme, âgé de 34 ans, maigre, pâle, et d'une assez médiocre constitution :

il n'a aucun antécédent fâcheux, et paraît n'avoir jamais été sérieusement malade. Il y a huit jours, il fut pris de frisson en rentrant chez lui : ce frisson n'avait rien de l'éclat ni de l'intensité qui caractérisent le frisson initial d'une phlegmasie parenchymateuse; c'était plutôt une horripilation avec sentiment de froid. Bientôt après, il ressentit une douleur dans le côté droit de la poitrine, puis une gêne assez marquée de la respiration et un besoin irrésistible de tousser; cette gêne était notablement augmentée par la douleur, laquelle s'exaspérait au moment des quintes de toux; le malade était couché sur le dos et ne pouvait garder aucune autre position.

Voilà déjà quelques signes qui permettent de soupçonner l'affection dont cet homme est atteint; ces signes nous sont fournis par le mode de l'invasion. Dans la pneumonie, en effet, le frisson est éclatant et violent; la douleur tardive et profonde n'est que faiblement accusée par les malades. Dans la pleurésie, au contraire, le frisson est modéré, et la douleur prompte à se manifester est extrêmement aiguë, ainsi qu'il est arrivé chez notre malade. L'époque d'apparition de la douleur et son acuité aussi bien que le degré d'intensité du frisson, tels sont les points de repère dans le diagnostic de la pneumonie et de la pleurésie au début. De plus, la matité occupait en totalité les deux tiers inférieurs de la gouttière costo-vertébrale droite. Nous voici donc déjà, même sans le secours de l'auscultation, plus avancés que les anciens, pour lesquels *douleur pleurétique* voulait simplement dire « douleur de côté », et qui désignaient sous le nom de *pleurésie* toute maladie « avec point de côté ». Y avait-il expectoration, c'était la pleurésie *humide*; l'expectoration manquait-elle, c'était une pleurésie *sèche*, c'est-à-dire, en réalité, la véritable pleurésie. Ces mots de pleurésie sèche et humide ont reçu de nos jours une tout autre acception.

Poursuivons notre diagnostic. Le lendemain de son entrée, le malade avait une fièvre intense, la peau chaude, et la température s'était élevée à 40° dans l'aisselle. L'auscultation révélait, vers la base du côté droit, une crépitation très-évidente qui remontait vers la partie moyenne de ce côté de la poitrine, un bruit de souffle sans rudesse au-dessous du point où se percevait la crépitation, et un retentissement de la voix qui se rapprochait plus de la bronchophonie que de l'égophonie. Vous le voyez, Messieurs, deux nouveaux signes militaient en faveur d'une pneumonie, à savoir la crépitation et l'élévation marquée de la température, Wunderlich n'ayant presque jamais vu, dans la pleurésie, la température s'élever au delà de 39°. Le lendemain, néanmoins, malgré la persistance de la crépitation, et la température constatée la veille, vous m'avez vu maintenir mon diagnostic : l'expectoration était, en effet, uniquement spumeuse et sans coloration spéciale, et il me paraissait impossible qu'une pneumonie aussi étendue que l'aurait dû faire supposer la matité constatée, pût exister sans donner lieu à l'expectoration caractéristique que vous connaissez.

Mais ce qui donnait au diagnostic un haut degré de certitude, c'était la forme toute spéciale, et pour ainsi dire géométrique, de la *ligne de contour de la matité*. En effet, la matité ne siégeait pas seulement aux points les plus déclives de la région dorsale, elle était limitée par une ligne courbe à convexité supérieure. Eh bien, ce signe, à lui seul, voulait dire « épanchement dans la plèvre et épanchement d'une certaine nature », ainsi que vous l'allez voir.

Arrêtons-nous un instant sur ce signe découvert en 1843 par un élève très-distingué du professeur Piorry, le docteur Damoiseau. Il y a là un problème clinique sur lequel il est bon d'arrêter un peu votre attention.

La courbe de cette matité est de l'ordre des sections coniques; c'est celle qu'on obtiendrait en faisant passer *obliquement* un plan sécant à travers la cavité du thorax. Or, rien n'est plus facile que de concevoir comment la matité d'un épanchement, et d'un épanchement d'une certaine nature, est précisément limitée par une semblable courbe.

Ayez, je vous prie, présentes à l'esprit ces données : la position du malade sur le plan incliné du lit, la forme du thorax, la présence d'un épanchement dans la cavité pleurale, la nature de cet épanchement et l'action de la pesanteur, et vous aurez tous les éléments de solution du problème de séméiotique dont je veux vous donner l'explication.

Si le malade était *horizontalement* couché *sur le dos*, le liquide, obéissant à la pesanteur, se réunirait dans *toute l'étendue* de la gouttière costo-vertébrale, qui est la partie la plus déclive du dos; mais comme le malade est couché sur un plan incliné, le liquide se masse à la partie inférieure de cette gouttière. Voilà un premier fait tout physique, et où n'intervient que la pesanteur.

En voici un autre, physique et physiologique à la fois, dans lequel va intervenir la NATURE du *liquide épanché*. C'est pour n'avoir tenu aucun compte de la nature du liquide exsudé, que Damoiseau n'a pas pu tirer de sa découverte tout le parti que je vais essayer d'en tirer moi-même.

Supposons, en premier lieu, le liquide complétement *séreux*, c'est-à-dire ayant une fluidité comparable à celle de l'eau; dès que le malade quittera la position couchée pour prendre la station assise, ou, en d'autres termes, dès que le tronc d'horizontal deviendra vertical, le liquide, très-fluide par hypothèse, et par suite très-docile à la pesanteur, abandonnant la gouttière costo-vertébrale et glissant vers la base de la poitrine, se réunira sur le plan que lui offre le diaphragme. La percussion pratiquée alors donnera une ligne de niveau horizontale, et comme le thorax peut être comparé à un cône, le plan qui passerait par cette ligne de niveau aurait des contours à peu près circulaires.

Supposons maintenant le liquide entièrement *fibrineux*, c'est-à-dire à peine fluide; lorsque le malade mettra son tronc dans la position verticale, le liquide, doué de propriétés adhésives, n'obéira que lentement et difficilement à la pesanteur, et la plus grande partie en restera adhérente aux points de la gouttière costo-vertébrale primitivement occupés; de sorte que l'épanchement dans la position verticale qu'a prise le malade, conserve à peu près la même disposition qu'il affectait quand le tronc était sur un plan incliné; aussi la ligne de niveau de la matité — et c'est là que j'en voulais venir — ne sera-t-elle plus horizontale comme tout à l'heure, mais oblique à l'axe du cône thoracique, et le plan qui passerait par cette ligne de matité donnerait une ligne d'intersection de forme à peu près parabolique.

Supposons enfin que l'épanchement soit *séro-fibrineux*, il se ramassera comme les précédents aux points les plus déclives du thorax, le malade étant couché; puis dès qu'il s'asseoira, la partie séreuse de l'épanchement glissera vers la base de la poitrine et sur le diaphragme, laissant, comme une eau boueuse qui se retire, une épaisse couche de limon sur les points qu'elle abandonne; de sorte qu'on aura par la percussion : 1° aux points naguère occupés par la totalité de l'épanchement de la matité superficielle due à la présence de la matière fibrineuse restée collée aux parois de la poitrine, et 2° dans une zone inférieure une matité profonde et absolue causée par la masse séreuse qui a glissé sur ces points. Et ces deux matités réunies seront limitées par une ligne courbe à sa partie supérieure (matité de la matière fibrineuse), ligne qui devient horizontale en se prolongeant vers les parties latérales et inférieures (matité de la sérosité). Et ce que j'ai dit de la sérosité restée adhérente aux parois de la poitrine, est vrai, *à fortiori*, des fausses membranes exsudées sur place et adhésives de leur nature.

Tout ce que je vous dis là est rendu évident par une expérience bien simple. Voici deux verres, l'un contenant de l'eau et l'autre du goudron. Quelle que soit la position verticale ou oblique du verre qui contient l'eau, celle-ci donne toujours une ligne de niveau horizontale; au contraire, si je penche le verre qui renferme le goudron de façon à simuler le plan incliné d'un malade couché, puis que je replace le verre dans la position verticale, vous voyez que le goudron est resté en grande partie adhérent aux parois latérales du vase en y dessinant une ligne de contour exactement parabolique, tandis que le reste de la masse, plus fluide, dessine une ligne de niveau horizontale et rectiligne qui se raccorde avec la précédente suivant un angle obtus ouvert en haut et en dehors. Eh bien, le verre qui contient l'eau, c'est la poitrine envahie par de la sérosité fluide; le verre qui renferme le goudron, c'est la poitrine où l'épanchement est surtout fibrineux. S'il y a peu de goudron, tout reste collé aux parois du verre, et il n'y a pas de ligne horizontale quand, d'oblique, le verre redevient vertical; si la masse du goudron est considérable et surtout si celui-ci est mélangé à de l'eau, une partie reste adhérente et dessine la parabole, une autre, plus fluide, glisse en bas et se place horizontalement. Et vous avez ainsi l'image d'une cavité pleurale contenant à la fois de la matière fibrineuse et de la sérosité.

Vous avez déjà compris, Messieurs, qu'à l'aide de ces détails presque géométriques, on peut non-seulement reconnaître l'existence d'un épanchement, mais encore en induire la *nature* du liquide épanché, et par suite faire le pronostic et formuler les bases d'un traitement rationnel. Mais n'anticipons pas.

Avant d'aborder ces importantes questions, laissez-moi vous rappeler des notions bien connues de physiologie pathologique.

Vous savez qu'une phlegmasie de membrane séreuse donne naissance à trois sortes d'exsudats : si la phlegmasie est franche, l'exsudat est fibrineux, c'est-à-dire adhésif et comme glutineux; si l'hyperémie phlegmasique est moins franchement inflammatoire, l'exsudat sera séro-fibrineux; enfin il sera tout à fait séreux, c'est-à-dire tout à fait liquide et en aucune sorte adhésif, si le mode de cette hyperémie tend à se rapprocher de l'hyperémie sécrétoire.

Ainsi, tantôt l'exsudat est fibrineux, tantôt séro-fibrineux, et tantôt, enfin, il est presque exclusivement séreux. Chez notre malade du n° 41, vous voyez, par tout ce que je vous ai dit des conditions physiques de la question et de la forme de la courbe de matité lorsqu'il était assis, que son épanchement était séro-fibrineux avec prédominance des fausses membranes sur la sérosité.

Le pronostic s'en déduit immédiatement, comme vous le verrez tout à l'heure.

Mais avant d'aborder cette importante question, que j'aurai soin de généraliser, laissez-moi revenir aux tracés plessimétriques de Damoiseau.

Les courbes paraboliques qu'il a signalées sont des courbes *latérales*, c'est-à-dire constatées sur des malades qui se couchaient sur le côté affecté. Au contraire, quand le malade se couche *sur le dos*, comme notre homme du n° 41, la courbe n'est qu'une *moitié de parabole*. Vous le comprenez sans qu'il soit nécessaire d'insister.

Le même auteur a aussi fait connaître une curieuse conséquence de sa découverte : c'est l'existence de courbes paraboliques superposées, à dimensions variables, lesquelles indiquent, par leur superposition, le degré d'augmentation d'un épanchement.

Nous avons eu le soin, Messieurs, d'utiliser cette notion en sens inverse pour ainsi dire, c'est-à-dire que nous l'avons appliquée à la mensuration de la résorption de l'épanchement. Vous nous avez vu chaque matin mesurer la courbe que présentait notre malade : c'est ainsi que le premier jour nous avons constaté une courbe dont le rayon vertical, mesuré à partir d'un point fixe situé à 8 centimètres de la colonne vertébrale, était de 17 cent. 1/2; la deuxième courbe, prise le lendemain, et mesurée dans les mêmes conditions, ne donnait plus que 12 c. 1/2; la troisième ne marquait que 10 centimètres; la quatrième 12 centimètres, et la cinquième, la dernière que nous ayons recherchée, ne mesurait que 11 centimètres. Vous voyez donc, Messieurs, que la notion de ces courbes successives donne exactement la mesure de la résorption de l'épanchement. Cette mesure est, comme vous le voyez, assez exacte, puisque nous avons pu constater, pendant la période de résolution, une augmentation de 1 centimètre qui accusait un léger accroissement.

D'un autre côté, M. Damoiseau a constaté, et cette conclusion diagnostique a sa valeur, que si l'épanchement augmente, au lieu d'une ligne courbe on a par la percussion une ligne de niveau horizontale. Rappelez-vous l'expérience de mon verre contenant de l'eau, et concluez alors que cette ligne de niveau horizontale vous indique l'existence d'un épanchement séreux.

Cette donnée est précieuse, non-seulement pour distinguer l'épanchement fibrineux de l'épanchement séreux, mais même pour établir l'existence de la pleurésie, car il est à peu près impossible, ou tout au moins invraisemblable, qu'une pneumonie se révèle par une matité à forme parabolique ou arrondie.

Continuons l'histoire clinique de ce malade. Le lendemain de son entrée, le souffle et l'égophonie étaient très-évidents; le surlendemain, le souffle disparaissait, mais l'égophonie persistait, et l'on entendait toujours la crépitation, dont je vous ai déjà parlé, et qui avait fait croire pendant un instant à l'existence d'une phlegmasie pulmonaire. Cette fausse *crépitation de la pleurésie* peut recevoir deux interprétations. Trousseau croyait que dans ce cas il y avait une véritable crépitation due à l'inflammation concomitante de la partie superficielle du poumon en rapport de contiguïté et presque de continuité avec l'épanchement et les fausses membranes. La plèvre viscérale enflammée réagirait par le simple contact sur le parenchyme pulmonaire, de même qu'au contact de l'inflammation érysipélateuse de la peau, il se fait une infiltration fibrineuse du tissu cellulaire sous-cutané. Je préfère une autre interprétation : je pense, avec Damoiseau, que cette crépitation est produite par un mécanisme analogue à celui qui détermine le frottement pleural; c'est la locomotion du poumon qui fait frotter l'une sur l'autre les deux plèvres recouvertes de fibrine à l'état granuleux; c'est toujours un frottement pleural, mais moins rude que celui qui s'entend au niveau des fausses membranes, et cette différence de rudesse tient justement à ce que les conditions physiques du phénomène ne sont pas les mêmes, la fibrine granuleuse étant plus molle et moins rude que celle qui constitue les fausses membranes.

Cette crépitation, Messieurs, est un bon signe du début de la pleurésie : elle précède l'épanchement qui, par sa présence, écarte les deux feuillets de la plèvre, et par conséquent s'oppose à cette fausse crépitation. Ce phénomène se produit de nouveau lorsque l'épanchement a disparu, ou tout au moins lorsqu'il a diminué, de façon à permettre le frottement des deux plèvres devenues rugueuses par le dépôt de la fibrine; c'est alors une sorte de crépitation de retour, moins fine que la première, parce que la fibrine a été comme boursouflée par l'exsudat séreux. Vous l'avez entendue, Messieurs, cinq ou six jours après l'entrée de notre malade à l'hôpital, et vous l'avez entendue, j'insiste à dessein sur ce point, dans le lieu même où la veille, le souffle et l'égophonie, c'est-à-dire les deux symptômes caractéristiques d'une pleurésie étaient manifestes.

Plus tard, vous avez perçu une autre variété de frottement, celle qui est connue sous le nom de bruit de cuir neuf, de frottement pleural; je n'insiste pas sur ce signe, puisque je lui reconnais des conditions d'existence analogues à celles qui déterminent la fausse crépitation.

Je voudrais maintenant, pour compléter la partie séméiotique de cette leçon, vous donner l'explication de quelques signes de la pleurésie, et étudier les particularités propres à quelques-uns d'entre eux. Voyons d'abord ce qui est relatif au souffle : il s'entend le plus souvent dans les points qui correspondent à la ligne de niveau; il est moelleux et presque doux, si on le compare au souffle rude de la pneumonie.

Chez notre malade, il était intense, quoique doux, et on l'entendait, *par transmission*, du côté sain. C'est là une cause d'erreur assez fréquente et qui tient à l'une des deux conditions suivantes : à la *minceur* des parois thoraciques chez l'enfant, à leur *maigreur* chez l'adulte. Au fond, c'est une affaire de conductibilité facile du son. Les parois grasses ou revêtues de plans musculeux puissants conduisant beaucoup moins bien le son. On évitera l'erreur, qui consisterait à croire à un double épanchement, en percutant les deux côtés de la poitrine; là où le souffle est transmis, la poitrine reste sonore.

Du reste, ce souffle transmis du côté malade au côté sain se distingue assez bien, si on a le soin d'ausculter successivement tous les points intermédiaires entre le lieu où le souffle réel a

son maximum d'intensité et celui où il est à son minimum; on a alors une sorte d'échelle décroissante, qui démontre bien qu'il n'existe en réalité qu'un souffle, dont l'intensité diminue à mesure que l'oreille s'éloigne de son lieu d'origine.

Quant à l'égophonie, dont j'ai eu souvent l'occasion de vous parler dans le cours de cette leçon, je tiens à ce que vous sachiez exactement à quoi elle est due. Elle est le résultat de la résonnance de la voix à travers une petite quantité de liquide fibrineux emprisonné dans l'épaisseur des fausses membranes, de manière à réaliser à peu près cet appeau qu'on appelle la *pratique* de polichinelle. L'égophonie suppose la présence d'un exsudat fibrineux, et en général peu abondant : elle peut être initiale; il peut aussi se faire qu'il y ait une égophonie de retour lorsque la partie séreuse de l'épanchement étant résorbée, il ne reste plus que l'exsudat fibrineux, interceptant dans ses mailles une petite quantité de liquide.

Il est encore un signe de pleurésie d'un intérêt sérieux, c'est la diminution ou la disparition des vibrations thoraciques par la palpation. Avant la formation de l'épanchement, et malgré la matité due à l'exsudat fibrineux, on les perçoit encore, bien que diminuées; quand il y a épanchement, et à son niveau, elles sont toujours abolies, le liquide portant obstacle à leur transmission; lorsque celui-ci a disparu, les vibrations sont de nouveau perceptibles, parce qu'alors l'obstacle n'existe plus et se trouve, au contraire, remplacé par les fausses membranes qui conduisent bien le son.

J'ai hâte, Messieurs, d'arriver au *pronostic* de la pleurésie, qui n'est pas chose indifférente, la maladie ayant une durée indéterminée, ou très-courte, ou très-longue. Dans le premier cas, la pleurésie a été franche et l'exsudat presque entièrement fibrineux : la résorption est alors facile et d'autant plus rapide que le sujet est jeune et vigoureux. Mais ces conditions favorables sont loin d'exister toujours; il est des cas où l'épanchement séreux se fait avec rapidité et abondance, et quand l'inflammation s'éteint, l'épanchement, ce *caput mortuum* de la pleurésie persiste. Dans ce cas, la résorption est difficile et lente, car les conditions en sont des plus défavorables : ce n'est pas la séreuse saine, mais la séreuse doublée de fausses membranes qui est destinée à *boire* ce liquide épanché. Le malade, guéri de sa phlegmasie pleurale, est donc loin d'être guéri de son épanchement. Il reste ainsi un temps plus ou moins long comme amputé du quart ou du tiers de sa surface respiratoire, ce qui constitue une entrave sérieuse à la fonction si essentielle de l'hématose.

Eh bien ! Messieurs, peut-on trouver dans l'existence ou la non-existence de la courbe de Damoiseau un élément de pronostic? Assurément oui, et la déduction est ici des plus simples. Si je me suis fait comprendre, la courbe n'est possible que si l'exsudat est à peu près uniquement fibrineux, et la ligne de niveau ne s'établit que lorsque l'épanchement est séreux. Donc, Messieurs, la *persistance de cette courbe*, dans le cours d'une pleurésie aiguë, indique nécessairement que l'exsudat est demeuré fibrineux et que la résorption en sera par conséquent facile; d'où il suit que le pronostic est alors des plus favorables. Si, au contraire, la ligne de niveau s'établit, la sérosité est abondante, et la résorption devant se faire attendre d'autant plus longtemps que le liquide est plus considérable, le pronostic est plus sérieux. Ainsi la *disparition de la courbe* est encore un élément de pronostic.

Toutes ces déductions avaient complétement échappé à Damoiseau et à ceux qui l'ont cité.

C'est parce qu'au *cinquième* jour de sa pleurésie, la courbe était si nettement dessinée chez notre malade du nº 41, que j'en ai conclu à la courte durée de sa maladie; et l'événement m'a donné raison. D'ailleurs, la succession des symptômes indiquait bien l'existence d'un épanchement fibrineux facile à résorber; vous avez entendu, en effet, d'abord la crépitation, puis le souffle et l'égophonie. Dès le lendemain de son entrée, le souffle diminuait, l'égophonie se généralisait, puis bientôt le souffle cessait; deux jours plus tard, la crépitation de retour se manifestait, et au bout de quelques jours, je constatais devant vous l'existence d'un frottement pleural rude. Tous ces signes sont ceux d'un épanchement presque uniquement fibrineux, et ont, par conséquent, la même signification que la persistance de la courbe que je vous ai fait étudier presque tous les jours.

En résumé, la *persistance de la courbe* de Damoiseau pendant les premiers jours de l'épanchement, est d'un favorable augure, car elle indique l'existence d'un épanchement plus fibrineux que séreux.

Quelquefois, et malheureusement trop souvent, la courbe n'existe pas; la ligne de niveau s'établit d'emblée. Vous pouvez être assuré alors que l'épanchement est séreux et en tout cas très-abondant. Alors le pronostic est bien autrement sévère, en raison de la difficulté presque certaine de la résorption.

Or, un individu chez lequel le tiers ou le quart de sa surface d'hématose est momentanément supprimé, est lui-même momentanément amoindri. Car notez bien que l'épanchement abondant ne gêne pas seulement le fonctionnement d'un poumon : en pesant sur le diaphragme, il entrave les mouvements de celui-ci et gêne indirectement la fonction du poumon resté sain. Or, un individu ainsi amoindri dans son hématose, l'est nécessairement dans sa digestion : non-seulement il mange moins, mais il oxyde moins bien ce qu'il mange. Et voilà que sa nutrition souffre de proche en proche, que son hématopoïèse se fait mal, et que l'être en lui s'amoindrit plus encore.

Supposez-le maintenant de race tuberculeuse ou simplement très-lymphatique, et vous comprendrez ainsi que l'imminence morbide, créée par cette déchéance de l'être, aboutisse fatalement à la tuberculisation de ses poumons.

Je dis maintenant que la même courbe nous fournit encore des indications thérapeutiques d'une rare valeur.

D'une part, en effet, son existence démontre que l'exsudat est surtout fibrineux, et sa persistance indique qu'il est resté tel. D'où il suit qu'un traitement peu actif doit être mis en œuvre. C'est ce que j'ai fait à l'égard de notre malade : le premier jour de son entrée, je lui ai fait appliquer six ventouses scarifiées, destinées à combattre tout à la fois l'inflammation et la douleur, qui augmentait la dyspnée due à la phlegmasie pleurale. Le lendemain, un vésicatoire médiocrement large a été appliqué, et trois jours plus tard un autre encore; et ç'a été tout. Le malade est actuellement guéri, surtout depuis qu'une sueur très-abondante et évidemment critique est survenue.

D'une autre part, au contraire, la substitution de la ligne de niveau à la courbe démontrant l'existence d'un épanchement abondant et dont la résorption se fera à longue échéance, le malade est menacé d'une interminable série de vésicatoires ou d'une opération dont l'urgence est parfois des plus pressantes, la paracentèse de la poitrine.

En résumé, la découverte de Damoiseau était restée jusque-là une simple curiosité de séméiotique assez stérile; — ce médecin distingué n'y avait vu qu'un fait physique, et c'était demeuré un fait physique pour ses successeurs, — parce que Damoiseau avait omis dans l'interprétation du phénomène les causes physiologiques de sa production, c'est-à-dire le *mode d'exsudation* et la *nature de l'exsudat*. En introduisant cette donnée nouvelle dans les conditions du problème, je crois en avoir donné une solution plus médicale, et avoir transformé le fait de séméiotique pure en un signe désormais utile non-seulement au diagnostic, mais encore au pronostic et au traitement des épanchements pleurétiques.

NOTE SUR UN CAS DE DYSTOCIE

causée par l'hypertrophie du segment inférieur de la matrice, chez une femme primipare,

Par M. BAILLY, *professeur agrégé*.

Lors de la discussion soulevée au sein de la Société de chirurgie par l'intéressante communication de M. Tillaux, on a pu remarquer qu'aucun des membres de cette Société qui ont pris la parole à cette occasion, n'a mentionné l'existence de l'hypertrophie pathologique de la matrice chez la femme enceinte, et les conséquences d'un pareil état sur la marche du travail. L'omission que je signale trouve son explication sans doute dans l'ignorance de cas d'hypertrophie anormale de l'utérus pendant la grossesse, cas qui doivent être fort rares et ont peut-être été méconnus lorsqu'ils se sont offerts à l'observation. Cette circonstance donne, je crois, un intérêt tout particulier à la relation du fait suivant, qui s'est produit au mois de janvier 1866, à la Clinique d'Accouchements de la Faculté, et que je considère comme le plus important peut-être de tous ceux que j'ai pu recueillir pendant toute la durée de mes fonctions dans cet établissement. Cette observation apporte en effet un élément nouveau et considérable dans la question, en montrant quelle influence peut exercer sur la marche du travail l'existence d'une hypertrophie insolite du segment inférieur de la matrice, et quelles peuvent être ses conséquences pour la mère et pour l'enfant. Elle s'ajoutera donc utilement aux observations de même nature qui permettront un jour de donner une description dogmatique des hypertrophies utérines, considérées chez la femme en vacuité, enceinte ou en travail.

L... (Pauline), 20 ans, domestique, née et élevée dans le département des Hautes-Pyrénées, est une fille brune, de taille moyenne, bien constituée, d'une santé habituellement bonne et sans antécédents syphilitiques. Elle a été réglée à 15 ans, et depuis cette époque, deux à trois jours par mois, régulièrement.

La dernière apparition des règles date du 28 avril 1865, et des raisons particulières, qui me semblent plausibles, lui donnent l'assurance que le début de sa grossesse remonte au 1er mai suivant.

Mes notes ne mentionnent d'autres malaises de grossesse que des crampes douloureuses des membres inférieurs, pendant les quinze jours qui ont précédé son admission à la Clinique. Y a-t-il là une lacune dans mon observation? Ai-je négligé de m'enquérir des symptômes éprouvés par la malade du côté de la matrice? Je ne puis rien affirmer à cet égard; mais ce qui est certain, c'est que si des malaises spéciaux ont existé dans la cavité pelvi-abdominale, il n'ont point eu de retentissement fâcheux sur la santé générale, car Pauline L... présente en ce moment un embonpoint ordinaire et toutes les apparences de la force.

Cette fille entre à la Clinique d'Accouchements de la Faculté, le 24 janvier 1866, ne pouvant plus travailler depuis plusieurs jours et perdant par la vulve un liquide peu abondant, dont il est impossible de préciser immédiatement la nature. Depuis une semaine, elle éprouve une sensation pénible et continue dans la région lombaire, et depuis hier au soir (24 janvier), elle ressent des douleurs abdominales passagères et assez régulièrement intermittentes.

Aujourd'hui, 25 janvier, à la visite du matin, on constate les dispositions suivantes. Le ventre présente un développement ordinaire dans une grossesse à terme. Le fond de l'utérus atteint l'épigastre. La main distingue une partie fœtale volumineuse dans l'hypochondre gauche et une autre partie fœtale, également grosse et dure, dans le grand bassin.

Le segment inférieur de l'utérus, exploré au moyen du doigt indicateur, présente des caractères étranges. C'est une sorte de cône tronqué, volumineux, dont le sommet, gros, épais et dur, présente à son centre une dépression qui admet l'extrémité du doigt et forme l'orifice d'un étroit canal, absolument imperméable à la première phalange. Le pourtour de l'orifice est particulièrement dur et inégal, surtout en arrière. En remontant sur ce col aussi haut que le doigt peut atteindre, on éprouve, à travers l'épaisseur des culs-de-sacs vaginaux, la même sensation d'inégalité et de dureté fibreuse. L'état de ce col, je le répète, est fort bizarre. Il offre une consistance, comme squirrheuse, avec accroissement de volume, dont je n'ai pas encore rencontré d'exemple, et qui surprend également M. Depaul. Suivant la comparaison employée par ce professeur, il semblerait que tout le segment inférieur de la matrice chez cette femme ait été grossièrement sculpté dans une rave. La partie fœtale est inaccessible par le vagin. Les battements cardiaques de l'enfant sont nuls ou échappent à l'observation.

26 janvier. Écoulement continu d'un liquide incolore, qui empèse le linge et paraît bien être du liquide amniotique, épaissi par des mucosités vaginales. Même état du col.

27 janvier. Douleurs intermittentes, bien certainement dues à des contractions de la matrice. Le col reste gros, dur, incomplétement effacé. Sa cavité, aujourd'hui, admet aisément le doigt, qui atteint la partie de l'enfant qui se présente : c'est le crâne. Bruits cardiaques fœtaux absolument nuls.

28 janvier. Travail bien manifeste; contractions utérines rapprochées, régulières, mais faibles. La tête de l'enfant paraît œdémateuse et ramollie. La mère commence à souffrir des lenteurs de l'accouchement; depuis hier, les traits du visage sont altérés, le pouls fréquent. La région sous-ombilicale est devenue fort sensible à une pression modérée des doigts. Les contractions de la matrice y réveillent une vive douleur.

29 janvier. Dilatation légère de l'orifice. Celui-ci offre le diamètre d'une pièce de 2 francs, qui semble pouvoir s'accroître un peu par l'effort des doigts. Contractions utérines faibles, mais douloureuses. État général mauvais : 120 pulsations par minute; la face très-altérée; diarrhée verdâtre, intense pendant toute la nuit. Il importe de terminer l'accouchement sans tarder.

A neuf heures du matin, à l'issue de la visite, M. Depaul pratique, avec un long bistouri, deux incisions sur les côtés de l'orifice. La section du tissu utérin détermine ce cri spécial que produit l'incision du tissu fibreux et que, dans ce cas, on a pu entendre à distance. Ces incisions produisent un agrandissement insignifiant de l'ouverture utéro-vaginale. On s'aperçoit aisément que le col présente moins un orifice qu'un canal infundibuliforme d'une certaine longueur et que remplissent les parties molles du crâne, déjà ramollies par la putréfaction. Un liquide putride, d'une odeur infecte, s'écoule des parties génitales. M. Depaul essaie d'abord d'appliquer le forceps ordinaire. La première branche, seule, peut être introduite. Celle-ci mise en place, le conduit cervical utérin est trouvé insuffisant pour livrer passage à la seconde branche, et on doit renoncer à employer le forceps.

L'application du céphalotribe lui-même, malgré le peu de largeur de ses cuillers, présente de grandes difficultés, tant la cavité du segment inférieur de la matrice est étroite. Cependant, après quelques tentatives infructueuses, M. Depaul réussit à saisir la tête solidement avec son céphalotribe à crochet et à évacuer presque toute la masse encéphalique. Le crâne, ainsi vidé de son contenu, est entraîné à travers l'étroit passage du col, au moyen des tractions combinées du chirurgien et d'un aide, dont les efforts réunis sont nécessaires pour surmonter les résistances du segment inférieur de la matrice.

Après l'extraction de l'enfant, je m'assure, par le toucher, que le col utérin est partagé en plusieurs segments par des déchirures plus ou moins verticales, dont une, antérieure, me paraît étendue et profonde. Les différents segments du cylindre cervical utérin, ainsi formés, sont encore fermes et durs après ces violences.

L'état général de l'accouchée, déjà fâcheux à la fin du travail, s'aggrave encore après l'opération. Le pouls radial, qui battait 120 fois par minute et se sentait bien jusque-là, devient complétement insensible; la voix s'éteint; la peau se plombe; un tremblement nerveux, accompagné d'une sensation de refroidissement profond, s'empare de la malade. Ces symptômes paraissent se lier à l'ébranlement du système nerveux, plutôt qu'à l'hémorrhagie, dont l'abondance paraît avoir été ordinaire.

L'enfant ainsi extrait est une fille dont le poids est de 2,660 grammes, sans cerveau. Le cadavre exhale une forte odeur de putréfaction et présente, sur diverses parties du corps, des phlyctènes remplies d'une sérosité rougeâtre, qui infiltre le cordon, le tissu cellulaire de la tête, celui de la joue gauche, du cou; sérosité qu'on retrouve enfin dans le péritoine et les plèvres. Ces altérations attestent une macération du cadavre d'au moins une semaine.

29 janvier, sept heures du soir. Pouls radial perceptible, mais si fréquent et si faible, qu'il est impossible d'en compter les battements; 52 inspirations, voix presque éteinte. Décubitus dorsal, prostration, narines pulvérulentes. Le ventre médiocrement développé, rénitent, très-douloureux dans le flanc droit. Miction nulle; pas d'urine dans la vessie. Affaissement progressif. Mort à une heure du matin, le 30 janvier.

Autopsie le 31 janvier, dix heures du matin. — A l'ouverture de l'abdomen s'écoule une grande quantité de sérosité purulente verdâtre, tenant en suspension des flocons albumineux. On retrouve une assez grande quantité du même liquide interposée aux viscères et accumulée dans les parties déclives de l'abdomen. Du pus épais suit l'écoulement de la couche liquide plus légère qui le surmonte. Des pseudo-membranes peu consistantes recouvrent le péritoine dans toute son étendue.

L'état de l'utérus est remarquable. Les deux incisions du col ont été notablement agrandies par le passage de l'enfant et converties en crevasses profondes, qui intéressent la presque totalité de l'épaisseur de la paroi. Des crevasses semblables se sont produites en d'autres points de la périphérie du col. A la paroi postérieure de ce conduit une de ces crevasses s'étend jusqu'au péritoine, qui présente lui-même, non pas une déchirure véritable, mais un simple pertuis, dans lequel

est engagé un lambeau filamenteux, qui flotte dans la sérosité purulente accumulée dans le cul-de-sac péritonéal.

Ces lésions, bien qu'importantes, semblent toutefois n'être que secondaires dans ce cas, et l'intérêt se concentre sur le col, dont les caractères anatomiques étranges avaient attiré fortement l'attention pendant la vie. On trouve en effet toute la portion cervicale de la matrice formée d'un tissu dur, mais flexible, dont l'épaisseur varie, suivant les points, de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, et dont la limite supérieure, assez régulièrement circulaire, dépasse de 2 à 3 centimètres le niveau de l'orifice interne. Examinées sur la surface d'une coupe verticale portant sur la hauteur totale de l'organe, les parois du corps et celles du col présentent une épaisseur sensiblement égale; mais lorsqu'on les soumet à la traction, on voit la partie saine de l'utérus s'amincir en s'allongeant, s'élever en quelque sorte, tandis que la portion cervicale ou indurée ne perd qu'une fraction insignifiante de son épaisseur, qui devient alors prédominante. Au reste, le tissu altéré se distingue du tissu normal plus par le toucher que par la vue simple, car les surfaces de section de ces deux parties ne présentent point d'autres différences appréciables à l'œil nu que celles produites par la traction et relatives à l'épaisseur. Les autres propriétés optiques sont les mêmes. Dans les deux points, c'est la même teinte blanc laiteux, la même structure apparente du tissu utérin. Les différences d'organisation, pourtant réelles, qui distinguent ces deux régions ne sont rendues évidentes qu'au moyen du microscope.

M. Théophile Anger, interne des hôpitaux, a bien voulu se charger de cet examen, et l'a fait avec l'aide de M. le professeur Robin.

D'après les renseignements donnés par lui à la Société Anatomique (1), « les préparations montrent une grande abondance de tissu fibreux et une dégénérescence graisseuse des fibres lisses : il y a de plus un grand nombre de noyaux. Nous avons à faire là à une dégénérescence graisseuse avec hypertrophie du col. » Ce sont ses propres paroles. *(La fin au prochain numéro.)*

(1) *Bulletins des séances de la Société anatomique*, janvier 1866.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 janvier 1869, M. Cavalier (Henri-Louis-Antoine), docteur en médecine, a été nommé professeur de pathologie et thérapeutique générale à la faculté de médecine de Montpellier.

— Par décret en date du 6 janvier 1869, M. Diacon (Jules-Emile), docteur ès-sciences physiques, pharmacien de 1re classe, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, a été nommé professeur adjoint de chimie à la même École.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris vient de renouveler son bureau pour l'année 1869 :

Ont été nommés :

Président : M. Passant. — Vice-présidents : MM. Pellerin, Courserant. — Secrétaire-général : M. Thibault. — Secrétaire annuel : M. Donadieu. — Vice-secrétaire : M. Hallé — Trésorier : M. Chaillery. — Archiviste : M. Machelard.

Les lettres et communications doivent être adressées à M. le docteur Thibault, 11, rue du Caire.

— La prochaine réunion de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance aura lieu mercredi prochain 13 janvier à la mairie du 1er arrondissement.

Ordre du jour : Installation du bureau. Rapport de la Commission de statistique. Communications diverses.

— M. Daremberg ouvrira, au Collége de France, son cours sur l'histoire des sciences médicales le vendredi 15 janvier à midi, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera cette année : *Des institutions médicales et des maladies épidémiques ou sporadiques durant la première période du moyen âge.*

— A céder un excellent cabinet de dentiste, à Paris. S'adresser au bureau du journal.

AVIS

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui voudraient faire relier leur collection peuvent en envoyer les numéros au bureau. Le prix de la reliure est de 3 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Considérations sur les résultats de la paracentèse dans la pleurésie purulente, par M. le docteur Aristide Attimont, ancien interne des hôpitaux. — In-8°. Prix : 2 francs.

Recherches sur l'emphysème traumatique consécutif aux fractures des côtes, par M. le docteur Léon Bezard, ancien interne des hôpitaux. — In-8°. Prix : 2 fr. 50.

Étude sur la dégénérescence dite amyloïde, par M. le docteur Chevillion, ancien interne des hôpitaux. — In-8°. Prix : 2 fr. 50.

Compendium des maladies de la peau et de la syphilis, par M. le docteur Cazenave, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chevalier de la Légion d'Honneur, etc., publié, en 6 ou 8 fascicules de 10 feuilles grand in-8°, de deux mois en deux mois. Le premier fascicule est en vente. Prix : 3 fr.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Ponpart-Davyl, rue du Bac, 30

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 11 janvier 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On n'a pas oublié l'espèce d'émotion qui fut produite par la communication de M. le docteur Carret (de Genève), relative à l'influence funeste sur la santé de l'usage des poêles en fonte. Cette émotion fut assez vive et l'intérêt engagé assez puissant pour que de toutes parts on cherchât à savoir ce qu'il pouvait y avoir de fondé dans cette assertion. Pendant qu'une Commission de l'Académie des sciences procédait à une enquête qui n'est pas encore terminée, M. Coulier faisait, de son côté, des expériences dont il a communiqué les résultats dans le mois d'août dernier à l'Académie de médecine. Il ressortait de ces expériences que les poêles en fonte laissent transsuder à travers leurs parois une certaine proportion d'oxyde de carbone, agent toxique auquel on avait cru pouvoir attribuer l'action maltaisante de ces ustensiles, mais que cette proportion est tellement minime, qu'il n'y a pas lieu de lui attribuer ces effets. M. Vernois, rapporteur de la Commission chargée d'examiner ce mémoire, est venu lire hier son rapport. Tout en considérant les expériences de M. Coulier comme très-propres à éclairer la question et à en hâter la solution, le rapporteur déclare toutefois, au nom de la Commission, qu'à ses yeux la question de la nocuité des poêles en fonte n'est pas encore radicalement jugée. Nous approuvons, pour notre part, cette réserve de la Commission.

M. Brown-Séquard a complété hier sa communication sur l'épilepsie provoquée, en répétant sous les yeux de l'assemblée les expériences dont il l'avait entretenue dans la précédente séance. On trouvera, dans le compte rendu de la séance, la petite discussion très-intéressante à laquelle cette exhibition a donné lieu.

M. Auzias-Turenne, qui avait commencé dans la précédente séance la lecture d'un mémoire sur les lysses de la rage, a terminé hier cette dissertation très-attentivement écoutée et très-digne, en effet, de l'intérêt que lui a accordé l'Académie. Le très court résumé que nous en donnons dans le compte rendu, n'est en quelque sorte qu'une énumération des nombreuses autorités citées par M. Auzias. Mais il y a mieux que cela dans son travail. Nous en jugerons quand il aura été publié.

Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA VILLE. — D. RIGAL.

RHUMATISME AIGU

à déterminations successives et multiples

AYANT PORTÉ SON ACTION SUR UN GRAND NOMBRE DE TISSUS ET D'ORGANES DIVERS, ET TERMINÉ PAR LA GUÉRISON APRÈS UNE DURÉE DE CINQ SEMAINES (1)

Le 13 mai 1868, je fus appelé rue de Bellechasse, près de M. Paul A..., qui était malade depuis la veille et se plaignait d'éprouver des douleurs très-vives dans la moitié gauche de la tête et du cou; mais avant de décrire la maladie et de la suivre dans son évolution, il nous semble utile d'examiner les antécédents pathologiques du malade et de dire quelle est sa constitution, son tempérament et le mode de fonctionnement de ses divers appareils.

M. Paul A... est âgé de 14 ans. Originaire du Dauphiné, il habite Paris depuis cinq ans. Sa constitution est moyenne, son tempérament lymphatique. Sa santé a été souvent troublée, et les diverses maladies qui se sont succédé peuvent être rapportées à la scrofule, au rhumatisme et à l'infection paludéenne.

Dans son enfance, M. A... a été atteint d'un impétigo de longue durée et de catarrhes répétés de la muqueuse respiratoire. Vers l'âge de six ans survint une kérato-conjonctivite subaigue, qui depuis lors se répéta tous les quatre à cinq mois; depuis deux ans que je donne mes soins à cette famille, j'ai assisté à quatre ou cinq récidives de cette maladie, qui a laissé sur les cornées trois petites taches ayant succédé à des ulcérations.

A l'âge de dix ans, à la suite d'une saison à Uriage, se déclara un rhumatisme articulaire aigu, qui porta son action principalement sur les articulations des membres inférieurs et qui céda au bout de quinze jours après un traitement par le sulfate de quinine.

(1) Lu à la Société médicale d'observation.

Peu de temps après, M. A..., qui habitait une vallée marécageuse, fut atteint d'une fièvre intermittente, fièvre qui fut promptement guérie par le sulfate de quinine.

Pendant ces quatre dernières années, outre les récidives de la kérato-conjonctivite, il y a eu des catarrhes bronchiques qui se sont répétés à trois ou quatre reprises. Dans le courant de l'hiver dernier, les ganglions cervicaux se sont un peu tuméfiés et ont été douloureux, mais cette adénite a été de courte durée. Les fonctions digestives sont en général régulières; cependant, de temps à autre, l'appétit diminue et il existe une gastralgie légère après les repas.

Quant aux antécédents de famille, je note que le père est mort tuberculeux, très-probablement, à l'âge de 46 ans. La mère est gastralgique et névropathe, son père était goutteux. Deux frères et une sœur sont grands, forts et vigoureux, bien que présentant les attributs du tempérament lymphatique.

Comme maladies diathésiques, je n'ai pu trouver que la tuberculisation du père et la goutte du grand-père maternel, les autres membres de la famille paraissent exempts de ces maladies, de scrofule ou de rhumatisme.

Tels sont les antécédents de famille et les divers états morbides antérieurs. J'arrive maintenant à la maladie actuelle.

Cette maladie a débuté le 12 mai. Les jours précédents, M. A... était bien portant, et depuis une dernière atteinte de kérato-conjonctivite au commencement de mars, sa santé n'avait pas été troublée.

Le 12 mars donc, après avoir déjeuné, M. A... ressentit une douleur d'abord peu vive dans la moitié gauche de la face, les mouvements de la tête étaient difficiles et douloureux.

Ces phénomènes morbides augmentèrent, et vers trois heures de l'après-midi ils devinrent d'une assez grande intensité. Au bout d'une heure il y eut un peu de calme, mais le soir, de onze beures à une heure du matin, les douleurs furent très-vives; le sommeil vint enfin et le lendemain au réveil l'enfant se croyait guéri; mais vers dix heures les mêmes accidents morbides se reproduisirent et la famille me fit appeler.

Je vis le malade à trois beures, au moment de la plus grande exacerbation du mal, et voici ce que je constatai.

Toutes les branches du trijumeau et du nerf sous-occipital à gauche étaient le siége d'une douleur vive, continue, avec exacerbations sous forme d'élancements douloureux. La pression au niveau des points d'émergence des nerfs sous-occipital, sus et sous-orbitaires augmentait la douleur. La tête du malade était fortement inclinée vers l'épaule gauche, la face regardant en avant et à gauche comme dans la position du torticolis, les mouvements étaient très-douloureux, le redressement spontané était impossible, le redressement opéré par les mains du médecin ne pouvait être obtenu que d'une manière incomplète. Toutes les cinq à six minutes, les masséters et les muscles de la moitié gauche du cou étaient le siége de contractures évidentes. Ils durcissaient, les douleurs devenaient beaucoup plus vives, les mouvements impossibles, il y avait un véritable trismus par contraction des muscles masticateurs gauche et l'enfant ne pouvait entr'ouvrir la bouche.

Le pouls était un peu fréquent : 72 à 76 pulsations par minute; la peau un peu chaude. Il semblait exister un très-léger état fébrile. Toutes les autres fonctions s'exécutaient normalement.

A cause de la périodicité apparente de cette maladie, qui avait débuté la veille à dix heures et avait reparu le lendemain à la même heure, je prescrivis deux doses de 40 centigrammes de sulfate de quinine à prendre une dose le soir et une dose le lendemain matin, en même temps des onctions avec un liniment chloroformé et laudanisé.

Le lendemain 14 mai, on me raconta que jusqu'à minuit l'enfant avait beaucoup souffert, que de minuit à huit heures il avait dormi tranquillement, qu'au réveil les mouvements de la tête étaient libres, mais qu'une heure après ils étaient devenus difficiles; puis vers dix beures, les phénomènes morbides de la veille s'étaient de nouveau montrés, mais avec moins d'intensité cependant. Je constatai en effet les mêmes symptômes que la veille, seulement la douleur névralgique était moins intense.

Je persévérai dans le même traitement en élevant la dose de sulfate de quinine à 1 gr. 20.

Deux jours après, le 16 mai, l'état du malade était bien meilleur, les douleurs névralgiques avaient complétement disparu. Il en était de même des contractions des masséters signalées plus haut, mais tous les symptômes d'un torticolis ordinaire persistaient encore.

Pendant les treize jours qui suivirent, du 16 au 28 mai, ce torticolis persista en affectant toujours la même marche intermittente, il paraissait entre neuf et dix heures du matin et disparaissait de onze heures à une heure de la nuit. Il causait seulement une gène assez grande, mais pas de douleurs vives. Les diverses médications que je dirigeai contre cette affection n'eurent aucun effet, le sulfate de quinium, pendant trois jours, les sinapismes, les applications de chloroforme et de laudanum furent employés en vain. Le 27 mai je prescrivis un emplâtre belladoné sur la partie gauche du cou, afin de faire une médication chronique, et comptant sur le temps pour obtenir la guérison de ce torticolis; vingt-quatre heures après, le 28 mai, la maladie n'existait plus. Comme d'habitude, au réveil, M. A... s'était trouvé dans un état de santé parfaite et le mal n'était pas revenu.

Je m'applaudissais de ce résultat inespéré, que je considérais comme une guérison naturelle et non comme dû à l'action de l'emplâtre belladoné, et je comptais en avoir fini avec ce rhumatisme si tenace, quand le lendemain je fus rappelé en toute hâte près de mon malade.

Je le trouvai très-souffrant, la face était grippée, le regard abattu.

Paul A... se plaignait de douleurs vives dans l'abdomen, principalement à l'épigastre et dans l'hypochondre droit. Cette douleur augmentait par la pression. Elle avait éclaté brusquement vers deux heures du matin. Il y avait eu plusieurs vomissements muqueux et bilieux. Le ventre était souple, non développé; il existait un peu de constipation, la langue était blanche au centre et rouge à la pointe avec un peu de sécheresse. L'enfant se plaignait encore d'un peu de céphalalgie frontale, il était surtout tourmenté par des nausées incessantes.

Le foie ne me parut pas augmenté de volume à la percussion. Le pouls et la température indiquaient une fièvre modérée : 90 pulsations environ par minute.

Je prescrivis des cataplasmes sur l'épigastre, des boissons gazeuses.

Le lendemain 30 mai, l'état nauséeux et les vomissements étaient moins marqués; le purgatif avait provoqué cinq à six garde-robes bilieuses; la diarrhée continuait et se composait à peu près exclusivement de bile. Mêmes douleurs à l'épigastre et dans la région du foie. même état fébrile.

Le 31 mai, la mère de l'enfant me raconta que, vers le matin, il était survenu des douleurs dans le genou et dans le cou-de-pied droit, dans le poignet et le coude gauche, et que, depuis ce moment, l'état nauséeux, les vomissements et la diarrhée avaient cessé complétement. Les articulations signalées étaient, en effet, le siége d'une fluxion rhumatismale bien évidente. Le liquide, épanché dans l'articulation du genou, était même assez abondant. Le cœur, que j'examinai avec soin, me parut parfaitement indemne. La fièvre était modérée : 90 pulsations.

Les douleurs abdominales avaient totalement cessé avec les vomissements et la diarrhée; le visage était bon, et l'enfant se trouvait beaucoup mieux, bien que souffrant assez des articulations.

Je n'hésitai pas à penser que les accidents gastro-hépatiques existant la veille étaient une manifestation rhumatismale sur le foie et l'estomac, et comme les déterminations articulaires, qui les avaient remplacés, étaient infiniment moins sérieuses, je pris le parti de les respecter et même de les favoriser; je fis entourer les articulations de ouate et je m'abstins de tout traitement.

Le jour suivant, 1er juin, les douleurs articulaires siégeaient surtout dans le membre inférieur gauche; il n'existait pas d'autres changements notables.

Le 2 juin, les articulations étaient redevenues complétement libres; tous les mouvements s'exécutaient sans douleur. Cette amélioration apparente était survenue dans la matinée; mais depuis ce moment, il y avait de l'oppression, un sentiment de pesanteur douloureux au niveau du cœur et de l'agitation. L'auscultation du cœur me révéla l'existence d'un double bruit de frottement péricardique dans toute la région précordiale. Ces frottements n'étaient pas perçus par la palpation. Les bruits du cœur étaient normaux et la percussion n'indiquait aucune augmentation dans le volume de l'organe. La fièvre était toujours la même : 90 pulsations. Il était évident que le rhumatisme, quittant les articulations, avait envahi le péricarde et déterminé une péricardite sèche généralisée. J'ordonnai d'appliquer un large vésicatoire au niveau du cœur et de couvrir les articulations de sinapismes.

Le 3 juin, les douleurs avaient reparu dans les épaules, les poignets, les épaules, les cou-de-pieds et les genoux. Il y avait moins d'oppression, moins d'anxiété précordiale. Les bruits de frottement se percevaient toujours, mais plus doux Le vésicatoire avait bien pris.

Sirop de cerises. Ouate autour des articulations.

Le 4 et le 5 juin, il se fait peu de changement; les articulations restèrent modérément douloureuses; la respiration fut plus facile. Les bruits de frottement n'étaient plus entendus; mais les bruits du cœur me semblaient un peu sourds; on ne sentait point le choc de la pointe contre la paroi thoracique; il semblait s'être fait un léger épanchement dans le péricarde.

Je prescrivis l'application d'un vésicatoire.

Deux jours après, le 7 juin, l'épanchement intra-péricardique semblait s'être résorbé; je ne constatai aucun phénomène morbide par l'exploration de la région précordiale. Le choc de la pointe était bien perçu et on n'entendait aucun bruit anormal.

Les jours suivants, les douleurs articulaires diminuèrent avec rapidité; dès le 9 juin, il n'existait plus de fièvre, et le 12, le malade pouvait faire une courte promenade.

Depuis lors, la santé s'est rétablie graduellement; le 17, il y a eu cependant retour d'une douleur dans l'épaule droite, elle n'a duré qu'une journée; et aujourd'hui, 25 juin, il ne reste d'autres traces de ce rhumatisme aigu qu'un léger affaiblissement général, qui se dissipera peu à peu.

En résumé, un jeune garçon, âgé de 14 ans, de constitution moyenne, de tempérament lymphatique, ayant eu quelques manifestations scrofuleuses et une première attaque de rhumatisme articulaire à l'âge de 10 ans, est pris tout à coup, sans cause appréciable, de douleurs vives dans la moitié gauche de la tête et du cou et de contractures dans les muscles de ces régions; ces douleurs sont continues avec des paroxysmes, pendant lesquels les muscles masticateurs entrent en con-

traction spasmodique; elles suivent le trajet des branches du trifacial et augmentent par la pression exercée au niveau des points d'émergence des rameaux nerveux. Ces phénomènes morbides ont une marche intermittente; ils paraissent le matin, entre neuf et dix heures, atteignent leur maximum d'intensité dans l'après-midi, vers quatre heures, et se calment de onze heures à minuit. Le sulfate de quinine guérit promptement la névralgie; mais la myodinie persiste pendant quatorze jours et cesse ensuite brusquement. Pendant 24 heures, le malade se croit guéri; mais alors surviennent tout à coup des vomissements bilieux, une diarrhée bilieuse et muqueuse et des douleurs vives dans tout l'abdomen, mais principalement à l'épigastre et dans l'hypochondre droit; en même temps, une fièvre de moyenne intensité se déclare. Il y a de l'agitation, de l'anxiété, un malaise considérable. Pendant deux jours ces accidents sont observés avec une intensité égale; l'enfant vomit huit à dix fois par jour et un nombre égal de selles; puis tout cesse et les articulations deviennent douloureuses et sont le siége de tous les symptômes qui caractérisent le rhumatisme articulaire aigu. A leur tour, ces arthrites rhumatismales disparaissent avec rapidité et une péricardite leur succède. Cette péricardite elle-même s'améliore promptement, en même temps que les phénomènes articulaires reparaissent; ceux-ci persistent pendant sept à huit jours, et la maladie se termine enfin par la guérison.

Réflexions. — S'il est une observation pouvant démontrer l'existence du rhumatisme en tant que maladie diathésique à manifestations multiples, simultanées ou successives, différant beaucoup par le siége et la forme morbide, c'est assurément l'observation qui précède. A moins de n'accepter aucune preuve de raison, il est impossible de ne pas faire dépendre toutes les maladies dont a été atteint l'enfant Paul A... d'une seule et même affection. Sans cause déterminante appréciable s'est développée une série de manifestations morbides siégeant sur les organes les plus divers, qui se sont succédé, je dirai même qui se sont remplacées d'une manière tellement évidente, à de si courts intervalles quand il en a existé, qu'on ne saurait vraiment ne pas les rattacher ensemble et les rapporter à un principe morbide unique exerçant son action sur tout l'organisme. Dans le fait actuel, nous avons vu les nerfs, les muscles, l'estomac, l'intestin, le foie, le péricarde, les articulations être frappés tour à tour; les manifestations se succédaient et se remplaçaient à tel point qu'on aurait pu croire à des métastases.

Je ne veux pas faire ici une discussion sur l'existence des diathèses, mais qu'il me soit permis de dire combien il est important d'admettre cette existence au point de vue pratique. Lorsqu'une manifestation rhumatismale survient chez un individu diathésique, on peut, avec cette notion, prévoir le développement d'accidents ultérieurs, ne pas être surpris par leur diversité, leur violence, et leur opposer une thérapeutique plus convenable. Quel n'eût pas été l'étonnement du médecin, et combien il eût été dérouté dans ses pronostics si, dans le cas actuel, il n'avait admis qu'une affection diathésique dominait la scène et tenait sous sa dépendance les maladies qui se succédaient, névralgie, myodynie, accidents hépatiques, gastro-intestinaux, arthrites et péricardite.

Ces diverses déterminations rhumatismales ont présenté quelques particularités dignes d'intérêt. Je signale d'abord les convulsions toniques qui siégeaient dans les muscles masticateurs. La coexistence de ces convulsions avec la névralgie trifaciale me semble démontrer que le rhumatisme exerçait son action sur l'ensemble du nerf trijumeau, portion sensitive et portion motrice. Cette forme convulsive du rhumatisme est rare, cependant on voit certains rhumatismes musculaires être accompagnés de contractures musculaires très-accusées. Chomel rapporte un exemple de rhumatisme de la paroi abdominale avec contracture des muscles droits qui formaient sous la peau une saillie accusée et très-dure.

Le rhumatisme aigu intense de l'estomac, de l'intestin et du foie est assez rare. Dans sa thèse sur le rhumatisme aigu, le docteur Fernet rapporte seulement deux observations très-probantes; dans l'une d'elles, due à Chomel et Requin, il s'agissait d'une dysentérie rhumatismale qui alternait avec des accidents articulaires; la seconde observation, publiée par M. Chauffard, se rapproche beaucoup de celle qui nous est personnelle; comme chez notre malade, les accidents gastro-intestinaux et hépatiques précédèrent l'apparition des douleurs articulaires; ils consistèrent également en vomissements, diarrhée, douleurs abdominales et hyperémie du foie avec hypersécrétion de bile, seulement la lésion hépatique fut plus prononcée, le foie augmenté de volume débordait les fausses côtes; chez notre malade, la congestion hépatique se révélait seulement par une douleur vive au-dessous du rebord costal et dans tout l'hypochondre droit et par une hypercrinie biliaire abondante; mais le foie ne fut le siége d'aucune tuméfaction sensible. Les accidents articulaires et cardiaques n'ont présenté aucune particularité remarquable.

NOTE SUR UN CAS DE DYSTOCIE

causée par l'hypertrophie du segment inférieur de la matrice, chez une femme primipare,

Par M. BAILLY, *professeur agrégé.*

Trop de considérations importantes surgissent à l'occasion de ce fait pour que je me borne à le relater sans commentaire. L'étiologie, le diagnostic, le pronostic, les indications d'une semblable lésion sont des questions intéressantes dont je n'espère pas sans doute fournir la solution complète, mais qu'il est tout au moins utile de poser et de discuter ici. Et d'abord, aux caractères anatomiques offerts par le col et la partie la plus voisine du corps de la matrice, il est impossible, je crois, de méconnaître une hypertrophie tout à fait anormale de ces parties. Leur consistance est beaucoup plus ferme qu'on ne l'observe dans un utérus normalement hypertrophié par la grossesse. De plus, les parois du canal cervical utérin présentent ici une épaisseur égale ou supérieure à celle des parois du corps et du fond de l'organe, contrairement aux données habituelles de l'observation qui nous montrent l'épaisseur relative de ces parois, après l'accouchement, dans un rapport de 5 pour les premières à 10 pour les secondes. Je n'ai pas noté dans mon observation l'existence des sinus veineux volumineux qu'a rencontrés M. Tillaux et qui se trouvaient en harmonie avec la prodigieuse épaisseur des parois de la matrice chez sa malade.

Je regrette de ne pouvoir fournir, sur la constitution histologique du tissu utérin, des détails plus étendus que ceux relatés dans mon observation. Il ressort pourtant de l'analyse microscopique de la pièce, effectué par M. Anger, que le tissu de ce col contenait des fibres musculaires lisses altérées et graisseuses, et une proportion plus forte qu'à l'ordinaire de tissu conjonctif à ses diverses périodes d'évolution.

Si l'on réfléchit à cette dernière particularité de structure, à savoir l'abondance insolite du tissu lamineux dans le col hypertrophié, on ne trouvera peut-être pas tout à fait dépourvue de fondement l'opinion qui verrait, dans cette altération spéciale du segment inférieur de la matrice, une sorte de fibrôme utérin dont les éléments, au lieu de se trouver accumulés en un même point sous forme de tumeur, se trouveraient disséminés et comme infiltrés dans le tissu musculaire, de manière à accroître la consistance et l'épaisseur de la paroi. On aurait donc affaire ici à une sorte de fibrôme, ou, en employant une appellation nouvelle, d'hystérôme en nappe, qui exercerait sur l'accouchement une influence bien autrement fâcheuse que les fibrômes en masse. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de la valeur de cette opinion, l'étiologie de cette étrange lésion est une question dont l'avenir seul pourra dissiper l'obscurité. Est-elle une conséquence du travail hypertrophique propre à la gestation, mais dépassant, en ce point, ses limites physiologiques; une sorte d'erreur de lieu, d'intensité et de nature du mouvement nutritif qui multiplie les éléments fibro-musculaires de la poche utérine et la rend apte à opérer l'expulsion du fœtus parvenu à maturité? L'altération du col était-elle, au contraire, antérieure à la grossesse, et le résultat d'un état pathologique latent ou dont le malade aurait perdu le souvenir? Faut-il enfin remonter jusque dans la vie intra-utérine pour en trouver l'origine?

Ce sont là autant d'hypothèses plausibles, mais de questions insolubles. La seule remarque que je veuille faire relativement à l'étiologie, c'est que la femme qui nous offrait cette singulière altération était primipare, seulement âgée de 20 ans, d'une constitution excellente, et qu'aucun phénomène morbide local antérieur, aucun trouble de la santé générale ne pouvait rendre compte de la disposition du col utérin chez elle. Une lésion de nutrition, limitée au segment inférieur de la matrice dans ce cas, reste donc pour moi inexpliquée, je dirai plus, inexplicable.

Mais si une grande incertitude couvre l'origine de l'hypertrophie utérine chez une femme jeune et bien portante, le diagnostic de l'affection ne saurait être douteux lorsque, comme dans l'observation précédente, l'altération porte sur des parties accessibles à l'examen direct du doigt. Le volume et la dureté du museau de tanche, contrastant avec la petitesse et le ramollissement si remarquable de cette partie à la fin de la grossesse, ne permettaient pas de méconnaître une modification anatomique profonde des parois du col de la matrice. D'un autre côté, la sensation obtenue par le doigt détournait de l'idée d'un cancer, qu'éloignait également l'âge et l'état de santé antérieur de la malade. Le col était gros, dur, mais il était irrégulier et ne présentait ni les végétations tuberculeuses du cancer, ni la fragilité de ce tissu morbide qui permettent souvent d'en ramener quelques parcelles à l'extrémité du doigt. On trouvait là une altération évidente du col, mais d'une nature spéciale et différente des affections ordinaires de cette partie de l'organe.

Les conséquences d'un pareil état du col sur les phénomènes mécaniques de l'accouchement pouvaient être aisément prévues, et le pronostic formulé par M. Depaul à cet égard s'est trouvé pleinement justifié par l'événement. Ce tissu épais, dense, dépourvu de la souplesse physiologique qui prépare une dilatation facile du conduit utérin et de ses orifices, devait avoir pour effet d'opposer une résistance invincible aux efforts du corps et du fond pour engager la partie fœtale dans le conduit vaginal. On rencontrait là tous les caractères d'une rigidité anatomique de la pire espèce, c'est-à-dire de celle qui, au lieu d'être limitée à l'anneau de l'orifice externe, s'étend à la totalité du conduit cervical et rend impraticables ou inutiles les débridements du col utérin. Aussi a-t-on vu les contractions de la matrice, d'ailleurs d'intensité médiocre, s'exercer pendant plusieurs jours sans autre résultat que la formation d'un conduit capable seulement de contenir le doigt indicateur; le péritoine et la matrice s'enflammer à la longue sous l'influence de ce travail infructueux, et l'état de la femme réclamer enfin une terminaison artificielle de l'accouchement.

D'un autre côté, les dangers d'une intervention chirurgicale, quelle que fût la nature de l'opération adoptée, pouvaient être aisément pressentis. La malheureuse femme était vouée à une mort presque certaine. Les cravasses profondes de la paroi du col n'ont surpris personne, et mon étonnement est qu'elles n'aient point été assez considérables pour intéresser le péritoine lui-même et faire communiquer largement cette séreuse avec la cavité utérine.

Quant aux lésions abdominales constatant une péritonite diffuse et suppurée, on ne peut douter qu'elles n'aient pris naissance avant l'opération. La durée de la vie après la délivrance a été trop courte (27 heures) et l'affaissement de l'économie trop complet, pour qu'on puisse supposer que le péritoine enflammé ait eu le temps de produire en abondance du pus et des fausses membranes. Il faut donc admettre que ces produits existaient déjà au moment de l'opération, et qu'il s'agit ici d'une métro-péritonite puerpérale ayant subi toutes les phases de son évolution pendant la grossesse et le travail.

La nécessité d'une prompte terminaison de l'accouchement étant bien démontrée, une question importante surgissait d'abord, celle relative au mode d'extraction du fœtus. Il me semble évident que dans les conditions spéciales de dystocie que créait l'énorme rigidité du col chez Pauline L..., deux opérations seulement s'offraient au choix du chirurgien, l'accouchement forcé et l'opération césarienne. L'une et l'autre présentent de grands dangers, et il serait parfois difficile de dire laquelle des deux est plus compromettante pour l'existence de la mère. L'hystérotomie, en effet, est trop constamment, à Paris, une sentence de mort prononcée contre les femmes, et ses périls étaient accrus chez notre malade par la dépression des forces, tenant à la longue durée du travail et à un commencement de métro-péritonite. D'un autre côté, l'extraction forcée de l'enfant par les voies naturelles ne pouvait s'effectuer qu'en produisant dans le conduit rigide du col des déchirures étendues dont il était impossible de calculer d'avance les conséquences. Cependant les chances défavorables pour la mère paraissant dans l'espèce plus considérables encore par l'opération césarienne que par l'accouchement forcé, c'est cette dernière opération qui fut préférée et que ses résultats se chargèrent de justifier, puisque les solutions de continuité, sorte de débridement traumatique produit par le passage du corps fœtal, n'ont pas dépassé l'épaisseur des parois utérines et paraissaient susceptibles de guérison, n'eût été la métro-péritonite développée pendant le travail et qui devait fatalement entraîner la mort.

Il n'est point inutile enfin, pour donner une juste idée des difficultés opératoires dans ce cas, de rappeler l'étroitesse si considérable du canal du col, étroitesse telle que ce conduit n'aurait pu admettre sans violence les cuillers du forceps ordinaire, et n'a pas été franchi sans peine par les branches beaucoup moins larges du céphalotribe.

L'accouchement forcé, pratiqué chez notre malade, me paraîtrait encore applicable aux cas où la santé de la mère et celle de l'enfant n'étant pas encore altérées par la longue durée du travail, et ce dernier s'offrant par la tête, il y a des chances suffisamment nombreuses de l'extraire vivant au moyen du forceps. Mais dans ceux où l'extrême rigidité et l'étroitesse du col s'opposent à l'emploi de ce dernier instrument; dans ceux où la durée et l'énergie des tractions faites avec le forceps paraîtraient devoir compromettre la vie du fœtus; dans ceux enfin où la résistance du col se complique d'une présentation vicieuse (siége ou tronc) qui, dans ces conditions, doit avoir des conséquences presque nécessairement mortelles pour l'enfant, l'accouchement forcé ne me paraîtrait plus indiqué, et je lui préférerais la gastro-hystérotomie, qui, si elle fait courir de grands dangers à la mère, offrirait du moins l'avantage d'assurer le salut de l'enfant. La conduite du chirurgien dans les cas de rigidité considérable du segment inférieur de la matrice ne saurait donc être uniforme, et, dans les faits de dystocie dus aux parties molles, comme dans ceux qui dépendent d'une disposition vicieuse des os, le degré de résistance des parties, l'état de vie ou de mort du fœtus, le mode de présentation, modifient puissamment les indications thérapeutiques et les déterminations du chirurgien.

En définitive donc, et pour formuler les conclusions qu'il est dès à présent possible de déduire de cet unique fait, je dirai :

1° On peut observer chez la femme enceinte une hypertrophie anormale de la matrice, occupant son segment inférieur, mais pouvant sans doute quelquefois s'étendre à la totalité de l'organe;

2° Cette hypertrophie a pour caractère extérieur facilement constatable, une épaisseur exagérée des parois utérines, qui semblent réfractaires au travail de ramollissement normal de l'utérus gravide et conservent la consistance du tissu utérin en vacuité. Elle se caractérise histologiquement par l'altération graisseuse des fibres musculaires et une proportion insolite du tissu conjonctif;

3° L'origine de cette lésion est absolument inconnue. Elle peut apparaître chez de très-jeunes femmes, s'allier avec la meilleure santé et ne paraît pas troubler la marche de la grossesse;

4° Quand elle réside dans les parties déclives de la matrice, elle crée un obstacle, qui peut être absolu, à l'accouchement naturel en s'opposant à l'effacement du col et à la dilatation physiologique de l'orifice utérin;

5° Les indications chirurgicales résultant d'une pareille disposition du col sont variables. L'accouchement forcé triom-

(1) Fin. — Voir notre dernier numéro.

phera, dans la plupart des cas, des résistances opposées par le col à la sortie de l'enfant; mais telles circonstances peuvent se présenter qui rendent l'extraction par les voies naturelles impraticables ou trop dangereuses, et lui fassent préférer la gastro-hystérotomie;

6° Dans tous les cas, la rigidité hypertrophique du segment inférieur de la matrice demeure une cause de dystocie des plus graves, et la mort des femmes en sera sans doute, quoiqu'on fasse, la conséquence habituelle.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 12 janvier 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

S. Exc. M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Condillac, par M. le docteur Guigon, et de Bourdouyre (Drôme), par M. le docteur Voulet. (Commission des eaux minérales.)

2° Un rapport de M. le docteur Carrière (de Saint-Dyer), sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans cette commune dans les mois d'août, septembre et octobre 1868. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° Une lettre de madame Antonio-Maria Rubio annonçant la mort de M. le docteur Pedro-Maria Rubio, membre correspondant à Madrid.

2° Des lettres de MM. Leroy de Méricourt, Fauvel, Gustave Lagneau et Lunier, qui se présentent comme candidats dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

3° Une lettre de remerciements de M. le docteur Lefebvre (de Morlaix), lauréat de l'Académie.

4° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Linas (accepté).

5° Une lettre de M. le docteur F. Garrigou (d'Ax-les-Bains), ayant pour objet de rectifier une opinion erronée qu'il avait émise, à savoir que l'acide sulfhydrique pouvait exister en présence de l'acétate de zinc.

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

Par M. Barth, au nom de M. de Valcour, un volume intitulé : *Cannes et son climat.*

Par M. Larrey, au nom de M. le docteur Wise, un ouvrage en deux volumes intitulé : *Revue de l'histoire de la médecine.*

Par M. Gubler, au nom de M. le docteur Spreeng, le troisième fascicule de la *Symptomatologie morbide.*

Par M. Briquet, au nom de M. le docteur Bertulus (de Marseille) : *l'Athéisme du XIXe siècle.*

Par M. Broca, le tome II de son *Traité des tumeurs.*

M. Devilliers, à l'occasion du procès-verbal, exprime le regret qu'en adressant des remerciements à M. le Ministre de l'Intérieur au sujet de la mesure prise récemment pour la constatation des naissances à domicile, on n'ait pas demandé, ou au moins exprimé le vœu que cette mesure devînt générale dans tout l'Empire français.

M. Vernois répond à M. Devilliers qu'il croit que cette mesure est générale, et ce qui le porte à le croire, c'est qu'étant maire de son arrondissement, il a reçu un arrêté préfectoral qui met à la charge de la commune les frais des médecins de l'état civil, frais que, jusque-là, il avait été obligé de couvrir lui-même. Ceci, ajoute M. Vernois, semble bien prouver que la mesure est générale, et que par conséquent l'Académie n'a qu'à s'en tenir aux remerciements.

M. Cloquet appuie la demande de M. Devilliers, croyant en effet comme lui que la mesure n'est pas générale, mais seulement appliquée à plusieurs départements, et il faut que la mesure devienne générale.

COMMUNICATION.

Épilepsie provoquée.

M. Brown-Sequard, revenant sur la communication qu'il a faite dans la dernière séance au sujet de l'épilepsie provoquée, dit qu'il a réuni, dans un livre publié en 1857, douze ou treize cas de maladies ou de lésions traumatiques de la moelle épinière ayant provoqué des accidents épileptiques. Mais il n'en conclut pas que la moelle épinière soit le siége de l'épilepsie. Il pense seulement que la moelle, sous l'influence de certaines lésions, devient le siége d'une modification spéciale en vertu de laquelle se produisent ailleurs les troubles organiques d'où résultent les phénomènes épileptiques.

M. Brown-Sequard place sous les yeux de l'Académie quatre cochons d'Inde dont il a sectionné la moelle il y a deux mois environ, et chez lesquels il provoque, séance tenante, des accidents épileptiformes en irritant certaines portions de la peau de la face ou du cou. L'un de ces animaux, qui a eu la moelle sectionnée des deux côtés, éprouve des accès convulsifs par le pincement de la peau des deux côtés de la face et du cou; ceux qui n'ont subi que la section unilatérale n'ont d'accidents que lorsqu'on irrite la peau du côté opéré; le pincement de la peau de l'autre côté ne provoque pas de convulsions. M. Brown-Sequard montre en outre sur une femelle de cochon d'Inde fécondée quelque temps après la section de la moelle, que la mamelle du côté paralysé est le siége d'une sécrétion laiteuse plus abondante que celle du côté sain.

M. Chauffard, tout en admettant que les expériences de M. Brown-Sequard démontrent la possibilité de provoquer des accidents épileptiformes sur des animaux auxquels on a pratiqué la section de l'un ou des deux côtés de la moelle épinière, met en doute l'identité absolue de ces accidents avec l'épilepsie chez l'homme.

Le véritable caractère de l'épilepsie dans l'espèce humaine ne consiste pas dans les phénomènes convulsifs. La preuve, c'est qu'il existe un très-grand nombre d'exemples d'épilepsie sans mouvements convulsifs; tels sont les cas désignés sous les noms de *petite attaque, vertige épileptique*, etc.

L'épilepsie se caractérise encore essentiellement chez l'homme par la perte de la connaissance et de la sensibilité. L'épileptique en état de crise peut se brûler, se carboniser même, se blesser de diverses manières sans rien sentir. Il y a chez lui abolition complète de conscience.

Il existe encore d'autres formes insolites de l'épilepsie humaine caractérisées par la manifestation d'actes inconscients, et sur lesquels M. Chauffard ne croit pas devoir insister, parce qu'elles sont connues de tout le monde. Pour lui, les convulsions épileptiformes analogues à celles provoquées par M. Brown-Sequard sur ses cabiais, ne sont que les phénomènes accessoires de l'épilepsie; ils ne peuvent, à défaut des autres symptômes, caractériser la maladie. Il faut distinguer entre une entité morbide et un syndrôme.

M. Chauffard croit donc devoir faire quelques réserves relativement à l'identité absolue de l'épilepsie et des accidents épileptiformes déterminés chez l'animal par M. Brown-Sequard. Il est vrai que le fait de la transmission héréditaire de l'épilepsie ainsi provoquée semble militer en faveur de l'opinion de M. Brown-Sequard; mais il faut considérer que l'histoire de la science est remplie de faits de troubles fonctionnels produits par des lésions matérielles, transmis héréditairement, en tant que troubles fonctionnels seulement. L'hérédité d'un état convulsif déterminé par une lésion de la moelle ne peut être assimilée à la transmission héréditaire d'une entité morbide telle que l'épilepsie.

M. Brown-Sequard répond que lui-même a douté longtemps de la nature épileptique des accidents qu'il déterminait ainsi chez les animaux. Ce n'est qu'après avoir étudié comparativement l'épilepsie chez l'homme et chez les animaux sujets de ses expériences qu'il a fini par arriver à la conviction de l'identité de la maladie spontanée et des accidents provoqués. La perte de connaissance se produit chez les animaux expérimentalement rendus épileptiques. On peut les pincer, les piquer, les brûler pendant l'attaque sans déterminer d'autres phénomènes que des mouvements dus à l'action reflexe. Ces phénomènes ont été parfaitement constatés chez l'homme. Il existe dans l'épilepsie expérimentalement déterminée les trois caractères de l'épilepsie humaine : la perte de connaissance, les phénomènes convulsifs et la torpeur intellectuelle qui suit l'attaque.

M. Brown-Sequard se propose de lire prochainement à l'Académie un travail considérable relativement à des cas d'épilepsie chez l'homme et dont les attaques pouvaient être provoquées à volonté comme chez les animaux qu'il a mis en expérience sous les yeux de l'Académie.

M. Gubler dit qu'il résulte des expériences dont l'Académie vient d'être rendue témoin que l'on peut expérimentalement donner lieu à un syndrôme analogue à l'attaque épileptique. M. Brown-Sequard a-t-il le droit d'en conclure qu'il a donné naissance à l'état diathésique particulier qui produit l'épilepsie chez l'homme? Suivant M. Gubler, la transmission héréditaire de l'épilepsie ainsi provoquée militerait en faveur de cette opinion. M. Chauffard fait observer, il est vrai, qu'il faut établir une distinction profonde entre une entité morbide et un syndrôme; mais, dit M. Gubler, il n'y a pas *une* épilepsie, il y a *des* épilepsies. Il en est qui ne s'accompagnent d'aucune lésion matérielle. Il en est d'autres qui sont déterminées par des lésions matérielles grossières, par exemple par des tubercules. Il y a donc diverses sortes d'épilepsies à la liste desquelles il faut ajouter celle provoquée par les expériences de M. Brown-Sequard. Relativement au fait de la turgescence de la mamelle du côté paralysé, observée par M. Brown-Sequard chez une femelle de cabiaï, M. Gubler déclare qu'il a observé et signalé déjà des faits analogues dans la paralysie chez l'homme; on constate dans ces cas des phénomènes d'hypercrinie des glandes lacrymales et salivaires qui accompagnent la paralysie de la face.

M. Chauffard fait observer qu'il n'a pas eu en vue, dans les remarques présentées par lui, les épilepsies symptomatiques, mais seulement l'épilepsie vraie, sans lésions matérielles; en un mot, l'entité morbide, qu'il ne faut pas confondre avec le syndrôme.

A tous les caractères déjà donnés de cette entité, il faut joindre celui de l'évolution de la maladie, qui entraîne les malheureux épileptiques à la dégradation physique, intellectuelle et morale, la plus absolue, même dans les cas où la maladie ne consiste que dans les phénomènes dits petites attaques, vertige épileptique, sans accidents convulsifs.

M. Briquet dit qu'il faut distinguer dans les affections convulsives la perte de connaissance apparente de la perte de connaissance réelle. Dans l'hystérie, par exemple, il n'y a que perte de connaissance apparente; les malades sentent, connaissent et se souviennent parfaitement de toutes les circonstances qui ont présidé, accompagné ou suivi leurs attaques. La perte de connaissance est réelle, au contraire, dans l'épilepsie. Les malades ne conservent aucun souvenir de ce qui s'est passé au moment de l'accès. M. Briquet cite, à l'appui, l'exemple d'une femme qui était à la fois hystérique et épileptique. A la suite de ses attaques d'hystérie, elle se rappelait toujours ce qu'elle avait éprouvé pendant ces attaques. Mais quand elle avait ses attaques d'épilepsie, elle ne conservait aucun souvenir de ce qu'elle avait éprouvé.

M. Pidoux a vu des attaques d'épilepsie manifestées par les symptômes les plus graves, sans perte de connaissance.

RAPPORT.

Sur l'action des poêles en fonte.

M. Vernois, au nom d'une commission composée de MM. Gavarret, Poggiale et Vernois, rapporteur, lit un rapport sur un travail de M. Coulier, relatif aux poêles en fonte, lu en séance, le 11 août dernier.

M. le rapporteur présente une analyse détaillée du travail de M. Coulier et un exposé général de la question à laquelle ce travail se rattache. (Voir le résumé du travail de M. Coulier, *Gazette des Hôpitaux*, numéro du 13 août 1868.)

Après les explications dans lesquelles je suis entré, dit en terminant M. le rapporteur, je ne voudrais pas avoir la prétention de dire que la question de la nocuité des poêles en fonte est radicalement jugée. Votre Commission n'était pas chargée de la résoudre, et elle laisse à M. le docteur Carret la responsabilité de ses opinions. Mais les faits qui sont ici rapportés et les calculs de M. Coulier contribueront, je l'espère, à l'éclairer plus complètement et à en hâter la solution.

L'Académie, à propos de la note de M. Coulier, a renvoyé à l'examen de la même commission une réponse de M. le docteur Carret. Cette lettre malheureusement n'apporte aucun élément nouveau dans la question. C'est une simple protestation de notre honorable confrère, qui maintient toutes ses opinions.

La commission propose d'adresser à M. Coulier une lettre de remerciements pour son intéressante communication.

M. Larrey rappelle qu'il fait partie de la commission nommée à l'Institut pour examiner la question soulevée par le mémoire de M. Carret et faire un rapport.

C'est d'après les observations de M. Larrey que la commission a différé la présentation de ce rapport pour se livrer à de nouvelles expériences. Peut-être M. Vernois eût-il dû attendre les conclusions du rapport de cette commission avant de présenter le sien.

M. Vernois répond que les expériences faites par la Commission de l'Institut ont été publiées et qu'elles ont servi de base au rapport dont il vient de donner lecture.

M. J. Cloquet ne croit pas que l'on puisse mettre en doute les mauvais effets des poêles en fonte.

M. Colin fait observer que dans certains départements, particulièrement dans la Haute-Saône, on ne fait usage que des poêles en fonte, et cependant la fièvre typhoïde, qui a été attribuée à leur action, y est très-rare. Il en est de même à Alfort, où les études et les amphithéâtres n'ont pas d'autres moyens de chauffage.

M. Delpech dit qu'il ne faut pas accuser M. Carret d'avoir attribué les épidémies de fièvres typhoïdes de Chambéry à l'usage des poêles en fonte, puisque ce médecin a cru avoir découvert une maladie nouvelle dont il rapportait l'origine à ce mode de chauffage.

M. Vernois déclare que la question principale à résoudre était de savoir s'il s'échapait des poêles de fonte une proportion d'oxyde de carbone capable de déterminer des accidents. A l'Institut, lors de la présentation du mémoire de M. Carret, M. le général Morin demanda que l'on fît des expériences. Il résulta de ces expériences qu'il passe une dose minime de carbone à travers les poêles de fonte. L'objet des recherches de M. Coulier a été de déterminer d'une manière plus précise la proportion d'oxyde de carbone exhalé dans l'air par ce mode de chauffage : il a trouvé que cette proportion était vraiment infinitésimale.

M. Gubler fait observer que les conclusions du rapport de M. Vernois ne sont pas suffisamment favorables, eu égard au mérite du travail de M. Coulier; il demande que ce travail ainsi que le rapport de M. Vernois soient publiés dans les bulletins de l'Académie.

Les conclusions du rapport de M. Vernois ainsi modifiées sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Les lysses de la rage.

M. Auzias-Turenne achève la lecture du travail sur les lysses de la rage qu'il avait commencée dans la dernière séance.

Voici un très-court résumé de l'ensemble de ce travail :

Les lysses sous-linguales ont été plus ou moins explicitement indiquées par Pline, Démétrius, Pépagomène et Fracastor.

Xanthos, Arnaud et d'autres ont parfaitement établi qu'elles sont connues par tradition en Grèce et dans plusieurs provinces de la Turquie d'Europe. Elles sont connues en Espagne dans la province de Galice (Ramon de la Sagra).

Brograni, Alexandre Brodle, Heysham et Gilleman en ont plus ou moins pressenti l'existence.

Trolliet a indiqué un accident qui, sans doute, s'y rapporte.

Karamsin, Salvator et Marochetti ont écrit *ex professo* sur les lysses.

Marochetti a, plus que les autres, appelé l'attention sur elles; mais ses exagérations n'ont pas servi les progrès de la science.

Après Marochetti, Erdmann, Rehmann, Bouhach, Elmuller et Zdeler les ont observées.

Magistel les a mieux observées et mieux décrites que ses devanciers,

Niox les a vues,

Fulgens Fiévée, MM. Falret et Voisin les ont constatées à Vanves, en 1843.

Parmi les vétérinaires, Soarès, Dupuy, Renault, Delafond, Maillet, récemment M. Peuch et plusieurs autres les ont constatées.

Barthélemy en a inoculé la matière à des chevaux, qui sont devenus enragés (Témoignage de Vianna, de Résende).

M. J. Cloquet a découvert une lysse posthume.

L'histoire des lysses a été obscurcie par la prévention et par les systèmes.

Le moment est venu d'en reconnaître l'existence et d'en fixer la signification nosologique.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE

A M. Combeau, docteur en médecine à Château-Salins.

Monsieur et très-honoré confrère,

En lisant, dans le numéro 3 de la *Gazette des Hôpitaux*, votre savante appréciation sur l'observation que j'ai publiée (*Disjonction de l'os malaire*, même journal, n° 151, 1868), je trouve que vous avez peut-être trop prodigué l'éloge et la critique.

Si la critique est aisée pour vous, l'éloge est difficile pour moi qui le subis, car malgré le soin que vous mettez à dorer vos arguments de phrases doucereuses, j'avoue que la pilule est dure à digérer.

D'abord je n'ai pas employé le mot *dislocation*, mais bien *disjonction*, expression un peu différente, dont chacun comprend la nuance : au surplus, pour rendre ma pensée plus lucide, pour éviter toute équivoque, n'ai-je pas ajouté de suite *avec semi-luxation en arrière*; or, semi-luxation en arrière n'est-il pas synonyme d'*enfoncement* qui a toute votre prédilection?

Au sujet de l'exophthalmie, vous laissez supposer que je l'attribue uniquement à la pression latérale exercée par l'os luxé sur le globe oculaire, vous pensez vous qu'elle doit être *la conséquence d'une hémorrhagie assez abondante dans la cavité orbitaire.* Mais ai-je dit autre chose? Lisez plutôt. « *Hâtons-nous d'ajouter que la déchirure des artérioles fournies par l'ophthalmique, l'infiltration sanguine dans le tissu cellulaire qui sert de coussinet graisseux à l'œil, ont fortement contribué à le projeter au dehors.*

Arrivons à l'hémorrhagie au[r]iculaire dont vous faites remonter la source au rocher, peut-être [d]û à une erreur? Comment supposer, en effet, qu'une fracture directe du rocher ait pu avoir lieu par l'enfoncement du jugal, quand ces deux os se trouvent séparés d'environ 5 centimètres et que la dépression du molaire n'a été que de 1 centimètre?

Je persiste donc à dire que c'est par refoulement de l'apophyse zygomatique en dehors, avec ébranlement du conduit auditif, c'est-à-dire par contre-coup, que la muqueuse auriculaire a été déchirée.

Cette hypothèse me semble plus rationnelle et plus conforme aux notions de mécanique appliquée aux os de la face.

Alors, de votre réfutation que reste-t-il? Il reste la question de priorité qui, dites-vous, domine tout votre travail, ce qui ferait supposer que pas plus que moi vous ne tenez à votre réfutation.

Certes, j'incline volontiers mon respect devant la vénération que vous avez pour votre maître et j'abandonne toute prétention de priorité, pourvu que la science y gagne quelque chose; mais enfin où M. Jarjavay a-t-il publié cette lésion si rare? S'il n'a fait que d'en parler dans sa clinique, je n'ai plus rien à dire; mais avouez qu'il m'était bien permis de l'ignorer. Je dirai plus, c'est que vous, son élève, vous m'avez presque exposé, par votre silence, à devenir plagiaire, bien innocemment et sans le savoir.

Puisque vous voulez faire *une exposition didactique très-complète* de cette lésion si curieuse, permettez-moi d'ajouter à vos matériaux inédits mon tout petit grain de sable, c'est là toute sa prétention, et veuillez agréer mes sentiments confraternels et affectueux

SONRIER.

Camp de Châlons, 12 janvier 1869.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 31 décembre 1868, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Lacaze-Duthiers (Félix-Joseph-Henry, professeur de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes) au Muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur de zoologie, anatomie et physiologie comparée à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Paul Gervais, nommé professeur au Muséum.

— La Société botanique de France vient de composer de la manière suivante son bureau et son conseil pour l'année 1868 :

Président : M. Lasègue; *vice-présidents* : MM. Germain de Saint-Pierre, Gubler, Prillieux, J. de Seynes.

Secrétaire général : M. de Schœnefeld; *secrétaires* : MM. E. Cosson, Rose; *vice-secrétaires* : MM. Bescherelle, Larcher.

Trésorier : M. A. Ramond; *archiviste* : M. Eugène Fournier.

Membres du conseil : MM. Beautemps-Beaupré, P. de Bretagne, Bureau, Chatin, Decaisne, Duchartre, Fermond, A. Gris, le comte Jaubert, E. Lefranc, Aug. Michel, G. Planchon.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa première séance de l'année 1869, vendredi prochain 15 janvier.

Ordre du jour : 1° Discussion sur la paralysie glosso-labio-laryngée (suite); discussion des intérêts privés de la Société.

— Un médecin désirerait traiter d'une position médicale dans une grande ville, ou dans un rayon de vingt lieues de la capitale.

S'adresser, par lettre affranchie, pour donner des renseignements, jusqu'au 1er mars, à M. Marquis, libraire, rue Monsieur-le-Prince, n° 14, et rue Casimir-Delavigne, n° 1.

AVIS

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui voudraient faire relier leur collection peuvent en envoyer les numéros au bureau. Le prix de la reliure est de 3 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

De la méthode hypodermique ou des injections sous-cutanées, par le docteur A. MICHALSKI. — In-8° avec figures. Prix : 2 fr. 50 c.

Du service médical des pauvres, par M. le docteur HEULHARD D'ARCY. — In-8°. Prix : 2 fr.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. — Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique, par MM. les docteurs DE MONTMEJA et RENGADE, paraissant le 1er de chaque mois. N° 1. — In-8°, 16 pages et 3 photographies. Prix du numéro : 2 fr.

Clinique photographique des maladies de la peau, par M. A. HARDY, professeur à la Faculté de médecine, et M. A. de MONTMEJA, chef de clinique ophthalmologique. — Un vol. petit in-4° avec 49 photographies coloriées. — Prix : 54 fr.

De l'allaitement maternel, étudié aux points de vue de la mère, de l'enfant et de la société, par M. le docteur BROCHARD. — Ouvrage couronné par la Société protectrice de l'Enfance et par l'Académie de Bordeaux (médaille d'or). — Un vol. in-12. Prix : 2 fr.

Etude sur le phlegmon diffus du cuir chevelu, par le docteur CHARLES GUIHAL. — In-8°, 62 pages. Prix : 1 fr. 25 c.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 6. — SAMEDI 16 JANVIER 1869. 42e ANNÉE. SAMEDI 16 JANVIER 1869. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com... le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Leçons d'ouverture des cours de clinique de la Charité et de la Pitié.

Dans la Revue clinique du 5 décembre dernier, nous avons cherché à esquisser la physionomie et à donner la caractéristique de l'enseignement des deux nouveaux titulaires des chaires de clinique de la Charité et de l'Hôtel-Dieu, MM. Sée et Béhier. Nos lecteurs ont eu depuis, sous les yeux, le texte de la leçon d'ouverture de M. Sée, et ils sont dès à présent fixés sur les principes de ce professeur et sur la direction qu'il entend donner à son enseignement. Les deux autres chaires de clinique, momentanément occupées par deux agrégés, M. Constantin Paul, suppléant de M. Bouillaud à la Charité, et M. Peter, suppléant de M. Grisolle à la Pitié, vont un moment appeler notre attention.

Première leçon du cours de clinique de la Charité (M. Constantin PAUL).

M. Constantin Paul a consacré sa première leçon à des considérations générales sur les caractères respectifs et les différences de la pathologie et de la clinique, et à un exposé de principes sur la manière dont il comprend et dont il se propose d'enseigner la clinique.

Cherchant d'abord à déterminer quel est le but de la clinique et en quoi ce but diffère de celui que se propose la pathologie, M. Constantin Paul les définit ainsi l'une et l'autre :

« La pathologie est une science; plus elle progresse, plus elle s'élève vers une abstraction. La pathologie est impersonnelle, elle est mieux représentée par une génération que par un individu. La clinique, au contraire, est un art; elle a pour but l'action, protéger, soulager ou guérir l'individu; elle est personnelle dans son but et personnifiée dans le médecin. Aussi la clinique varie-t-elle avec le clinicien : autant vaut le clinicien, autant vaudra la clinique. »

Abordant ensuite le second problème : quelle est la méthode de la clinique? M. Constantin Paul s'est exprimé ainsi :

« La clinique se propose trois choses : 1° reconnaître l'état du malade, c'est-à-dire établir le diagnostic; 2° prévoir l'avenir du malade, faire le pronostic, et 3° prescrire les moyens thérapeutiques.

Pour bien faire le diagnostic, il faut d'abord remonter dans les antécédents du malade jusqu'à l'époque de sa santé complète. Il faut établir d'abord quel était son état physiologique pour juger sainement de son autre état, de son état pathologique.

Cette base une fois établie, on constate, soit par le récit du malade, soit par l'examen objectif, trois ordres de phénomènes : les lésions fonctionnelles, les altérations des produits de l'organisme, et en troisième lieu, les altérations anatomiques.

Cette première opération une fois faite, le clinicien cherche à subordonner ces différents phénomènes, à établir leur enchaînement, et détermine ainsi les syndrômes et les états organopathiques.

Pour une certaine école, le diagnostic s'arrête là; pour nous, il doit arriver à une détermination plus élevée, celle de la maladie.

Or, comme en ce moment même les cliniciens sont divisés sur ce point en deux écoles, je désire vous exposer en quelques mots ce que sont ces deux écoles. »

Ici, M. C. Paul, remontant jusqu'à l'époque de Pinel comme point de départ des Ecoles modernes, esquisse rapidement l'histoire de la révolution médicale de Broussais et de la doctrine de l'organicisme qui en est issue et qui compte encore aujourd'hui au sein de la Faculté plusieurs de ses plus ardents partisans. Puis il arrive à la période de réaction contre la doctrine physiologique et organicienne qu'il caractérise comme il suit :

« Bretonneau, l'un des premiers, puis Récamier, Cayol, Gendrin, Trousseau, Pidoux, Bazin, Teissier, J. Bouley et la plupart des médecins des hôpitaux qui avaient suivi les leçons de M. Bazin, devinrent le foyer d'une école qu'on peut, par opposition aux précédentes, nommer l'École clinique.

Ces médecins, tout en profitant des précieuses découvertes de la science moderne, ne voulurent point abandonner l'idée supérieure de la maladie. Pendant que Trousseau s'associait MM. Gouraud et Lebaudie pour fonder un journal, il s'adjoignait M. Pidoux pour défendre avec lui cette même doctrine en thérapeutique. D'autre part, MM. Teissier, J. Bouley et Bazin voulurent s'associer pour une réforme semblable.

Teissier, en voulant combattre l'organicisme des broussaisiens, se trouva ramené au nosologisme par son esprit mystique et, retournant dans le passé, recula jusqu'au moyen âge, jusqu'à saint Thomas.

J. Bouley, érudit et patient, tenta de refaire un traité de pathologie générale. Il entassa texte sur texte, réunit la quintessence de la tradition médicale, éclaircit les idées, les formula d'une manière nette et précise, et nous aurait donné le plus beau traité de pathologie générale, si son extrême timidité et, il faut bien le dire, sa paresse pour écrire ne l'eût arrêté quand le travail principal était fait.

M. Bazin, plus persévérant, appliqua ces idées à l'étude des affections de la peau, et il a si bien réussi que son enseignement, qui est aujourd'hui l'un des plus beaux titres de gloire de la clinique française, est un véritable modèle dans le genre.

Pour me résumer, je dirai que la réforme de Broussais, fondée sur l'anatomie pathologique et la physiologie expérimentale, précieuse au plus haut titre pour la pathologie, c'est-à-dire pour la science, a été stérile pour la clinique, c'est-à-dire pour l'art ou la pratique;

Que l'Ecole clinique, qui ne s'en est pas tenue à regarder les lésions, mais est remontée à l'unité supérieure de la maladie, a permis de reconnaître qu'une même lésion variait encore suivant les différentes maladies et pouvait conduire au diagnostic complet, c'est-à-dire à celui qui conduit au pronostic et au traitement. »

Arrivant au pronostic, M. Constantin Paul le considère comme un problème essentiellement individuel, se prêtant mal aux généralités.

« Le pronostic se base sur trois considérations :

1° Sur la nature de la maladie;

2° Sur l'importance de la fonction atteinte;

3° Sur l'étendue des lésions.

Il considère ensuite les forces du malade, ses conditions de résistance, ses maladies antérieures et ses tendances pathologiques.

Quant à la thérapeutique, elle a été toujours partagée en deux écoles : d'un côté les systèmes et de l'autre la tradition. »

M. Constantin Paul montre ici tous les systèmes, depuis ceux de Thémison et de Galien jusqu'à ceux de Brown et de Broussais, ayant tous pour caractère commun de méconnaître la matière médicale.

« L'autre Ecole, poursuit le professeur, celle de la tradition ou de l'empirisme, ne s'appuie plus sur les théories mais bien sur l'observation; elle recueille peu à peu les découvertes pour constituer le trésor des variétés acquises.

En étudiant les différentes méthodes suivies par les empiriques, on voit qu'elles se succèdent dans un ordre très-logique.

La première est celle d'Hippocrate, c'est la méthode du sens commun. Si une maladie est légère, sans danger et peu douloureuse, il faut la laisser suivre son cours; de même si elle est fatalement mortelle ou arrivée à l'agonie.

Si la maladie n'a ni cette bénignité ni cette gravité, prendre pour la guérir les procédés qu'ont suivis les maladies dans les cas de guérison spontanée.

La seconde méthode est celle de Paracelse. « Si, dit-il, une plante est desséchée et qu'on la fasse revivre en lui donnant de l'eau, ce n'est pas parce que l'humide est opposé au sec, mais parce que cette eau vivifie le germe et nourrit les racines. »

Cette seconde méthode consiste donc à soutenir le malade pendant l'évolution de la maladie. Paracelse avait étudié les spécifiques, mais leur véritable défenseur, c'est Van Helmont.

La troisième méthode est donc celle des spécifiques, ou mieux encore celle des médicaments empiriques, c'est-à-dire ceux dont l'action thérapeutique est mieux connue qu'expliquée.

Jusqu'ici, toutes les méthodes thérapeutiques ont été des méthodes d'ensemble s'adressant à la maladie tout entière ou à l'individu tout entier; les modernes ont été plus modestes. Barthez, appliquant à la médecine la méthode de l'analyse, a cherché à décomposer les maladies en un certain nombre d'éléments qu'on attaquerait isolément. C'est la médecine analytique qu'il ne faut pas faire descendre comme on l'a fait, en la poussant jusqu'à chercher un médicament par symptôme. C'était là en effet son écueil, et la thérapeutique analytique serait tombée dans les détails où elle se serait peut être noyée, si elle ne venait de trouver, dans les expériences faites sur les animaux, une force nouvelle.

Nous ne négligerons donc aucune de ces ressources données par les générations qui nous ont précédés, et nous irons chercher jusque dans la toxicologie expérimentale tout ce qui pourra contribuer à guérir ou tout au moins à soulager nos malades. »

Nous n'avons pas à dire, après cet exposé, à quelle Ecole appartient M. Constantin Paul. Nos lecteurs lui ont déjà assigné sa place. Ce sera pour nous tous un sujet de grand intérêt et plus d'une fois aussi, sans doute, de grand enseignement, d'entendre alternativement, côte à côte, dans le même hôpital et presque dans le même amphithéâtre, un représentant de l'art et de la tradition, et un apôtre de la science et de la médecine de l'avenir.

Première leçon du cours de clinique de la Pitié (M. PETER).

M. Peter n'a point fait de leçon d'introduction, à proprement parler, il est entré de plein pied dans la clinique; il a pris pour sujet de sa première leçon les maladies du cœur, dont il avait à ce moment plusieurs exemples dans son service. L'objet principal de cette leçon a été de substituer à la doctrine de l'asystolie comme cause et explication des phénomènes ultimes des maladies du cœur, une théorie physiologico-pathologique moins exclusive et plus largement compréhensive, dans laquelle l'asystolie a sa part au même titre qu'une foule d'autres lésions fonctionnelles concomitantes et unies entre elles par un lien physiologique commun.

Voici quel est, pour M. Peter, le cycle morbide parcouru par un malade qui succombe à une affection du cœur :

Une lésion d'orifice ou de valvule en marque le début; il se divise ensuite en divers segments constituant une série de troubles fonctionnels et de lésions organiques, physiques, chimiques et dynamiques, pour aboutir ensuite à une altération du sang et en dernière analyse à une altération du muscle cardiaque concomitante à l'altération de tous les organes, de telle sorte, dit M. Peter, que le malade meurt non pas de la maladie de son cœur, mais plus exactement de l'altération de son sang (1).

On voit combien cette manière d'envisager l'évolution d'une maladie du cœur en général diffère de la théorie de l'asystolie dans laquelle Beau, assignant au cœur un rôle presque exclusif, attribuait la période ultime des maladies du cœur à l'insuffisance de la systole et à l'impuissance de cet organe dans sa lutte contre l'obstacle à la circulation. Tandis que, pour Beau, le cœur était tout et les vaisseaux rien, pour M. Peter, au contraire, le malade qui est atteint d'une affection du cœur est malade non-seulement par son cœur et par ses vaisseaux, mais encore par tous les points de son organisme. Ce n'est pas par suite d'un trouble de la circulation seulement que la mort survient, mais sous l'influence simultanée de l'altération de tous les organes. Dès lors ce n'est plus *asystolie* qu'il faut dire, mais bien *anorganie* générale ou *asynergie*, chaque organe étant devenu impuissant pour la conservation de la vie.

M. Peter appuie cette manière de voir, qu'il oppose à la doctrine de l'asystolie, séduisante d'ailleurs par sa simplicité, sur deux ordres de preuves : les unes, *à priori*, tirées du mécanisme physiologique de la circulation; les autres, *à posteriori*, résultant de l'état des organes après la mort.

S'il est vrai, dit-il, que le cœur soit l'organe actif, l'organe impulseur ou impulso-moteur, les vaisseaux sont loin d'être inertes; ce sont non-seulement des agents de transport, de distribution, mais encore des agents de régularisation et de pondération de la circulation, ainsi que le démontre l'afflux plus considérable de sang qui se fait vers un organe qui passe de l'état de repos à l'état de fonctionnement, le cœur continuant d'ailleurs à battre avec la même force et la même régularité et envoyant à chacune de ses contractions une ondée égale. Enfin ils transforment en mouvement continu le cours sanguin que le cœur lance par ondées intermittentes. En un mot, l'activité fonctionnelle de la circulation dans les vaisseaux, si elle n'était déjà démontrée par l'indépendance fonctionnelle des organes à l'état physiologique et par les congestions partielles à l'état pa-

(1) M. Peter a figuré ce cycle morbide dans un tableau qui ne peut trouver place ici et que nous exposerons dans la prochaine revue.

thologique, aurait été mise hors de doute par les expériences physiologiques qu'il serait trop long de rappeler ici.

Le second ordre d'arguments, *à posteriori*, est fourni par l'observation clinique et par l'anatomie pathologique. Voici un exemple entre autres :

Chez une femme qui avait succombé avec tous les symptômes classiques de l'asystolie type de Beau : cyanose, froideur des extrémités, dyspnée des plus pénibles, bruit de souffle intense à la base indiquant un rétrécissement aortique, le tout ayant été précédé de plusieurs atteintes de rhumatisme, M. Peter a fait constater à l'autopsie une diminution, une atrophie avec anémie de tous les organes, un amoindrissement de tout l'être dans toutes ses parties ; le cœur était pâle, décoloré, ses muscles de striés étaient devenus granuleux, mais cette altération ne lui était point particulière, une altération semblable existait dans tout le système musculaire.

On vient de voir que, pour M. Peter, l'asystolie est incapable d'expliquer à elle seule la terminaison des maladies du cœur à marche chronique. Elle n'est pas plus satisfaisante, à ses yeux, pour l'explication de la terminaison des affections à marche rapide. Un cas d'affection aiguë du cœur, qui s'est présenté en même temps que le précédent, dans son service, lui a permis de faire immédiatement la démonstration de cette deuxième proposition.

Il s'agissait d'un homme sans antécédents rhumatismaux, ni d'aucune autre nature, mais en proie à l'alcoolisme, qui est entré à l'hôpital se plaignant d'oppression, accompagnée de toux sans expectoration. Son facies était altéré, ses jambes œdématiées. Un bruit de souffle intense, occupant tout le premier temps et le petit silence, se faisait entendre au-dessous et au dedans du mamelon. A la base, on entendait, au deuxième temps, un bruit de souffle doux se propageant vers la partie inférieure du sternum. On constatait le pouls veineux dans les jugulaires, etc. Le murmure vésiculaire s'entendait à peine pendant l'inspiration, bien que la percussion du thorax, en avant, donnât une sonorité normale; mais l'expiration était rude, prolongée et accompagnée de râles sibilants. Les accidents s'aggravèrent rapidement : le foie augmenta de volume, les conjonctives prirent la teinte ictérique, les urines, rares et foncées, contenaient une assez forte quantité d'albumine. — A l'autopsie, on trouva le cœur hypertrophié; une insuffisance des valvules aortiques par dilatation de l'orifice; une insuffisance mitrale et tricuspide, Le cœur gauche était rempli par un caillot mou et noir; les poumons étaient gorgés de sang dans toute leur étendue; le foie était engorgé, les reins graisseux; l'aorte était très-dilatée et toutes les artères athéromateuses.

Voici, d'après M. Peter, quel avait été chez cet homme le processus morbide. Sous l'influence de l'alcoolisme, il s'était développé une artérite, les artères étaient devenues athéromateuses. Les artères ainsi altérées, et ayant perdu leur élasticité, ne venaient plus en aide au cœur. Celui-ci, forcé d'agir seul, se contractant plus énergiquement, il avait dû s'ensuivre une dilatation de l'orifice de l'aorte, dont les valvules étaient devenues insuffisantes, d'où le reflux du sang dans les cavités cardiaques. La circulation gênée avait determiné, à son tour, l'anémie et les troubles divers qu'elle entraîne. Des congestions partielles s'étaient produites par suite de l'état d'asthénie des artères, d'où la congestion du foie, celle des reins et les phénomènes consécutifs qui leur sont propres; enfin la congestion du poumon dont les conséquences immédiates sont beaucoup plus graves par la diminution et la suspension de l'hématose. Ici, la cause de la mort était beaucoup plus dans le poumon que dans le cœur; la mort a eu lieu bien plus par asphyxie que par asystolie.

M. Peter, comme on le voit par cet exemple, envisage le phénomène non pas dans un de ses éléments seulement, quelque important qu'il paraisse au premier abord, mais dans l'ensemble infiniment complexe et dans la succession nécessaire de ses éléments multiples.

Nous ne saurions dire au juste, parce que M. Peter ne nous en a pas fait la confidence, quels sont les principes généraux qui le guident, de quelle doctrine il relève, mais ce que nous pouvons dire, après ce rapide résumé de sa première leçon, c'est qu'elle nous a paru un modèle d'analyse physiologique et pathologique.

HOTEL-DIEU DE ROUEN. — M. L. DUMESNIL.

CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS (1)

Élimination spontanée à travers les parois abdominales d'une partie de la tumeur

Madame X..., d'Elbeuf, jusque-là très-bien portante, mariée, habituellement bien réglée, mais n'ayant pas eu d'enfants, commença à éprouver, vers l'âge de 37 ans, des douleurs dans le côté gauche du bas-ventre. Ces douleurs s'accompagnèrent d'un dérangement dans les règles caractérisé par des retards de deux ou trois mois alternant avec des pertes simulant de véritables fausses couches. Ces pertes se renouvelèrent pendant deux ou trois ans, puis les règles se rétablirent d'une façon normale jusqu'au mois d'août 1867, époque à laquelle elles cessèrent définitivement.

Un an après le début des douleurs, qui eurent toujours leur siége principal à gauche, le ventre commença à se développer par l'apparition d'une tumeur qui s'accrut lentement et progressivement de bas en haut.

Quatre ans après le début de la maladie, il y eut une recrudescence assez violente des douleurs habituelles avec accompagnement de fièvre et de vomissement. Le médecin qui donnait des soins à la malade reconnut une péritonite partielle. Ces accidents inflammatoires se renouvelèrent à deux ou trois reprises et cédèrent à une médication assez simple. Dans l'intervalle de ces récidives de souffrances aiguës, cette femme, très-courageuse et très-patiente, reprenait son travail d'ouvrière de fabrique.

Vers le milieu de 1867, son médecin, croyant à l'existence d'un kyste de l'ovaire et espérant la soulager, fit une ponction, mais il ne s'écoula pas une goutte de liquide.

La malade me fut adressée par mon confrère et ami le docteur Bertrand, peu de temps après cette ponction en août 1867. Sa santé générale ne paraissait pas avoir souffert sensiblement; elle était maigre, mais d'une maigreur inhérente à sa constitution plutôt que le résultat d'un dépérissement maladif. Toute la moitié inférieure de la cavité abdominale jusqu'à l'ombilic était occupée par une tumeur d'un développement égal dans tous les sens, sans bosselures; le ventre était saillant en pointe; la tumeur avait une certaine élasticité, mais il n'y avait pas de fluctuation distincte. Elle conservait, par rapport aux parois abdominales, une fixité absolue dans toutes les positions, ne se déplaçait nullement par les pressions; l'ombilic cédait à peine aux tractions exercées dans tous les sens; il y avait donc des adhérences très-étendues à la paroi abdominale antérieure.

Le toucher me fit constater l'état d'intégrité du col et du segment inférieur du corps de l'utérus. Le col était à la hauteur normale, sans déviation, sans augmentation de volume, jouissant d'une assez grande mobilité, mais qui me parut cependant un peu restreinte. La pression exercée sur la partie la plus saillante du ventre se transmettait au doigt appliqué sur le col, mais la pression sur celui-ci ne se faisait pas sentir à l'autre main. Aucune partie de la tumeur n'était accessible du côté du vagin ni du côté du rectum. La miction s'exécutait bien ainsi que la défécation. Le ventre était à ce moment peu douloureux, la marche facile. Je conseillai de simples palliatifs.

Deux mois environ plus tard, cette femme vint me revoir. L'état général était le même, le ventre n'était ni plus développé, ni plus douloureux, mais il s'était formé sur plusieurs points de la partie la plus saillante de la tumeur des plaques brunâtres où la peu était très-amincie et où la pression produisait une crépitation gazeuse des plus manifestes. Il y avait en outre de la sonoréité sur toute la partie antérieure de la tumeur, où précédemment existait la matité la plus complète.

Ces plaques brunâtres s'ulcérèrent, et le 6 février 1868 je trouvai, à gauche et au dessous de l'ombilic, une ulcération d'au moins 12 à 15 centimètres à travers laquelle faisait saillie un énorme champignon aplati répandant un liquide ichoreux d'odeur infecte. D'autres ulcérations semblables, mais plus petites, existaient sur différents points de la tumeur. Jamais il ne s'était échappé de liquide autre que la sanie produite par le travail d'ulcération et de gangrène. Le volume général du ventre avait très-notablement diminué, l'état général commençait à s'altérer profondément, l'appétit faisait défaut.

Je prescrivis des toniques, des pansements chlorurés, et je congédiai la malade, convaincu que je ne la reverrais pas et qu'elle succomberait rapidement.

Grand fut mon étonnement lorsque, vers le commencement d'octobre, je reçus la visite de cette femme débarrassée de sa tumeur et avec les apparences de la meilleure santé. Voici, avant de signaler ce que j'observai alors, comment les choses s'étaient passées, au rapport du docteur Bertrand qui avait pu suivre le travail d'élimination : La masse sanieuse, saillante à travers l'ulcération abdominale, avait grossi progressivement au point que la malade était obligée de la soutenir avec une serviette qui contenait la tumeur comme un véritable sac. Celle-ci, d'odeur repoussante, noirâtre, comme formée d'une masse filamenteuse macérée et desséchée, était rattachée à son siége primitif dans l'abdomen par un pédicule paraissant flétri comme le reste de la tumeur. La malade s'opposa à la section de ce pédicule qui eût été très-facile, et la masse tomba spontanément. Les ulcérations se cicatrisèrent très-rapidement, l'appétit se ranima et les forces se rétablirent promptement.

Lorsque je revis la malade au mois d'octobre, le volume du ventre était revenu à l'état normal, il était parfaitement souple, indolent, et présentait à la place des ulcérations des cicatrices dont la principale, située entre l'ombilic et l'épine iliaque gauche, recouvrait une solution de continuité des plans musculaires et aponévrotiques, de forme arrondie, à bords tranchants, comme un anneau herniaire fortement dilaté, permettant l'introduction de trois ou quatre doigts. Dans les efforts, le contenu de l'abdomen faisait saillie dans cette ouverture.

Profondément dans la région hypogastrique, on sentait encore une tumeur du volume du poing environ, transmettant au col de l'utérus les mouvements qu'on lui imprimait par la pression.

Je recommandai à la malade l'usage d'un appareil analogue aux bandages pour hernie ombilicale.

Cette observation est, après celle que le docteur Loir a communiquée à la Société de chirurgie en 1847, le seul cas que je connaisse d'élimination spontanée d'une tumeur de l'utérus à travers les parois abdominales, et ce fait a sur celui de M. Loir l'avantage, sinon d'une guérison complète, au moins de l'éloignement de dangers qui menaçaient immédiatement l'existence.

C'est aux adhérences de la tumeur avec la paroi abdominale qu'il faut évidemment attribuer l'absence d'accidents dans ce travail de destruction si long et si effrayant. Ces adhérences, en effet, lorsqu'elles sont très-étendues et très-solides, transforment en quelque sorte une tumeur interne en une tumeur extérieure, isolée, d'ailleurs, elle n'a pas de connexions trop intimes avec les viscères.

Il me semble qu'il ne peut y avoir ici aucun doute sur la nature et le point de départ de la tumeur. Les irrégularités de la menstruation et les pertes du début, le mode de développement de bas en haut, les rapports de cette production morbide avec l'utérus se traduisant par la transmission des mouvements de l'une à l'autre, le résultat négatif d'une ponction, l'absence d'écoulement de liquide kystique pendant le travail d'élimination, attestent suffisamment qu'il s'agit d'une production fibreuse de l'utérus.

Peut-on considérer ce fait comme un exemple de guérison complète? Évidemment non, puisqu'il reste encore une masse relativement peu considérable, il est vrai, mais susceptible de subir un nouveau développement et de provoquer quelques accidents. Cependant, comme la menstruation paraît définitivement supprimée et que cette suppression est le résultat de l'âge autant, sinon plus, que de la maladie, nous avons lieu d'espérer que ce qui reste de la tumeur persistera dans les limites actuelles ou même subira ce travail d'atrophie qu'on observe quelquefois dans des masses plus considérables après la ménopause.

(1) Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 16 décembre.

TRAITEMENT DES FRACTURES DU FÉMUR ET DE LA COXALGIE

Appareil du docteur Hennequin.

Dans les fractures de cuisse et dans les coxalgies, on peut mettre le membre en trois positions ,

1° En position rectiligne ;

2° En double plan incliné à divers degrés;

3° En équerre.

Quelle que soit celle que l'on adopte, l'appareil se prête à tous les caprices du membre.

La gouttière inférieure devient inutile lorsque le membre inférieur est placé en troisième position.

Extension. — Dans la position rectiligne, l'extension se fait au moyen :

1° Du bracelet appliqué à l'extrémité inférieure de la cuisse ; il prend ses points d'appui sur les condyles du fémur;

2° De différents bandages et appareils appliqués sur la jambe et sur le pied.

La traction est faite à l'aide de tissus élastiques, qui vont se réfléchir sur les galets des cadres de la pédale et se fixer aux boucles.

Dans les deux autres positions, l'extension se fait au moyen :

1° Du bracelet appliqué comme dans le cas précédent;

2° D'une molletière à rigole, qui embrasse la face postérieure des jumeaux, et transforme en traction le poids de la jambe. C'est une sorte de poulie de réflexion.

Les points d'application de l'extension, se trouvant constamment sur deux régions au moins, on peut, si le besoin s'en fait sentir, soulager l'une ou l'autre, sans nuire à l'efficacité de l'extension.

PEROT

ROBERT ET COLLIN

(FIG. I.

A. — Gouttière crurale.

B B'. — Bandelettes armées de boutons à leurs extrémités libres.

C' C'. — Coussinets à vis de pression servant à arrêter les mouvements de rotation et de va-et-vient de la tige coudée.

D. — Tige coudée portant une coquille et pouvant se placer à droite ou à gauche de la gouttière.

E. — Coquille bivalve à charnière renfermant une sphère en bois.

F F'. — Tiges qui traversent la sphère et portent les pelotes.

G G'. — Pelotes iliaques.

H. — Coussin pubien.

I. — Coussin ischiatique en forme de croissant.

L L'. — Coulisses destinées à recevoir les boutons N N' de l'armature inférieure.

(FIG. II.)

M M'. — Bandelettes arquées s'adaptant à la gouttière crurale dans toutes les positions, au moyen des boulons N N'.

O O'. — Cadres placés de chaque côté de la pédale.

P. — Pédale.

R R'. — Galets servant de poulies de réflexion aux élastiques, lorsqu'on fait l'extension dans la position rectiligne.

S S'. — Boucles destinées à arrêter les élastiques.

(FIG. III.)

a a'. — Bracelet se fixant à l'extrémité inférieure de la cuisse.

b b'. — Points fortement rembourrés en rapport avec les condyles du fémur.

c c'. — Muscles artificiels terminés par des lanières percées de trous.

d d'. — Rubans gradués indiquant en kilogr. la force de traction.

(FIG. IV.)

e e'. — Molletière à rigole.

f. — Rigole destinée à protéger les vaisseaux et les nerfs du creux poplité.

g g'. — Petites lanières venant se fixer au bracelet aux points d'attache des muscles artificiels.

Contre-extension. — Quelle que soit la position du membre, la contre-extension sera toujours répartie au moins sur deux régions, le plus suvent sur trois, qui sont : la tubérosité ischiatique, la fosse iliaque externe et la branche pubienne, du côté du bassin correspondant au membre malade ou du côté opposé.

Dans les fractures de cuisse, sans lésion grave des os du bassin, la contre-extension sera supportée par la tubérosité ischiatique, la fosse iliaque externe et la branche du pubis, correspondant au membre fracturé. L'une ou l'autre de ces régions pourra être dégrevée, sans nuire à la contre-extension.

On disposera les pièces de l'appareil de la même manière dans les coxalgies, sans déviation du bassin.

Dans les coxalgies avec déviation pelvienne, on disposera les pièces de l'appareil sur les régions qui peuvent favoriser le redressement du membre.

Si le bassin est incliné latéralement, on fera supporter presque toute la contre-extension par la fosse iliaque du côté abaissé :

1° S'il est enclavé en arrière, l'ischion seul supportera toute la contre-extension;

2° S'il est incliné en avant, les branches horizontales du pubis deviendront les seuls points d'appui de la contre-extension.

L'appareil n'empêchera jamais aucun des mouvements du membre inférieur sain, ni ceux du tronc.

Le membre malade sera à découvert; on pourra, par conséquent, suivre la marche de la lésion et faire des pansements.

Le malade peut s'asseoir.

Observation I. — M... (Victor), 42 ans, entré le 30 novembre 1867, atteint d'une fracture de cuisse au tiers inférieur. 4 centimètres de raccourcissement. Application de l'appreil dix-huit jours après l'accident, pas la moindre trace de consolidation.

Le 9 février, cinquante jours après la pose de l'appareil, le malade se promène sans béquilles. Le membre est parfaitement conformé et mesure à peine 1/2 centimètre de moins que l'autre. Le procédé Giraud-Teulon donne le même résultat.

Départ pour Vincennes.

Obs. II. — V... (Henri), 52 ans. Fracture de la cuisse droite, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur. Application de l'appareil huit jours après. Aucune trace de consolidation.

L'appareil reste appliqué près de trois mois.

Après guérison, 1/2 centimètre d'allongement, vérifié par de nombreuses mensurations.

Obs. III. — S... (Jean), 37 ans, entré le 20 avril. Fracture de cuisse au tiers moyen, par contraction musculaire (en mettant sa botte). 3 centimètres de raccourcissement. Pose de l'appareil, vingt jours après son entrée. Cal volumineux et solide. Le malade soulève sa cuisse sans le secours de ses membres supérieurs.

Le 12 juin, levée de l'appareil. Le membre mesure à peine 1 centimètre de moins que l'autre malgré la solidité du cal au moment de la pose de l'appareil.

Coxalgie.

Obs. IV. — T... (R.), 10 ans. Coxalgie du côté gauche; déviation du bassin; raccourcissement du membre; saillie énorme énorme de la région trochantérienne; ankylose ligamenteuse de l'articulation coxo-fémorale et fémoro-tibiale; luxation probable de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe. Application de l'appareil de Marjolin et de l'appareil dextriné sans le moindre succès.

Raccourcissement apparent........	10 cent. 1/2	
— réel..........	1 — 1/2	

Constitution cachectique.

Application de l'appareil.

L'extension est faite sur le membre malade; la contre-extension sur le bassin du côté opposé. Quelques jours suffirent pour redresser le bassin, faire disparaître la saillie de la région trochantérienne, rétablir les mouvements de l'articulation coxo-fémorale et faire disparaître les douleurs voisines et éloignées de la lésion articulaire.

L'appareil est enlevé : tous ces désordres reparaissent. On réapplique l'appareil ; ils disparaissent.

Survient :

1° Une tumeur osseuse de l'humérus, qui s'efface.

2° Un gonflement considérable du grand trochanter, carie, suppuration abondante, épuisement de la malade, déviation du bassin, faillie trochantérienne, fièvre hectique, ankylose de l'articulation fémorale supérieure. La mort paraît certaine.

Réapplication de l'appareil. Les douleurs disparaissent petit à petit; la déviation du bassin se corrige; la saillie trochantérienne s'efface; la suppuration diminue; l'appétit revient. L'ankylose n'a pas encore cédé. Les nuits sont bonnes; la constitution s'améliore; l'appétit revient.

Tel est l'état actuel.

Ces observations ont été prises dans le service de M. Desormeaux, à l'hôpital Necker.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1868. — Présidence de M. Legouest

—

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. le docteur Prestat (de Pontoise), membre correspondant, présente à la Société les deux pièces anatomiques relatives aux deux faits suivants :

1° Polype fibreux de l'utérus enlevé à l'aide de l'écraseur linéaire.

Dans les premiers jours de novembre, je fus appelé à Puyseux, près d'une femme de 35 ans, domestique, qui, depuis plusieurs mois, perdait incessamment en quantité modérée.

Elle avait éprouvé dans la nuit une perte très-abondante.

Cette femme, qui jusque-là avait refusé de se laisser examiner, y consentit, vaincue par la nécessité.

Je constatai la présence d'un polype volumineux, engagé dans l'orifice de l'utérus et remplissant la cavité du col. Le museau de tanche était fortement serré sur le polype et ne permettait pas l'introduction du doigt. La perte était suspendue au moment de mon examen.

Le seigle ergoté, pendant quarante-huit heures, à la dose de 8 grammes par jour, dans une potion, favorisa la sortie du polype au dehors de l'utérus, et le surlendemain, le toucher m'apprit que le polype était implanté sur la paroi antérieure du col. Le pédicule, que circonscrivait facilement le doigt, avait environ 1 centimètre d'épaisseur et avait très-peu de longueur.

A l'examen au spéculum, la partie visible de la tumeur paraissait couleur de lie de vin, saignante, vasculaire.

Des injections très-froides furent pratiquées pendant trois jours, que je jugeai nécessaires pour rétablir un peu les forces de la malade, affaiblie par la perte de sang.

Avec un écraseur linéaire, aidé de mon confrère le docteur Thibaut, ex-médecin principal de la marine, j'embrassai le pédicule de la tumeur préalablement amenée avec des érignes, et la section en fut faite avec beaucoup de lenteur, dans la crainte que le pédicule ne contînt des vaisseaux volumineux et pour me mettre à l'abri d'une hémorrhagie.

La section n'amena pas d'écoulement de sang. Pendant quelques jours, il y eut un écoulement à apparence lochiale.

Les suites de cette opération ont été aussi simples et aussi heureuses que possible.

Le quinzième jour, cette malade se levait, et aujourd'hui, elle est complétement rétablie.

La tumeur que j'ai enlevée avait 5 centimètres de long sur 2 1/2 de large. Elle criait en l'incisant sous le scapel. La partie inférieure laisse voir à la coupe de petits foyers hémorrhagiques et de nombreux vaisseaux près de la surface de la tumeur. Il est probable qu'une partie de l'écoulement sanguin se faisait par ces vaisseaux.

M. Hervez de Chégoin. Je doute que ce soit un polype fibreux que M. Prestat nous ait présenté.

M. Prestat. Après l'excision de la tumeur, il n'y a pas eu d'écoulement de sang, et je suis bien convaincu qu'il s'agissait d'un polype fibreux, mais je dois avouer que certains points de la tumeur étaient très-vasculaires.

2° Consolidation spontanée d'une fracture du col du fémur en deux mois et demi, chez une femme de 96 ans.

J'ai observé, au commencement de cette année, un cas de fracture du col du fémur, qui présente quelque intérêt à cause du grand âge de la malade.

Madame L..., âgée de 96 ans et demi, fit, en se levant, dans les premiers jours de février, une chute dans sa chambre. Elle tomba sur le côté gauche. Je fus immédiatement appelé, et je constatai une fracture extra-capsulaire du col du fémur gauche. Notre confrère, le docteur Maisonneuve, appelé en consultation, conseilla de maintenir le membre au moyen d'un appareil composé d'une attelle articulée au niveau des articulations de la hanche et du genou et maintenue par une ceinture et fixée sur la cuisse et au-dessus du genou. L'indocilité de la malade rendit cet appareil complétement inutile.

La malade ne garda le lit que quelques jours et passait ses journées assise dans un fauteuil.

Au bout de deux mois, la fracture était consolidée avec un raccourcissement de 4 à 5 centimètres, et au commencement du troisième mois, madame L..., soutenue par deux domestiques, commença à marcher. La faiblesse des mains excluait l'emploi de béquilles.

Depuis le sixième mois, à partir de l'accident, madame L... put marcher avec une canne.

Il est très-important de noter que cette dame, malgré ses 96 ans, est bien conservée, qu'elle a sa mémoire, son intelligence, et ne semble pas avoir plus de 80 ans.

LECTURE.

M. Duménil, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, lit un travail intitulé : *Corps fibreux de l'utérus, élimination spontanée à travers les parois abdominales d'une partie de la tumeur.*

Renvoyé à la commission des membres correspondants nationaux.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. Desormeaux présente, au nom de M. le docteur Hennequin, un appareil imaginé pour servir dans le traitement des fractures du fémur et de la coxalgie. (*Voir plus haut.*)

M. Desprès. Lorsqu'on a présenté aux sociétés savantes la boîte de Baudens, l'appareil polydactyle de J. Roux, l'appareil à double plan incliné, on a annoncé des résultats magnifiques. Malgré ce que nous dit M. Desormeaux, je ne doute pas que cet appareil aille rejoindre ses devanciers dans le « magasin à ferraille ».

M. Desormeaux. J'ai employé plusieurs fois l'appareil de Baudens et j'en ai obtenu d'excellents résultats. Je ne prétends pas que l'appareil de M. Hennequin doive être substitué à tous les autres, mais je pense qu'il peut rendre de grands services.

M. Lefort. Il est toujours difficile de faire quelques observations relativement à un appareil que l'on a pas encore vu appliquer. J'avoue cependant que je voudrais avoir quelques renseignements sur l'utilité du point d'appui ischiatique pris comme il l'est dans cet appareil. Si je ne me trompe, le point d'appui de l'appareil paraît porter sur le pli fessier et non sur l'ischion.

Je pense que lorsqu'on aura trouvé un appareil tout à fait satisfaisant, on en reviendra à l'extension continue dans les fractures de la cuisse.

M. Desprès. M. Desormeaux pense qu'en employant cet appareil dans le traitement des fractures de cuisse, j'obtiendrai la guérison avec un très-léger raccourcissement. Mais avec un appareil quelconque, je me fais fort d'obtenir dans les cas favorables une consolidation avec un raccourcissement qui ne passera pas 1 centimètre à 1 centimètre et demi.

M. Broca. Je ne puis laisser passer ce que vient de dire M. Desprès. Selon lui, on guérit avec n'importe quel appareil les fractures de cuisse, de manière à n'avoir que 1 centimètre à 1 centimètre et demi. C'est là une énormité, que nous ne pouvons laisser insérer dans nos bulletins, sans protestation. Même avec les meilleurs appareils à extension, on n'arrive pas à ce résultat. Assurément, il existe sur ce point une lacune dans la thérapeutique chirurgicale, et nous devons encourager les efforts de ceux qui tendent à la combler.

M. Desprès. J'ai voulu dire qu'il y avait un certain nombre de fractures de cuisse non obliques, qui guérissaient avec 1 centimètre de raccourcissement, quel que fût l'appareil employé; mais je reconnais que d'autres ne guérissent qu'avec un très-grand raccourcissement, même lorsqu'on a recours aux appareils à extension; car avec ceux-ci, comme avec les autres, il faut faire des tractions que la peau ne peut supporter, si l'on veut arriver à un faible raccourcissement.

LECTURE.

M. Horteloup fils lit une note relative à *un effet bizarre, non encore indiqué, de l'inhalation du chloroforme. Éternuements répétés, ayant succédé à l'emploi du chloroforme.*

Renvoyé à M. Paulet.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Corps fibreux de l'utérus.

M. Broca. La malade sur laquelle cette tumeur a été enlevée était dans le service de M. Bernutz. Depuis longtemps, on avait constaté que la tumeur faisait saillie dans le vagin et était pédiculée, lorsque un matin survint une hémorragie abondante.

La malade prétendit qu'elle avait ses règles, et ne voulut pas entendre parler d'opération.

Cependant, au bout de huit jours, elle a suivi nos conseils, et je l'ai opérée.

Avant l'opération, j'ai constaté que la tumeur était plus molle que ne le sont habituellement les hystérômes, et je pensai alors que son séjour prolongé dans le vagin était la cause de cette diminution de consistance.

Lorsque je pratiquai l'opération, je trouvai la tumeur plus molle encore que je ne m'y attendais. Voulant la saisir avec des pinces à griffes, je la déchirai à plusieurs reprises, et je fus obligé de recourir à quelques manœuvres particulières pour la faire saillir à la vulve; je passai deux doigts au niveau de son pédicule, je la barponnai et je terminai l'opération. La difficulté que j'ai eu à faire sortir la tumeur s'explique par l'étroitesse du vagin.

Lorsque la tumeur a été à la vulve, je l'ai sectionnée avec le fil galvano-caustique; il ne s'est pas écoulé une goutte de sang.

État de la tumeur. — La partie postérieure de la tumeur était gangrenée; de là s'écoulait un ichor roux, assez fétide, que la malade appelait ses règles. Les parties qui entouraient la portion gangrenée étaient violacées, et dans tous ces points, il existait des vaisseaux que l'on pouvait suivre jusqu'à environ 3 centimètres de la surface. Ceux-ci étaient peu volumineux, et comme je l'ai déjà dit, ils n'ont pas donné lieu à un écoulement sanguin.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

Séance du 23 décembre 1868. — Présidence de M. Legouest.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— M. le docteur Letiévant, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse un mémoire intitulé : *Études sur les sections du nerf médian, aux points de vue opératoire, pathologique et physiologique.*

Renvoyé à une commission composée de MM. Paulet, Tillaux, Liégeois.

— M. Léon Labbé transmet, de la part de M. G. Simon, d'Heidelberg, une note sur des *Observations historiques sur les procédés opératoires de l'occlusion du vagin, par la réunion de ses parois (kolpokleisis), pou rétablir la continence de l'urine dans les cas de fistules urinaires inopérables, suivies de quelques remarques sur l'état actuel de la question d opérations de fistules vaginales en Allemagne.*

Cette lettre est adressée à M. le docteur Nathan Bozeman, à New York, par M. Simon, professeur à la Faculté de médecine d'Heidelberg.

M. Simon a fait, en 1855, sa première opération d'occlusion du vagin. Il avait obtenu 4 succès avant que Bozeman, qui opérait en 1859 pour la première fois, songeât à lui constester la priorité. Ces observations se trouvent dans le numéro 35 du *Journal de la clinique allemande*. Un mémoire plus étendu sur cette matière a été publié par M. Simon dans le *Recueil mensuel de gynecologie*, en 1858.

Ce recueil renferme les dessins ci-joints que j'ai copiés.

Voir les planches à la page 6 de la brochure.

Tous les traités de chirurgie et de médecine opératoire, publiés depuis cette époque en Allemagne, ont mentionné sa méthode.

M. Simon a imaginé cette méthode après qu'il lui a été démontré que l'épisioraphie (occlusion de la vulve ou de l'ouverture vaginale), proposée par Vidal, ne donnait aucun succès.

Jusqu'à ce jour, M. Simon a pratiqué avec succès 18 fois son procédé. Il fait l'occlusion immédiatement au-dessous de l'ouverture fistulaire. (Les indications et les détails sont décrits dans les *Mémoires de chirurgie plastique*, de Simon (Prague, 1868.)

En ce qui concerne l'opération de la fistule vésico-vaginale ou urétro-vaginale, M. Simon agrandit l'ouverture et arrive dans toute la profondeur.

Il réunit avec des fils de soie très-fins.

Il a renoncé à l'attitude américaine. Il donne à la femme l'attitude exagérée de la *taille* périnéale. Il retire la sonde au bout de vingt-quatre heures, et avec un grèvement aussi radical, la réunion se fait plus rapidement. Il réunit en plusieurs formes — en T, en Y — quand la réunion linéaire transversale oblique ou longitudinale n'est pas applicable, à cause de l'étendue ou de la forme de l'ouverture.

Depuis 1853-1859, par l'ancienne méthode (à Darmstadt) :

Il a opéré 22 fistules : 14 guérisons complètes; 5 avec permanence d'une petite ouverture ; 1 sans aucun changement; 2 décès.

(1) Fin. — Voir notre numéro de samedi dernier.

Par le procédé modifié de 1859-1861 :
13 fistules avec 12 guérisons.
1861-1866 (à Rostock) :
53 cas de fistules avec 49 succès ; 2 décès ; 2 insuccès.
1866-1868 :
30 fistules : 26 succès ; 2 insuccès ; 2 décès.
En somme, sur 118 opérations, 104 guérisons complètes.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, *directeur de la* Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

« L'Académie, dit M. le docteur Pidoux, dans son rapport lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 24 novembre 1868, a compris ce côté philosophique de l'étude de l'anesthésie provoquée, et elle a voulu l'encourager, en la donnant pour sujet d'un de son prix, convaincue qu'il y a là, pour la science de l'homme, une source féconde d'informations et de progrès. »

A ce propos, permettez-moi de faire savoir, par l'entremise de votre journal, à ce savant confrère que si l'Académie de médecine a compris de quelle importance, pour l'étude de l'homme psychique, pouvait être, suivant ses expressions, cette source féconde d'informations et de progrès, et si elle a ainsi jeté une des bases sur lesquelles reposera la science que je ne crains pas d'appeler la *psychologie expérimentale*, elle aurait tort, je crois, de s'en attribuer tout le mérite ; car, bien avant elle, j'y ai songé, ainsi que M. Pidoux pourrait facilement s'en convaincre, s'il voulait me faire l'honneur de jeter un coup d'œil sur les différents articles de psychologie que j'ai publiés, en 1854 et 1855, dans la *Gazette des Hôpitaux*, et sur un dernier inséré dans la *France médicale* (n° 14, année 1867), intitulé : *Des éléments constitutifs de l'homme considéré au point de vue psychologique.*

Agréez, etc.

Dr Judée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 janvier 1869, M. Bérard, ancien professeur à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, a été nommé professeur honoraire à la même École

— Par décret en date du 11 janvier 1869, M. Chevreul, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle, a été nommé directeur de cet établissement pour cinq ans.

— Le Ministre de la maison de l'Empereur et des beaux-arts vient de souscrire, au nom de l'Impératrice, pour les bibliothèques de la Couronne, à l'ouvrage du docteur Bouchard, de Bordeaux : *De l'allaitement maternel étudié aux points de vue de la mère, de l'enfant et de la société*, qui a remporté le prix de la Société protectrice de l'enfance.

— M. le docteur Lagarosse, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Rodez, est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Blois.

— M. le docteur Sisteray, médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Quatre-Mares, près Rouen, est nommé directeur-médecin de l'asile de Rodez.

— M. le professeur Semmola (de Naples) vient de recevoir du bey de Tunis la décoration de commandeur de l'ordre du Nichan.

Cette nouvelle sera bien accueillie des nombreux amis que compte parmi nous le savant professeur de matière médicale à l'Université de Naples.

— A céder de suite une très-bonne clientèle de médecin dans le département du Tarn.

Position exceptionnelle pour un jeune médecin.

S'adresser — pour les renseignements au — bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Les Facultés de médecine de province avant la Révolution, par M. le docteur H. Montanier. In-8. tiré à 60 exemplaires numérotés. — Prix : 3 francs.

Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie, par M. le docteur Bouchut, professeur agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 2e édition revue, corrigée et augmentée. Un beau vol. gr. in-8. de 1,312 pages avec 282 figures. — Prix : 18 francs.

Des fraudes dans l'accomplissement des fonctions génératrices (Dangers et inconvénients pour les individus, les familles et la société), par M. le docteur Bergeret, médecin en chef de l'hôpital d'Arbois. Un vol. in-18 jésus. — Prix : 2 francs.

Topographie médicale, recherches hydrologiques sur l'arrondissement de Château-Gonthier (Mayenne), par M. le docteur Mahier. Gr. in-8., suivi d'une carte géologique et hydrométrique coloriée de cet arrondissement. — Prix : 14 francs.

De la paralysie du nerf moteur oculaire commun, par M. le docteur Henri Cassoulet. In-8. — Prix : 2 fr. 50.

Compendium des maladies de la peau et de la syphilis, par M. le docteur Cazenave, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chevalier de la Légion d'Honneur, etc., publié, en 6 ou 8 fascicules de 10 feuilles grand in-8°, de deux mois en deux mois. Le premier fascicule est en vente. Prix : 3 fr.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 7. — MARDI 19 JANVIER 1869. 42e ANNÉE. MARDI 19 JANVIER 1869. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 18 janvier 1869.

Le Corps de santé de la marine vient de faire une perte considérable en la personne de M. Charles Sénard, médecin en chef de la marine, membre du Conseil supérieur de santé, officier de la Légion d'honneur, commandeur de l'ordre d'Isabelle la Catholique.

Ayant eu l'honneur de servir dans le corps de santé de la marine, pendant les campagnes de Crimée et d'Italie, nous avons eu d'abord avec M. Sénard des relations de subordination qui n'ont pas tardé à faire place à des liens d'affection respectueuse et dévouée. Rentré dans la vie civile et placé à la tête d'une publication considérable, nous avons trouvé en M. Sénard un ami avec lequel nous étions heureux de parler des médecins de la marine, de leur organisation, de leur avenir. C'est dans ces causeries intimes qu'il nous a été donné d'admirer le talent de l'administrateur et le dévouement de l'homme de cœur. Tout le monde sait combien son nom est à jamais uni aux travaux faits pour l'amélioration du service de santé de la marine.

La douleur profonde que nous a causé la mort de cet homme de bien, nous a interdit de prendre la plume au lendemain de sa mort. Aujourd'hui que les « Archives de médecine navale » reproduisent l'allocution prononcée aux obsèques de M. Sénard, par M. le docteur Vincent, inspecteur adjoint du corps de santé de la marine, nous nous empressons de la mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Messieurs,

Les sentiments les plus douloureux nous conduisent près de cette tombe, qui va recevoir la dépouille mortelle d'un fonctionnaire habile, consciencieux et dévoué.

Devant un cercueil glacé, point de faux éloges, point de flatteries. Je rappellerai donc, en peu de mots, la vie de mon bon condisciple.

Dès sa jeunesse, Sénard a connu l'infortune, ces longues journées tourmentées qui dépriment le courage ou exaltent le dévouement.

Sa vénérable mère lui parlait souvent du vaillant officier, dont la perte cruelle réduisait les ressources de la famille; mais l'adversité, les épreuves de la vie, s'effaçaient devant une tendre sollicitude.

Le fils bien-aimé savait déjà souffrir et se taire; cette âme cherchait à s'élever. Qu'il a grandi ce cœur si noble, et cependant quelquefois méconnu!

Admis dans l'intimité de notre proviseur, Sénard, le plus studieux et aussi le plus érudit entre tous, fut désigné comme répétiteur. Tous ses compétiteurs applaudirent à ce choix qui pouvait conduire notre camarade à une position honorable dans l'enseignement des lettres.

Excité par le besoin de venir en aide à sa mère, Sénard dut préférer une carrière qui lui permît de ne point attendre la rémunération d'un travail opiniâtre. Ce généreux accueil lui fut offert par le service de santé de la marine. A vingt-deux ans, il dit à sa mère : « Soyons heureux! » Cette digne femme, admirant son digne fils, apprit alors que Sénard venait de conquérir son premier grade. Ce succès était un heureux présage, car en moins de dix ans l'élève d'élite fut successivement nommé, aux concours, chirurgien de troisième, de deuxième et de première classe.

En 1837, le commandant de la *Naïade*, dont Sénard était chirurgien-major, formulait ainsi ses sentiments : « *Ce jeune et savant médecin possède toutes les qualités requises pour se faire aimer des hommes et les guérir, toutes les vertus, beaucoup de savoir et pas de défauts.* »

J'ajouterai, Messieurs, que la note du capitaine Guindet porte l'approbation d'un illustre amiral.

Impatient d'étendre encore ses connaissances médicales, désireux de pouvoir, dans un avenir prochain, tenter les difficiles épreuves du professorat, Sénard reconnut la nécessité de compléter des recherches purement spéculatives, par l'expérience généralisée. Il fréquentait donc avec assiduité les amphithéâtres de nos écoles quand une blessure des plus graves vint prématurément contraindre au repos un médecin aussi laborieux; sa louable ambition, ses espérances étaient déçues.

Mais l'habile chirurgien en chef, appelé, par la confiance du ministre, à l'inspection générale du service de santé, avait toujours remarqué les rares qualités de notre collègue; Sénard accompagna M. Foullioy à Paris. Dans les fonctions délicates d'adjoint à l'inspection, son dévouement s'est soutenu jusqu'au dernier jour.

En 1859, l'agriculture coloniale éprouvait un malaise; des réformes actives pouvaient seules faire revivre l'exploitation rurale et industrielle. Pour rendre féconde l'immigration des travailleurs étrangers, une commission permanente fut instituée au département de la marine. Pendant dix ans, Sénard en fut l'un des membres les plus vigilants, et ses collègues n'oublieront pas la pénétrante sagacité de son esprit.

L'administration centrale, dont les vues ont été souvent secondées par cet estimable collaborateur, partagera nos sentiments en conservant le souvenir des relations intimes, témoignages de mutuelle affection.

Officier de la Légion d'honneur en 1852, médecin principal en 1854, second médecin en chef en 1862, et promu au grade de médecin en chef en 1866, Sénard fut appelé, par une décision spéciale, à participer aux travaux du conseil supérieur de santé; il dut cette distinction flatteuse à ses connaissances étendues, à un mérite souvent éprouvé; il occupait les honorables fonctions de membre de ce conseil, quand il y a trois mois, notre bon collègue d'une santé languissante, mais désireux de ne point suspendre nos travaux communs, venait encore opposer à la douleur toute l'énergie du devoir sans limites; c'était d'ailleurs le principal trait de son caractère. On peut dire, Messieurs, que chez Sénard, les forces intellectuelles ont usé les ressorts de la vie.

Son organisation était profondément atteinte, une fin prochaine était imminente! Sénard demanda, avec ferveur et avec une douce piété, les consolations de la religion.

De Dieu vint le secours, et Dieu rappela cette âme chrétienne.

Prions pour notre ami!

Et maintenant, après avoir dit notre dernier adieu à l'éminent administrateur et à l'ami tant regretté, remercions M. le docteur Vincent d'avoir si simplement raconté une vie de simplicité, de travail et de dévouement.

Il ne pouvait pas rendre d'hommage plus en rapport avec celui que nous pleurons aujourd'hui avec toute la marine.

Dr E. Le Sourd.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

TRAITEMENT DE L'HÉMATOCÈLE VAGINALE

par le drainage

(Observation recueillie par M. BOURDILLAT, interne des hôpitaux).

L'hématocèle est une des affections dont le traitement chirurgical a subi les modifications les plus variées. C'est ainsi que tour à tour on a employé contre elle, et sans beaucoup de succès, la ponction, l'incision simple, les incisions multiples, le séton, les injections, la cautérisation et même la castration. Dans ces des dernières années, la décortication, préconisée par M. Gosselin, semblait devoir primer les autres moyens et rallier bientôt à elle tous les suffrages. Mais cette méthode, qui ne compta d'abord que par des succès, n'a point tardé à avoir ses revers; et une discussion récente à la Société de chirurgie, en produisant au jour des faits nouveaux, est venue jeter sur cette opération un certain discrédit. Le jour n'est point encore arrivé de porter sur elle un jugement définitif. Mais dès aujourd'hui, on peut affirmer que c'est une opération dangereuse, d'une exécution difficile, qui nécessite des décollements assez étendus, et qui expose à tous les dangers d'une réaction inflammatoire violente.

La nouvelle méthode que nous venons préconiser ici, le drainage, ne présente pas ces inconvénients au même degré. C'est une opération aussi simple qu'elle est peu sanglante. Elle consiste à pratiquer aux points extrêmes de la tumeur deux ouvertures, par lesquelles on conduit, à travers le foyer, un tube de caoutchouc perforé qui sert à éliminer les produits de l'inflammation et à porter sur toute la surface malade les in-

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

—

TRAITÉ PRATIQUE ET RAISONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES INDIGÈNES (1)

Avec un Atlas de 200 planches lithographiées

Par F.-J. CAZIN.

Pline écrivait : « *Ulceri parvo medicina à mari rubro imputatur, cum remedia vera quotidie pauperrimus quisque tenet.* » La manie des médecins du temps de Pline est devenue chez nous bien plus profonde encore, et malgré les efforts de tous les savants intelligents, la thérapeutique exotique a détrôné la thérapeutique indigène. De nos jours, où l'on ne croit à rien, il est de bon ton surtout de ne pas recourir à des médicaments qui croissent partout; il faut, pour qu'il soit efficace, qu'un agent médicamenteux provienne d'un pays inconnu, d'une plante plus inconnue encore et qu'on ne sache trop à quoi l'on peut avoir affaire. Avec une telle matière médicale, la botanique, qui est une science difficile parce qu'elle est une science d'observation, devient inutile.

Si les hommes intelligents et honnêtes ont de tout temps organisé une croisade philanthropique contre les remèdes exotiques, Munaret, Mottet et Cazin sont les médecins de notre époque qui ont combattu le plus vaillamment pour nos plantes indigènes. Fr. Cazin surtout a consacré toute sa vie à la rude tâche de faire prévaloir la thérapeutique nationale, et c'est dans ce but qu'il a publié son *Traité pratique et raisonné des plantes indigènes*. Exerçant la médecine à Boulogne depuis longtemps déjà, il avait fait ample moisson d'observations curieuses lorsque la Société de Marseille mit au concours la question de l'utilité des plantes indigènes. Son mémoire fut couronné. Avec quelques additions il devint la première édition du livre que nous analysons en ce moment et qui parut en 1850. Nous sommes aujourd'hui à la troisième édition, ce qui affirme mieux que tout commentaire la valeur de l'ouvrage. Il a triomphé et du mauvais vouloir qui accueille trop souvent tout travail donné par la province, et de l'insouciance dans laquelle tombent quelquefois les praticiens pour tout ce qui est science et progrès. Cette troisième édition a de nouvelles chances de succès. Revue et augmentée considérablement par le docteur H. Cazin, fils de l'auteur et ancien interne des hôpitaux de Paris, elle a été mise au courant de la science moderne, qui marche à si grands pas de nos jours et a fait tant de progrès pendant les années qui séparent les deux dernières éditions.

Pour chaque plante nous trouvons : 1° sa synonymie et sa place dans les classifications de Linné, Richard et de Jussieu; 2° son habitat; 3° sa description; 4° des indications sur sa culture; 5° l'énumération des parties dont on fait emploi, le mode de récolte; 6° l'indication des propriétés physiques et chimiques; 7° les notions pharmaceutiques avec les préparations et les doses; 8° l'étude des propriétés physiologiques, toxiques et médicamenteuses; 9° enfin, parfois une figure rejetée à la fin du livre dans un Atlas qu'on a essayé de rendre aussi complet que possible. La pharmacologie et la thérapeutique sont les parties sur lesquelles on a le plus insisté. Ce sont elles qui ont été l'objet de plus d'attention et de remaniements dans la troisième édition. On le comprend, du reste, l'auteur a voulu mettre son livre d'accord avec le *Codex* et l'officine Dorvault et avec les travaux récents de MM. Claude Bernard, Vulpian, Sée, etc...

Le traité de Cazin, qui, à la seconde édition, comptait 1,000 pages, en compte, aujourd'hui 1,200! Peut être eût-il mieux valu réduire qu'augmenter? Il y a dans la deuxième édition une quantité considérable d'observations apportées par F. Cazin père à l'appui de ses assertions. N'eût-il pas été possible, maintenant qu'elles sont du domaine public, de les retrancher ou d'en donner une analyse succincte? Le livre fût devenu ainsi plus serré et partant plus dogmatique. Le traité des plantes indigènes de Cazin doit prendre place à côté de nos principaux traités de thérapeutique; bien plus, nous croyons qu'il est appelé à devenir le point de départ d'une révolution scientifique. La thérapeutique indigène doit sortir de semblables travaux. Ébauchée par Mottet, mais rejetée alors faute d'éléments assez nombreux, elle peut de nouveau tenter de faire échec à la thérapeutique exotique.

Nous n'ignorons pas qu'une thérapeutique française aura bien des difficultés à vaincre pour prendre droit de cité dans nos grandes villes. Nous sommes déjà loin du moment où Montfalcon lui-même donnait aux médecins des privilégiés ce conseil que justifiait malheureusement trop l'expérience : « Médecins! n'allez pas leur prescrire ces végétaux précieux, mais d'un emploi trop vulgaire, que la nature fait croître abondamment dans nos campagnes, réservez-les pour le peuple! Voulez-vous donner une haute idée de votre génie, n'ordonnez jamais que des remèdes extraordinaires ou des substances amenées à grands frais des contrées les plus éloignées. » L'avenir qui, on peut le dire sans témérité, appartient à la science, fera justice de cette thérapeutique fantaisiste.

Sans être partisan absolu de la Providence, pourquoi ne pas faire quelque cas du vieil adage : « La nature a placé le remède à côté du mal. »

Le livre de Cazin prouve surabondamment qu'il n'est aucune maladie qui ne puisse être efficacement traitée par nos plantes françaises. C'est donc à cette mine féconde et presque ignorée qu'auront recours nos médecins de campagne. C'est, du reste, la seule que veuillent accepter leurs malades. Avec leur gros bon sens, les paysans, qui n'ont pas le temps ni les moyens d'être dupes, se défient des médicaments à noms bizarres et inconnus; ils les aiment d'autant moins qu'ils leur coûtent plus cher. Ce qu'ils emploient volontiers, ce sont les *simples* que la nature place abondamment sous leur main. Malheur au débutant qu'ils reconnaissent sur ce point moins fort que la commère ou le curé.

Dr L. MARCHAND.

(1) Troisième édition revue et augmentée par M. le docteur H. Cazin. 1868. Un volume in-8.

jections détersives et médicamenteuses. La seule précaution à prendre est de ne point léser le testicule, situé le plus souvent à la partie postérieure et supérieure de la tumeur, ou encore en bas et en arrière.

Les avantages de cette méthode sont tellement palpables qu'il y a lieu de s'étonner qu'on n'y ait point eu recours plus tôt. Comme nous l'avons dit plus haut, le traumatisme y est réduit presque à sa plus simple expression. Par la présence des drains, on assure une issue facile aux produits de la suppuration, et l'on évite le séjour de matières putrides dans une poche en communication avec l'air. Enfin, on a la faculté de pratiquer facilement des irrigations dans la cavité malade.

M. Velpeau avait imaginé un procédé, le séton, qui semble d'abord répondre aux mêmes indications; mais il n'en est rien. Le séton est souvent un obstacle à la libre issue de la suppuration; avec lui, les irrigations sont moins faciles; enfin, et c'est là un point important, il est beaucoup plus mal supporté par l'organisme.

Le drainage a été appliqué pour la première fois en 1864, au traitement de l'hématocèle, par M. Chassaignac, qui a publié, il y a quelques mois seulement, les résultats de sa pratique.

Dans le cours de l'année 1868, M. Demarquay, qui ignorait d'ailleurs complétement les tentatives de M. Chassaignac, fut conduit dans deux circonstances à appliquer le drainage au traitement de l'hématocèle, et deux fois la guérison s'en est suivie.

Voici ces deux faits qui, rapprochés des deux guérisons également obtenues par M. Chassaignac, acquièrent une importance véritable.

1° Un homme, âgé de 30 ans, d'une bonne santé antérieure, est entré, le 5 avril 1868, à la Maison municipale de santé, pour une hématocèle très-volumineuse du côté gauche. Vingt mois auparavant, cet homme avait été pris d'une hydrocèle, dont on l'avait opéré trois mois avant son entrée. Cette hydrocèle était très-volumineuse. La ponction avait donné issue à une très-grande quantité d'un liquide clair et limpide. Une injection iodée avait été immédiatement portée dans la tunique vaginale. Mais malgré des soins consécutifs, d'ailleurs fort intelligents, au lieu d'entrer en résolution, la tumeur s'était accrue de nouveau, au point de recouvrer sensiblement son volume primitif. De plus, le contenu, au lieu de rester transparent comme au début, était devenu opaque; en un mot, l'hydrocèle s'était transformée en hématocèle.

C'est dans ces conditions que ce malade nous fut adressé à la Maison de santé, portant, en outre, à droite, une hydrocèle peu volumineuse et d'une date plus récente (5 avril 1868). La tumeur du côté gauche mesurait à peu près le volume des deux poings. Elle était lisse, élastique, peu fluctuante et non douloureuse à la pression. Son opacité était complète. A son niveau, la peau avait conservé sa coloration normale et glissait facilement sur elle. Enfin, le testicule se confondait avec le reste de la tumeur.

Cinq jours plus tard (10 avril), M. Demarquay pratiqua dans la tunique vaginale une ponction exploratrice, qui donna issue à un liquide rougeâtre, loquel se sépara bientôt en deux parties, l'une supérieure séreuse, l'autre inférieure, formée des éléments solides du sang, altérés dans la composition. Le volume considérable de l'hématocèle ne permettait guère de pratiquer sur elle un large débridement, et d'établir l'inflammation sur une aussi vaste surface, dans une région d'ailleurs très-riche en tissu cellulaire. D'autre part, deux cas de mort consécutifs, à la suite de la décortication, encourageaient peu le chirurgien à la tenter une troisième fois. C'est alors que M. Demarquay eut l'idée de recourir au drainage. Séance tenante, il fit avec le bistouri, dans le point le plus déclive et à la partie supérieure de la tumeur, une double ponction, par laquelle il introduisit, à l'aide d'un stylet, un drain perforé, puis il pratiqua dans le foyer une injection iodée, entoura les bourses d'un cataplasme, et placa le tout sur un suspenseur de gutta-percha.

La première journée se passa assez bien; mais le lendemain commença une réaction assez violente, qui se continua pendant les huit jours suivants, et mit le malade dans une situation fort critique. En même temps, le malade fut pris d'une diarrhée très-rebelle, qui ne céda qu'à l'emploi énergiquement continué des préparations laudanisées. Bientôt, cependant, ces accidents se calmèrent, et on put revenir aux injections iodées un moment suspendues. Peu à peu, les bourses se mirent à diminuer de volume, et quinze jours plus tard, l'état du malade permettait de pratiquer sur l'hydrocèle, du côté droit, une opération qui fut d'ailleurs suivie de plein succès.

Au lieu d'enlever le drain en une seule fois, comme cela se pratique habituellement, M. Demarquay préféra sectionner en plusieurs fois l'espèce de pont compris entre les deux ouvertures primitives. Cette section multiple fut faite en quatre fois. La dernière eut lieu deux jours avant la sortie du malade (15 mai).

Au moment de la sortie, la guérison était complète, et elle s'est maintenue parfaitement depuis. Nous avons revu plusieurs fois le malade, et rien aujourd'hui, à l'examen de ses bourses, ne pourrait faire soupçonner qu'il a été atteint d'une affection aussi grave.

Cette observation nous a paru remarquable à plus d'un titre. Le seul point sur lequel nous voulions attirer en ce moment l'attention, c'est la production d'une hématocèle, à la suite de l'injection iodée dans une hydrocèle volumineuse. Nous verrons plus loin une observation de M. Chassaignac, où les faits se sont passés exactement de la même façon. Il y a là une indication formelle. Dans ces cas, M. Demarquay conseille de vider d'abord simplement l'hydrocèle, et de ne pratiquer l'injection iodée que beaucoup plus tard, quand la tumeur a été ramenée à des dimensions moins considérables.

2° Le second fait se rapporte à un homme âgé de 64 ans, entré, le 29 octobre 1868, à la Maison de santé, pour une hématocèle de la tunique vaginale gauche, dont le début remontait à dix mois environ. Cet homme a toujours eu les testicules très-volumineux; mais il n'a jamais souffert d'aucune maladie vénérienne, et il n'a pas souvenir d'avoir reçu de coups dans cette région. Depuis plus de vingt-cinq ans, il est atteint d'une hernie inguinale assez volumineuse, et pour laquelle il a porté des bandages parfois très-serrés.

Au moment de l'entrée, la tumeur qu'il porte égale presque la grosseur d'une tête de fœtus. Elle est lisse, arrondie et sans adhérences à la peau. La fluctuation y est très-obscure. La transparence y fait complétement défaut. Après un examen attentif, M. Demarquay conclut à l'existence d'une hématocèle spontanée, et décide de lui appliquer le drainage, qui lui a si bien réussi dans le cas précédent. L'ouverture de la poche laisse écouler une grande quantité d'un liquide rosé, contenant des éléments du sang modifiés. Une injection iodée est poussée dans la tunique vaginale; les bourses sont entourées d'un cataplasme de farine de lin et placées sur un appareil à suspensions élastiques.

Le soir et le lendemain, réaction modérée. Des injections au permanganate de potasse sont pratiquées chaque jour dans la tumeur. Deux jours après l'opération, le malade, qui est emphysémateux, est pris d'accidents dyspnéiques, qui se prolongent avec une certaine intensité pendant les quinze jours qui suivent. Dix jours après l'opération, les injections au permanganate de potasse sont remplacées par les injections iodées, dont on diminue le nombre, à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'opération.

Le 14 décembre, le drain est enlevé sans qu'on ait, au préalable, sectionné le tissu qu'il comprend. A ce moment, la poche est réduite presque à un trajet, et ne donne plus issue qu'à une très-petite quantité de suppuration.

Le 20 décembre, le malade sort. Les bourses du côté gauche sont encore plus volumineuses qu'à droite, à cause de l'infiltration plastique dont elles sont le siége; mais la cavité de la tunique vaginale a disparu par l'accollement de ses parois et de l'immense poche qui s'était formée à ses dépens; il ne reste plus qu'un petit trajet fistuleux, qui sera comblé dans quelques jours.

Les deux faits observés par M. Chassaignac sont relatés tout au long dans une thèse récemment soutenue à la Faculté de Paris par M. Carayamopulo (novembre 1868). Nous n'en donnerons ici qu'une courte analyse, renvoyant pour de plus amples détails à l'œuvre originale.

1° Dans la première observation, il s'agit d'un homme, âgé de 42 ans, entré une première fois, le 3 novembre 1863, à l'hôpital de Lariboissière, pour une hydrocèle volumineuse, qui fut traitée par la ponction et l'injection iodée. La tumeur s'étant reproduite, sans cause appréciable d'ailleurs, cet homme rentra à l'hôpital, le 13 février 1864. A ce moment, le scrotum avait un volume presque égal à celui d'un fœtus à terme. La tumeur, ovoïde, régulière et fluctuante, présentait une opacité complète. Une ponction exploratrice, pratiquée le 15 février, donna issue à du sang noir, un peu séreux, sans caillots. Le liquide s'étant reproduit le 22 février, M. Chassaignac traversa le scrotum de part en part et passa un tube en caoutchouc dans le trajet. Jusqu'à la sortie du malade, on continua sans interruption les injections iodées. La guérison eut lieu sans accident, et à la fin du mois de mars, elle était complète.

2° La seconde observation a trait à une hydro-hématocèle de la tunique vaginale, survenue chez un phthisique, âgé de 22 ans, dont le testicule droit avait commencé à augmenter de volume sept années auparavant. Trois ans plus tard, ce malade avait fait une chute, à la suite de laquelle le volume de la tumeur s'était notablement accru, et depuis lors, jusqu'à son entrée, le produit morbide avait continué à grossir. Le 12 mars 1864, on pratiqua dans la tunique vaginale une ponction qui donna issue à de la sérosité rougeâtre, sans caillots sanguins. Le lendemain, une inflammation violente se déclara du côté des bourses et du testicule, mais elle ne tarda point à se calmer. Le 24 mars, on appliqua des tubes à drainage. Un mois plus tard, le 25 avril, la suppuration avait cessé presque complétement, et on put enlever les tubes. Le 30 avril, le malade sortit complétement guéri, ne conservant plus qu'une dureté de la tête de l'épididyme, ce qui, avec les symptômes du côté des poumons, semblait indiquer une tuberculose de cet organe.

Les quatre observations que nous venons de rapporter, et qui toutes quatre ont été suivies de guérison, ne sauraient donner le dernier mot de la science sur la valeur du traitement de l'hématocèle par le drainage. On sait trop, en effet, que toutes les méthodes thérapeutiques ont eu leurs succès, et qu'avant d'être définitivement admises, elles ont besoin de la sanction de l'expérience. Mais si l'on rapproche de ces succès les raisons théoriques qui plaident en faveur de cette méthode, on se sent porté à concevoir pour son avenir les plus légitimes espérances.

DE L'INFLUENCE DES DIFFÉRENTS COURANTS ÉLECTRIQUES sur la nutrition,

Par M. le docteur Onimus.

La nutrition constitue à elle seule le caractère fondamental des êtres vivants, car elle est la condition première de toutes les autres propriétés de la matière organisée; ses altérations entraînent les états pathologiques, sa cessation détermine la mort. Il est donc important pour tous les agents thérapeutiques de chercher quelle peut être leur influence sur la nutrition générale ou sur celle de tel ou tel élément anatomique. C'est cette étude que nous nous proposons d'exposer sommairement pour les différents courants électriques, espérant y trouver la raison d'être de leur emploi et l'explication des guérisons qu'ils peuvent déterminer.

Les courants électriques employés en médecine se divisent en courants d'induction ou courants interrompus, et en courants constants et continus. Les propriétés physiques de ces deux modes d'électricité peuvent déjà faire comprendre leur différence d'action sur l'organisme. Nous commencerons donc par indiquer en quelques mots quelques-unes de ces propriétés.

Les courants interrompus ont pour origine l'action qu'exercent les aimants sur les courants, ou les courants sur les courants.

La première cause du phénomène consiste bien dans un effet constant, l'aimant pour les appareils magnéto-électriques, et la pile pour les appareils électro-magnétiques. Mais cette production constante d'électricité est négligeable comme action physique et comme action thérapeutique; elle n'a pour but que de développer les courants d'induction. Ces derniers, on le voit, se produisent dans un fil métallique formant un circuit d'une longueur un peu considérable et rapproché d'un corps conducteur traversé par un courant.

Cette production d'électricité par induction ne persiste pas avec les phénomènes magnétiques et galvaniques, elle n'apparaît qu'au moment de leur production et au moment de leur cessation. Elle est donc due à un changement brusque de l'état moléculaire du fil métallique. C'est un phénomène purement physique, je dirai même purement mécanique. Aussi les courants électriques ainsi produits sont remarquables par la force avec laquelle ils peuvent déterminer des actions mécaniques, soit moléculaires, soit de masse. Ils ébranlent dans toutes leurs parties les corps qu'ils traversent, et changent leur état moléculaire comme par un choc violent. Par contre, ils n'ont que peu d'action chimique.

Les courants continus proviennent directement de la pile, sans être augmentés d'intensité par des artifices de construction. Ils sont produits par l'action lente de la décomposition de sels ou de métaux. Leur origine est toute chimique, aussi leurs propriétés sont-elles du même ordre. Ils n'ébranlent point aussi violemment les corps sur lesquels ils agissent, mais ils les modifient peu à peu en activant les propriétés chimiques. Cependant ce n'est point là leur action exclusive, car ils ont également cette autre propriété de tous les courants électriques, *la tension électrique*, c'est-à-dire la propriété de déterminer dans les corps qu'ils pénètrent un état moléculaire particulier dit de polarisation. Les corps électrisés acquièrent ainsi des propriétés nouvelles qui sont de la plus grande importance dans les sciences physiques et dans les sciences biologiques.

Mais tandis que les courants d'induction (qui sont forcément des courants interrompus) mettent les corps qu'ils traversent dans cet état particulier au moment de leur passage, et les laissent revenir à leur état primitif pendant chaque interruption, c'est-à-dire changent plusieurs fois par minute l'état de polarisation d'un corps, les courants provenant directement de la pile maintiennent les corps pendant tout le temps sous cette même influence sans produire de changements brusques et fréquents de polarisation. Je comparerais presque ces deux actions à celle que l'on exerce lorsqu'on veut comprimer un corps quelconque. L'action sera plus rapide et plus violente en agissant à coups redoublés; elle sera plus lente, mais aussi plus régulière en agissant avec une pression constante et continue. Nous n'avons pas besoin, d'ailleurs, de chercher des comparaisons en dehors des phénomènes électriques; car ceux-ci nous indiquent fort bien cette différence d'action des courants d'induction et des courants continus. C'est ainsi que pour aimanter d'une manière durable et régulière un barreau d'acier, il faut employer un courant continu et non des courants d'induction. Cet autre fait est encore plus caractéristique. Les fils conducteurs, traversés souvent par des courants électriques, finissent par devenir très-cassants; mais cela est beaucoup plus fréquent, et n'est vrai, pour ainsi dire, que pour les fils traversés par des courants d'induction. Les changements moléculaires qui ont lieu à chaque interruption, finissent par ébranler et par modifier la structure de ces fils métalliques.

Nous voyons donc que les courants d'induction agissent surtout mécaniquement, et qu'ils changent à chaque instant l'état de polarisation, tandis que les courants continus agissent chimiquement et d'un autre côté électrisent les corps plus régulièrement et y maintiennent pendant tout leur passage le même état de polarisation.

Cette différence d'action se retrouve pour les corps organiques. Mais avant de considérer cette action au point de vue particulier de la nutrition, nous allons indiquer quelques faits qui démontrent cette influence d'une manière plus générale.

Si, sur un animal de petite dimension, on applique un courant d'induction, on voit aussitôt l'animal être pris de convulsions, se mouvoir violemment au premier moment, puis rester immobile et mourir si l'on continue l'application de ces courants. Au microscope, on constate un resserrement des tissus, un état moniliforme, l'arrêt de la circulation, l'obscurcissement des tissus. Les courants continus activent au contraire la circulation et augmentent les mouvements. Ils peuvent également, s'ils sont très-forts, tuer l'animal; mais alors ils décomposent chimiquement les tissus.

Lorsqu'ils sont modérés, et même dans les premiers instants lorsqu'ils sont forts, non-seulement ils activent tous les phénomènes vitaux, mais ils les font reparaître lorsqu'ils ont été arrêtés par les courants d'induction.

Ces faits que nous avons observés avec M. le docteur E. Legros se reproduisent, pour les éléments anatomiques, doués de mouvements autonomes. C'est ainsi que nous avons vu les courants d'induction ralentir, puis arrêter complètement les mouvements des cils vibratiles, tandis que les courants continus augmentaient ces mouvements. Le phénomène est très-net au

microscope, on peut encore le rendre plus saisissant à l'œil nu. En mettant de la poudre de charbon sur une membrane fraîche à épithélium de cellules à cils vibratiles, on voit cette poudre être entraînée plus ou moins vite lorsqu'on n'exerce aucune action. Les courants d'induction en arrêtent la progression; les courants continus, au contraire, augmentent toujours cette progression. Il en est de même pour les spermatozoïdes. Pour ces éléments les mouvements s'arrêtent moins promptement que pour les cellules vibratiles, mais, néanmoins ils disparaissent ou du moins se ralentissent après le passage des courants d'induction. Comme pour les cils vibratiles, les courants continus augmentent les mouvements des spermatozoïdes et les rétablissent lorsqu'ils sont arrêtés par les courants interrompus.

Voilà donc un premier fait général qui démontre que les courants d'induction font contracter violemment les animaux inférieurs, et les éléments anatomiques les ébranlent pour ainsi dire, y déterminent un état moniliforme et les maintiennent dans cet état pendant tout le temps de leur passage. Les courants continus au contraire augmentent les mouvements normaux, excitent les phénomènes vitaux, et si, par leur intensité, ils arrivent à tuer l'animal ou l'élément anatomique, ce n'est pas, comme les courants d'induction, en les ébranlant comme par un choc violent, mais par une action lente et après une décomposition chimique.

La nutrition peut être activée en agissant A directement sur les phénomènes d'endosmose et d'exosmose, ou indirectement B sur la fonction ou C sur la circulation.

A. La nutrition, malgré toutes les objections qu'ont pu lui faire quelques médecins, a pour condition essentielle des phénomènes d'endosmose et d'exosmose. Il faut à toute substance organisée une condition chimique particulière; elle n'existe avec ses propriétés de matière vivante qu'à cette seule condition. Et comme à chaque instant son activité, c'est-à-dire le résultat de ses propriétés, nécessite l'usure d'une partie de ses éléments constitutifs, il faut, pour qu'elle reste matière vivante, qu'elle reçoive des produits nouveaux pour reconstituer son état normal. Un mouvement d'exosmose, c'est-à-dire un rejet des produits qui ont servi et qui ne sont plus aptes à maintenir l'état organique normal, et un mouvement d'endosmose, c'est-à-dire une assimilation de nouveaux produits, sont donc des phénomènes fondamentaux. Que les substances ainsi assimilées et désassimilées soient dans leur composition chimique différente des substances inorganiques, que le phénomène soit plus compliqué que celui qui se passe entre deux liquides inorganiques séparés par une membrane endosmotique, personne ne le nie. Mais il n'en est pas moins vrai qu'en dernière analyse, il y a là un phénomène physique et chimique.

Or, sans nous arrêter sur cette discussion, nous pouvons dire de suite que les courants continus doivent avoir sur ces phénomènes une action bien plus marquée que les courants d'induction. En effet, certains liquides de composition différente, séparés par une membrane organique, traversent cette membrane et se mêlent selon des lois aujourd'hui définies, mais ces mouvements sont hâtés, et cela dans une très-forte proportion lorsqu'on fait passer à travers ces liquides un courant électrique continu, tandis que les courants d'induction n'ont pas la même propriété.

Les courants continus peuvent dont agir sur la nutrition générale, en activant les phénomènes d'endosmose et d'exosmose. Mais tandis que pour les liquides inorganiques les courants électriques n'agissent que pendant leur passage, pour les corps organisés leur action se prolonge encore après leur cessation pendant un temps plus ou moins long. Les corps vivants ont en eux-mêmes leur activité; ils sont à la fois cause et effet, et toute augmentation dans une de leurs manifestations entraîne pendant longtemps une augmentation dans toute les autres. A l'état normal l'être vivant tient a sa disposition tous les produits nécessaires pour son fonctionnement: l'électricité à courant continu vient activer les phénomènes physiques et chimiques nécessaires à ce fonctionnement; elle agit comme ce qu'on a appelé en mécanique les forces de dégagement. C'est l'étincelle qui allume la poudre, le frottement qui dégage toutes les affinités qui préexistent dans le phosphore et dans le soufre. De même un élément anatomique, et surtout une cellule nerveuse une fois excitée, deviennent eux-mêmes un centre d'activité. Leur fonction a été sollicitée par l'augmentation de nutrition, et à leur tour leur fonctionnement va augmenter les phénomènes principaux de la nutrition. Hiffelsheim avait commis cette erreur de croire que les courants continus n'agissaient que pendant le temps de leur application. Ce qui est vrai pour les corps inorganiques ne l'est point toujours pour les corps vivants. D'ailleurs, même pour les corps inorganiques, il existe plusieurs cas où l'action de l'électricité se prolonge longtemps après son application.

(La suite prochainement.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 9 novembre 1868. — Présidence de M. Barthez.

M. Bousseau, interne des hôpitaux, lit deux observations de *névralgie du nerf saphène interne.*

Observation I. — Ernest F..., âgé de 28 ans, peintre, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, n° 26, le 4 juin 1868.

Cet homme, bien portant dans sa jeunesse, contracta, à l'âge de 18 ans, un chancre du frein, qui dura trois mois, et pour lequel on lui fit prendre de grandes quantités de mercure. Était-ce un chancre syphilitique? Il serait difficile de l'affirmer, car, depuis, le malade n'a eu aucune manifestation secondaire.

Il y a trois ans, étant à la Havane, il eut des coliques sèches, très-douloureuses, qui se répétèrent à intervalles inégaux, pendant près d'une année. Les médecins qui le soignaient crurent à un raccourcissement intestinal. Mais en interrogeant avec soin le malade, on apprend qu'il est aquarelliste, emploie constamment la gouache et a l'habitude de porter son pinceau à la bouche pour en faire la pointe. Il devient certain, dès lors, que les coliques éprouvées par ce malade sont le résultat d'une intoxication saturnine; d'ailleurs, il porte aux gencives le liseré caractéristique, et par trois fois différentes que ses douleurs l'ont repris depuis son arrivée à Paris, il a été constamment amélioré par des purgatifs.

Quoi qu'il en soit, le fait le plus curieux qu'il présente et le seul dont je veux m'occuper ici, est celui d'une *névralgie du nerf saphène interne* des mieux caractérisées.

Il y a dix jours, ce malade commence par éprouver le long du bord interne des deux pieds des fourmillements, qui s'étendent un peu sous la plante des deux premiers métatarsiens et sous la moitié interne des talons. Ces fourmillements sont continus, supportables; mais de temps à autre, six à sept fois par jour au moins, il survient subitement des élancements extrêmement douloureux et qui durent de une à deux minutes. Pendant le sommeil, les mouvements inconscients des membres occasionnent des douleurs telles que le malade, réveillé brusquement, ne trouve de soulagement qu'en se couchant sur les carreaux de sa chambre, ou en s'enveloppant d'une alèze mouillée. En même temps, le bord interne du pied se tuméfie légèrement, devient rouge, et est le siége d'une transpiration abondante.

A son entrée, ces phénomènes ont à peu près disparu.

Trois ou quatre jours après le début, les douleurs commencent à se remontrer, depuis le pied jusqu'à l'aine, en suivant le trajet du nerf saphène. Ce sont d'abord des fourmillements, des crampes ou de l'engourdissement dans tout le côté interne de la jambe; puis de temps en temps, surviennent des élancements rapides comme des éclairs.

En recherchant avec soin les *foyers douloureux*, il est facile d'en trouver plusieurs nettement caractérisés :

1° Sur le bord interne du gros orteil, au niveau de l'articulation de la première avec le seconde phalange;

2° En arrière de la malléole interne, dans la gouttière qui sépare celle-ci du tendon d'Achille;

3° Le long du bord interne du tibia, à sept ou huit travers de doigt au-dessous du genou;

4° Au-dessous du bord interne de la rotule;

5° En arrière, à 4 centimètres environ au-dessus du creux poplité;

6° Au point de sortie et d'entrée du saphène, dans la gaîne des adducteurs, c'est-à-dire à trois travers de doigt, au-dessus du condyle interne, et à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la cuisse;

7° Au niveau du pli de l'aine, la pression seule développe un point douloureux, encore est-il beaucoup moins marqué qu'ailleurs.

Les phenomènes sont identiques dans les deux jambes; les douleurs seulement sont plus vives à gauche.

Traitement. — Le malade est soumis aux injections sous-cutanées de sulfate d'atropine au centième. Les douleurs diminuèrent dès la seconde, et au bout de huit jours, elles ont complétement disparu.

J'ai revu le malade cinq mois après, il n'y a pas eu de récidive.

Obs. II. — Mademoiselle Marie H..., âgée de 23 ans, lingère, entre, le 26 avril 1866, à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Louis, n° 23, service de M. le docteur Panas.

Cette jeune fille, d'un tempérament lymphatique, mais d'une constitution bonne d'ailleurs, avait l'âge de 11 ans et n'était pas réglée, lorsque à la suite d'un refroidissement, elle fut prise de douleurs lancinantes au pli de l'aine et au genou de la jambe droite. Ces douleurs irradiaient de là dans toute la partie inférieure de la cuisse et de la jambe. Obligée de garder le lit, la malade resta sept mois sans pouvoir se lever, malgré un traitement tonique (fer, quinquina, douches) auquel elle fut soumise et dont elle ne retira qu'une amélioration passagère. Un nouveau médecin fut alors mandé, diagnostiqua une sciatique et fit faire des frictions avec une pommade camphrée. Une amélioration sensible eut lieu; mais la douleur ne cessa complétement que deux mois après, lors de l'apparition des règles.

Pendant ce long décubitus, le membre malade avait subi un arrêt de croissance, et depuis, cette fille est restée légèrement boiteuse. De même, les douleurs reviennent fréquemment à chaque changement brusque de température et à chaque période menstruelle; mais elles sont rarement assez fortes pour obliger la malade à garder le lit.

Entrée à Lourcine, le 26 avril, pour une vaginite, elle ne s'était pas encore plainte de sa névralgie, lorsque, le 9 mai, elle fait une légère chute dans les escaliers. Immédiatement ses anciennes douleurs la reprennent et l'obligent à garder le lit. Elle ressent continuellement dans sa jambe de l'engourdissement et des fourmillements. Le moindre mouvement devient extrêmement douloureux, elle ne peut pas se tenir debout, ni à plus forte raison marcher.

Cet endolorissement continu est interrompu par des douleurs spontanées intermittentes, ayant leur foyer dans l'aine; à la partie interne de la rotule, à la malléole et sur le bord interne du pied. Elles commencent par le pli inguinal, pour irradier ensuite le long de la cuisse et de la jambe jusqu'au gros orteil. La malade les compare à des piqûres d'aiguille, à des éclairs rapides et quelquefois à la sensation que donne une application soudaine de glace sur la peau. Ce membre est toujours un peu plus froid que l'autre. Ces douleurs sont très-superficielles; la plus légère pression, même celle des couvertures suffit pour les exagérer.

En parcourant avec les doigts la surface du membre et en appuyant légèrement, on développe des *points douloureux* multiples. Le trajet du grand nerf sciatique, qui n'est pas douloureux spontanément, présente à la pression quelques foyers assez accusés. On en trouve un autre à la partie supérieure et externe de la cuisse. Mais c'est surtout *le trajet du nerf saphène interne*, qui est nettement dessiné par les douleurs, et c'est sur ce point que je veux m'appesantir.

On trouve un premier point douloureux au passage du nerf sous l'arcade crurale; un second à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la cuisse, et un troisième à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du condyle interne. Ces deux derniers coïncident, l'un avec l'accollement du nerf saphène à la gaîne des vaisseaux fémoraux, l'autre à la sortie du canal du troisième adducteur. Un quatrième point douloureux est à la partie postérieure du condyle interne; un cinquième au-dessous de la rotule. Tout le trajet du saphène, le long du tibia, est extrêmement douloureux; cependant, on trouve un point plus accusé vers la partie médiane. Un autre au niveau de la malléole. Enfin, un dernier s'observe sur le bord interne du gros orteil, vers la deuxième phalange; les mouvements des trois premiers orteils sont également douloureux.

Absence complète de symptômes généraux.

Traitement. — Le 12 mai, M. Panas prescrit, au niveau du canal crural, une injection sous-cutanée de huit gouttes de chlorhydrate de morphine, au centième. L'injection, faite vers les cinq heures du soir, ne fait qu'exaspérer les douleurs : insomnie complète, cris déchirants, qui troublent toute la salle; un peu de repos seulement dans la matinée du 13.

Le 13, à la même heure, deux injections du même liquide, six gouttes chacune, l'une au pli de l'aine, l'autre au-dessous de la rotule. même exacerbation de la douleur, même nuit sans sommeil. Une pilule de 5 centigrammes d'extrait thébaïque ne peut la calmer.

14 et 15. Repos. La malade refuse les injections. La névralgie au lieu de céder, semble avoir augmenté d'intensité. La pression, parfaitement indolente partout ailleurs, ne peut être tolérée sur tout le trajet du nerf, depuis l'arcade crurale jusqu'au gros orteil.

16. Léger état saburral avec constipation. Lavement purgatif.

17. Injection de dix gouttes de *sulfate d'atropine*, également au centième. Amélioration presque immédiate. Repos, sommeil, mouvement du membre plus libre.

18. Nouvelle injection; l'amélioration continue.

19. La malade peut se lever pour qu'on fasse son lit; elle fait même quelques pas dans la salle.

20. Quatrième injection. La malade est descendue pendant une heure au jardin. On cesse le traitement.

31. Elle reste trop longtemps dans la cour et reçoit un coup sur la jambe. Récidive, mais douleurs plus tolérables. On reprend les injections; deux suffisent pour enrayer la maladie.

Exeat le 13 juin.

Le 20 juillet, la névralgie n'avait pas reparu.

De l'analyse de ces deux observations, il est permis de tirer *les conclusions* suivantes :

1° Il existe une *névralgie du nerf saphène interne*, névralgie complétement semblable à celles qui ont été décrites pour les principaux nerfs du tronc et des membres;

2° Tantôt elle est *descendante*, c'est-à-dire qu'elle se dirige de haut en bas vers les extrémités nerveuses; tantôt, au contraire, elle est *ascendante* et remonte des extrémités vers le tronc principal; notre dernière observation en offre un exemple remarquable;

3° Elle peut exister seule ou concurremment avec une névralgie des autres branches du crural et avec celle du sciatique. Elle est très-rare, car depuis plus de deux ans que mon attention était éveillée par le premier fait, je n'ai pu en rencontrer qu'un autre cas parfaitement caractérisé;

4° Enfin, cette névralgie serait promptement modifiée par les injections de sulfate d'atropine.

M. Thierry est chargé d'un rapport.

M. Duguet lit un rapport sur l'état financier de la Société. Ce rapport est approuvé à l'unanimité sans observation.

M. Barthez donne lecture d'un projet de circulaire destinée à être adressée au Corps médical. (Renvoyé, sur la demande de M. Barthez, à une Commission composée de MM. Martineau, Meuriot, Sanné et Hemey.)

Le Secrétaire, Meuriot.

CORRESPONDANCE

A M. Sonrier, *médecin en chef de l'hôpital du camp de Châlons.*

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai été très-sensible à la courtoisie de votre lettre du 14 janvier, quoiqu'elle me fasse craindre que vous ne donniez trop d'importance à mon article sur la disjonction du malaire.

Vous me montrez combien il est difficile, dans un article de journal, de ne pas toucher à l'honorable susceptibilité d'un confrère; mais j'espère qu'après votre réclamation et ma réponse, nous serons complétement d'accord sur tous les points, si ce n'est peut-être incomplétement sur la valeur symptomatique de l'hémorrhagie auriculaire. Je ne parlerai donc que de cette dernière, en évitant toute prétention didactique que n'autoriserait plus le souvenir des leçons d'un ancien maître.

D'abord, j'ai nettement repoussé l'idée d'une fracture du rocher produite par l'enfoncement du malaire, j'ai nié « cette relation de cause à effet ». Vous la repoussez aussi, en m'attribuant, par erreur, il est vrai, une opinion tout à fait opposée : « Comment dites-vous supposer, en effet, qu'une fracture directe du rocher ait pu avoir lieu par l'enfoncement du jugal? » — Donc, accord parfait entre nous sur ce point. J'insisterai, cependant, parce que la discussion est loyalement engagée, et qu'après avoir, avec raison, refusé au malaire toute action traumatique sur le rocher, vous invoquez « un refoulement de l'apophyse zygomatique, avec un ébranlement de conduit auditif et, par contre coup, déchirure de la membrane auriculaire ». Si, dans votre esprit, ce refoulement est aussi indépendant des lésions malaires, tout est dit; l'hémorrhagie auriculaire perd toute valeur symptomatique pour l'enfoncement de la pommette. Or, c'est tout ce que j'ai voulu prouver, et c'est le seul point qui nous séparait encore dans cette discussion scientifique. Mais, au contraire, si le refoulement en question est produit par le jugal, nous rentrons dans la discussion et je m'y

engage de nouveau, avec les preuves que fournissent l'anatomie, l'observation clinique et « les notions de mécanique appliquée aux os de la face ».

Un coup d'œil sur une tête osseuse montre la suture zygomatique placée au milieu d'une distance de 8 centimètres, qui sépare l'orbite du conduit auditif. Votre observation, comme toutes les autres, indique précisément cette suture pour le siége de la dépression ou de la douleur. Quant à la force vulnérante, son point d'application est sur la pommette; sa direction, indiquée par les déplacements, est de haut en bas, d'avant en arrière et de debors en dedans. Dès lors, comment comprendre la transmission en sens inverse de l'action de cette force malaire, sur la frêle apophyse zygomatique et, finalement, sur la masse compacte du rocher?

En un mot, je dois considérer les phénomènes qui se sont passés du côté de l'oreille, comme aussi indépendants de l'enfoncement malaire, que deux fractures simultanées et accidentelles, l'une de jambe, l'autre de bras, sont indépendantes l'une de l'autre. Voilà pourquoi, dans la description de la disjonction du malaire, j'ai refusé toute valeur symptomatique à l'hémorrhagie auriculaire.

J'ajouterai qu'il est facile de vérifier tous les détails de la question au musée de la Faculté, sur une tête de décapité, qui présente un enfoncement du malaire, et près de laquelle plusieurs générations médicales ont passé sans s'en douter.

Je ne regretterai jamais la discussion courtoise et scientique qui nous a conduits à un accord presque parfait sur un sujet curieux et peu connu. Veuillez donc bien croire, monsieur et très-honoré confrère, que si mon incompétence n'autorise ni mes éloges ni mes critiques, vous les devez au mérite de votre intéressante observation, et agréez, je vous prie, mes sentiments confraternels.

Dr Combeau.

Château-Salins, 15 janvier 1869.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er décembre 1868, M. le docteur Lalluyaux-d'Ormay, médecin principal de la marine, a été promu au grade de médecin en chef pour servir en cette qualité et au titre colonial en Cochinchine.

— Par décret, en date du 19 décembre 1868, M. Le Coniat, médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

— Par décision ministérielle du 8 décembre 1868, ont été portés à la 1re classe de leur grade, à compter du 1er décembre 1868, dans le corps de santé de la marine :

MM. les médecins principaux de 2e classe : Berchon (hors cadre), Kerhuel et Fallier.

— M. Roubaud, médecin de 1re classe de la marine, vient de recevoir le prix annuel de médecine navale (500 francs) du concours de 1868.

— M. le docteur Abram est nommé médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Marseille.

— M. le docteur Sellier est nommé médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Stéphansfeld, près Strasbourg.

— Un pensionnat, pour cent aliénés payants, va être annexé à l'asile Sainte-Anne, et, d'autre part, la construction du pensionnat annexé à l'asile de Ville-Evrard, près Paris, s'achève en ce moment. Le département de la Seine va donc posséder bientôt deux vastes quartiers pour des aliénés pensionnaires.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Minvielle, médecin principal de 1re classe de l'armée.

A NOS LECTEURS

Les demandes de l'*Album du Consulat et de l'Empire* ont été si nombreuses, que nous avons été contraints de faire exécuter un tirage supplémentaire de cette belle publication.

Quelques exemplaires (au prix de 22 francs pris à Paris et 25 francs (franco) pour toute la France) nous restent encore. Avis aux retardataires qui désirent profiter de cette occasion unique de compléter par la gravure l'*Histoire du Consulat et de l'Empire* de notre grand historien.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Compendium des maladies de la peau et de la syphilis, par M. le docteur Cazenave, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médscine, chevalier de la Légion d'Honneur, etc., publié, en 6 ou 8 fascicules de 10 feuilles grand in-8°, de deux mois en deux mois. Le premier fascicule est en vente. Prix : 3 fr.

Topographie médicale, recherches hydrologiques sur l'arrondissement de Château-Gonthier (Mayenne), par M. le docteur Mahier. Gr. in-8., suivi d'une carte géologique et hydrométrique coloriée de cet arrondissement. — Prix : 14 francs.

Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie, par M. le docteur Bouchut, professeur agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 2e édition revue, corrigée et augmentée. Un beau vol. gr. in-8. de 1,312 pages avec 282 figures. — Prix : 18 francs.

Des fraudes dans l'accomplissement des fonctions génératrices (Dangers et inconvénients pour les individus, les familles et la société), par M. le docteur Bergeret, médecin en chef de l'hòpital d'Arbois. Un vol. in-18 jésus. — Prix : 2 francs.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Ponpart-Davyl, rue du Bac, 30

N° 8. — JEUDI 21 JANVIER 1869. 42e ANNÉE. JEUDI 21 JANVIER 1869. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 20 janvier 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance de lectures : Première lecture, par M. Brierre de Boismont, sur les fous criminels et sur le régime qui leur est appliqué en Angleterre, question d'une trop grande importance pour en parler ici incidemment. Nous attendrons que le travail de M. Brierre de Boismont ait été imprimé pour mettre un exposé du sujet sous les yeux de nos lecteurs.

La deuxième lecture, faite par M. Desormeaux, candidat pour la section de pathologie chirurgicale, a pour objet l'ophthalmie des nouveau-nés. Sous cette dénomination qui comprend plusieurs affections différentes, M. Desormeaux traite particulièrement de l'ophthalmie maligne spéciale qui se développe sur les enfants nouveau-nés par influence épidémique et par contagion. Il préconise comme traitement unique de cette affection la douche oculaire fréquente d'après la méthode de M. Chassaignac. Sur la proposition de M. Depaul, le travail de M. Desormeaux est renvoyé à l'examen d'une commission spéciale qui en fera l'objet d'un rapport. Il y aura là un sujet de médecine pratique intéressant à discuter.

La troisième lecture a été faite par M. Lagneau, elle est relative à une étude de statistique anthropologique sur la population parisienne. On n'a pas oublié l'intérêt qu'a provoqué au delà même de l'enceinte de l'Académie, la discussion sur le mouvement de la population en France. L'étude du mouvement de la population parisienne, si exceptionnelle à tant d'égards, méritait sous ce rapport une attention toute particulière. On verra, en effet, de quel intérêt est l'analyse que M. Lagneau a faite des divers éléments de cette population, qui se recrute pour un tiers seulement dans les naissances et pour les deux tiers dans l'immigration provenant des départements et de l'étranger. Il y a là des enseignements pour tout le monde, pour l'économiste, pour le philosophe et pour le physiologiste ou l'anthropologiste. Que chacun en fasse son profit.

Nous ne terminerons pas sans mentionner l'intérêt très-vif avec lequel l'Académie a accueilli les communications de M. Hardy et de M. Husson, relatives au laboratoire spécial de photographie établi à l'hôpital Saint-Louis et au musée pathologique qui est en voie d'organisation.

Dr Brochin.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

DU RHUMATISME.

(Leçon recueillie et publiée par le docteur XAVIER GOURAUD, chef de clinique adjoint de la Faculté.)

Dans ma première leçon, je vous ai dit comment finissent les maladies du cœur, je voudrais vous faire voir aujourd'hui de quelle façon elles commencent. Une série de malades atteints de rhumatisme articulaire et d'endocardite simultanée va nous en fournir l'occasion.

Au n° 1 de la salle Saint-Paul se trouve un homme âgé de 48 ans, qui en est à sa première attaque de rhumatisme. C'est un individu frêle, pâle, émacié, qui paraît en un mot offrir peu de résistance vitale. Il n'a eu qu'une fièvre modérée au début; la réaction fébrile franche ne s'est produite qu'au moment où les phénomènes articulaires se sont manifestés et multipliés; il est entré ici le 28 novembre 1868, ne se plaignant que des articulations tibio-tarsiennes; puis les genoux, les coudes, les épaules ont été pris successivement. Aujourd'hui encore, les articulations scapulo humérales droite et gauche sont douloureuses, ainsi que le poignet gauche ou du moins les synoviales des extenseurs des doigts au niveau du poignet gauche; il a donc eu des arthrites multiples et une synovite tendineuse rhumatismales.

Remarquez, je vous prie, que les articulations tibio-tarsiennes et fémoro-tibiales ont été prises les premières; j'aurai lieu de revenir sur ce point.

J'ai vu ce malade le soir même de son entrée à l'hôpital; à l'auscultation, on entendait très-nettement, dans le voisinage de la pointe, le souffle caractéristique de l'insuffisance mitrale; aujourd'hui, ce bruit de souffle est encore perceptible, mais il est moins net. C'est ici le lieu de vous faire remarquer que le maximum de ce bruit ne s'entend pas, comme on a coutume de le dire, à la pointe du cœur, mais bien en un point qui est intermédiaire entre la pointe et le plan de jonction de l'oreillette et du ventricule.

Vous connaissez la preuve que j'ai donnée du siége réel de ce bruit de souffle. Ayant exactement déterminé pendant la vie le maximum de ce souffle, j'enfonçai sur le cadavre une longue épingle dans le point même correspondant à ce maximum, et nous avons trouvé, après avoir ouvert la poitrine, que l'épingle avait traversé un point situé entre la pointe et le plan de jonction de l'oreillette et du ventricule. La plupart d'entre vous ont pu voir cette démonstration sur une pièce qui était ici l'autre jour.

Au n° 3 est un jeune homme de 23 ans, à la figure pâle, aux cheveux blonds et tellement clairs que leur couleur rappelle celle des cheveux d'un albinos. Sa constitution est débile et présente tous les attributs du tempérament lymphatique. C'est sa deuxième attaque de rhumatisme; les articulations ont été prises dans l'ordre suivant : d'abord les deux genoux, puis les articulations tibio-tarsiennes, les coudes, les épaules et enfin les poignets. Ici encore, vous le voyez, les genoux et les articulations tibio-tarsiennes ont commencé la série. Chez ce malade, entré quatre jours avant le précédent, la fièvre a été un peu plus prononcée : les douleurs articulaires ont du reste complétement disparu aujourd'hui, et ce jeune homme va partir pour Vincennes. A son entrée, il présentait manifestement le bruit de souffle de l'insuffisance mitrale, ayant son maximum vers le point que vous connaissez maintenant.

Le malade couché au n° 5 de la salle Saint-Paul a 23 ans; il exerce la profession de garçon de café. Ceci est important; le froid est, en effet, une des causes occasionnelles les mieux démontrées du rhumatisme; or, les garçons de café et les garçons marchands de vin, qui passent constamment de l'atmosphère surchauffée de la salle où se trouvent les consommateurs à l'atmosphère très-basse de la cave, doivent être, par suite de ces brusques changements de température si souvent renouvelés, fort exposés aux affections rhumatismales. Ce malade est bien une preuve de ce que j'avance, car c'est la deuxième attaque de rhumatisme qu'il éprouve.

Lors de son entrée, l'articulation tibio-tarsienne gauche seule était atteinte; la droite fut ensuite affectée, puis les genoux, et enfin successivement les articulations scapulo-humérales, les coudes et les poignets; ces deux dernières articulations sont encore malades aujourd'hui.

Ce malade offrait également, à son entrée, le bruit de souffle de l'insuffisance mitrale avec un frémissement cataire très-prononcé au-dessous du mamelon. Aujourd'hui, le bruit de souffle est bien diminué, mais on entend à la pointe, immédiatement après le second bruit, un léger bruit de frottement péricardique très-superficiel et circonscrit. Ce frottement est déterminé par une de ces plaques laiteuses que l'on rencontre si souvent dans les autopsies et dont la formation aura été déterminée par une péricardite remontant à l'époque de la première attaque.

Au n° 26 de la même salle se trouve un malade qui, à la suite d'une scarlatine, a eu une endocardite et une endartérite; on entend très-bien au cœur un bruit de souffle indiquant une insuffisance, et le long de la colonne vertébrale, un bruit de souffle évidemment dû à un athérôme généralisé de l'aorte. Je vous ai déjà longuement parlé de lui; je vous ferai seulement remarquer que chez lui aussi les articulations tibio-tarsiennes et celles des deux genoux ont été prises les premières; celles des phalangines avec les phalanges ont été également envahies.

Au n° 6 de la salle des femmes se trouve une chiffonnière; ici encore, on peut invoquer comme cause occasionnelle de la manifestation morbide, l'influence du froid et de l'humidité. Cette femme fait remonter au 12 novembre le début de sa maladie, début caractérisé par de la douleur et du gonflement dans les articulations des genoux; après quoi, c'est dans l'articulation scapulo-humérale gauche que s'est manifesté le rhumatisme : chez elle, l'orifice mitral et l'orifice aortique ont été atteints.

J'arrive enfin à un cas très-intéressant. Je veux parler de la jeune fille de 18 ans couchée au n° 17 de la salle Saint-Charles. Domestique chez un marchand de vin, elle a été, comme le garçon de café dont je parlais tout à l'heure, soumise à l'influence des causes occasionnelles du rhumatisme. Elle a eu également deux attaques; la première remonte au mois d'août dernier et a persisté jusqu'au mois de novembre.

A son entrée, les articulations malades étaient les articulations tibio-tarsiennes et les genoux; actuellement, elle se plaint encore de douleurs dans les articulations coxo-fémorales, scapulo-humérales, dans les coudes et les poignets. L'auscultation, à son entrée comme aujourd'hui, nous a révélé la présence d'une insuffisance mitrale.

Cette malade est très-intéressante, parce qu'elle offre le type complet du rhumatisme articulaire aigu. Ainsi, elle a éprouvé la fièvre dite *rhumatismale* avant toute manifestation locale. Vingt-quatre heures avant de ressentir la moindre douleur articulaire, elle a eu de l'accélération du pouls, une chaleur vive de la peau, de l'inappétence, de la lassitude. La maladie générale a donc précédé chez elle l'expression locale du rhumatisme. Avant et depuis son entrée, elle a eu des sueurs profuses qui ont déterminé une rubéfaction de la peau et des sudamina si confluents que vous pouvez constater aujourd'hui une exfoliation de l'épiderme tout à fait semblable à celle de la scarlatine. J'appelle surtout votre attention sur ce fait intéressant au point de vue pratique comme il est important au point de vue doctrinal, à savoir que *la fièvre a précédé l'arthrite*. D'où il suit qu'il est inexact de dire que l'arthrite est la cause de la fièvre : fièvre et arthrite sont les manifestations, l'une générale, l'autre locale, d'une même affection, le *rhumatisme*.

Il arrive parfois que le type pathologique soit atténué, et que la fièvre soit si peu accusée que les malades s'en aperçoivent à peine.

Notre jeune malade a une affection du cœur d'une gravité toute particulière, car il y a lésion de deux orifices. En effet, outre le bruit de souffle de l'insuffisance mitrale qu'on entend fort bien chez elle au-dessous de la mamelle et dans le point que vous connaissez, il existe à la base du cœur un autre bruit de souffle plus rude, près de l'articulation chondro-sternale gauche, également au premier temps, indice certain d'un rétrécissement aortique.

Ainsi, après avoir vu comment finissent les maladies du cœur, vous voyez de quelle façon elles commencent; le plus souvent c'est dans le cours d'une affection rhumatismale.

Vous comprenez, je pense, la production de l'insuffisance que nous avons eu si souvent l'occasion d'étudier avec vous : il se produit sur les faces correspondantes des deux valves de la valvule mitrale des saillies sous forme de plaques, qui s'opposent à la parfaite juxtaposition de ces valves, d'où inocclusion ou insuffisance de la valvule, insuffisance dont le détroit sera d'autant plus large que les plaques, formées au niveau de la partie la plus superficielle de l'endocarde seront plus épaisses et plus saillantes. De plus, les muscles papillaires, qui sont chargés de présider à la tension normale de la valvule, se trouvent le plus souvent entravés dans leur contraction. Il n'y a pas paralysie, mais maladresse de ces muscles, dont la contraction régulière est une des conditions indispensables au fonctionnement normal de la valvule. Et cette deuxième cause d'insuffisance n'a pas une moindre valeur que la première. Ainsi deux causes peuvent concourir à la production d'une insuffisance valvulaire :

1° La présence des plaques saillantes à la surface de la valvule,

2° La maladresse, ou si vous aimez mieux la pseudo-paralysie des muscles tenseurs de cette même valvule.

Comme preuve de cette maladresse des muscles situés au voisinage d'une membrane enflammée, laissez-moi vous citer un exemple.

L'un de vous a vu en ville avec moi une malade atteinte d'angine simple : quarante-huit heures après le début de l'angine, la malade se plaignit de rendre les liquides par le nez, et quelquefois des parcelles d'aliments solides tombaient sur les cordes vocales inférieures et déterminaient de violents accès de toux; la malade, pour prévenir cet inconvénient, refusait toute nourriture. C'est alors que la famille effrayée me fit appeler. Pouvait-on songer à une véritable paralysie? Evidemment non. Dans l'angine simple aussi bien que dans l'angine diphthéritique, la paralysie n'arrive qu'après la disparition des symptômes aigus; elle constitue une des complications possibles de la convalescence. Je rassurai donc la famille et déclarai qu'il n'y avait pas de paralysie, mais bien une pseudo-paralysie, une sorte de maladresse ou de contraction irrégulière des muscles chargés de la déglutition. Le lendemain ce symptôme si effrayant en apparence avait disparu.

Eh bien, il en est de même pour les muscles papillaires qui, consécutivement à l'endocardite, perdent en partie leur activité de contraction, et ne peuvent exécuter librement et régulièrement leurs mouvements.

Or, Messieurs, c'est précisément parce que cette dernière cause d'insuffisance peut s'amoindrir ou disparaître qu'on peut s'expliquer l'amoindrissement et même la disparition du bruit de souffle, caractéristique de l'insuffisance : car l'action de cette cause n'est pas de sa nature permanente ; on conçoit qu'elle puisse être momentanée et par suite que l'insuffisance valvulaire puisse être transitoire, ou tout au moins que la valvule puisse devenir moins insuffisante. D'un autre côté, les plaques elles-mêmes peuvent s'affaisser et même se résorber, au moins en partie, ce qui diminue d'autant l'insuffisance qu'elles produisaient mécaniquement. Malheureusement, chez l'adulte, ces plaques persistent presque toujours et subissent les altérations régressives, dont je vous ai déjà parlé à propos de l'endartérite. Chez l'enfant, le fait de la résolution est moins rare ; je vous parlerai plus tard d'un enfant de 3 ans, qui a parfaitement guéri d'une maladie mitrale des plus évidentes.

Mais revenons au rhumatisme :

Qu'est-ce que le *rhumatisme?* C'est une *affection générale* qui frappe les tissus en raison inverse de leur vascularité — ce qui revient à dire : en raison inverse de leur vitalité.

Je vous prie de peser chacun des termes de cette proposition : elle est fondamentale, et tout ce que je vais ajouter s'en déduit par une série de conséquences.

La cause la plus habituelle du rhumatisme est le froid — et le froid humide ; mais d'autres causes peuvent le produire, voire même la blennorrhagie.

Mais ne parlons que du froid. Pensez-vous que le froid frappe directement les tissus rhumatisés? L'opération morbide est bien autrement complexe. Le froid frappe l'organisme d'abord, et celui-ci, étant alors modifié, amoindri dans sa vitalité, dans sa manière d'être vivant, c'est vers les tissus fondamentalement les moins résistants que se font ce que Cullen appelait si justement les *déterminations morbides*.

Ainsi s'explique la *fièvre rhumatismale*, qui peut exister sans manifestions locales, et qui, dans les cas complets, aigus, comme celui de notre jeune malade du n° 17 de la salle Saint-Charles, précède de quelques heures les arthropathies.

1° Je dis d'abord, ce qui semble presque une naïveté, que l'organisme est d'autant plus accessible aux causes de maladies qu'il est moins résistant. Il est bien certain que nous ne résistons aux agents physiques, qui font sans cesse échec à la vie, que par notre force de vitalité, laquelle est en antagonisme constant avec les forces physiques. On connaît la définition qu'a donnée Bichat de la vie et de la mort ; je n'insiste pas davantage.

Soient donc trois individus, l'un valétudinaire, le second convalescent, le troisième vigoureux, placés simultanément dans des conditions anti-hygiéniques ; les deux premiers ont grande chance de contracter une maladie, qui sera, si l'on veut, une pleurésie pour l'un, une entérite pour l'autre ; tandis que le troisième aura résisté.

Soient maintenant deux individus bien portants en apparence, mais l'un issu de race pure, l'autre de souche rhumatisante ou goutteuse ; et qu'ils soient tous deux exposés à un refroidissement sévère. Le premier résistera, le second aura une attaque de rhumatisme. Et cela parce qu'il y avait en lui une disposition particulière de l'être, congénitale, héréditaire, inconnue dans son essence, manifeste seulement par son expression phénoménale, disposition particulière, ou mieux prédisposition, qui met l'organisme en état d'imminence morbide. Ce qui, en langage plus simple, veut dire que cet organisme résistera moins aux causes physiques qui pourront l'assaillir.

Or, ce qui est vrai de l'individu qui provient d'une lignée rhumatisante l'est également du lymphatique, du scrofuleux, de celui, en un mot, qui est débile ou débilité. Cela est vrai encore de celui qui, s'exposant chaque jour à l'influence répétée de causes occasionnelles déprimantes, use, pour ainsi dire, sa force de résistance vitale. La jeune fille du n° 17 en est un exemple bien probant. Elle est robuste, d'un tempérament sanguin, d'origine non rhumatismale; mais elle est fille d'auberge, c'est-à-dire exposée chaque jour de l'année à de brusques refroidissements, et son organisme primitivement résistant a fini par fléchir.

2° J'ajoute maintenant que, dans l'organisme prédisposé au rhumatisme par les raisons que je viens d'exposer, la cause occasionnelle venant d'agir et la maladie étant constituée, les tissus qui seront surtout frappés, ou les premiers frappés, sont *les tissus les moins vivants*, ceux dont l'organisation est le plus rudimentaire ; c'est-à-dire le tissu cartilagineux, le tissu fibreux et les séreuses articulaires, qui sont à peine des séreuses. De sorte que, dans l'arthrite rhumatismale, ce qui est frappé, ce n'est point l'os, cette éponge vasculaire encroûtée de sels de chaux ; c'est, au contraire, ce qui vit le moins, le cartilage, la synoviale, les ligaments. Ainsi, le rhumatisme frappe alors dans l'organisme ce qui se rapproche le plus d'une machine inerte et passive, un simple rouage, une jointure, et dans ce rouage si peu vivant qu'on peut le perdre sans dommage pour l'existence, ou le remplacer par un appareil artificiel, il choisit quoi ? ce qu'il y a de moins vivant encore! Voilà pour justifier ma définition du rhumatisme.

Je ne veux pas dire d'ailleurs que le rhumatisme n'affecte jamais que les jointures. Maladie générale, il peut intéresser tous les tissus, mais, je le répète, c'est en raison inverse de leur vascularité. Ainsi, parmi les séreuses, le péritoine, qui lui offre cependant une assez large surface, est moins souvent atteint que la plèvre, qui l'est moins souvent que le péricarde. Quant aux méninges, si éminemment vasculaires, on sait la rareté de leur lésion dans le rhumatisme, et l'on ignore encore à tel point la nature de cette détermination morbide exceptionnelle qu'on emploie pour la désigner, la dénomination vague et commode de *rhumatisme cérébral*.

De même aussi les muqueuses sont moins souvent atteintes par le rhumatisme que les séreuses; — et moins encore que les muqueuses, les parenchymes.

Voilà qui est un fait d'observation et non une vérité de raisonnement.

Étant admises, maintenant, ces idées que le rhumatisme frappe d'autant plus fréquemment les tissus qu'ils sont plus rudimentaires, — c'est-à-dire moins élevés dans la hiérarchie des tissus vivants, intermédiaires, pour ainsi dire, entre les tissus organisés et les substances inorganiques, moins aptes par conséquent à résister à l'action des agents physiques, telles, par exemple, que le frottement ou la pression, — on comprend que, parmi les tissus et les organes, ceux que frappera surtout le rhumatisme seront évidemment les *articulations*. Et parmi les articulations, celles qui seront le plus habituellement atteintes, seront évidemment *les plus fatiguées*.

Or, rappelez-vous cette monotonie presque écœurante dans l'énumération que je vous ai faite des articulations d'abord atteintes chez nos malades : les genoux ou les chevilles, les chevilles ou les genoux, cela n'a pas varié. Pensez-vous que cela soit exceptionnel ou un effet du hasard ? En aucune façon. Nos cas particuliers ressemblent aux cas généraux, ainsi que vous allez voir. L'un de mes maîtres, M. Monneret, a eu la patience de faire le dénombrement des articulations affectées dans 93 cas de rhumatisme articulaire aigu, et vous trouverez ce tableau souvent cité sans explication : nous allons, nous, essayer de le comprendre. Voici d'abord les chiffres :

Articulation fémoro-tibiale..........	62
— radio-carpienne.........	49
— tibio-tarsienne........	41
— scapulo-humérale.......	19
— coxo-fémorale..........	8

Puis cela tombe à des chiffres de 2 ou de 1 pour les autres articulations.

On s'est empressé d'en déduire que c'étaient les *grandes* articulations qui étaient ordinairement affectées dans le rhumatisme. La conclusion me paraît incomplète et inexacte, attendu que l'articulation coxo-fémorale offre bien autrement de surface que l'articulation scapulo-humérale, laquelle est atteinte *deux* fois plus souvent, et plus de surface aussi que l'articulation tibio-tarsienne, *cinq* fois plus fréquemment frappée.

Que si, maintenant, l'on fait intervenir la notion de *fatigue*, le tableau commence à s'animer et à n'être plus lettre morte.

S'il est en effet des articulations qui se fatiguent, ce sont celles des genoux et des chevilles, qui fonctionnent toujours même à l'état de repos; car dans la station debout, où elles semblent reposer, elles supportent le poids de tout le corps, et dans les mouvements qui leur sont dévolus, elles n'ont pas seulement à se mouvoir, mais à supporter ce poids considérable. Avant l'articulation tibio-tarsienne vient la radio-carpienne. Or, je vous demande si cette dernière articulation n'est pas une des plus fatiguées du squelette? N'est-ce pas elle surtout que l'artisan met en œuvre, celle où se passent les mouvements les plus variés, et qui subit les frottements les plus considérables? Qu'on examine, par exemple, le forgeron qui frappe, l'ouvrier qui lime, et l'on verra que c'est l'articulation du poignet qui accomplit les mouvements les plus actifs comme les plus divers.

Mais, direz-vous, l'articulation de la hanche supporte aussi le poids du corps, et elle n'est atteinte que 8 fois sur 93. En sa qualité d'énarthrose, l'articulation coxo-fémorale subit des frottements beaucoup moins considérables ; c'est d'ailleurs très-obliquement que s'y transmet le poids du corps, et elle partage ce fardeau avec les autres articulations du bassin.

Si la question de fréquence du rhumatisme des articulations était une question de surface, l'articulation sacro-lombaire serait habituellement frappée; elle l'a été une fois sur 93 cas. Or, c'est une articulation très-peu mobile. Quant aux articulations de la colonne vertébrale, qu'on songe un peu à la décomposition de mouvements qui s'opère dans cette colonne, et l'on comprendra que la fatigue ainsi partagée entre toutes est médiocre pour chacune.

Ce n'est pas tout. Dans notre monde civilisé, on utilise bien plus fréquemment le membre supérieur *droit* que le gauche; eh bien, toujours les articulations du *côté droit* ont été plus fréquemment malades que celles du côté gauche : ainsi, l'articulation huméro-cubitale *droite* l'a été 19 fois, la gauche 15; l'articulation radio-carpienne *droite* 49 fois, la gauche 44; les articulations métacarpo-phalangiennes ou phalangiennes de la main *droite* 8 fois, celle de la gauche 4. Tandis que les articulations des membres inférieurs sont à très-peu près également frappées à droite et à gauche.

Mais l'idée de fatigue implique celle d'usure, et l'idée d'usure implique celle d'une réparation habituelle plus active, ou, en d'autres termes, d'une prolifération incessante qui peut bien constituer l'imminence morbide pour ces articulations fatiguées.

Supposons un moment que ce soit directement et parce qu'elles sont superficielles, que les articulations des genoux et des chevilles sont frappées par le froid. Mais les articulations des doigts sont bien autrement superficielles et biens moins vêtues que celles dont nous parlons et qui sont le plus fréquemment atteintes; car enfin je ne sache pas que l'ouvrier qui travaille en plein air le fasse avec des gants, et si peu protégés que soient ses genoux, ils sont encore plus couverts que ne le sont ses mains. Or, les articulations des doigts sont les moins souvent atteintes parmi les articulations, ainsi que le prouvent l'observation clinique et le tableau de M. Monneret.

Allons plus loin encore dans la démonstration par l'absurde. Vous avez vu par nos malades, qui tous ont eu de l'endocardite, combien est vraie la loi de coïncidence découverte par M. Bouillaud. Eh bien, l'endocarde est non-seulement situé profondément, mais encore il se trouve en rapport avec le sang à l'endroit où celui-ci, bien qu'un peu refroidi par son passage à travers les poumons, conserve néanmoins dans le cœur gauche une très-haute température. De sorte que pour que l'endocarde fût atteint par le froid, il faudrait, pour ainsi dire, que le corps tout entier fût gelé. Et l'on arrive ainsi à ce dilemme insensé que le rhumatisme frappe les articulations parce qu'elles ont trop froid et l'endocarde parce qu'il a trop chaud!

Ainsi, Messieurs, le rhumatisme est une affection générale et non point une maladie locale; il n'atteint point les tissus au hasard, mais les frappe par voie d'élection; s'il affecte les jointures, c'est au même titre que l'endocarde et parce que celui-ci comme les éléments de ceux-là sont des tissus très-peu vivants, des tissus *épithéliaux*. Ainsi s'explique ce qu'on a appelé à tort la *mobilité* du rhumatisme et ce que j'appellerais plus volontiers une *polymorphie successive*. Ce n'est pas le rhumatisme qui se déplace, comme le croyaient les anciens (d'où son nom dérivé de ῥεῶ, *je coule*, idée par trop hydraulicienne), c'est la maladie qui exprime la nouvelle façon d'être de l'organisme par des manifestations successives, mais *similaires*, sur des tissus *homœomorphes*.

Dans une prochaine leçon, que motiveront encore nos malades, je vous parlerai de la loi de coïncidence, dont la découverte est une de nos gloires; et je vous dirai *pourquoi* l'endocarde est frappé par le rhumatisme, *comment* il l'est et *en quels points*, que l'induction peut déjà vous faire pressentir.

C'est alors aussi que je vous parlerai du traitement.

EXPLORATION DE LA RÉGION PHARYNGO-NASALE

Par le docteur Édouard Fournié,

Médecin à l'Institut impérial des Sourds-Muets

Les services rendus par le laryngoscope au diagnostic et au traitement des affections laryngées sont assurément très-grands; mais là ne se bornent pas les bienfaits de l'application du miroir laryngien. Il est une autre région cachée à nos yeux, la région des fosses nasales postérieures, qui, grâce à ce moyen d'investigation, est conquise aujourd'hui au diagnostic direct et au traitement topique. Cette région renferme, comme on sait, l'orifice des trompes d'Eustache; la muqueuse qui tapisse ces conduits se continue avec celle du pharynx, et elle est susceptible de recevoir toutes les influences morbides qui manifestent leur activité sur les muqueuses en général. Or, telle lésion qui, placée sur la muqueuse du pharynx, ne donne lieu qu'à une sensation de gêne ou de douleur, peut, si elle s'étend ou se développe sur la muqueuse des trompes, déterminer un trouble fonctionnel, ou, en d'autres termes, une surdité plus ou moins prononcée.

De là ressort cette double indication : 1° diagnostiquer directement la nature, l'étendue et le siége de la lésion; 2° modifier, si cela est nécessaire, les parties malades par un traitement topique.

Le miroir laryngien, appliqué à l'exploration des fosses nasales postérieures, permet de répondre à cette double indication; mais cette exploration est assurément plus difficile à bien pratiquer que l'exploration laryngienne, et ce motif nous a déterminé à publier le résultat de nos observations et de notre expérience.

L'idée d'explorer la région pharyngo-nasale remonte aux premiers essais de laryngoscopie; aussi tous les auteurs qui ont écrit sur la laryngoscopie n'ont pas manqué de consacrer un chapitre à ce qu'ils appellent la *rhinoscopie*. — Un mot sur ce néologisme. D'après sa signification étymologique, *rhinoscopie* veut dire : examen des fosses nasales; or, dans l'examen rhinoscopique avec le miroir laryngien, les cavités nasales restent cachées à l'œil de l'observateur; à peine voit-on la partie postérieure des méats et des cornets; il n'y a donc pas exploration du nez, mais bien exploration de cette partie de la région pharyngienne qui correspond à la partie postérieure des fosses nasales. La conclusion naturelle de cela est que le mot de rhinoscopie est impropre. Nous exprimons le désir qu'on le remplace par la périphrase : *exploration pharyngo-nasale*. D'ailleurs, le mot rhinoscopie trouve son emploi logique lorsqu'il est appliqué à l'exploration du nez par les narines.

Les premiers explorateurs de la région pharyngo-nasale ont été arrêtés tout d'abord par une difficulté qui se présente chez presque tous les sujets. Nous voulons parler du redressement instinctif du voile du palais et de son application contre la paroi pharyngienne.

La porte du pharynx supérieur se trouvant ainsi fermée, l'exploration en devient impossible.

Le premier procédé qui s'est présenté à l'esprit des médecins pour obtenir l'abaissement du voile du palais, a été de saisir la luette avec des tenailles, des crochets (Czermak, Turk), et de ramener le voile du palais en bas et en avant par des tractions légères. Nous ne saurions approuver ce procédé, car les malades chez lesquels on rencontre surtout le redressement du voile du palais, sont précisément les plus susceptibles, les plus impressionnables, et l'emploi de la force ne saurait réussir avec eux.

Qu'on nous permette à ce sujet de poser une règle générale : dans l'examen du larynx ou de la région pharyngo-nasale, le médecin doit chercher à atteindre son but non par la force, mais en mettant habilement à profit le mouvement fonctionnel des parties. La mise en pratique de cette règle ne suffit pas, comme on va le voir.

D'autres médecins, en effet, ont voulu mettre à profit le mouvement fonctionnel, mais n'étant pas suffisamment au courant de son mécanisme, ils ont échoué devant des difficultés inévitables. C'est ainsi que certains recommandent de faire prononcer au malade une voyelle nasale, oubliant ou ignorant que dans la prononciation de ces lettres la base de la langue doit être rapprochée du voile du palais (1); d'autres conseillent au malade de ne respirer que par le nez, la bouche étant largement ouverte. Au premier abord, on croit comprendre ce nouveau mode de respirer; mais si on veut le mettre en pratique, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il est impossible et qu'il repose sur des notions erronées touchant l'acte de la respiration.

En effet, les poumons représentent un soufflet dont la prise d'air aurait deux orifices : la bouche et les narines; ces deux orifices sont superposés, l'orifice nasal en haut, l'orifice buccal en bas, d'où il résulte que si la bouche est suffisamment ouverte pour fournir, dans le temps voulu, la quantité d'air nécessaire au poumon tout l'air inspiré passe par cet orifice et nullement par les narines. Ce fait ressort complétement de certaines lois physiques que la volonté la plus ferme ne saurait modifier. D'après ces mêmes lois, il faut, si l'on veut inspirer simultanément par le nez et par la bouche, donner à cette dernière des dimensions assez petites pour que la quantité d'air qui la traverse dans un temps donné soit insuffisante pour satisfaire l'acte respiratoire; dans ce cas, l'inspiration s'effectue également par le nez et par les fosses nasales.

Bien que dans l'état normal on puisse respirer séparément par le nez ou par la bouche, ou simultanément par les deux, l'existence de ces deux orifices n'est pas un double emploi au point de vue de la respiration et de la phonation.

Dans la parole comme dans le chant les différentes parties de la bouche affectent une disposition variable qui ne permet pas toujours que l'on puisse respirer exclusivement par la bouche. Dans ces cas nombreux, pour ne pas changer la disposition nécessaire à la prononciation de certaines lettres, on respire tout à la fois par le nez et par la bouche et le discours n'est pas interrompu par l'acte respiratoire. Ces quelques considérations que nous pourrions multiplier et étendre outre mesure, nous suffisent pour établir sans conteste que le procédé qui consiste à faire respirer le malade tout à la fois par la bouche et par les fosses nasales, dans le but de favoriser l'examen de la région pharyngo-nasale, est tout bonnement d'une exécution impossible.

A notre tour, nous employons le mouvement fonctionnel des parties pour favoriser l'examen de la région pharyngo-nasale; mais nous prétendons nous appuyer sur des notions physiologiques plus exactes et plus positives.

Le mouvement fonctionnel que nous pouvons mettre à profit appartient à l'acte respiratoire ou à la phonation. Or, en respirant à travers la bouche grandement ouverte, est-il possible de faire que le voile du palais s'abaisse suffisamment pour que le miroir puisse être placé entre lui et la paroi pharyngienne? Oui et non. Oui, si, se bornant à respirer lentement par la bouche, on sait éviter toute contraction palatale; mais là, précisément, réside toute la difficulté, et il y a peu de malades qui sachent la vaincre, parce qu'ils n'ont pas conscience des mouvements qui accompagnent la contraction des piliers du voile du palais. En présence de cette difficulté, nous avons songé à faire intervenir la prononciation d'une voyelle, comme cela se pratique pour l'examen laryngoscopique; mais cette intervention est plutôt nuisible qu'utile, car toute lettre est un acte volontaire, accompagné par conséquent de mouvement et de contraction. De toutes les voyelles, d'ailleurs, deux seulement, l'*a* et l'*é*, permettent une certaine ouverture de la bouche favorable à l'introduction du miroir; mais la prononciation de l'*é* s'accompagne inévitablement du gonflement de la base de la langue; l'*a* serait certainement préférable si, comme nous l'avons démontré ailleurs, une certaine contraction des piliers du voile du palais n'était pas indispensable à la prononciation de cette lettre. Le silence absolu doit donc accompagner l'examen de la région pharyngo-nasale.

Or, du moment qu'il n'est pas possible de respirer simultanément par le nez et par la bouche, cette dernière étant aussi ouverte que possible; du moment que toute tentative dans le but d'obtenir ce résultat a pour effet de déterminer la contraction et le redressement du voile du palais; du moment que, enfin, la respiration normale par la bouche peut se faire sans contraction et redressement du voile du palais, nous sommes autorisé à conclure que pour examiner la région pharyngo-palatale, il n'y a qu'un procédé physiologique, et ce procédé consiste à exercer le malade à respirer exclusivement par la bouche, celle-ci étant aussi ouverte que possible, mais librement, c'est-à-dire sans contraction pharyngo-palatale. En agissant ainsi, on obtiendra l'abaissement du voile du palais aussi complet que possible; mais la langue, remplissant la cavité buccale, pourra, de son côté, être un obstacle à l'introduction du miroir. Pour remédier à cet inconvénient, nous ferons appel de nouveau au mouvement fonctionnel des parties. Nous savons que pour bien prononcer la lettre *a* la langue doit être légèrement aplatie sur le plancher de la bouche; nous recommanderons par conséquent de disposer les parties comme s'il s'agissait de prononcer cette lettre, mais sans la faire entendre cependant, pour éviter la contraction palatale qui accompagne cette prononciation. Après quelques essais on complète l'abaissement de la langue avec une spatule et on réunit ainsi toutes les conditions favorables à l'examen de la région pharyngo-palatale.

Le procédé que nous venons de décrire est en réalité très-simple, et si l'on ne tenait pas compte de la route que nous avons suivie pour le trouver et lui donner une base scientifique, on pourrait être étonné qu'on ne l'ait pas employé plus tôt; mais les lois physiologiques qui président à cette simplicité même avaient été méconnues. Les différentes pratiques de notre art en sont là; elles reposent tout d'abord sur des données empiriques variables, et le plus souvent trompeuses, jusqu'au moment où la physiologie vient leur donner droit de cité dans le domaine de la médecine exacte et positive.

Point n'est besoin de faire ressortir les avantages de ce mode d'investigation appliqué au diagnostic des maladies de la région pharyngo-nasale, et en particulier des trompes d'Eustache; mais, avantage non moins précieux, la vue des parties permet de porter sur elles les médicaments topiques les plus variés. Jusqu'ici on était réduit à employer le cathétérisme des trompes au double point de vue du diagnostic et du traitement. Cette petite opération, toujours désagréable à supporter, trouve sa raison d'être dans bien des circonstances, mais on en a singulièrement abusé; nous estimons d'ailleurs que, dans tous les cas, on doit s'assurer de l'état de l'orifice des trompes avec le miroir laryngien, avant d'introduire le cathéter dans les narines. Toutes les fois que le mal est limité à la région pharyngienne des trompes; toutes les fois qu'il s'agit d'ulcérations, de végétations de l'orifice de ces conduits, il est plus logique et plus sûr d'introduire les médicaments par la bouche que par les fosses nasales. A cet effet nous nous servons d'un stylet en argent muni d'un manche et nous recourbons la petite extrémité d'une façon variable selon les sujets. Cette extrémité est entourée d'un peu de coton que l'on imbibe avec la solution médicamenteuse. Dans le même but nous utilisons l'insufflateur qui nous sert à projeter des poudres médicamenteuses dans la cavité laryngienne; nous n'avons qu'à retourner son orifice du côté de la région pharyngo-nasale. L'emploi de ces moyens présente cet immense avantage que les mouvements du médecin sont dirigés avec le secours du miroir laryngien, et que, par conséquent, on arrive à toucher les parties malades avec la plus grande précaution.

(1) Voir notre *Physiologie de la voix et de la parole*, p. 720.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 19 janvier 1869. — Présidence de M. BLACHE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un décret en date du 9 janvier, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Marrotte, membre titulaire dans la section de thérapeutique, en remplacement de M. Rayer, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Marrotte prend place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Hillairet et Bertillon, qui se présentent comme candidats pour la section d'hygiène;

2° Une lettre de M. le professeur Vulpian, qui se présente comme candidat pour la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie;

3° Une note de M. le docteur Mignot (de Chantelle) sur un cas d'épilepsie causée par un cancer du lobe cérébral antérieur gauche (Comm. : MM. Béclard, Bouillaud et Chauffard);

4° Une lettre de remerciement de M. le docteur Lacassagne, lauréat de l'Académie;

5° L'état des vaccinations et des revaccinations pratiquées en 1868, dans le 5e escadron du train des équipages, par M. le docteur Antonin Martin (Com. de vaccine).

M. BÉCLARD met sous les yeux de l'Académie un nouveau modèle de bobine d'induction pour appareil électro-magnétique imaginé par M. Gaiffe, fabricant d'instruments de physique.

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

1° Par M. Larrey, la collection des *Annales universelles de médecine* et de la *Gazette médicale italienne*, pour l'année 1868;

2° Par M. Daremberg, au nom de MM. les professeurs Haeser et Middeldorpf, la reproduction du plus ancien traité de chirurgie, écrit en allemand, 1460, et qui a pour auteur Heinsich von Pfollprund;

3° Par M. Gubler, au nom de M. le docteur Arsène Drouet, une brochure sur le collodion riciné;

4° Par M. J. Guérin, au nom de M. Decroix, vétérinaire, une brochure intitulée : *De la rage, curabilité, traitement*;

5° Par M. Brown-Sequard, en son nom, un volume en anglais intitulé : *Lectures sur le diagnostic et le traitement des névroses*.

M. HARDY offre en hommage à l'Académie la dernière livraison de sa clinique photographique de l'hôpital Saint-Louis, et à cette occasion il rappelle à l'Académie les spécimens de photographies qu'il a eu l'honneur de lui présenter déjà, relativement aux maladies de la peau. Grâce au bienveillant concours de M. le directeur de l'Assistance publique, M. Hardy a pu continuer ses recherches. Un laboratoire spécial de photographie, en effet, parfaitement disposé, a été établi à l'hôpital Saint-Louis. Pour l'étude des maladies de la peau, ajoute M. Hardy, les meilleures descriptions ne valent pas des dessins et des dessins coloriés, c'est pourquoi M. Hardy n'a pas cessé de travailler à perfectionner, par tous les moyens possibles, à l'aide de dessins et de photographies coloriés, toutes les nuances des maladies de la peau que les descriptions ne peuvent pas rendre; mais il est heureux d'apprendre à l'Académie qu'il a été largement débordé par un artiste éminent, M. Baretta qui, grâce à une heureuse découverte, dont il désire garder le secret, est arrivé à mouler avec les couleurs les plus exactes les parties malades. M. Hardy fait passer sous les yeux de l'Académie des spécimens de ce moulage, que l'on prendrait, vu leur perfection, pour de véritables pièces naturelles. En conséquence, un atelier de moulage a été adjoint à l'hôpital Saint-Louis au laboratoire de photographie, et même un musée pathologique s'organise, qui sera mis à la disposition de tous les médecins et des élèves. M. Hardy, à ce sujet, laisse la parole à M. le directeur de l'Assistance publique.

M. HUSSON rappelle à l'Académie que l'Administration, sur la demande de M. Hardy, a été bien vite décidée à créer à l'hôpital Saint-Louis un musée pathologique. Les pièces qui constitueront ce musée sont fournies par deux procédés : la photographie et le moulage; il renferme actuellement deux ou trois cents pièces. On a fait exprès une construction importante, et il n'y aura pas seulement un musée, mais il y aura aussi une bibliothèque, où se trouveront les observations correspondant aux pièces. Il y a donc là un avenir qui ne peut manquer de profiter aux médecins et aux élèves, avenir que l'Administration s'efforce de réaliser dans le plus court espace de temps possible. (Applaudissements.)

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que dans la séance prochaine elle aura à nommer deux commissions, l'une pour les élections des associés libres, l'autre pour les correspondants étrangers.

LECTURES.

Les fous criminels.

M. BRIERRE DE BOISMONT donne lecture d'un travail intitulé : *Les fous criminels de l'Angleterre, observations pratiques sur cette institution*. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Falret, Baillarger et Cerise.

Ophthalmie des nouveau-nés.

M. DESORMEAUX, candidat pour la section de pathologie chirurgicale lit un mémoire sur l'ophthalmie des nouveau-nés.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Sous la dénomination d'ophthalmie purulente des enfants, on confond plusieurs affections différentes : l'ophthalmie catarrhale, l'ophthalmie blennorrhagique, l'ophthalmie diphthéritique et, enfin, une ophthalmie spéciale, l'ophthalmie maligne des nouveau-nés;

2° Cette dernière ophthalmie se développe sur les enfants nouveau-nés par influence épidémique et par contagion; chez les enfants plus âgés et les adultes, elle est toujours le résultat de la contagion;

3° Elle a pour symptôme pathognomonique, la sécrétion d'une sérosité de couleur safranée, dont la coloration n'est pas due au mélange du sang et qui tache fortement le linge;

4° Ce symptôme n'existe qu'au début du mal;

5° Cette maladie, dont la marche naturelle est très-rapide, se termine en peu d'heures par la perte de l'œil; si elle est arrêtée, mais non guérie par un traitement insuffisant, elle peut se prolonger un certain temps, mais elle ne donne jamais lieu, comme l'ophthalmie blennorrhagique, aux granulations conjonctivales;

6° Elle affecte habituellement les deux yeux à la fois;

7° Le seul traitement qui lui convienne est la douche oculaire, répétée fréquemment et suivie de l'instillation d'un collyre faible.

Sur la proposition de M. Depaul, le travail de M. Desormeaux sera renvoyé à une commission composée de MM. Roger, Chassaignac et Depaul.

Etude de statistique anthropologique sur la population parisienne.

M. LAGNEAU donne lecture d'un travail intitulé : *Etude de statistique anthropologique sur la population parisienne*. Voici un résumé de ce travail.

L'étude des mouvements migratoires, de la natalité et de la mortalité de la population agglomérée parisienne comparée à la population de la France, permet de reconnaître entre elles de notables différences.

La population du département de la Seine présente un accroissement proportionnel neuf fois plus considérable que celui de la France. Cet accroissement de l'agglomération parisienne résulte non de l'excédant des naissances sur les décès, mais uniquement de l'excédant de l'immigration sur l'émigration.

La population du département de la Seine envoie environ le tiers de ses nouveau-nés en nourrice dans les autres départements, et de ces enfants envoyés en nourrice il ne paraît guère en revenir qu'un tiers dans le département de la Seine.

A partir de la période de 10 à 15 ans pour les garçons, de celle de 15 à 20 ans pour les filles, commence une immigration vers Paris qui semble atteindre son maximum à la période de 25 à 30 ans. Cette immigration est si considérable, que la population du département de la Seine se trouve composée de deux tiers de Français nés dans les autres départements et d'étrangers, pour un peu plus d'un tiers seulement de natifs.

Par suite de l'émigration des nouveau-nés, et de l'immigration considérable de jeunes gens et d'adultes, la population du département de la Seine diffère de la population totale de France par une moindre proportion d'enfants, par une plus grande proportion d'adultes, et

parmi ceux-ci par une moindre proportion de mariés, et une plus grande proportion de célibataires et de veufs; enfin par un excédant des hommes adultes sur les femmes adultes.

A cette immigration constante d'individus généralement intelligents, capables de prendre part au mouvement scientifique, artistique, commercial et industriel, dont Paris est le principal centre, semblent pouvoir être attribués l'accroissement de la capacité crânienne et le développement frontal des Parisiens actuels comparés par M. Broca à ceux du dix-septième siècle.

A l'excédant des hommes immigrés sur les femmes immigrées, à la proportion des célibataires et des veufs, et à l'époque plus tardive des mariages, paraît devoir être attribué le grand développement de la prostitution dans le département de la Seine.

La natalité, c'est-à-dire le rapport des naissances aux adultes de 15 à 60 ans, en âge de procréer, est égale, ou un peu moindre dans la population de ce département que dans celle de la France.

La fécondité des mariages est de plus d'un cinquième inférieure dans ce département que dans la France.

Les naissances illégitimes entrent pour plus d'un quart dans la totalité des naissances du département de la Seine. Elles sont proportionnellement plus de trois fois plus nombreuses que dans la France en général. En partie due à l'immigration momentanée de filles-mères venant de province faire leurs couches à Paris, cette énorme proportion de naissances illégitimes dans le département de la Seine est aussi en partie attribuable à la proportion considérable de célibataires adultes.

La mortalité des enfants de 0 à 5 ans dans la France entière étant de près d'un tiers, celle des enfants nés dans le département de la Seine, déduite de la comparaison des naissances avec les enfants de 5 ans recensés cinq années plus tard, serait de plus de moitié; de telle sorte que, tandis que la vie probable de l'enfant naissant en France s'élève à près de 38 ans, celle de l'enfant naissant dans ce département n'atteindrait pas la cinquième année, principalement par suite de l'envoi d'un grand nombre de nourrissons dans les autres départements, mais aussi par le fait même de l'illégitimité de la naissance de beaucoup de ces enfants, car les enfants illégitimes présentent une mortalité presque double de celle des enfants légitimes.

Dans les périodes suivantes de la vie, quoique un peu plus faible de 5 à 15 ans que dans la population de la France, la mortalité de la population de ce département continue en général à être d'un tiers environ plus considérable; aussi à 20 ans révolus, ne compte-t-elle approximativement que deux cinquièmes de survivants; à 40 ans moins d'un tiers, et à 60 ans moins d'un sixième.

Par suite de l'énorme mortalité infantile des natifs du département de la Seine, la plus grande partie n'atteint pas l'âge de puberté, l'âge moyen des décédés est d'un tiers inférieur à celui des décédés de la France, et la durée moyenne de la période de procréation est de beaucoup inférieure à celle de la population de la France; infériorité de durée qui concourt à rendre compte de l'extinction rapide des familles parisiennes, signalée par Boudin, Gratiolet et M. de Quatrefages. La descendance des natifs Parisiens, à chaque génération successive, diminuerait d'environ deux cinquièmes.

De cette étude statistique sur la population parisienne, il semble ressortir que, si les grandes agglomérations humaines sont favorables au développement scientifique, artistique, commercial et industriel d'une nation, elles lui sont, au contraire, extrêmement préjudiciables sous le rapport anthropologique.

Le travail de M. Lagneau est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Guérard, Bergeron et Broca.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Observatoire météorologique de Montsouris. — Sont nommés membres de la commission chargée de préparer l'organisation de l'Observatoire météorologique de Montsouris :

M. Belgrand, inspecteur général des ponts et chaussées;

M. Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Collége impérial de France. — M. le docteur Marey, suppléant du cours d'histoire naturelle des corps organisés au Collége impérial de France, est chargé dudit cours.

Faculté des sciences de Strasbourg. — M. Tricot (Lazare) est nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Strasbourg, en remplacement de M. Schmidt, dont la démission est acceptée.

— La construction de l'Hôtel-Dieu de Paris avance. On commence le premier étage des deux bâtiments affectés aux malades et celui des bâtiments d'administration du côté de la rue d'Arcole.

A la Sorbonne, on met la dernière main aux amphithéâtres.

— L'Empereur vient d'acheter une propriété près d'Orléans pour y fonder un asile pour les ouvriers convalescents. Cette propriété, connue sous le nom de château de Lamothe-Sanguin, est située en vue de la Loire et à l'abri de toute innondation. Elle occupe une superficie d'environ un hectare et demi. L'Hôtel-Dieu d'Orléans reçoit plus de 2,000 malades qui, à leur sortie, pourront passer dans cet asile leur convalescence.

A NOS LECTEURS

Les demandes de l'*Album du Consulat et de l'Empire* ont été si nombreuses, que nous avons été contraints de faire exécuter un tirage supplémentaire de cette belle publication.

Quelques exemplaires (au prix de 22 francs pris à Paris et 25 francs (franco) pour toute la France) nous restent encore. Avis aux retardataires qui désirent profiter de cette occasion unique de compléter par la gravure l'*Histoire du Consulat et de l'Empire* de notre grand historien.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30

N° 9. — SAMEDI 23 JANVIER 1869. 42e ANNÉE. SAMEDI 23 JANVIER 1869. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Conférence de M. Bouchard sur un cas de paraplégie, suite de mal de Pott.

Nous avons assisté à une très-remarquable conférence, — disons le mot sans ambage, — à une excellente conférence, que M. Bouchard a faite hier, dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, aux élèves de la Clinique, à la demande de M. le professeur Béhier et en sa présence. Le sujet de cette conférence était une étude clinique sur un cas de lésion de la moelle consécutive à une carie vertébrale (mal de Pott).

Il s'agissait de déterminer, en face de symptômes de paraplégie avec contracture générale des muscles des membres inférieurs, le siége, la nature et l'étendue de la lésion de la moelle que traduisaient ces symptômes, et de rechercher la cause prochaine de cette lésion. Un examen attentif du malade a fait découvrir, dans la partie inférieure de la région dorsale de la colonne vertébrale, une petite gibbosité accusatrice d'une carie des vertèbres, très-probablement accompagnée d'une poche purulente; d'où compression de la moelle, d'où interruption du courant nerveux et trouble de l'innervation.

Mais le fait seul de l'interruption du courant nerveux ne suffisant pas pour expliquer les phénomènes morbides, tels que la contracture, les convulsions intercurrentes constatées dans l'observation, il fallait pousser plus loin l'analyse clinique et rechercher les lésions consécutives ou les modifications de texture qui surviennent dans les divers faisceaux de la moelle consécutivement à la compression, au-dessus et au-dessous du point comprimé. C'est à cette détermination, basée sur l'ensemble des travaux les plus récents relatifs à la texture normale et à l'anatomie pathologique de la moelle, que M. Bouchard a consacré la plus grande partie de sa conférence.

Hâtons-nous d'ajouter que M. Bouchard ne s'est pas borné à une dissertation purement anatomique. Après avoir fait largement la part de la science sur ce point, il a fait aussi celle de la pratique, en déduisant de ces premières données, non-seulement le pronostic, mais encore le traitement hygiénique et thérapeutique.

Nous craindrions en cherchant à analyser ici, de souvenir, la belle conférence de M. Bouchard, d'en amoindrir la valeur. Nous aimons mieux attendre que le savant chef de clinique de l'Hôtel-Dieu veuille bien nous mettre en mesure de la placer textuellement sous les yeux de nos lecteurs.

— Nous saisissons cette occasion pour signaler une thèse très-remarquable qu'a soutenue la semaine dernière M. le docteur Caumont, sur le traitement des maladies de la moelle et de ses méninges. Quand nous aurons publié la conférence de M. Bouchard, nous examinerons les faits et les expériences relatés dans cette thèse, et nous en profiterons pour jeter un coup d'œil sur l'ensemble des travaux les plus récents, relatifs à la pathologie des centres nerveux et à l'état de la thérapeutique sur ce point.

Phlébite rhumatismale.

La *Gazette des Hôpitaux* a publié, le 20 octobre dernier, une conférence faite, sur deux cas de phlébite rhumatismale, par M. Empis, qui observe que cette complication est rare et qui ajoute : « c'est au point que mes souvenirs ne me rappellent, en ce moment, aucun travail publié sur la phlébite rhumatismale. »

Considérant avec raison ces paroles comme un appel à de nouvelles observations capables de fixer ce point de la science, M. le docteur Fleury (de Langon) nous transmet la relation du fait suivant, qui mérite toute l'attention de nos lecteurs.

« M. C..., âgé de 50 ans, d'un tempérament sanguin, robuste, a été atteint d'un rhumatisme articulaire aigu il y a onze ans. Cette première atteinte a présenté cette particularité que les deux articulations tibio-tarsiennes seules ont été affectées. Cette première attaque, du reste, n'a été accompagnée d'aucune complication du côté du cœur.

« Seulement, quelque temps après, M. C... a vu se développer des varices à la jambe droite, varices que l'on doit sans doute attribuer aux fatigues de la marche plutôt qu'à une influence quelconque du rhumatisme, car les veines n'avaient offert aucun phénomène particulier pendant l'état d'acuité de la maladie. Ces varices étaient assez développées pour que le malade dût porter un bas lacé afin de les soutenir modérément.

« Le 14 février 1868, M. C... est atteint d'une récidive de rhumatisme articulaire aigu. Cette fois, l'articulation tibio-tarsienne gauche est seule affectée sérieusement, c'est à peine si la jointure correspondante à droite est gonflée et douloureuse. Aussi le traitement, en raison du peu d'intensité des symptômes, ne consiste que dans le repos et la chaleur; quand, au quatrième jour de la maladie, les articulations cessent de présenter aucun phénomène morbide, et une méningite des plus violentes se déclare, accompagnée d'un délire persistant de paroles et d'actions. Cette méningite fut combattue par plusieurs applications de sangsues et par le sulfate de quinine à haute dose; elle fut opiniâtre et la guérison fut obtenue difficilement.

« La convalescence fut longue à s'établir et demanda tout le mois de mars pour se confirmer. Enfin, le 5 avril, elle parut définitive et le malade sortit par une température assez fraîche.

« Le 10 avril, il fut pris d'un frisson violent, de fièvre, de délire, et, toutefois, cette rechute n'eut pas une grande gravité, les phénomènes demeurèrent presque muets du côté des articulations, et, après quelques jours, le délire et la fièvre avaient disparu. Le traitement employé fut encore le sulfate de quinine.

« Mais c'est alors que l'on observa un accident nouveau. Le 14 avril, le malade se plaignit d'une douleur qui s'étendait depuis l'aine jusqu'au jarret du côté droit. On se rappelle que l'articulation tibio-tarsienne de ce côté avait été la moins affectée, mais aussi que les varices occupaient la jambe droite. On augmentait singulièrement la douleur en exerçant une pression, même modérée, suivant le trajet de la veine saphène interne depuis le pli de l'aine jusqu'au jarret, et l'on pouvait constater au toucher l'existence d'un cordon dur qui ne pouvait être que cette veine enflammée et dont le calibre était occupé par des productions fibrineuses. Le pied et la jambe présentaient un œdème considérable qui conservait la trace du doigt, et la cuisse elle-même était le siége d'un empâtement prononcé surtout en dedans. Le malade pouvait difficilement mouvoir sa jambe droite dans le lit, à cause du gonflement et de la douleur; et il lui était encore plus impossible de la supporter dans une position déclive et de marcher. Ces signes étaient suffisants pour établir le diagnostic d'une *phlébite de la veine saphène interne*, et il était évident que les vaisseaux lymphatiques n'étaient le siége d'aucune altération.

« En même temps que cet accident local très-fâcheux se manifestait, l'état général commençait à s'aggraver, et la famille justement inquiète provoqua une consultation qui eut lieu le 23 avril; voici quel était l'état du malade à cette époque :

« Toutes les articulations étaient libres, la fièvre était modérée, le pouls peu fréquent, mais vibrant, la chaleur de la peau était bonne, le délire avait disparu et il y avait un peu de sommeil. L'appareil respiratoire n'offrait absolument rien d'anormal, les plèvres étaient intactes. Le cœur fut exploré très-attentivement; le jeu des valvules était parfaitement régulier, l'affection rhumatismale ne l'avait nullement attaqué.

« Le diagnostic de la phlébite fut admis sur les signes que je viens de décrire; et il nous parut rationel et conforme à la nature du rhumatisme qui a pour siége le système séreux. Cette phlébite nous apparut comme la manifestation locale d'un rhumatisme qui avait toujours eu, dans sa marche, quelque chose d'anormal. Et, bien que la phlébite rhumatismale soit extrêmement rare, il ne nous parut pas possible de reconnaître une autre nature à celle que nous observions et que nous ne pouvions rapporter à aucune autre cause, le malade n'ayant été atteint d'aucune blessure de la veine, d'aucune contusion, etc.

« On pourrait peut-être objecter que l'état général du malade commençait à s'altérer, et que, pour ce motif, il serait possible de rapprocher sa phlébite de celle qui se manifeste à la période ultime des cachexies. Mais l'état du malade ne justifiait pas ce rapprochement, sa face présentait encore une bonne couleur, et le corps tout entier était bien loin d'offrir cette maigreur excessive et cette décoloration des tissus qui sont le cachet des maladies chroniques incurables. Lors même que l'on accorderait que cette opinion est peut-être soutenable, la phlébite, dans ce cas, n'en demeure pas moins liée au rhumatisme, et ce mode de terminaison, cet accident dans le cours de la maladie, ne mérite pas moins d'être pris en considération.

« Pour le pronostic, en raison surtout de la nature rhumatismale de l'affection, nous n'éprouvions pas la crainte de voir se développer une infection purulente. Naguère encore ce redoutable accident était regardé comme la seule terminaison funeste de la phlébite, non pas seulement de la phlébite traumatique, mais encore de la phlébite spontanée ainsi que le témoignent ces phrases que je lis dans le *Traité de pathologie interne* de M. Grisolle (pages 404 et 405, édit. 1846). « Dans « toute phlébite il peut y avoir infection du sang par le pus « qui est sécrété dans la veine. C'est toujours par l'infection du « sang, et par les lésions qui en sont la suite, que la phlébite « amène la mort des malades. » Avant les travaux modernes sur l'embolie, les cas de mort subite, d'ailleurs assez rares dans la phlébite, demeuraient inexpliqués, mais ces nouvelles notions devaient nous faire craindre un autre accident que l'infection purulente, c'est-à-dire la *mort subite par embolie*.

« Comme signes d'une aggravation dans l'état général, nous avions à noter le découragement qui avait suivi cette rechute et les accidents dont elle était accompagnée, l'épuisement des forces produit par la longueur de cette grave maladie qui était au soixante-neuvième jour, un hoquet très-fatiguant, la perte de l'appétit et l'altération du sang qui était attestée par deux signes non équivoques : 1° une stomatite aphteuse qui couvrait la langue, les parois buccales et le pharynx d'une sécrétion pseudo-membraneuse, d'apparence caséeuse et qui causait au malade une gêne très-pénible; 2° une escharre commençante au sacrum.

« Le traitement adopté fut celui-ci : température à 18°, flanelle sur toutes les articulations, potion gommeuse avec extrait mou de quinquina, 3 grammes; — et localement : injections à grande eau dans la bouche; toucher les surfaces diphthéritiques avec une solution d'azotate d'argent au dixième, et des cataplasmes sur la cuisse et sur la jambe.

« Ceci se passait le 23 avril. A dater de ce jour, une amélioration se manifesta. Le 25, l'appétit se prononça; le 28, disparition du hoquet.

« Le 2 mai, la bouche et le pharynx sont entièrement débarrassés des fausses membranes qui cessent de se reproduire; seulement, le malade avale difficilement les liquides.

« Le 23 mai, 79e jour, face bonne, calme, tête reposée, respiration et cœur à l'état normal, pouls peu fréquent; la cuisse droite n'est plus enflée, elle est souple, non douloureuse, même sur le trajet de la veine saphène interne; le pouls est encore œdématié; l'appétit est satisfaisant. L'état du malade est donc assez bon en apparence, mais nous sommes à la période de résolution où les caillots peuvent se détacher; je recommande les précautions les plus minutieuses : pas d'émotions, le silence, éviter tout déplacement, tout mouvement brusque, etc., quand tout à coup, après avoir déjeuné, le malade se plaint d'avoir un mal d'estomac, penche la tête et meurt.

« Les deux malades que M. Empis a observés, ajoute M. Fleury, ont été plus heureux que le nôtre, ils ont guéri par l'oblitération de la veine saphène et avec l'œdème qui en est la conséquence. M. Empis paraît peu satisfait de ce résultat, et ne sachant si les veines oblitérées redeviendront perméables après un certain temps, il se demande : « Le traitement de cette es- « pèce de phlébite a-t-il été chez ces malades tout ce qu'il de- « vait être? J'en doute en voyant la durée de la maladie et la « persistance de l'oblitération des vaisseaux. » Je crois, au contraire, que ces malades ont de quoi se féliciter. Pour moi, bien que je puisse invoquer l'adage : *Rara non sunt artis*, cependant je suis aux regrets d'avoir cédé au désir de favoriser, par des applications émollientes, la résolution de l'inflammation, la fonte des caillots et le rétablissement du calibre de la veine; et, en réfléchissant sur ce cas malheureux, je me suis promis de chercher, en pareille occasion, à provoquer, au contraire, *l'adhésion des parois de la veine* de manière à en obtenir l'oblitération, soit que cette indication doive être remplie par un appareil spécial, soit qu'elle doive l'être par la compression digitale permanente. Je chercherais au moins, par cette compression, à effacer le calibre du vaisseau suffisamment, pour empêcher la migration des caillots vers le cœur. »

Malgré l'absence d'autopsie, nous pensons que notre confrère était très-justement fondé à attribuer, dans ce cas, la mort à une embolie, et nous ne pouvons que souscrire aux judicieuses réflexions que ce fait lui inspire.

Cercle morbide des maladies du cœur.

Nous nous sommes engagé, dans la dernière Revue, à mettre sous les yeux de nos lecteurs le tableau de l'évolution d'une

maladie du cœur, en général, tracé par M. Peter comme annexe à sa première leçon clinique. A raison des difficultés typographiques qui ne nous permettraient pas de reproduire ici la figure imaginée par M. Peter, et qui représente tout le développement de la série des phénomènes morbides d'une maladie du cœur, depuis son point de départ jusqu'à son point de terminaison, disposé en rayons autour d'un cercle central, nous nous bornerons à les inscrire simplement à la suite les uns des autres, dans leur ordre de succession et de subordination naturelle.

POINT DE DÉPART :

Lésion orique ou valvulaire.

Ire PHASE. — *Physique.*

Troubles de la circulation :
Commencement de la perte de l'élasticité vasculaire;
Tendance aux congestions.

IIe PHASE. — *Chimique.*

Troubles de l'hématose par lésions pulmonaires;
Anoxémie;
Tendance aux hydropisies;
Commencement de la perte de la contractilité vasculaire.

IIIe PHASE. — *Dynamique.*

Troubles de l'hématopoïèse par lésions viscérales multiples :
1° Foie, rate, ganglions vasculaires (Organes de destruction ou de fabrication des globules);
2° Reins (Organes de dépuration);
3° Tube digestif (Organe de digestion, d'absorption, d'assimilation).

Troubles de la circulation :

1° D'absorption. A { Système lymphatique.
B { Système veineux général.
C { Système veineux porte.

2° D'hématose..... { Artères / Veines } pulmonaires.

3° De nutrition.... { Système aortique. / Vaisseaux capillaires.

Anhématie, acholie, anurie, dyspepsie.

IVe PHASE. — *Terminale.*

Cachexie par malnutrition :
Dégénérescence de tous les organes (par dégénérescence graisseuse ou phlegmasie atrophiante), et en particulier :
1° Dégénérescence athéromateuse des vaisseaux, d'où diminution de leur force adjuvante;
2° Dégenérescence granuleuse des muscles de la vie de relation;
3° Dégénérescence granuleuse du cœur;
Et alors : Asthénie cardio-vasculaire.
Dernier terme : Asynergie générale.

POINT DE TERMINAISON.

CLINIQUE DE VALS. — M. CLERMONT (de Lyon).

SOURCE LA *DOMINIQUE* (SULFO-FERRO-ARSENICALE).

I

Bien que la station de Vals soit la plus riche en eaux bicarbonatées sodiques que l'on connaisse; bien que les nombreuses sources de ce genre y forment une échelle thérapeutique ascendante s'élevant, pour le bicarbonate de soude seul, d'un gramme et demi (*Saint-Jean*) à 7 grammes 0,25 (*Magdeleine*) par litre, ce fait, quelque important qu'il soit, ne suffirait pas pour expliquer la faveur que le corps médical montre de plus en plus, chaque année, pour la célèbre station minérale de l'Ardèche.

Une source d'eau bien différente des sodiques et que nous appelons sulfo-ferro-arsenicale, car elle contient, parmi ses agents de minéralisation, de l'acide sulfurique, des phosphate et arseniate de fer, l'eau de la source *Dominique*, en un mot, peut revendiquer plus d'un tiers des succès éclatants qu'offre annuellement la clinique de Vals.

Si les médecins de notre station ont toujours considéré comme un devoir de faire connaître à leurs confrères les propriétés d'une eau aussi efficace dans un grand nombre de maladies, et s'ils n'ont point failli à ce devoir, celui-ci grandit, quant à nous, en voyant ce qui se passe à Vals chaque année pendant la saison des eaux, et notamment ce qui s'y est passé en 1868, alors que sur 3,500 malades environ, 2,000 au moins ont été dirigés par nos confrères et nous sur la source *Dominique*.

Un autre fait mérite d'être noté : la plupart des malades mis à l'usage des eaux sodiques manifestent avec insistance le désir d'être mis au régime de l'eau ferro-arsenicale. Aussi est-on souvent obligé de répondre à leurs demandes réitérées par la promesse de leur en faire prendre dans les derniers jours de leur traitement, et cette idée fixe est si tenace chez eux, que peu s'en vont sans avoir suivi un traitement mixte, savoir : par les eaux sodiques, 15 ou 16 jours; par l'eau de la *Dominique*, 8 ou 10 jours.

Cette préférence bien marquée des clients de Vals pour notre eau sulfo-ferro-arsenicale s'explique aisément, quand on suit jour par jour les effets curatifs de nos différentes sources et que l'on compare la sûreté et la promptitude des guérisons ou des amendements obtenus par chacune d'elles. En effet, les améliorations sont lentes à se manifester par les eaux sodiques, trop souvent même elles sont négatives pour plusieurs sources.

Par l'eau de la source *Dominique*, au contraire, si l'indication d'en faire usage est précise, l'amendement est rapide, la guérison prompte, et souvent, après 12 ou 15 jours de traitement, les malades témoignent, par leurs discours et leur air de satisfaction, le bien-être qu'ils éprouvent. Que l'on ne s'étonne donc pas si 2,000 buveurs au moins sont traités à Vals par l'eau de la *Dominique*, et si déjà plus de 200,000 bouteilles en sont annuellement exportées sur la demande des praticiens les plus sagaces et les plus expérimentés.

Des faits mentionnés ci-dessus, il résulte que notre eau sulfo-ferro-arsenicale prime sur nos eaux sodiques au point de vue thérapeutique, qu'elle est un des plus précieux éléments de succès pour notre station, et qu'elle ne doit pas être mise en oubli, quand on compare les avantages d'une cure faite à Vals avec celles qu'on peut faire partout ailleurs.

S'il n'est pas toujours permis de conclure aux propriétés curatives d'un médicament par la connaissance de ses effets physiologiques sur l'économie animale, il est néanmoins d'un usage fréquent de prescrire aux malades les remèdes en raison de leur action vraie ou supposée sur le jeu des fonctions. C'est ainsi qu'un empirisme peu raisonné, mais qui a cours dans la pratique, a fixé peu à peu, depuis deux siècles environ, l'attention des médecins de Vals sur l'eau de la *Dominique*, bien avant même qu'elle eût été soumise à l'analyse chimique. Dans le principe, on la jugeait tonique et reconstituante, parce qu'elle a le goût atramentaire ou ferrugineux, et que ses dépôts ont la couleur des oxydes martiaux. On n'en douta plus lorsque des malades très-débilités en eurent éprouvé une modification favorable dans leurs forces. Bientôt encore on la considéra comme un excellent fébrifuge, après quelques essais heureux. Enfin plus tard, lorsque l'analyse chimique eût décélé dans l'eau de la source *Dominique*, une proportion relativement considérable d'arséniate de fer, on comprit pourquoi elle était anti-périodique, pourquoi aussi elle agissait comme sédative du système nerveux, et on pensa avec raison qu'elle pouvait être très-utile dans les affections cutanées, dans celles notamment où l'arsenic et le soufre sont appelés à jouer un rôle principal comme moyen curatif.

En résumé, par l'empirisme d'abord, par l'expérience ensuite, l'eau de la source *Dominique* avait été reconnue comme tonique, reconstituante et anti-périodique; plus tard, les résultats de l'analyse chimique, tout en venant donner la clef de ces effets bien constatés, permirent de préjuger d'avance son action sédative et anti-herpétique. Enfin, de nombreuses observations cliniques sont venues confirmer toutes ces données du hasard et du raisonnement, de telle sorte qu'aujourd'hui l'eau de la source *Dominique* est considérée non-seulement par les médecins de Vals, mais aussi par la grande majorité des praticiens, comme un puissant remède contre les chloroses et les anémies, les infections palustres rebelles au quinine, les états morbides divers dus à une prédominance lymphatique, et enfin les dermatoses qui ne sont pas les conséquences éloignées de l'arthrite ou du rhumatisme.

Le cadre nosologique justiciable de l'eau de la *Dominique* est, comme on le voit, assez considérable pour expliquer tout l'intérêt que les médecins et les malades portent depuis quelques années à cette source précieuse et déjà si renommée. Ce cadre comprenant un aussi grand nombre d'affections, reliées entre elles par un caractère commun : l'*ataxie sanguine*, offrirait amplement matière à de nombreux entretiens cliniques; mais, ayant à faire connaître quelques observations relatives à nos eaux sodiques, nous nous bornerons à signaler, pour cette année, l'utile intervention de l'eau de la *Dominique* dans le traitement de fièvres intermittentes, pour lesquelles on avait inutilement usé jusqu'à saturation et même abusé des préparations quiniques.

Le premier exemple de fièvre intermittente rebelle aux moyens ordinaires, mais ayant cédé à l'eau de la *Dominique*, et dont nous entretiendrons le lecteur, nous a été fourni par un malade que nous avait adressé M. le docteur Léonce Ménard de Lunel (Gard). Au sujet de ce malade, notre honorable confrère nous écrivait :

« ..... J'envoie à Vals et vous recommande mon client et ami, M. V... Il est atteint, depuis un an environ, de fièvre intermittente rebelle, ayant revêtu successivement tous les types et présentant actuellement le type quarte... Nous avons employé presque toutes les médications usuelles : quinine, acide arsenieux, hydrothérapie, etc. »

Fièvre quarte.

OBSERVATION I. — M. V..., âgé de 28 ans, bien constitué, d'un tempérament sec et nerveux, a souvent chassé dans les pays marécageux situés entre Lunel et Aigues-Mortes. Il y a onze mois, qu'il y a été pris d'une fièvre intermittente quarte, qui a résisté aux traitements les plus méthodiques : le quinquina d'abord, puis l'acide arsénieux; l'hydrothérapie n'a pas mieux réussi, et en dernier lieu son habile médecin crut devoir revenir au sulfate de quinine, et lui en administra journellement 1 gramme pendant douze jours. Sous l'influence de cette dernière médication, les accès semblaient s'éloigner un peu : ils manquèrent même pendant quinze jours; mais ils reparurent, et le malade vint à Vals, le 18 juillet.

Il paraît un peu anémique; la peau est jaune bistre; la langue est blanche; hors des accès, le pouls est bon. La digestion est laborieuse et l'estomac devient douloureux dans la stade de chaleur. Le frisson manque quelquefois à l'accès, lequel, néanmoins, met toujours le malade dans un malaise indéfinissable. N'oublions pas de noter que la rate se présente dans l'hypocondre gauche comme une tumeur saillante, ayant 12 centimètres de haut en bas et 7 centimètres dans sa plus grande largeur.

Immédiatement, le malade est mis à l'usage interne de l'eau de la *Dominique* : deux verrées, matin et soir, et une verrée à chaque repas; nous lui faisons prendre un bain alcalin les jours apyrétiques. Après quinze jours de ce traitement, pendant lesquels nous avons augmenté la dose de l'eau de la *Dominique* de deux verrées, de manière à en faire prendre huit par jour, la rate avait repris son volume normal; l'appétit et la digestion étaient excellents; les accès fibriles avaient disparu. Le malade éprouvait cependant, de temps à autre, du malaise et du froid dans le dos; ce qui nous engagea à lui faire continuer quinze jours encore l'eau de la *Dominique* en boisson. Le malade est parti guéri.

On peut juger par ce fait que l'arsenic n'est pas le seul agent médicamenteux de la *Dominique* qui agisse contre les fièvres intermittentes, puisque l'acide arsenieux seul avait préalablement échoué. Dans un médicament complexe, les éléments les plus indispensables réussissent, à condition que les éléments adjuvants ne leur feront pas défaut et feront tomber la balance, qu'on nous pardonne cette métaphore, du côté de la guérison. C'est ce qui explique les formules compliquées des anciens, et ce qui donne la clef des insuccès d'une thérapeutique nue, qu'une tendance générale voudrait faire prévaloir aujourd'hui. Mais pour ne pas nous égarer dans une question de laquelle on peut dire : *Adhuc sub judice lis est*, nous remettons à un prochain article la continuation de nos études sur les eaux de Vals.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 23 novembre 1868. — Présidence de M. HEMEY.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et approuvé.

M. RIGAL lit une observation sous le titre : *Rhumatisme aigu à déterminations successives et multiples, ayant porté son action sur un grand nombre de tissus et d'organes divers, et terminé par la guérison après une durée de cinq semaines.*

(Voir notre numéro du 14 janvier dernier).

DISCUSSION.

M. BLACHE. Dans l'observation de M. Rigal, la péricardite semble s'être développée consécutivement aux accidents articulaires. N'y avait-il rien du côté du cœur dès le début de la maladie?

M. RIGAL. L'apparition de la péricardite a coïncidé avec la cessation des accidents articulaires; jusqu'à ce moment, l'examen du cœur ne m'avait jamais rien révélé d'anormal.

M. HEMEY. Je demanderai à M. Rigal s'il a fait un examen des urines, lorsqu'il a constaté des troubles gastro-intestinaux. Pour juger la nature de ces accidents, cet examen eût été très-utile. Les urines contenaient-elles de la matière colorante de la bile?

M. RIGAL. Je n'ai pas examiné les urines; cela eût été pourtant fort utile, en effet. Mais les accidents gastro-intestinaux ont duré fort peu de temps, 36 heures. De plus, dans la pratique de la ville, il est souvent fort difficile de faire un pareil examen. D'ailleurs, les urines ne devaient pas contenir de matière colorante; je n'ai jamais observé la moindre teinte ictérique chez mon malade.

M. HEMEY. Je pense que le sulfate de quinine a été administré dans ce cas à trop hautes doses et pendant un temps trop long; je ne serais pas éloigné de rattacher tous les accidents successifs qu'a présentés le malade de M. Rigal, à l'administration de ce médicament. Pour moi, et d'après ce que j'ai pu observer jusqu'à ce jour dans le rhumatisme, le sulfate de quinine, donné à doses élevées et pendant un temps assez long, ne produit jamais de résultats heureux.

M. RIGAL. Dans mon observation, le sulfate de quinine n'a pas été continué longtemps et son administration a été suspendue à plusieurs reprises. Dès lors, il me paraît impossible de rattacher tous les phénomènes qu'a présentés mon malade à l'absorption du sulfate de quinine, puisque ce médicament n'a pas été donné pendant tout le cours de la maladie. D'autre part, j'ai vu autrefois, dans le service de M. Bouley, donner le sulfate de quinine à bien plus fortes doses, et je n'ai vu aucun inconvénient de cette pratique. M. Bouley donnait le sulfate de quinine, dans le rhumatisme aigu, à fortes doses pendant trois à quatre jours. Quand les douleurs cessaient, il suspendait le traitement pour le reprendre si les douleurs revenaient.

M. MEURIOT. Ce que vient de nous dire M. Rigal de la pratique de M. Bouley, prouve bien que ce dernier était d'accord avec les observateurs qui admettent que le sulfate de quinine doit être regardé comme un excellent moyen pour diminuer les douleurs qu'occasionne le rhumatisme aigu, mais qu'il ne saurait en aucune façon être considéré comme un spécifique de cette maladie. Pourtant, cette manière de voir semblerait être aujourd'hui celle de certains médecins qui donnent le sulfate de quinine pendant tout le cours du rhumatisme, même lorsque les douleurs ont cessé. En effet, cette pratique peut avoir des inconvénients, mais nous sommes loin de croire qu'elle soit maintenant celle de la majorité des médecins.

M. Hemey. J'ai vu cependant beaucoup de médecins suivre cette pratique; je crois qu'elle est mauvaise; c'est pourquoi je signalais tout à l'heure les inconvénients qu'elle me paraissait avoir.

M. Bordier. M. Hemey me paraît regarder le sulfate de quinine comme capable de déterminer toute sorte d'accidents, lorsqu'il est administré à fortes doses et longtemps continué dans le rhumatisme. Nous savons que ce médicament a été accusé par quelques auteurs de produire le rhumatisme cérébral. Mais on n'a pas encore, jusqu'à ce jour, mis sur le compte du sulfate de quinine le développement d'autres accidents viscéraux dans le cours d'un rhumatisme.

M. Hemey. J'ai vu, dans des cas de rhumatisme aigu traités par le sulfate de quinine, se développer des endocardites ulcéreuses et bien d'autres accidents très-graves, et je ne suis pas éloigné de croire que ce médicament est pour quelque chose dans l'explosion de tous les accidents.

M. Meuriot. Je suis surpris d'entendre dire à M. Hemey que l'administration du sulfate de quinine peut donner naissance à des endocardites ulcéreuses. Dans les observations de cette maladie qui existent dans la science, il en est beaucoup, cependant, dans lesquelles le sulfate de quinine n'avait jamais été donné. De plus, il paraît résulter de la pratique de tous les jours que ce médicament n'offre nullement les dangers que lui attribue M. Hemey.

M. Hemey. Je ne veux pas accuser le sulfate de quinine de déterminer plus spécialement tel accident plutôt qu'un autre; je ne veux rien spécifier. Je dis seulement que, jusqu'à plus ample informé, je le regarde comme un médicament dangereux dans le rhumatisme.

M. Rathery, interne des hôpitaux, lit, à l'appui de sa candidature, une observation d'érythème solaire accompagné de délire alcoolique. (M. Thierry est chargé d'un rapport.)

M. Thierry lit un rapport sur la candidature de M. Bousseau.

M. Bousseau, interne des hôpitaux, est inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

Le Secrétaire, Meuriot.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1868. — Présidence de M. Legouest (1).

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

M. Léon Lefort présente un appareil à extension permanente pour les fractures de la cuisse.

L'extension permanente dans les fractures de la cuisse a été assez généralement abandonnée en France, bien qu'elle eût été employée comme traitement habituel pendant la première moitié de ce siècle. Ce revirement dans les idées n'est pas dû, comme on pourrait le croire, à ce que la simple contention, mieux dirigée, donne aujourd'hui des résultats satisfaisants; il n'est pas de chirurgien, ayant un peu de pratique, qui ne sache avec quelle difficulté on arrive à prévenir un raccourcissement notable, et l'on peut dire que toute fracture du corps du fémur laisse après sa consolidation un certain degré de raccourcissement.

Ce qui a fait abandonner l'extension permanente, c'est que les appareils de Desault, de Boyer et ceux construits sur les mêmes données ne remplissent pas le but qu'ils semblent devoir atteindre. La contre-extension, faite au moyen d'une bande, d'un sous-cuisse passé en écharpe dans le pli génito-crural, prenant son point d'appui sur l'ischion et sur l'attelle extrême ou même sur une ceinture, est tout à fait illusoire; et c'est faute de pouvoir l'appliquer d'une manière convenable que les chirurgiens français ont renoncé à l'extension permanente.

L'appareil dont nous donnons le dessin est destiné à permettre



l'emploi de cette méthode thérapeutique. Il se compose des parties suivantes : une ceinture de cuir, renforcée par un arc métallique et formée de deux valves séparables en avant et en arrière, peut être plus ou moins élargie, suivant qu'on a affaire à un individu plus ou moins fortement chargé d'embonpoint. Ces deux valves glissent sur une lame horizontale, qui sert en même temps de plan de sustentation et pare à l'affaissement inégal des matelas; elle peut aussi servir à soulever le malade, lorsqu'il est besoin de placer sous le siége un vase ou des alèzes. Cette ceinture, doublée d'un coussin matelassé, s'applique exactement sur les saillies et les dépressions du bassin, et donne déjà un point d'appui à la contre-extension. Mais les deux principaux points d'appui sont pris sur l'ischion et, si besoin est, dans l'aisselle.

Le point d'appui ischiatique est pris au moyen d'un arc métallique disposé de manière à s'appliquer sur l'ischion par une face et non par un bord tranchant. Cette pièce, fixée au côté interne de la gouttière, est mobile au niveau de sa jonction avec la tige qui la supporte, au moyen d'une double articulation, et peut ainsi suivre, sans quitter l'ischion, tous les mouvements qu'on imprime au membre. La pression qu'elle exerce sur l'ischion peut être augmentée ou diminuée au moyen de la crémaillère que porte la tige.

Le point d'appui axillaire est pris au moyen de deux béquillons, dont on augmente à volonté la longueur et qui peuvent être facilement enlevés.

La gouttière métallique, sur laquelle repose le membre, se rattache à la ceinture au moyen d'une articulation à noix, ce qui permet tous les mouvements.

Un serre-frises, en frein d'écrou, serré au moyen de deux vis, immobilise cette articulation dans la position que lui a donnée le chirurgien.

L'extension peut être faite de plusieurs manières. Si on veut prendre point d'appui sur le mollet, la jambe étant fléchie sur la cuisse, il suffit d'agir au moyen d'une clé sur la crémaillère dont sont munis les bords de la gouttière, pour allonger la partie crurale de l'appareil. Si l'on veut prendre point d'appui sur la jambe et le pied, ou laisse le membre dans la rectitude et l'on allonge, soit la partie crurale, au moyen des crémaillères, soit la partie jambière, au moyen d'une vis placée sous l'appareil.

On peut aussi prendre son point d'appui sur le fémur lui-même et sur le fémur seul; il suffit alors de dévisser les deux écrous mobiles qui existent au niveau du genou, pour supprimer toute la partie inférieure de l'appareil.

Pour appliquer les liens extenseurs, il n'est pas besoin d'exercer de compression au-dessus des condyles du fémur avec un bracelet fortement serré. Il est un moyen très-simple et trop peu connu d'obtenir ce résultat.

On coupe des bandelettes de diachylon, ayant environ deux fois la longueur de la cuisse du malade. Prenant successivement chacune des bandelettes, on en applique une des extrémités sur la face antérieure de la cuisse, vers la racine du membre au niveau, par exemple, de l'épine iliaque; on la mène obliquement en bas, en suivant le trajet du couturier, jusqu'à ce qu'on soit arrivé au niveau de la tubérosité interne du fémur; là, on la replie sur elle-même et on la ramène en haut, sur la face postérieure de la cuisse, jusque vers l'ischion. A côté de cette bandelette, on en applique une autre, en ayant soin de la faire arriver en bas, au même point que la précédente. En opérant ainsi des deux côtés et entourant la cuisse de quelques bandelettes circulaires non serrées, on a, au niveau du genou, deux anses latérales solides, dans lesquelles on passe un lien que l'on fixe aux anneaux qui terminent en bas les tiges latérales de la gouttière crurale. Nous avons eu plusieurs fois recours à ce mode d'application des liens extenseurs, et nous pouvons affirmer que loin de glisser, ils résistent à des tractions de plus de 100 kilogrammes; forcé, il est inutile de le dire, qu'on n'aura jamais à employer dans les cas où on exerce l'extension permanente.

Ajoutons qu'il suffit de dévisser l'écrou qui porte l'articulation de la ceinture avec la gouttière et de changer de côté les tiges à crémaillères pour rendre l'appareil applicable à droite et à gauche.

Comme tous ceux analogues, cet appareil a l'inconvénient de ne pouvoir être fabriqué extemporanément; mais on peut, sur le même principe, construire partout et très-simplement un appareil qui remplira, à peu près, les indications. Il n'est besoin, pour cela, que d'une béquille, d'une attelle, d'un morceau de bois et de quelques clous. On coupe une béquille ou un manche à balais, auquel on adapte un béquillon, de manière à ce que sa longueur dépasse de 20 à 30 centimètres la distance de l'aisselle à la plante du pied. On cloue à son extrémité inférieure une planchette, de 20 centimètres de longueur, dans le milieu de laquelle on perce deux trous, et dans cette planche, on fixe l'attelle interne qui, par son extrémité supérieure échancrée et bien rembourrée, doit appuyer sur l'ischion. Des bandelettes de diachylon, appliquées le long de la jambe et se repliant sous le pied, où elles forment une anse, servent à laisser passer une corde, qu'on engage dans les deux trous de l'étrier et qu'on noue solidement. Un bâton, passé dans cette anse de corde, fait office de garrot et donne le moyen de pratiquer, avec autant de force qu'on le desire, l'extension permanente. Nous avons pu, il y a quelques années, avec un appareil si simple, guérir, par une énergique extension, une pseudarthrose du fémur.

La chirurgie américaine est, depuis longtemps, revenue à l'emploi de la méthode d'extension dans les fractures de la cuisse; mais les appareils de Gross, Gilbert, Hodge, Buck et Swinburne ne nous ont pas paru remplir toutes les indications que nécessite le traitement des fractures obliques du fémur; c'est ce qui nous a amené à faire construire, par M. Guillot, qui a très-bien compris nos indications, l'appareil dont nous donnons le dessin.

M. Desprès. En observant l'appareil qui nous a été présenté par M. Lefort, je ne change pas l'opinion que j'ai manifestée dans la dernière séance. L'appareil que je vois ici, par son cuissard et sa jambière ressemble à beaucoup d'autres appareils. Il y a une ceinture au niveau du bassin et un point d'appui sur les aisselles. Cette modification est celle qui distingue l'appareil dit américain, que j'ai vu appliquer dans le service de M. Nélaton. Cet appareil est en effet constitué par une longue attelle, qui dépasse le pied en bas et qui en haut est pourvue de deux ceintures bouclées : une qui entoure le bassin, une qui entoure le thorax.

Je ferai deux reproches à l'appareil de M. Lefort, comme à tous les autres : c'est d'avoir des proportions convenables seulement pour les individus de même taille ou à peu près. L'extension est faite à l'aide de cercles de bandages roulés qui, pour ne pas se relâcher, doivent être très-serrés, trop serrés; et vous en comprenez la conséquence. C'est ce qui a été évité dans cet appareil americain, qui est une simple modification de l'attelle de Boyer. On emploie des bandes de diachylon collées sur la peau, depuis la fracture jusqu'au pied, sans exercer de contraction circulaire. Ainsi l'on évite les effets de la constriction sur les points où des tractions sont faites d'une manière continue.

Je ne veux pas insister. J'accuse en passant ces appareils de promettre beaucoup plus qu'ils ne tiennent.

ÉLECTIONS.

La Société procède aux élections pour le renouvellement du bureau et la nomination de diverses commissions pour l'exercice 1869.

Sont nommés :

Président : M. Verneuil.

Vice-président : M. Alphonse Guérin.

Secrétaires : MM. Lefort, Panas.

Bibliothécaire-archiviste : M. Liégeois.

Trésorier : Cruveilhier fils.

Comité de publication : MM. Broca, Blot, Lefort.

Commission des congés : MM. Houel, Boinet, Tarnier.

LECTURE.

M. Bailly lit une note sur une observation *de dystocie causée par une hyperthrophie du segment inférieur de la matrice chez une femme primipare.*

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Guéniot montre des pièces d'*ostéites suppurées des extrémités diaphysaires des os au décollement des cartilages épiphysaires chez un enfant nouveau-né.*

M. Léon Lefort montre à la Société une tumeur cornée que M. Colson, de Noyon, membre correspondant, a enlevé de la paupière supérieure d'un homme de 50 ans. M. Colson joint à cette pièce la note suivante :

Il y a environ quinze jours qu'un paysan d'environ 50 ans, d'une bonne constitution, du village de Mondescourt, entra à l'Hôtel-Dieu de Noyon, pour s'y faire opérer d'une petite tumeur située au milieu de la paupière supérieure gauche et me paraissant adhérer au cartilage tarse. Je me proposais d'abord de l'enlever en coupant la paupière supérieure, à droite et à gauche de la tumeur, par une incision en N, comme pour l'opération du cancer de la lèvre, et de réunir la plaie par la suture entortillée; mais avant de commencer l'opération, je crus m'apercevoir que je pourrais disséquer la tumeur à sa base et la détacher du cartilage tarse sans plus. Cela réduisait l'opération à une simple dissection, et c'est là l'opération que je fis, en respectant le cartilage. Il en résulta une simple plaie ovalaire, que j'abandonnai à elle-même. Elle se recouvrit d'une croûte qui tarda à se détacher, et comme le malade voulait quitter l'hôpital avant sa cicatrisation complète, je fis tomber la croûte avec un cataplasme de fromage mou, et je la cautérisai avec le nitrate d'argent, le 19 et jour du départ du malade. Je lui recommandai de venir me voir au bout de huit jours, et j'ai la confiance qu'alors la plaie sera cicatrisée.

C'est la seconde fois depuis vingt et un ans que je pratique cette petite opération. La première fois, c'était chez un marinier du village de Pont-l'Évêque, qui portait une petite tumeur cornée semblable à celle que j'ai envoyée et située également sur la paupière supérieure. L'opération et ses suites furent les mêmes qu'ici. Le malade a bien guéri.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Dr Léon Labbé.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, *directeur de la* Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le directeur,

L'arrêté du préfet de la Seine prescrivant que la constatation des naissances sera faite à domicile à dater du 1er janvier 1869, n'est que la mise à exécution des vœux plusieurs fois exprimés par l'Académie de médecine. Cette mesure n'est aussi qu'un pas dans la voie de l'hygiène des nouveau-nés, ainsi que le prouvent les faits suivants.

Le 8 janvier, je mets au monde une petite fille de la plus belle venue, pesant, langée, 4,500 grammes. Tout se passe bien jusqu'au lendemain soir, où on la porte, par un temps brumeux, dans une église fraîche et humide ayant façade au nord. L'enfant, baptisée avec de l'eau froide, est ramenée chez ses parents un peu moins bien qu'elle n'était partie et ayant de l'oppression. Néanmoins elle prend bien le sein, et la nourrice l'emporte à la campagne avec toutes les précautions voulues, partie en chemin de fer, partie en voiture particulière. Le lendemain on vient annoncer aux parents la mort de leur petite fille. Il résulte de l'enquête que l'oppression a augmenté dans la nuit, que l'enfant n'a plus poussé de cris et qu'elle est morte ainsi malgré tous les soins. Il est plus que probable que le germe de la maladie a été puisé à l'église.

Quelque temps auparavant, dans la même église, un autre enfant avait été pris de fatigue subite pendant son baptême : horripilations, pâleur, puis lèvres cyanosées. Grâce à des soins empressés, on avait pu faire cesser cet état, qui avait donné des inquiétudes sérieuses.

Je cite ces faits récents dans ma mémoire; leurs semblables doivent certainement n'être pas rares. Ne serait-il donc pas à désirer, qu'au moins pendant toute la mauvaise saison, les enfants puissent être baptisés, soit à domicile, soit au moins dans une sacristie qui ait toujours une température convenable.

En effet, si on a reconnu qu'il y avait de graves inconvénients dans le transport des nouveau-nés de leur domicile à la mairie, où ils sont cependant reçus dans un local bien chauffé et où ils ne résident que quelques minutes; à combien plus forte raison ces dangers existent ils lorsqu'on les transporte dans des églises de campagne plus ou moins éloignées, ou dans des églises de ville souvent froides et humides. Notons encore que les enfants doivent y séjourner un temps assez long en attendant le prêtre quelquefois empêché, et qu'on n'a pas toujours la précaution de se servir d'eau chaude pour le baptême.

(1) Fin. — Voir notre numéro du 16 janvier dernier.

Sans aucun doute, il y a quelque chose à faire sous ce rapport. Aux médecins de signaler le danger, à qui de droit d'aviser et de rechercher les moyens qui puissent faire concorder l'hygiène des enfants avec la discipline de l'Église.

Dr RIMAUD (de Saint-Étienne).

P. S. Dans notre ville de près de 100,000 âmes, on n'exige pas que les enfants soient portés à la mairie, on s'en rapporte au témoignage du père et des deux témoins.

VILLE DE PARIS

Préfecture du département de la Seine

CONSTATATION DES NAISSANCES A DOMICILE

Depuis la mise à exécution des nouvelles mesures relatives à la constatation des naissances à domicile, autorisée à Paris par l'arrêté préfectoral du 29 décembre dernier, il s'est produit sur le sens et l'application des dispositions de l'arrêté des erreurs à l'égard desquelles il importe d'éclairer le public pour en prévenir le retour.

Des parents ont cru pouvoir se borner à adresser par la poste, au maire de leur arrondissement, une demande à l'effet d'obtenir la visite à domicile du médecin de l'état civil.

Cette manière de procéder serait de nature à entraîner de graves inconvénients.

Dans un grand nombre de lettres qui ont été ainsi adressées aux maires, certaines des indications substantielles requises par l'arrêté préfectoral, savoir : les noms, prénoms et domicile des parents, les jour et heure où la naissance a eu lieu, le sexe de l'enfant, avaient été omises; plusieurs ont été envoyées tardivement aux mairies, passé le délai réglementaire des vingt-quatre heures de la naissance. D'autres ont été adressées à des mairies étrangères à l'arrondissement où la naissance a eu lieu, et le renvoi à la destination véritable a occasionné des retards.

Il est nécessaire que le public soit bien averti que les parents qui veulent obtenir la visite du médecin, pour constater une naissance à domicile, doivent présenter ou faire présenter à la mairie de leur arrondissement (*bureau des naissances*) leur demande signée contenant les indications requises. Lorsque les parents se présenteront sans cette demande, l'employé chargé du service remplira, sur leur indication, un imprimé destiné à recevoir leurs déclaration et demande et qui sera signé par eux. Si les parents ne savent pas signer ou sont dans l'impossibilité de le faire, mention sera faite sur l'imprimé qu'ils ne peuvent ou ne savent signer.

Toutes les demandes adressées par la poste aux mairies, pour obtenir des constatations de naissance à domicile, seront considérées comme non avenues, et aucune suite n'y sera donnée.

Après le délai de vingt-quatre heures, à partir du moment de la naissance, les parents ne pourront plus demander la visite du médecin. L'enfant devra être présenté à la mairie comme par le passé.

La constatation à domicile par le médecin de l'état civil tient seulement lieu de la présentation de l'enfant, mais ne dispense pas de l'obligation de la déclaration à la mairie, qui doit toujours y être faite par le père ou, à son défaut, par les personnes désignées, dans l'article 56 du Code Napoléon, avec l'assistance de deux témoins, et dans le délai de trois jours, à compter de la naissance, pour faire rédiger l'acte de l'état civil.

Les parents qui ne désireraient pas profiter de la faculté qui leur est offerte de faire constater à domicile les naissances qu'ils ont à déclarer, ne sont aucunement tenus d'en user; ils restent libres de présenter l'enfant à la mairie, comme par le passé, au moment de la déclaration.

Fait à Paris, le 19 janvier 1869.

Signé : G.-E. HAUSSMANN.

Par le Préfet :
Le Conseiller d'État,
Secrétaire général de la Préfecture,
ALFRED BLANCHE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 15 janvier 1869, M. le docteur A. Riant, professeur d'hygiène, secrétaire de l'Association polytechnique, a été nommé officier d'Académie.

— La Société de médecine légale vient de décider qu'elle procédera prochainement à la nomination de 15 membres correspondants nationaux.

D'après les statuts, le nombre des membres correspondants est fixé à 100, et il ne doit pas y en avoir plus de 7 dans le ressort de la même cour impériale. Le nombre des membres correspondants nationaux nommés jusqu'à présent s'élève à 30. La nouvelle commission qui vient d'être nommée pour faire un rapport sur les titres des candidats est déjà saisie de toutes les demandes adressées jusqu'à ce jour à la Société, soit avant, soit depuis les précédentes élections; elle comprendra dans son rapport toutes les candidatures qui se seront produites avant le 1er mars prochain.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le lundi 25 janvier.

Ordre du jour. — Lectures : Angine érysipélateuse. Propagation aux fosses nasales, à la muqueuse oculaire. Phénomènes de phlegmon orbitaire. Guérison. Par M. Rigal. — Œdème de la glotte survenue dans le cours d'une coqueluche. Trachéotomie. Mort. Autopsie. Par M. Monod. — Rapport de M. Blache sur la candidature de M. Bottentuit. — Election d'un secrétaire général. — Discussion et vote de la rédaction nouvelle du règlement.

— A céder de suite, pour cause de santé, une bonne clientèle dans le département de la Marne.

S'adresser, pour les renseignements, au bureau du journal.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 10. — MARDI 26 JANVIER 1869. 42e ANNÉE. MARDI 26 JANVIER 1869. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : PARIS. — HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE (M. Barthez). Croup; trachéotomie, etc. — Traitement des congestions dans les organes érectiles par les injections hypodermiques de morphine, par M. le docteur Bouloumié. — SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION. — Nouvelles.

Paris, le 25 janvier 1869.

Chaque année nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs un extrait de l'Exposé de la situation de l'Empire. Cette grande revue permet de voir d'un coup d'œil les diverses améliorations ou les changements divers apportés dans les services qui touchent à notre art.

Commençons cette revue par l'Assistance publique :

— A l'Institution impériale des Sourds-Muets de Paris, l'infirmerie a été installée dans des conditions de salubrité plus satisfaisantes. Des mesures importantes ont été également prises au point de vue de l'organisation des classes, de l'enseignement des élèves et du recrutement du personnel enseignant. Un cours public et gratuit d'orthophonie, pour remédier aux inconvénients du bégayement, y a été ouvert, ainsi que des conférences du soir à l'usage des sourds-muets adultes.

Dans l'Institution impériale de Bordeaux, on s'occupe actuellement de l'appropriation intérieure de l'aile droite des bâtiments, qui est complétement achevée. Un vaste préau pour les élèves y a été établi, et l'installation prochaine d'un gymnase permettra de développer et de fortifier la constitution physique des sourdes-muettes.

L'appropriation intérieure des bâtiments de l'Institution impériale des Sourds-Muets de Chambéry est à peu près terminée. Cet établissement, situé à la campagne, dans l'ancien château de Corinthe, compte près de 60 élèves garçons, et se trouve placé dans des conditions de salubrité telles, que pas un de ces élèves n'est entré à l'infirmerie pendant la dernière année scolaire. L'enseignement intellectuel y est en progrès, et la plupart des sourds-muets y sont appliqués à des travaux agricoles et à l'apprentissage des métiers qui s'y rattachent.

L'insuffisance des appareils de chauffage de l'Institution impériale des Jeunes-Aveugles avait été signalée depuis quelques années. Ces appareils et les tuyaux de conduite, dont l'installation remontait à 1840, ont été complétement renouvelés en 1868. L'enseignement des diverses branches de l'art musical et l'accord des pianos continue à donner des résultats excellents dans cette Institution.

Les travaux d'agrandissement entrepris à la Maison impériale de Charenton ont été poursuivis dans la limite des crédits ouverts.

Le logement dit de la Communauté est déjà occupé par des religieuses attachées à l'établissement.

Dans les Asiles impériaux de Vincennes et du Vésinet, les quartiers nouveaux et isolés qui devront recevoir les enfants et les personnes relevant de maladies contagieuses sont sur le point d'être terminés. A l'asile du Vésinet notamment, le quartier des contagieuses est déjà occupé.

Le nombre des convalescents et des convalescentes admis dans ces deux établissements, pendant les onze premiers mois de 1868, a dépassé 17,000.

L'Hospice impérial des Quinze-Vingts a entrepris la construction, sur des terrains lui appartenant, de trois maisons destinées à être louées. Deux de ces maisons sont achevées; la dernière le sera dans les premiers mois de 1869. La situation financière de l'hospice impérial est très-prospère; ses ressources actuelles ont permis d'y créer 110 pensions nouvelles d'aveugles externes à 100 francs, à partir du 1er janvier 1869.

— La médecine gratuite a fonctionné, pendant l'année 1867, dans 50 départements. Les renseignements qui suivent résument les résultats obtenus dans les 47 départements dont les comptes ont été produits en temps utile : Plus de 232,000 individus appartenant aux classes laborieuses des campagnes ont profité des bienfaits de la médecine gratuite; 606,757 visites leur ont été faites par des médecins attachés à ce service, qui ont donné 282,220 consultations. Les ressources fournies par les communes, les établissements de bienfaisance, les départements et l'Etat, se sont élevées à 1,320,527 francs, et les dépenses, comprenant les indemnités aux médecins, les fournitures de médicaments et d'aliments, l'acquisition de mobiliers médicaux, etc., ont atteint la somme de 1,231,861 francs. Le prix moyen du traitement pour chaque indigent malade a été de 5 fr. 31 cent. en 1867. Les soins médicaux sont compris dans ce prix pour 2 fr. 74 cent., les médicaments et aliments pour 2 fr. 51 cent., et les dépenses en mobiliers médicaux et impressions, pour 6 centimes.

Cette institution a continué à rendre en 1868, comme les années précédentes, des services très-appréciés par la classe intéressante des ouvriers agricoles.

— Bien que la loi du 18 juillet 1866 ait enlevé leur caractère obligatoire aux dépenses des Enfants assistés, les conseils généraux n'ont cessé de pourvoir avec la même sollicitude aux besoins de ce service.

En 1866, avant l'application de la loi nouvelle, pour un nombre moyen de 69,780 enfants au-dessous de douze ans, la dépense était évaluée à 6,681,764 francs. En 1869, les prévisions s'élèvent à 6,801,203 francs pour 66,972 enfants.

Ainsi, bien que le nombre des enfants assistés ait diminué de 2,808, le chiffre de la dépense s'est accru d'une somme de 119,439 francs.

Dans un grand nombre de départements, et particulièrement dans ceux où le système des secours temporaires est largement appliqué, le tarif des pensions a été mis en rapport avec les besoins nouveaux de l'existence. Cette amélioration permet à l'Administration départementale de se montrer plus sévère dans le choix des nourrices et plus exigeante pour tout ce qui touche au bien-être de l'enfant.

L'enquête ouverte l'année dernière sur la mortalité des enfants du premier âge s'est poursuivie dans les dix départements qui appelaient particulièrement, à ce point de vue, les investigations de l'autorité. Les résultats détaillés de cette information seront prochainement soumis à l'Empereur. Dès à présent, l'Administration tout en constatant avec un vif regret le chiffre relativement élevé de la mortalité, se croit en mesure de démontrer l'exagération de certains chiffres avancés par des publications récentes, dont s'était émue l'opinion.

VI. *Aliénés*. — Si le nombre des enfants assistés tend à décroître, celui des aliénés traités aux frais des départements et des communes continue à suivre une progression inverse. De 22,351, nombre constaté en 1866, il s'élève actuellement à 24,852 : soit une augmentation de 1,701.

La dépense a naturellement subi une évaluation proportionnelle :

De	8,804,443 fr.	31 c.	
Elle atteindra	9,320,954	71	[1]
Différence en plus.	516,511 fr.	40 c.	

Il convient d'ajouter que la dépense de 9,320,954 fr. 71 c. n'incombe pas complétement au budget départemental ; les communes et les familles y concourront pour 2,661,358 fr. 97 c.

Depuis dix-huit ans, la constitution matérielle des asiles d'aliénés s'est considérablement modifiée. Trente Asiles publics, ou quartiers d'hospice, ont été appropriés, agrandis ou reconstruits en totalité; neuf autres qui répondaient mal à leur destination, ont été supprimés. Presque partout s'est doublé le nombre des places réelles, et néanmoins pour mettre les établissements spéciaux au niveau des besoins actuels, de nouveaux agrandissements, de nouvelles fondations même, sont devenus indispensables.

C'est ainsi, comme l'indiquait le dernier Exposé, que les départements de l'Ardèche, du Pas-de-Calais, du Rhône et de la Seine-Inférieure ont été conduits à voter la création de nouveaux Asiles ou la reconstruction des Asiles existants.

Dans le Rhône et dans la Seine-Inférieure la question a été définitivement résolue, et les travaux seront entrepris au début de la campagne de 1869.

Le nombre des établissements publics ou privés consacrés au traitement de l'aliénation mentale s'élève aujourd'hui à 103, savoir :

Asiles publics	46
Quartiers d'hospices	16
Asiles privés faisant fonctions d'asiles publics	17
Maisons de santé	24
Total	103

Mais les établissements de la dernière catégorie ne recevant que des pensionnaires de familles aisées, il convient de ne pas en tenir compte dans l'énumération des Asiles dont dispose l'assistance départementale ; le nombre de ceux-ci est donc de 79, répartis dans 53 départements.

(1) Le département de la Seine ne figure ni dans ce chiffre de dépense ni dans celui qui s'applique aux enfants assistés.

Le département de la Seine en possède à lui seul 5, dont 2 sont situés sur le territoire de Seine-et-Oise. Cependant il se voit obligé encore de faire traiter au loin près de la moitié de ses malades (2,500 environ).

Pour remédier à l'encombrement persistant de la plupart des Asiles, l'Administration continue, à titre d'essai, le placement de certains aliénés inoffensifs au sein de leur famille ; mais, malgré l'allocation de secours relativement élevés, ces tentatives paraissent demeurer infructueuses. Une expérience plus longue permettra d'en juger définitivement la valeur pratique.

50 départements traitent avec des établissements publics ou privés; le prix moyen de la pension annuelle est, pour ces départements, de 393 fr. 17 c. par malade,

Pour les départements qui possèdent des Asiles publics, la pension ne s'élève qu'à 372 fr. 49 c., chiffre moyen : d'où résulte, en faveur de ces derniers, une différence de 20 fr. 68 c.

Cette différence sera plus considérable encore lorsque tous les Asiles posséderont une exploitation agricole suffisante et lorsque leurs installations seront complétement terminées.

Tels sont les premiers faits que nous glanons dans l'Exposé de la situation de l'Empire. Nous aurons probablement à y revenir.

Dr E. Le Sourd.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BARTHEZ.

CROUP. TRACHÉOTOMIE

Ablation tardive de la canule par spasme de la glotte

(Observation recueillie par M. Sanné, interne des hôpitaux.)

Claire A..., âgée de 5 ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. Barthez, le 26 mai 1868, à 6 heures du soir. Elle est en pleine troisième période du croup, dans un état d'asphyxie avancé; la trachéotomie est pratiquée immédiatement.

Les parents, en amenant l'enfant, ont dit qu'elle toussait depuis un mois, que la toux avait augmenté depuis huit jours, et que depuis deux jours de violents accès de suffocation avaient paru; entre les derniers, l'oppression persistait. Tels sont les seuls renseignements. L'opération s'est faite rapidement et sans accident.

27 mai. L'enfant s'est un peu relevée après l'opération; mais la nuit a été très-agitée, l'oppression est revenue; la canule est restée bruyante, un peu sèche; peu d'expectoration.

Le matin, la malade est oppressée, la canule fait entendre un gargouillement assez intense, quoique l'expectoration soit presque nulle. L'air pénètre facilement dans la poitrine; respiration pure. Peau chaude et moite; pouls fréquent. L'enfant a pris le matin un peu de potage.

A une heure et demie de l'après-midi, l'oppression augmente, la canule s'embarrasse davantage et donne lieu fréquemment à un bruit tantôt sifflant, tantôt claquant, qui indique la présence d'une fausse membrane à l'extrémité postérieure de la canule. Celle-ci est retirée immédiatement. La plaie est en bon état, sauf un peu d'induration des bords; le dilatateur est introduit et provoque la toux, mais rien n'est rejeté par la plaie. La canule est alors remise en place; à ce moment arrive un violent accès de toux pendant lequel l'enfant expulse une large fausse membrane, épaisse, carrée, ayant environ 2 centimètres de côté.

28 mai. La fin de la journée d'hier et la nuit se sont mieux passées. Moins d'agitation, moins d'oppression; de nouvelles fausses membranes ne se sont pas présentées. La fièvre est toujours intense; la peau est moite; la canule est toujours bruyante, mais elle n'est plus sèche et sifflante, elle est pleine, donne lieu au bruit de gargouillement et laisse passer une expectoration muqueuse épaisse et opaque. L'enfant est toujours abattue, pâle, avec une légère teinte plombée. Elle a mangé deux potages. Pas de diarrhée. Les bords de la plaie sont légèrement indurés; tuméfaction molle des téguments du cou dans un rayon assez étendu.

29 mai. L'appétit revient, l'enfant a pu manger un peu de poulet. Le masque est meilleur. Moins de fièvre. La canule est moins bruyante; l'expectoration continue à être de bonne nature.

La plaie offre le même aspect; la canule est fortement noircie.

La gorge, qui, vu l'état alarmant de la malade et la prédominance des accidents laryngés, n'avait pas été examinée encore, ne présente qu'un peu de rougeur.

La muqueuse des joues est plus malade; on rencontre en effet, de chaque côté, une plaque pseudo-membraneuse. Ces fausses membranes existent à la partie inférieure des joues, là où se rencontre d'ordinaire la stomatite ulcéro-membraneuse. Celle de la joue gauche est large comme une pièce de 2 francs, elle est peu saillante, un peu

irrégulière sur ses bords; le tissu voisin est parfaitement sain; il n'y a pas apparence d'ulcération. A gauche, l'exsudat est saillant, jaune, régulier sur ses bords; il a la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Toucher avec l'eau de chaux.

30 mai. L'état général est plus satisfaisant : l'appétit se maintient; pas de diarrhée. La nuit s'est bien passée; pas d'oppression; expectoration de bonne nature; respiration pure. Pas de fièvre. Les bords de la plaie sont un peu indurés; un peu de rougeur et d'induration du pourtour. La canule est toujours noircie. Les plaques de la bouche s'amincissent.

Extrait de quinquina, 2 grammes.

31 mai. Les bords de la plaie sont toujours indurés; quelques petites eschares se montrent sur les parois; l'odeur qui s'en exhale est bien celle de la gangrène; la canule est encore noircie et le larynx est à peine perméable à l'air. D'ailleurs, l'état général est bon, l'enfant mange avec assez d'appétit; elle n'a pas de diarrhée. Les poumons sont parfaitement sains. Les aliments, surtout les boissons, provoquent la toux et sortent par la plaie.

Toucher la plaie avec l'acide phénique.

1er juin. La journée et la nuit se sont très-bien passées. L'enfant n'expulse plus de fausses membranes; son expectoration est toujours de bonne nature. La teinte noire de la canule a disparu en grande partie; l'odeur de la plaie est redevenue naturelle; les parois sont roses, les eschares s'éliminent.

L'air passe assez facilement par le larynx, mais l'enfant ne peut rester sans canule; elle s'agite aussitôt, l'oppression arrive et il faut remettre la canule. La paralysie du pharynx persiste.

Sirop de sulfate de strychnine, une cuillerée à café.

2 juin. La plaie a très-bon aspect, elle bourgeonne activement et montre de la tendance à se rétrécir par sa partie cutanée; la malade n'a pu rester sans canule que quelques instants.

Cet état persiste longtemps; l'état général de l'enfant est excellent; elle est très-gaie, se lève et joue toute la journée; mais la plaie se rétrécit de plus en plus, il faut la cautériser énergiquement chaque jour pour qu'elle ne s'oblitère pas complétement. Quand on ôte la canule et que l'on ferme la plaie, la respiration se fait librement d'abord, puis elle devient gênée au bout de quelques minutes, le tirage se produit, l'inspiration devient sifflante, il faut remettre la canule immédiatement et souvent avec difficulté; la voix est d'ailleurs parfaitement claire dès que la plaie est fermée. L'enfant est très-nerveuse, elle redoute beaucoup de rester sans canule et donne, dès qu'on la lui ôte, les marques de l'agitation et de la crainte la plus vive. La paralysie du pharynx a presque disparu.

Pendant cet état stationnaire, et pour éviter que quelque complication due au séjour à l'hôpital ne vienne atteindre l'enfant, on conseille aux parents de la reprendre à condition de la ramener chaque jour pour le changement de canule et le pansement de la plaie. Elle sort donc le 24 juin.

Le 26 au soir, accès de fièvre intense qui persiste encore le matin. L'enfant reste quelques jours sans reparaître. On la ramène le 1er juillet; pendant son absence et le fort de la fièvre, la cicatrisation s'était arrêtée et la canule n'éprouvait plus le moindre obstacle à l'introduction; mais dès que la fièvre a cessé, la plaie a repris sa tendance à la rétraction.

L'état de la malade n'a pas changé; elle ne peut rester sans canule que pendant quelques minutes, la suffocation arrivant aussitôt malgré les efforts violents d'inspiration.

En examinant la plaie, on aperçoit dans sa profondeur une végétation volumineuse qui pend de l'angle supérieur. Libre par son bord inférieur, ce gros bourgeon a la forme, la mobilité et la moitié du volume de la luette. Pendant l'inspiration, il est entraîné dans la trachée dont il ferme l'ouverture; il ne s'oppose pas, d'ailleurs, à l'introduction de la canule. La voix est distincte et claire.

14 juillet. L'examen du larynx, pratiqué par M. Édouard Fournié, montre que cet organe est parfaitement sain; les cordes vocales sont à l'état normal; aucun corps étranger n'apparaît. L'impression abattue de l'enfant rend l'exploration assez difficile et ne permet pas de s'assurer si les muscles du larynx fonctionnent régulièrement. Les parties situées au-dessous du larynx ne peuvent être éclairées.

15 juillet. La végétation est saisie avec une pince à mors en forme de cuiller et complétement arrachée; un très-léger écoulement sanguin en est la conséquence.

A la suite de cette opération, l'enfant peut rester sans canule pendant une demi-heure; au bout de ce temps, la plaie se rétracte énergiquement, on a beaucoup de peine à remettre la canule. Il est à remarquer que, chez cette malade, l'obstacle réside surtout au niveau de la peau qui se fronce et forme un anneau difficile à franchir. Mais une fois qu'il est traversé, la canule entre avec facilité.

21 juillet. L'enfant reste sans canule pendant trois quarts d'heure; mais au bout de ce temps, la plaie s'est rétrécie au point de ne plus admettre la canule no 2 qui était employée jusque-là; il faut prendre un no 1.

22 juillet. Pareil accident se reproduit, on ne peut replacer la canule no 2 qu'avec l'aide de la canule à valves de M. Bourdillat. L'état général de l'enfant continue à être excellent.

Cependant, la persistance de l'oblitération du larynx commençait à devenir inquiétante, il fallait songer à prendre un parti énergique. L'état nerveux bien connu de l'enfant, l'absence de toute lésion du larynx pouvaient faire supposer que l'impressionnabilité et la pusillanimité étaient peut-être les seules causes qui empêchassent le libre passage de l'air par le larynx. Tant que la malade restait chez ses parents, en dehors de toute surveillance éclairée et au milieu de personnes incapables de remettre elles-mêmes la canule, rien ne pouvait être tenté.

Il fut donc résolu que l'enfant reviendrait à l'hôpital et que l'on tenterait, coûte que coûte, de la laisser sans canule aussi longtemps que possible.

Elle rentre, en effet, le 23 septembre, et tout étant bien préparé pour lui porter secours en cas de besoin, on laisse l'enfant respirer sans canule. Elle se livre d'abord à la même agitation, aux mêmes contorsions que d'habitude; elle pleure, demande sa canule. La respiration est assez calme, mais bruyante; l'enfant fait de violents efforts d'inspiration; c'est absolument l'image du tirage, qui dénote un obstacle laryngé, moins l'asphyxie. Chaque inspiration s'accompagne d'un bruit analogue à un violent sanglot; les traits de la face se contractent énergiquement et se portent à droite. Ces phénomènes ont, d'ailleurs, un caractère intermittent; ils se suspendent pendant un temps qui varie de quelques minutes à une heure, sans reparaître ensuite.

La journée se passe ainsi. Vers sept heures et demie du soir, l'enfant paraît épuisée; elle pâlit, l'oppression augmente; le succès avait dépassé toute attente. La canule pouvait être replacée sans scrupule. La difficulté de l'introduction fut extrême; il fallut dilater la plaie tant bien que mal avec l'extrémité de la canule de M. Bourdillat; enfin, on put faire entrer une canule numéro zéro.

24. La nuit s'est bien passée; l'enfant est reposée; la fatigue d'hier n'a pas laissé de traces. La tentative d'ablation de la canule est renouvelée avec le même succès; la canule est encore remise en place le soir. Les mouvements spasmodiques diminuent d'intensité. La canule numéro zéro est introduite sans difficulté.

25. La canule est ôtée définitivement; la nuit se passe assez bien; quoique l'enfant dorme peu, pendant le sommeil, les efforts d'inspiration ont continué, quoique moins intenses.

26. L'enfant reste sans canule pendant le jour; mais on remet le soir une canule numéro zéro, afin d'empêcher la plaie de se fermer complétement.

27. Les efforts nécessités par l'inspiration sont moins prononcés et deviennent intermittents.

Le mouvement spasmodique de la face et des muscles inspirateurs paraît seulement entre des séries de quatre ou cinq inspirations calmes et il est plus faible.

28. La journée se passe bien; la canule est remise le soir; les mouvements diminuent beaucoup.

29. L'enfant reste sans canule toute la journée.

30. La canule a été supprimée définitivement. La plaie est presque entièrement fermée. La respiration a été gênée un peu pendant le sommeil; les mouvements spasmodiques apparaissent encore.

1er octobre. La plaie est complétement fermée; l'enfant s'habitue à rester sans canule; la respiration est très-calme pendant le jour; mais la nuit et surtout dans les premiers moments de sommeil, quelques mouvements de la face apparaissent encore.

6. L'enfant sort de l'hôpital; la plaie est cicatrisée; la respiration est normale; la nuit s'est très-bien passée; quelques légers mouvements se sont montrés au moment où l'enfant s'est endormie.

Au bout de quinze jours, nous revoyons notre malade complétement guérie.

Je viens de vous relater l'histoire d'une enfant de 5 ans qui, après avoir passé par toutes les périodes du croup et subi la trachéotomie, arrive au huitième jour à un excellent état de santé générale, malgré quelques complications de peu d'importance : diphthérie et gangrène superficielle de la plaie, diphthérie buccale. L'enfant se lève toute la journée, joue et court dans les salles; son appétit est excellent et, cependant, on ne peut la laisser sans canule.

Vous avez remarqué que cette anomalie dura fort longtemps, et que c'est seulement au 126e jour de l'opération qu'il fut permis de laisser la malade respirer sans secours.

Les cas dans lesquels la perméabilité du larynx éprouve un semblable retard sont assez rares pour que celui-ci mérite de fixer l'attention.

D'une constitution vigoureuse, Claire A... est cependant très-nerveuse; les parents nous apprennent qu'elle est très-impressionnable, très-craintive, et que la plus légère contrariété est ressentie par elle avec beaucoup de vivacité. Aussi n'est-on pas surpris de la voir opposer une vive résistance aux pansements de sa plaie et donner chaque fois des marques d'une appréhension exagérée. Ce fut bien pis encore quand il s'agit de supprimer la canule; habituée à respirer à l'aide de cet instrument, elle redoutait de s'en séparer, et dès qu'on l'en avait privée quelques instants, elle s'agitait, pleurait, se contorsionnait tout le corps et suppliait à mains jointes qu'on lui rendît sa canule, en répétant à voix basse : Ma canule! ma canule! Puis l'oppression arrivait, les efforts d'inspiration devenaient violents, mais sans offrir le caractère d'intensité soutenue et régulière qu'offrent les malades en proie à la dyspnée croupale; c'étaient au contraire des contractions irrégulières, incomplètes, offrant un véritable caractère spasmodique; il fallait alors remettre la canule en toute hâte. Lorsqu'on fermait la plaie pour explorer le fonctionnement du larynx, même tableau. L'air passait d'abord avec facilité, puis l'inspiration devenait sifflante et la respiration s'embarrassait. Les mêmes phénomènes continuèrent à se produire alors que la paralysie diphthérique avait disparu complétement et alors même que la voix fut devenue parfaitement nette, circonstances qui devaient écarter l'idée d'une paralysie du larynx.

Une nouvelle complication survint bientôt; la plaie se mit à bourgeonner avec l'activité qu'on rencontre chez les sujets vigoureux et bien portants, de façon à donner lieu à des difficultés sérieuses pour l'introduction de la canule chaque fois que, dans le but de vaincre les appréhensions de l'enfant, on la laissait respirer seule plus d'un quart d'heure. Il fallut plusieurs fois avoir recours à la dilatation préalable de la plaie, soit avec le dilatateur, soit avec la canule à valves. Vint ensuite le polype de la plaie, qui s'opposait aussi à ce que Claire restât sans canule, car le courant d'air le poussait dans la trachée dont il bouchait l'ouverture; il n'empêchait d'ailleurs en aucune façon le passage de l'air par le larynx; l'arrachement de ce bourgeon volumineux était suivi d'une légère amélioration; la respiration pouvait s'effectuer sans canule pendant quelques minutes de plus, et tout recommençait.

Le laryngoscope avait aussi démontré qu'aucun obstacle organique ne siégeait dans le larynx. Il fallait en finir, cependant; il fut décidé que l'enfant, qu'on avait fait sortir de l'hôpital, y rentrerait afin d'être plus à portée des soins nécessaires, et qu'on tenterait à tout prix de la priver de sa canule, dût-on débrider la plaie ou recommencer la trachéotomie. On était alors au 121e jour.

Vous avez vu comment les choses se passèrent; la canule fut ôtée, et dès le premier jour, Claire put en rester privée jusqu'à sept heures du soir, malgré son agitation et sa terreur; vers le milieu de la journée, elle sembla prendre son parti et fut plus calme; la difficulté de la respiration ne se révéla plus que par des efforts irréguliers, le bruit de sanglot qui se produisait à chaque inspiration.

Ce succès presque inespéré devait encourager à persévérer; le surlendemain, en effet, l'enfant passa la nuit sans canule avec assez de facilité; les contractions spasmodiques allèrent en diminuant, et l'enfant put sortir au bout de douze jours complétement guérie. La guérison s'est maintenue.

Plusieurs causes se présentaient pour expliquer ce long retard à la liberté des voies respiratoires : la paralysie diphthéritique, le polype de la plaie, l'état nerveux, sorte d'hystérie précoce. Chemin faisant, j'ai éliminé les deux premières causes, j'ai montré que la paralysie du voile du palais et du pharynx avait déjà disparu depuis longtemps alors que les accidents se montraient dans toute leur intensité et que, d'ailleurs, la netteté avec laquelle se produisait la phonation, une fois la plaie fermée, indiquait bien que la paralysie ne frappait pas cet organe. Quant au polype, j'ai fait voir que sa position pouvait lui permettre d'empêcher l'accès de l'air venant de la plaie, mais non celui qui venait du larynx, et que, d'ailleurs, son arrachement ne procurait qu'un soulagement très-passager.

C'est donc à la troisième cause que je me suis arrêté.

TRAITEMENT DES CONGESTIONS DANS LES ORGANES ÉRECTILES

par les injections hypodermiques de morphine,

par le docteur Bouloumié,

médecin-aide-major à l'hôpital militaire de Toulouse.

Calmer la douleur dans des maladies diverses, étendre les applications d'un moyen encore peu employé et en faire connaître le mode d'action, tel a été le but des recherches que j'ai entreprises depuis un an déjà.

J'ai employé d'abord les injections hypodermiques de morphine contre les érections nocturnes de la blennorrhagie. Ayant obtenu des résultats pleinement satisfaisants, j'en ai cherché l'explication dans le mode d'action de la morphine sur les centres, les troncs et les rameaux nerveux.

Durant ces recherches, j'ai entrevu des applications nombreuses, que j'ai ensuite faites avec un succès souvent complet. J'ai été conduit ainsi à considérer plusieurs phénomènes, en apparence différents, comme identiques, quant à leur mode de production, et comme justiciables du même traitement.

Dans un travail que je me propose de publier sous peu de jours, je consignerai le résultat de mes recherches, de mes réflexions et de mes expériences à ce sujet.

Je ne veux aujourd'hui que faire connaître les résultats pratiques auxquels je suis arrivé, afin que chacun puisse les vérifier par sa propre expérience et sache ce qu'il est en droit d'attendre des injections de morphine appliquées aux diverses affections congestives, douloureuses surtout.

Dans la blennorrhagie aiguë, avec érections nocturnes douloureuses, j'ai injecté avec la seringue de Lüer, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, quinze gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine ainsi formulée :

Chlorhydrate de morphine.....	50 centigrammes.
Eau distillée.........	50 grammes.

(Broyer le chlorhydrate de morphine avec quelques gouttes d'eau distillée et étendez la solution; si tout le sel n'est pas dissous, chauffez.)

Après cette première injection, que je pratique à trois heures du soir (heure de la contre-visite dans nos hôpitaux), les érections sont notablement diminuées, mais non encore supendues pendant la première nuit.

Après une deuxième injection, faite le lendemain, à la même heure, avec la même dose et non loin du point piqué la veille, le sommeil devient calme et réparateur; il n'est plus interrompu, soit par les érections, soit par les cauchemars.

Le lendemain du jour où l'injection a été pratiquée et durant la nuit suivante, la sédation est encore complète; mais dans la troisième nuit qui suit la deuxième injection, le plus souvent les érections se reproduisent de nouveau, moins douloureuses que précédemment, il est vrai, mais encore assez pénibles pour interrompre le sommeil. Deux injections ont suffi dans quelques cas.

Il est bon, néanmoins, de suivre en général la marche que j'ai adoptée actuellement.

Premier jour, première injection, vers le soir, avant le repas ou quelques heures après; deuxième jour, deuxième injection; troisième jour, pas d'injection; quatrième jour, troisième injection; cinquième jour, pas d'injection; sixième jour, quatrième injection.

Dans aucun cas, je n'ai dû recourir à plus de quatre injections ainsi faites.

La période aiguë de la maladie est diminuée de durée et d'intensité.

Je suis arrivé par ce moyen à supprimer avec grand avantage les érections chez des malades atteints de rétrécissements, d'ulcérations chancreuses ou autres du pénis, chez des opérés de phimosis, ce qui a permis d'obtenir la cicatrisation immédiate.

De l'étude des congestions qui amènent les érections chez l'homme, je suis passé à celles qui chez la femme amènent des troubles menstruels, quelquefois même des avortements; et me basant sur ce fait, bien établi aujourd'hui par MM. J.-H. Bennet et Aran, surtout que la dysménorrhée tient le plus souvent à une inflammation chronique de

l'utérus. J'ai pensé que l'on pouvait employer avec grand avantage les injections de morphine pratiquées au même point que dans le cas précédent.

La morphine porte aussi son action sur l'œil; peu à près l'injection, la pupille devient plus petite qu'auparavant, l'iris, contracté ou du moins resserré, pour ne rien préjuger, est peu sensible à la lumière.

Ce fait, joint au souvenir de la pratique habituelle du savant professeur Stober, de Strasbourg, qui, dans bon nombre d'affections congestives de l'œil ou de la conjonctive, emploie avec succès un collyre ainsi composé: eau, laudanum, parts égales; joint encore à l'action sédative reconnue de la morphine sur le système nerveux, m'ont conduit à employer les injections morphines dans les affections congestives douloureuses, de nature diverse, que l'on rencontre dans le globe oculaire.

J'ai été heureux d'apprendre à ce sujet que M. le docteur Tersan, qui s'adonne spécialement, à Toulouse, au traitement des maladies des yeux, a obtenu des résultats entièrement analogues à ceux que je possédais déjà, et que ce moyen, que je ne pouvais mettre en avant, faute d'observations suffisamment nombreuses, est reconnu par cet habile praticien pour un des plus efficaces.

Mes assertions théoriques ont ainsi reçu, entre les mains de deux opérateurs différents, une confirmation complète. J'ai encore employé tout récemment, avec succès, les injections hypodermiques de morphine pour calmer le ténesme rectal dans la dyssenterie.

Des observations plus nombreuses me sont indispensables pour préciser les indications et dire quelle est dans ce cas la marche à suivre.

Les observations relatives aux faits que j'avance se trouveront consignées dans le travail que je publierai dès que quelques points de théorie encore douteux seront élucidés par de nouvelles expériences.

Il est bon de se souvenir que l'on a observé quelquefois des accidents après les injections hypodermiques, par suite de la pénération dans les veines du liquide médicamenteux, l'absorption étant dans ces cas très-rapide et complète. Pour éviter ce danger, il est bon de pincer entre les doigts la peau sur laquelle on doit opérer et de la soulever légèrement; de plus, si on la presse suffisamment, la sensation de piqûre est très-notablement diminuée. Si l'on opère sur un homme faible et impressionnable, il est bon de n'injecter d'abord que douze gouttes, sauf à revenir plus souvent, s'il le faut, à l'injection. Il en est de même des femmes dont la tolérance pour la morphine est très-faible au début. Il convient, en outre, pour éviter aux malades des nausées ou des lipothymies qui se manifestent quelquefois, de recommander le repos pendant une heure après l'opération; après la première tout au moins.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 14 décembre 1868. — Présidence de M. BARTHEZ.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et approuvé.

LECTURE.

M. Sanné lit une observation intitulée : *Croup, trachéotomie, ablation tardive de la canule.* (*Voir plus haut.*)

DISCUSSION.

M. MARTINEAU. L'observation de M. Sanne porte le titre de *Croup, trachéotomie;* son observation ressemble à toutes celles qui existent dans la science, qu'elles n'ont pas réussi à faire avancer; son titre est insuffisant et incomplet; il ne nous dit pas si l'on a eu affaire à un croup malin ou à un croup bénin. Lors de mon passage à l'hôpital des Enfants, je me suis convaincu de l'existence de ces deux variétés de croup. Le croup bénin, qu'il soit primitif ou consécutif, est surtout caractérisé par le fait matériel d'un obstacle au larynx; il ne peut tuer que par asphyxie, d'où l'indication de la trachéotomie, d'où les succès de cette opération. Aussi, dans ce cas, n'est-ce pas 1 malade sur 4 que l'on sauve par la trachéotomie, mais bien 3 sur 4? Ma statistique personnelle m'a donné ces résultats. Mais pourquoi donc, dans d'autres circonstances, la statistique vient-elle condamner la trachéotomie? C'est qu'il existe un croup malin qui est surtout caractérisé par un empoisonnement général. Or, dans ces cas, la trachéotomie n'est indiquée et ne doit être faite que lorsqu'il existe en même temps un obstacle au larynx et qu'il y a asphyxie en outre de l'empoisonnement général. Dans l'histoire de la trachéotomie, on a toujours confondu ces deux variétés de croup, pourtant si nets et caractérisés par des états si différents. On peut dire d'une manière générale que, lorsque les malades succombent, il y a un croup malin, car les autres guérissent toujours. On sait qu'il a été avancé par plusieurs auteurs que le croup peut guérir par l'iode, le perchlorure de fer, le poivre cubèbe; on sait qu'il guérit quelquefois tout seul; voilà le croup bénin. Dans les hôpitaux, on se contente de nourrir les malades après l'opération; on ne leur donne aucun autre traitement, et ils guérissent toujours lorsqu'on a eu affaire à un croup bénin. S'il y a angine pseudo-membraneuse véritable, pas de guérison possible. Il importe donc de poser, dans tous les cas, le diagnostic entre ces deux variétés de croup, surtout au point de vue de la trachéotomie et des résultats de cette opération : ainsi, dans le croup bénin, on peut dire que la trachéotomie est toujours suivie de guérison; tandis que dans le croup malin, on ne constate qu'une guérison sur 8 opérés, et encore cela ne se rencontre que dans la forme particulière que j'ai indiquée plus haut.

Mais comment porter le diagnostic entre ces deux variétés de croup? Existe-t-il des caractères différentiels? Evidemment oui. On en rencontre dans les fausses membranes. Dans le croup bénin, les fausses membranes sont épaisses, jaunâtres, et elles tapissent en entier le pharynx; dans le croup malin, elles sont petites, diffluentes, grisâtres et rares. Dans la forme bénigne, pas de ganglions volumineux, pas d'écoulement nasal, moins de fièvre. L'aspect du malade est également un signe différentiel; et le visage terreux avec les yeux cernés que l'on rencontre dans la diphthérite maligne, manque dans le croup bénin.

Je ferai maintenant quelques remarques de détail à M. Sanné: l'existence ou l'absence de ganglions cervicaux, d'albumine dans les urines, n'a pas été signalée dans son observation; cela eût été très-important. M. Sanné a parlé de plaques gangréneuses dans la bouche; n'était-ce pas là une stomatite pseudo-membraneuse.

J'appellerai également l'attention de M. Sanné sur les causes qui ont retardé l'ablation de la canule chez son petit malade. Depuis les travaux de Lallement, on connaît bien ces accidents nerveux qui occasionnent des accès de suffocation par acte reflexe. Pour moi, ce sont bien là des accidents dyspnéiques reflexes et non de cause asphyxique, car ils ne se montrent que sous l'influence de l'émotion. Un traitement par le papier nitré, par le datura, est toujours suivi de guérison. Mais un moyen dont se sert M. Laborde dans les cas analogues, prouve encore mieux la nature de tous ces accidents. M. Laborde emploie une série de canules de plus en plus courtes, et il finit par ne plus mettre dans la plaie qu'un simple anneau. L'enfant respire alors parfaitement bien, quoique n'ayant pas de canule. J'ai vu, dans le service de M. Bouvier, plusieurs enfants qui conservaient leur canule pendant trois, quatre et six mois après l'opération, et je les ai vu guérir grâce à cet ingénieux artifice.

M. SANNÉ. Cette distinction, que plusieurs auteurs font avec M. Martineau de deux variétés bien distinctes de croup, serait évidemment bonne à faire, mais elle n'est pas applicable à tous les cas. Le croup est toujours une maladie infectieuse, c'est toujours la diphthérite localisée sur le larynx. Il y a toujours deux éléments à combattre : l'élément infectieux et l'élément asphyxique. L'un des deux prédomine quelquefois sur l'autre : voilà toute la distinction possible; car ce qu'on appelle le croup bénin n'est nullement défini. Après la trachéotomie, on voit parfois des enfants succomber sans avoir montré d'infection grave. Quant à l'existence de la stomatite supposée par M. Martineau, je répondrai qu'il y a eu seulement quelques plaques pseudo-membraneuses siégeant à la place où se trouvent habituellement les altérations de la stomatite ulcéro-membraneuse. Enfin je dirai que je rapporte, en effet, les accidents qui ont retardé l'ablation de la canule à l'impressionnabilité très-grande de mon petit malade, et que je n'ai pas usé de canules de M. Laborde, parce que celles-ci ne sont pas employées à Sainte-Eugénie. D'ailleurs leur emploi n'est-il pas sans danger; et ne peut on pas avoir à redouter de l'emphysème?

M. MONOD. M. Martineau admet qu'il existe deux croups différents : un croup bénin et un croup malin, et il en fait le diagnostic différentiel au moyen des symptômes locaux. Il me paraît plus facile de suivre la conduite de Trousseau, qui établissait le diagnostic d'après les symptômes généraux et en outre le jettage nasal, le gonflement des ganglions. Il existe en effet un croup infectieux; mais la mort survient rarement par asphyxie. Les malades meurent avant d'avoir des accès de suffocation; ceux-ci sont trop débilités, ils n'ont pas la force, suivant une expression heureuse, d'avoir des accès. M. Sanné a, en outre, insisté sur la coloration anormale de la canule. Quelle valeur doit-on attribuer à ce signe au point de vue du pronostic? C'est un signe fréquent qui se rencontre même avec des plaies en bon état; il est déterminé par la présence d'un pus altéré par l'air. En effet, pour que ce phénomène se produise, il suffit qu'il y ait formation d'acide sulfhydrique. On observe souvent la coloration de la canule lorsqu'il y a une plaie un peu grande, car alors le passage de l'air entre la canule et les bords de la plaie peut favoriser la gangrène. La coloration de la canule n'a donc pas de valeur pronostique.

M. THIERRY. En effet, on observe la coloration de l'extrémité de la canule lorsqu'il y a ulcération de la trachée.

M. SANNÉ. La coloration de la canule se montre dans ce cas; aussi je crois que ce signe est toujours lié à un état plus ou moins prononcé de gangrène de la plaie. Chez mon malade, la plaie était grise, mais cependant très-petite.

M. BARTHEZ. Je ferai d'abord quelques observations de détail à M. Sanné. Il ne nous a pas indiqué si l'opération avait été rapidement faite? si celle-ci n'a pas été exempte d'accidents? s'il y a eu hémorrhagie? quelle quantité de sang a été perdue par l'enfant? si le petit malade a rendu des matières après l'opération? la nature de ces matières? L'observation aurait dû contenir tous ces détails. M. Sanné nous a dit avoir employé l'eau de chaux; comment, de quelle manière et combien de fois l'a-t-on employé? L'expectoration était-elle de bonne nature; il fallait la décrire. Le sirop de strychnine a été administré; à quelle dose l'a-t-il été? Tous ces détails eussent dû être décrits, cela eût été nécessaire. Je ferai remarquer encore à M. Sanné que la cautérisation n'empêche pas généralement la marche de la cicatrisation de la plaie, comme il semble le croire. A M. Martineau, je répondrai un mot à propos du nombre assez notable de cas de croups dans lesquels il a observé l'ablation tardive de la canule, nécessitée par la susceptibilité de l'enfant. Pour moi, je crois cet accident très-rare, et si je l'ai peu observé jusqu'à présent, j'attribue ce fait à la précaution que l'on prend à l'hôpital Sainte-Eugénie, d'habituer de bonne heure les enfants à se passer de canule. Dans la majorité des cas, dès le lendemain de l'opération, je fais ôter la canule pendant un quart d'heure environ. Depuis 14 ans, je n'ai observé que deux à trois cas d'ablation tardive. Généralement, la canule s'enlève complétement du huitième au quinzième jour; après trois semaines, cela est rare. J'ai d'ailleurs remarqué dans ma clientèle que les anciens internes de l'hôpital des Enfants redoutaient cette pratique, d'enlever la canule aussitôt que possible; elle est cependant sans inconvénients et elle a cet avantage que je viens de signaler.

M. SANNÉ. Je répondrai seulement que l'opération n'a pas été faite par moi, et que j'ai donné dans mon observation tous les détails que j'avais pu réunir à ce sujet. Quant à l'expectoration, je l'ai décrite; elle était constituée par des mucus épais.

LECTURE.

M. Bottentuit lit une observation intitulée: *Hémorrhagie sous la conjonctive oculaire dans le cours d'une coqueluche.*

ELECTION.

On procède au scrutin pour la nomination à une place de membre titulaire : M. Bousseau est nommé à l'unanimité.

Le Secrétaire, MEURIOT.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

L'Association des médecins du département de la Seine tiendra son assemblée générale annuelle, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Nélaton, le dimanche 31 janvier à deux heures très-précises.

Cette assemblée a pour objet : 1° la lecture du compte-rendu de l'année 1868 par le secrétaire général;

2° L'élection d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général.

Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la Commission générale :

Président : M. Nélaton.

Vice-présidents : MM. Barth et Béclard;

Secrétaire général : M. Orfila.

Les propositions de la Commission générale sont de simples indications : on peut porter son vote sur tout Sociétaire qu'il plaira de faire entrer au Bureau.

3° Le tirage au sort des membres titulaires de la Commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Conformément aux termes de l'article 8 du règlement d'administration intérieure, seront seuls admis comme membres titulaires, les sociétaires *présents à l'Assemblée*, qui déclareront accepter ces fonctions.

La Commission générale représente l'Association et agit pour elle (Statuts, art. 9); si on désire connaître en détail le fonctionnement de la Société et participer à la direction de notre œuvre confraternelle, il est indispensable d'assister à l'Assemblée générale.

Par suite de la modification de l'article 5 des statuts, adoptée l'an dernier, le tirage au sort ne se fera plus par arrondissements. Les noms des sociétaires seront mis dans l'urne destinée à l'opération du tirage au sort au fur et à mesure que chacun arrivera; ainsi sera évitée l'énorme perte de temps qu'entraînait jusqu'à présent l'appel des membres absents.

Pour M. le président :

Le Secrétaire général : Dr ORFILA.

Le Trésorier encaissera avant la séance toutes les cotisations qui lui seront *offertes*. Le travail et les frais de recouvrement sont tels que l'Association trouverait un avantage considérable à ce que toutes les cotisations fussent versées le jour de l'Assemblée générale.

En vertu d'une décision de la Commission générale, le compte rendu de la gestion financière et la liste générale des sociétaires feront suite dorénavant au compte rendu du secrétaire général.

Tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1868

RECETTES

Fonds de secours 25,968 fr. 35	Rente 3 p. 100............	13,197 fr.	35
	Cotisations (portion du fonds de secours) dons spéciaux.	12,771	»
Fonds de réserve (1) 37,046 fr. 05	Admissions et Cotisations (portion du fonds de réserve)	6,826	»
	Dons et Legs.............	28,829	05
	Reliquat de l'année 1867....	1,391	»
	Total...............	63,014	50

DÉPENSES ET EMPLOI

Secours à 7 sociétaires et à 25 veuves ou enfants de Sociétaires..............	19,240	»
Secours à 24 personnes étrangères à l'Association..	4,720	»
Recouvrement des cotisations..............	400	»
Frais d'impression..............	816	45
Ports des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	364	35
Achat de 1550 fr. de rente 3 p. 100..............	36,361	60
Total..............	61,902	40

BALANCE

Recettes..........	63,014	40
Dépenses.........	61,902	40
Reste.......	1,112	00

(1) *Article 20 des Statuts.* Le fonds de réserve se compose : 1° De la portion des cotisations qui lui est affectée par l'article 17 des Statuts; 2° des rétributions d'admission ; 3° des dons ; 4° du reliquat du fonds de dépenses annuelles et de secours resté sans emploi à la fin de l'année.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 janvier ont été nommés présidents des sociétés de secours mutuels :

Des médecins du département des Bouches-du-Rhône, à Marseille, M. le docteur Seux;

De Saint-Charles-Borromée, à Nîmes, M. le docteur Tribes;

Des médecins du département de l'Hérault, à Montpellier, M. le docteur Bouisson;

Des sapeurs-pompiers d'Apt, M. le docteur Camille Bernard.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Milne-Edwards, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle, est nommé directeur suppléant de cet établissement pour une période de cinq ans.

M. Poujade (Gustave-Arthur) est nommé préparateur de 4e classe au laboratoire d'entomologie du Muséum d'histoire naturelle, pour le matériel.

M. Jules Künckel, bachelier ès-sciences, est nommé aide-naturaliste de zoologie (animaux vertébrés) au Muséum d'histoire naturelle.

École pratique des hautes études. — M. Riban (Alexandre-Joseph), docteur en médecine, licencié ès-sciences physiques, professeur à l'École normale de Cluny, est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de recherches et d'enseignement de l'École pratique des hautes études, instiué au Collége impérial de France (chaire de chimie générale.)

École supérieure de pharmacie de Paris. — M. Jungfleisch est nommé préparateur du cours de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Personne, appelé à d'autres fonctions.

M. Carles est nommé préparateur des travaux pratiques de troisième année à l'école supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Thénot.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. Villard, docteur en médecine, est nommé suppléant, pour les chaires de pathologie et clinique médicale, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.

M. Seux fils, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les deux chaires de matière médicale et thérapeutique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.

— Nous avons annoncé que l'Empereur venait d'acquérir la Motte-Sanguin, à Orléans, pour y fonder un asile d'ouvriers convalescents.

L'adresse suivante vient d'être adressée à l'Empereur par le corps médical des hôpitaux d'Orléans.

Sire,

Le corps médical des hôpitaux de la ville d'Orléans, pénétré des avantages immenses que doivent retirer du don généreux de Votre Majesté les malades confiés à ses soins, s'empresse de déposer à vos pieds l'expression sincère et dévouée de sa profonde gratitude.

Ce témoignage particulier de Votre sollicitude pour les malheureux de notre cité, qui s'harmonise si bien avec les actes si nombreux de bienfaisance de Sa Majesté l'Impératrice, tutrice providentielle de tous les établissements de charité de l'Empire, permettra désormais à nos convalescents, par l'action salutaire de l'air pur et vivifiant de l'asile fondé par Votre libéralité, de recouvrer plus rapidement une santé si nécessaire pour eux et leurs familles.

Nous sommes, avec le respect le plus profond, Sire, de Votre Majesté, les très-humbles et très-fidèles sujets.

(Suivent les signatures.)

— Dans le rapport sur l'enseignement supérieur, récemment soumis à l'Empereur, il était dit que l'Administration de l'instruction publique était disposée à favoriser de tout son pouvoir l'enseignement libre, et que, lorsqu'elle ne pouvait le mettre dans la faculté même, elle l'établissait à côté ou le laissait s'organiser lui-même sous une autre autorité publique.

Ce principe s'applique en ce moment à Bordeaux, où des cours complémentaires vont s'ouvrir à l'École de médecine, à la Faculté des lettres et dans une salle prêtée par l'Administration municipale.

Neuf docteurs en médecine ont, en effet, demandé à faire des cours sur des parties accessoires de l'enseignement médical. Leurs programmes ont été soumis à l'assemblée des professeurs, qui les a approuvés. Chaque cours doit durer un semestre, à raison d'une leçon par semaine. L'école met son amphithéâtre à la disposition des professeurs libres. Les leçons porteront sur les sujets suivants :

Médecine légale. — M. Bonnal, membre de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux;

Pathologie générale. — M. de Fleury, professeur suppléant à l'École de médecine, médecin-adjoint des hôpitaux;

Manœuvres obstétricales. — M. Donaut, membre de la Société de médecine;

Hygiène. — M. Gyoux, médecin-adjoint des hôpitaux, membre de la Société chirurgicale des hôpitaux;

Thérapeutique. — M. Marx, membre de la Société médico-chirurgicale et de la Société de médecine;

Chimie physiologique. — M. Métadier, chirurgien des hôpitaux, licencié ès-sciences physiques.

Physiologie des organes circulatoires et respiratoires. — M. Solles, membre de la Société médico-chirurgicale et de la Société de médecine;

Ophthalmoscopie. — M. Sons, membre des mêmes Sociétés;

Histologie, microscopie. — M. Vergely, médecin-adjoint des hôpitaux.

— Le maire de Bordeaux vient de prendre un arrêté prescrivant la constatation des naissances à domicile, à partir du 1er février.

On été nommés médecins de l'état civil chargés de cette constatation, MM. les docteurs Brochard, Dubreuilh et Lugeol.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 11. — JEUDI 28 JANVIER 1869. 42e ANNÉE. JEUDI 28 JANVIER 1869. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 27 janvier 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux lectures faites par deux candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, MM. A Fauvel et Bertillon, et une série de rapports lus au nom de la Commission des remèdes secrets par son rapporteur, M. Gubler, ont occupé cette séance.

La première lecture, celle de M. Fauvel, a pour sujet le plus important et le plus grave sujet d'hygiène publique de nos temps, la prophylaxie du choléra. Jusqu'à quel point l'Europe est actuellement menacée d'une nouvelle invasion de choléra, et jusqu'à quel point il est possible, par des mesures convenables, de prévenir de nouvelles invasions du choléra en Europe, telles sont les questions que le savant inspecteur général des établissements sanitaires de France s'est proposé d'examiner devant l'Académie. De l'étude des suites de l'épidémie de 1865, et de la connaissance des contrées où la maladie sévit actuellement, M. Fauvel a cherché à déduire les motifs de crainte que l'on peut avoir encore, relativement à la possibilité d'une nouvelle invasion, et le plan de défense projeté sur la route par laquelle cette invasion est le plus à redouter. Nous n'aurons pas de grands efforts à faire pour montrer toute l'importance d'une pareille étude. Le plan dont il s'agit n'est point une théorie pure, une vague spéculation de l'esprit, c'est une expérience en cours d'exécution, une expérience qui se fait, non pas sur un point limité et dans de petites proportions, mais dans les plus vastes proportions et sur la plus grande échelle qu'il soit donné de concevoir. Or l'enjeu de cette expérience, est la sécurité de l'Europe toute entière, pour ne pas dire celle d'une grande partie du monde. On comprendra dès lors, jusqu'à quel point se trouve engagée la responsabilité des membres de la conférence internationale qui a arrêté ce plan d'expérience, et celle de M. Fauvel en particulier, qui y a pris une part des plus actives. Sa communication est un appel fait à l'Académie. Espérons qu'elle l'entendra, et qu'elle entrera un jour franchement dans l'étude de cette grave question. Si elle ne le faisait pas, ce ne serait pas la faute de M. J. Guérin qui ne manque aucune occasion de l'y inciter, et qui, hier encore, à propos de cette communication, a prié le Bureau de vouloir bien mettre prochainement à l'ordre du jour, la lecture du rapport de la deuxième commission du choléra, rapport qui serait prêt, d'après la confidence que nous en a faite M. Guérin.

La deuxième lecture a pour sujet l'étude des champignons comestibles et des champignons vénéneux. M. Bertillon qui est, comme on le sait, un savant mycologiste (ce qui n'exclut pas sa science en bien d'autres chefs), nous apprend comment, ayant été chargé de rédiger pour le *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*, tous les articles qui ont pour objet le monde si étrange et si peu connu des champignons, il a été conduit, en s'appliquant particulièrement à l'étude des espèces qui intéressent directement notre art, à reconnaître des erreurs et des lacunes sans nombre, qu'il s'est hardiment proposé de redresser ou de combler. On trouvera dans le résumé de son travail, que nous publions dans le compte-rendu de la séance, la relation d'expériences et d'observations très-intéressante qui éclairent l'histoire des amanites en particulier, et apporte un commencement de solution à l'un des *desiderata* les plus pressants de l'hygiène publique.

Dr Brochin.

NOTE SUR LE MUSÉE PATHOLOGIQUE
créé à l'hôpital Saint-Louis,

Par M. A. DEVERGIE, *médecin honoraire de cet hôpital.*

Lorsqu'après vingt-six ans de séjour à l'hôpital Saint-Louis et vingt ans d'enseignement des maladies de la peau, j'ai dû, à l'âge fixé par les règlements, résigner mes fonctions, j'étais en en possession de dessins que j'avais fait faire à l'aquarelle (grandeur nature), reproduisant toutes les formes primitives simples et composées des maladies de la peau. Ils me servaient de démonstration dans mes cours, à l'appui des descriptions que je faisais de ces maladies.

Cette collection devenait sans utilité pour moi après mon départ de l'hôpital; je pensai qu'elle pouvait encore rendre des services aux élèves en la mettant à leur disposition.

Je fis alors *don* de ma collection à M. le Directeur de l'Assistance publique, à la condition qu'elle serait exposée dans des vitrines, soit dans l'amphithéâtre de l'hôpital, soit dans un local spécial ouvert aux élèves.

M. Husson, toujours disposé à donner suite à tout ce qui peut concourir à l'instruction hospitalière, s'est empressé de faire ouvrir une galerie, de faire faire des vitrines pour ma collection, et d'autres vitrines pour chaque médecin de l'hôpital.

Plus tard, il a mis à la disposition des médecins une somme de 2,000 francs, destinée à faire reproduire par le moulage tous les cas pathologiques dont ils jugeraient convenable de perpétuer le souvenir.

Aussitôt cette première installation faite, je fis *don* au musée de la collection des planches grand *in-folio* de l'ouvrage de M. Hébra, et après les avoir fait encadrer à mes frais, j'en ornai les murs de la galerie que M. Husson avait fait ouvrir.

Pendant un assez long délai, le musée resta tel. Mais bientôt M. Lailler, médecin de l'hôpital, qui avait fait faire un certain nombre de reproductions, grandeur nature, en cire ou en carton-pâte, en fit *don* au musée. Ces pièces rendent admirablement les maladies. Elles ont trait surtout aux syphilides.

Depuis cette époque, le musée a grandi, et l'on sait son avenir par ce qu'en a dit M. Husson à l'Académie.

Toutefois, j'aurais à formuler deux désirs :

Le premier, c'est que mes collègues voulussent bien faire reproduire d'après le procédé Baretta, si admirable et si frappant de ressemblance, toutes les formes élémentaires simples ou composées des maladies de la peau, ainsi que je me suis attaché à le faire pour ma collection.

Les cas rares sont utiles à connaître; mais ils n'ont trait qu'à des maladies que le médecin peut certainement rencontrer dans sa pratique, mais qu'il ne rencontrera peut-être jamais.

Les maladies communément observées sont de tous les jours, tous les médecins peuvent être appelés à les traiter; ce sont celles-là surtout qu'ils doivent connaître.

Ne pas pouvoir poser le diagnostic d'une maladie, c'est être placé à côté de la thérapeutique spéciale qu'elle réclame. Il est rare qu'un bon diagnostic ne conduise pas à une saine thérapeutique, car il imprime une saine direction dans la recherche de la cause du mal.

Un deuxième point sur lequel je voudrais appeler l'attention de mes collègues, c'est de donner la synonymie de chaque maladie au bas du relief qui en représente l'image. Il y a dans les maladies de la peau de si grandes variétés de formes, que chacun est porté à leur donner un nom qui rappelle l'élément organique affecté, imitant en cela les inspirations de Willan. De là des noms différents selon les praticiens. Ainsi notre honorable collègue Hardy, montrant à l'Académie une reproduction admirable d'une maladie qu'il appelle acné sebacé *lichenoïde*, j'ai décrit cette maladie, dans mon *Traité des maladies de la peau*, sous le nom d'acné sebacé *tuberculoïde*, la rangeant dans la catégorie des acnés avec *hypertrophie*.

M. Hébra a reproduit, sous le nom d'une variété d'eczéma, une affection qui ressemble à ce que j'ai fait connaître sous la dénomination de *pityriasis rubra aigu*.

En mettant, au contraire, toutes les dénominations données dans la science, non-seulement on fait une chose utile aux élèves, mais encore c'est là un témoignage de déférence que l'on aime à donner.

En résumé, j'ai été assez heureux pour avoir une idée utile et fructueuse; j'ai pu la réaliser à l'aide des inspirations généreuses de M. Husson, comme avec le concours de mes collègues de l'hôpital Saint-Louis. J'en revendique l'initiative, mon nom étant passé inaperçu dans l'historique succinct qui a été fait à l'Académie de médecine du musée de l'hôpital Saint-Louis.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG.
— M. BOECKEL.

INDICATIONS DE LA RÉSECTION COXO-FÉMORALE

(Leçon, recueillie par M. le docteur STRAUSS, premier interne.)

La petite fille à laquelle nous venons de réappliquer un appareil inamovible (1) nous fournit l'occasion de vous entretenir des indications de la résection de la hanche dans les cas de coxalgie suppurée. Ce sujet, du reste, est en ce moment à l'ordre du jour, et les récentes discussions de la Société de chirurgie lui prêtent une sorte d'actualité.

J'ai suivi de près cinq résections de la hanche, dont deux ont été opérées par M. le professeur Sédillot et trois par moi-même. Deux de nos opérés ont guéri, deux sont morts, et le dernier est l'enfant que vous venez de voir, qui jusqu'à présent paraît promettre un succès. J'ai donc une certaine expérience personnelle sur ce sujet, au moins en ce qui concerne la résection pour affection organique et chez de jeunes sujets.

Avant tout, voyons si dans la marche de la coxalgie suppurée, abandonnée à elle-même, nous trouvons de solides motifs qui nous encouragent à nous en remettre à la nature et à ne pas intervenir chirurgicalement.

Il est des cas exceptionnels où la coxalgie suppurée s'établit très-rapidement et qui constituent de véritables *pyarthroses aiguës*. Le pus accumulé dans l'article perfore promptement la capsule; la tête du fémur profite de cette issue et se luxe ordinairement dans la fosse iliaque; quant à l'abcès, il se vide au dehors, et la suppuration, après avoir duré un temps généralement assez court, se tarit, n'étant pas entretenue par une lésion osseuse; la tête du fémur, en effet, est intacte, sauf le déplacement. Aussi la guérison est-elle la règle. Il y aurait un grand intérêt thérapeutique à diagnostiquer ces arthrites purulentes aiguës; une ponction pratiquée à temps évacuerait le pus, préviendrait la luxation et hâterait de beaucoup la guérison.

Mais, nous le répétons, c'est là une forme exceptionnelle; généralement la coxalgie suppurée est le résultat d'une arthrite fongueuse. Les débuts de l'affection ont été insidieux; il y a eu des alternatives d'amélioration et de recrudescence. La suppuration n'est pas, comme dans le premier type, abondante, franche, vraiment phlegmoneuse; le pus est séreux, mal lié, comme il se présente d'ordinaire dans les affections osseuses. On ne voit pas, comme dans le cas précédent, une luxation vraie se produire du jour au lendemain; le déplacement s'effectue graduellement; il est dû à une déformation des surfaces articulaires, qui ne se correspondent plus exactement, plutôt qu'à une luxation dans l'acception rigoureuse du mot.

Dans ces cas, la guérison n'est pas impossible, mais pour qu'elle s'établisse, il faut l'expulsion ou la résorption préalable de toutes les portions osseuses cariées. La tête du fémur s'élimine ainsi par fragments microscopiques; quelquefois on l'a vu sortir tout entière, mais rongée et déformée par la carie, sous forme de séquestre. Ce n'est qu'après l'issue des extrémités articulaires malades que la guérison s'opère; vous pouvez visiter dans nos collections les pièces d'ancienne coxalgie; la tête du fémur a partout disparu, ainsi que le col, et c'est l'extrémité supérieure du fémur qui se soude à l'os iliaque ou qui constitue une fausse articulation.

Ce procès d'élimination demande un temps très-long et qui se compte par années; dans cet intervalle, la vie de l'enfant est exposée aux plus grands risques.

Lorsqu'une tumeur blanche siége à l'une des extrémités supérieures, l'état général est moins rapidement et moins profondément atteint; le malade, en effet, peut continuer à marcher et à se promener au grand air; il n'en est pas de même pour les arthrites du membre inférieur et surtout pour la coxalgie. L'existence de nombreuses fistules empêche l'application d'un appareil inamovible, surtout assez résistant pour permettre la déambulation, sans compter qu'il est très-difficile d'immobiliser une articulation orbiculaire avec un long bras de levier coudé comme la jambe. Aussi les malheureux enfants sont-ils condamnés à rester cloués sur leur lit pendant des années; dans ces conditions, l'étiolement est forcé. Qu'on joigne à tout cela l'anorexie, conséquence naturelle de l'inaction, l'insomnie causée par les douleurs, et l'on ne s'étonnera plus de voir ces suppurations osseuses chroniques déterminer une dégénérescence graisseuse ou amyloïde généralisée, et vouer ainsi les malades à une mort presque certaine.

Enfin, il n'y a pas jusqu'à la lésion locale elle-même qui, au moment où on s'y attend le moins, ne puisse devenir la source de complications redoutables. Que l'écoulement par les fistules étroites et anfractueuses soit entravé, que le pus s'accumule sous l'épaisse couche de tissus qui recouvre le foyer du mal, et l'on verra surgir tous les dangers des collections profondes. Le pus peut se créer des voies nouvelles, disséquer les gaînes musculaires et artérielles, fuser au loin et donner lieu à des abcès diffus avec toutes leurs conséquences.

Un travail intéressant, encore à faire, consisterait en une

(1) Il s'agit d'une petite fille de 9 ans, atteinte de coxalgie suppurée très-avancée, sur laquelle M. Bœckel pratiqua, il y a deux mois, la résection de la tête et du col du fémur, ainsi que d'une partie de la cavité cotyloïde.

statistique d'un nombre suffisant de coxalgies suppurées qui montrerait combien de malades succombent et combien en réchappent sans intervention chirurgicale. La question de la résection serait alors toute jugée. J'estime, et je suis convaincu de rester au-dessous de la vérité, que sur 20 de ces malades 17 au moins périssent, ce qui donne une mortalité de 85 pour 100.

Ce n'est pas tout. Les rares survivants ne guérissent le plus souvent qu'au prix d'infirmités pénibles. Souvent le membre est fixé dans des positions vicieuses; de plus, il reste atrophié; de là, des difformités irrémédiables : des jeunes gens qui présentent d'un côté une jambe d'adulte et de l'autre une jambe grêle comme celle d'un enfant.

Donc, pour nous résumer, mortalité effrayante, guérisons lentes, défavorables, réduisant souvent les individus à l'état de véritables culs-de-jatte, tels sont les résultats ordinaires de la méthode expectante.

Voyons maintenant ce que nous donne la résection. Elle a pour résultat l'élimination immédiate et complète des surfaces cariées; c'est, en dernière analyse, une sorte de débridement, amenant l'issue facile du pus et des parties osseuses frappées de mort : la maladie est donc simplifiée; on fait succéder une plaie ordinaire à une plaie compliquée, irrégulière, à trajets étroits et multiples, et perpétuée par la présence d'os malades. Le processus est singulièrement abrégé; quelques mois suffisent pour la guérison; celle-ci est non-seulement incomparablement plus fréquente et plus rapide, mais aussi plus avantageuse. Il n'y a pas d'ankylose, avantage immense. Car, grâce à la conservation d'une grande partie de ses mouvements, le membre continue à se développer; il participe à la croissance générale de l'enfant ; bref, il y a bien raccourcissement mais non atrophie.

Passons aux objections. Une première, et qui a été souvent faite, c'est que le diagnostic n'est jamais assuré : on ne sait pas au juste l'état de l'os; peut-être la tête du fémur est-elle saine; la suppuration peut tenir à des abcès périarticulaires, circonvoisins, comme on dit. On temporise donc, et plus tard, quand le diagnostic ne laisse plus de doute, quand on perçoit de la crépitation et que le stylet tombe sur des os cariés, alors il est trop tard. Le malade tousse, il est infiltré, il a de l'albumine dans les urines, et l'intervention, bien justifiée maintenant par l'état local, est contr'indiquée par l'état général. C'est là un peu la tactique de certains chirurgiens, qui tout en admettant la résection en théorie, trouvent le moyen de ne jamais la mettre en pratique.

Ils imitent en cela la conduite de ces accoucheurs qui, en présence d'un rétrécissement pelvien, songent bien à la perforation du crâne; mais l'enfant vit, on hésite, on attend; le fœtus finit par succomber, il s'adapte aux dimensions du canal, il est expulsé; le temporisateur triomphe mais la mère meurt de métro-péritonite.

Cette objection de la difficulté du diagnostic ne doit donc pas nous arrêter; il faut intervenir à temps; quand la suppuration est établie, que des fistules se produisent, que la fièvre hectique s'allume, mettez-vous en demeure d'agir.

Du reste, il y a un moyen terme. Faites une incision, si la tête est trouvée intacte, rien ne vous empêche de vous en tenir là; vous aurez alors pratiqué une simple *incision exploratrice* qui aura pour avantage non-seulement d'éclairer le diagnostic, mais de procurer un débridement favorable et le libre écoulement du pus.

On a fait une objection inverse; la carie de la tête du fémur est incontestable, mais peut-être la cavité cotyloïde est atteinte à son tour? On peut songer à cette complication chaque fois que la tête cariée est restée longtemps dans sa cavité; ainsi les luxations spontanées précoces donnent, sous ce rapport, une certaine garantie. Du reste, ce ne serait pas là une contr'indication, et sur la petite fille que vous venez de voir, nous avons dû enlever des portions nécrosées de la cavité cotyloïde.

On a vu la tête pénétrer à travers l'os iliaque jusque dans le petit bassin. Ce serait sans contredit une circonstance malheureuse mais non absolument fatale, car on a vu des exemples de guérisons. Du reste, l'opération dans ce cas compromettrait plutôt l'art que le malade, qui, abandonné à lui-même, succombe presque inévitablement à une pareille lésion. Enfin, si on opère de bonne heure, comme nous le conseillons, on ne courra pas le risque de tomber sur des cas de ce genre.

Certains chirurgiens reculent devant la résection à cause du danger et de l'étendue du traumatisme. Remarquons d'abord que le procédé opératoire est assez simple. Les tissus que l'on traverse au voisinage du grand trochanter ne reçoivent que les dernières ramifications des circonflexes et de l'ischiatique. L'hémorrhagie est donc presque nulle, comme ont pu s'en assurer ceux d'entre vous qui ont assisté à l'opération pratiquée sur notre petite malade. Ils se rappellent que nous n'eûmes à lier qu'une artériole sous-cutanée.

Voilà pour les dangers *immédiats* de l'opération. Pour ce qui a trait aux *suites* du traumatisme, elles sont loin d'offrir la gravité qu'on leur attribue. Il n'y a pas de résection d'une grande articulation, sans même en excepter celle du coude, qui soit suivie d'aussi peu de réaction. Je dirai plus : au lieu d'avoir à enregistrer, comme on pourrait s'y attendre à première réflexion, une recrudescence au moins momentanée de la fièvre, on voit celle-ci, après l'opération, tomber souvent comme par enchantement. Il se passe là ce que l'on constate après une ouverture d'abcès ou une amputation pour tumeur blanche. Le traumatisme, loin d'exaspérer les phénomènes de réaction, les mitige ou les supprime assez rapidement.

Je ne puis passer sous silence une dernière objection émise par M. Marjolin. Partant de ce fait, que la plupart des malades atteints de coxalgie suppurée sont scrofuleux, ce chirurgien rejette une opération qui ne remédie qu'au mal local. C'est le vice général, c'est la diathèse scrofuleuse qu'il faut attaquer, car, tant que cette dernière subsiste, elle ira se localiser ailleurs et se porter sur de nouvelles articulations, en supposant que celle de la hanche guérisse. Je ne veux pas nier la fréquence de la scrofule comme cause prédisposante de la coxalgie; mais il ne faut pas exagérer, et certainement beaucoup de malades ne deviennent scrofuleux qu'à *la suite* de la lésion locale.

Du reste, que la scrofule ait préexisté ou qu'elle se soit développée pendant la maladie articulaire, sans que celle-ci persiste, on a beau s'escrimer contre le mal général, on échoue presque à coup sûr. Les forces que donnent au malade les toniques et les analeptiques, il les perd par la suppuration et l'épuisement qu'entraîne la longueur du travail éliminatoire. Tout au plus arrive-t-on à un état stationnaire des plus précaires, et le moindre petit orage fait perdre, en quelques jours, le peu de terrain que des mois de traitement intérieur ont fait gagner à grand peine. Bref, on tourne dans un de ces cercles vicieux qui font le désespoir du praticien, et l'opération est le seul moyen d'en sortir. Les os malades une fois extraits, l'épine enlevée, alors le traitement médical reprendra toute son importance, et de palliatif qu'il était deviendra curatif. Mais se borner à attaquer l'état général, c'est en quelque sorte un aveu d'impuissance; c'est se croiser les bras, c'est une façon déguisée de laisser mourir son malade.

Notre premier opéré (1), qui est aussi le premier cas de guérison par la résection obtenu en France, était scrofuleux au premier chef. Il y eut guérison, qui persiste encore aujourd'hui, et néanmoins la scrofulose concomitante n'est pas encore complétement éteinte. L'état local peut donc guérir malgré l'état général, tandis que ce dernier s'amende rarement d'une façon certaine avant l'éloignement du mal local.

Un mot, messieurs, du traitement consécutif. Il est d'une simplicité qui ne se rencontre peut-être dans aucune autre résection. Ce n'est pas à comparer au genou, où le maintien des fragments est souvent si pénible et où, malgré les soins les mieux entendus, les chevauchements et les réunions difformes sont fréquemment inévitables. Ici, rien de pareil. La réunion immédiate, vous le devinez déjà, est absolument à rejeter et ce serait une sorte de contre-sens. Nos premiers opérés étaient traités par un pansement simple, sans aucun appareil. Nous recourons maintenant à l'appareil inamovible, convaincu que dans les affections articulaires et osseuses l'immobilité est le plus puissant antiphlogistique. Nous employons l'appareil amidonné ou plâtré, ou une combinaison des deux pour obtenir un bandage plus léger. Une bande amidonnée entoure le pied jusqu'au genou, et le reste de l'appareil est en plâtre renforcé de fils de fer. Le bassin et l'extrémité malade sont solidement assujettis et ne forment plus qu'une pièce; une fenêtre est pratiquée au niveau de la plaie; les pansements et les déplacements sont ainsi rendus complètement indolores, et la guérison est singulièrement abrégée.

Je n'ai pu, messieurs, insister que sur les points essentiels; quelques mots encore pour me résumer : La résection de la hanche est une opération ordinairement *facile*, offrant peu de dangers immédiats et consécutifs, si ce n'est ceux résultant de l'état général; d'après toutes les statistiques, elle guérit la *moitié* des malades, tandis que l'expectation n'en laisse probablement survivre qu'un cinquième. Elle imite le procédé suivi par la nature et le raccourcit; elle donne des guérisons plus favorables, sans fausse ankylose et sans atrophie exagérée du membre; elle réalise donc complètement le véritable but de l'art, dont la mission est d'intervenir là où la nature est trop lente ou impuissante. Nous sommes donc autorisé à l'admettre et à la proposer pour le traitement des coxalgies suppurées graves.

OVARIOTOMIE

Obs. LXVII. — Ovariotomie pratiquée le 22 mai 1868. Mort, par suite de pneumonie, le vingt-neuvième jour.

Par E. Kœberlé.

Madame V..., de Villers (Côte-d'Or), âgée de 40 ans, un peu amaigrie, a eu quatre grossesses, la dernière en 1863. Jusqu'alors la santé avait toujours été très-bonne, mais depuis cette époque sont survenues de fréquentes douleurs du côté droit de l'abdomen, où l'on s'est aperçu, dès 1862, de l'existence d'une petite tumeur. A partir du mois de juin 1865, le ventre a grossi rapidement, et au mois d'août 1866, on a dû faire une première ponction qui a fourni 12 litres de liquide incolore et visqueux. Une deuxième ponction fut faite au mois de décembre 1867, à la suite de douleurs très-vives qui s'étaient déclarées depuis deux jours. Il s'écoula 8 litres de liquide un peu coloré. Les douleurs se dissipèrent et se calmèrent aussitôt après la ponction. La malade a éprouvé ensuite, de temps en temps, des douleurs passagères dans diverses parties de l'abdomen. Les jambes étaient très-enflées avant chaque ponction. Rien d'anormal du côté du bassin. Col utérin un peu dévié à droite. Menstruation régulière. La tumeur paraissait formée par un kyste uniloculaire de l'ovaire droit. Une troisième ponction fut faite le 14 mai 1868. Elle donna issue à 8 litres de liquide opalin. Après la ponction, on ne pouvait sentir aucun amas de petits kystes.

L'ovariotomie eut lieu le 22 mai 1868 en présence de MM. Bley (de Barr), Cochu, Kien, Billiet et Lacom.

Incision de 10 centimètres. Le kyste était dépourvu d'adhérences; il fut extrait et lié suivant mes procédés ordinaires. La cavité péritonéale contenait environ 100 grammes de sérosité qui se coagula par le refroidissement. Le kyste provenait de l'ovaire droit. L'ovaire gauche était sain. Réunion par trois points de suture profonde. L'opération a duré une demi-heure. La perte de sang a été de 40 grammes à peu près.

Des crampes utérines survinrent à des intervalles très-rapprochées après l'opération; elles persistèrent pendant près de 30 heures; elles étaient accompagnées de douleurs qui irradiaient dans les reins, surtout à droite, du côté dont l'ovaire avait été enlevé. Ces crampes cessèrent le deuxième jour, à l'apparition du flux cataménial, qui était attendu d'ailleurs pour le lendemain ou le surlendemain. Il n'y eut pas de vomissements chloroformiques ni aucun autre accident notable. Le pouls s'éleva jusqu'à 95 pulsations le troisième jour. La cicatrisation de la plaie fit de rapides progrès sans suppuration.

Le huitième jour, le pouls était à 66. L'opérée allait parfaitement bien et pouvait déjà être considérée comme guérie. En prenant un lavement dans son lit, elle sentit tout à coup un instestin qui se déplaçait et éprouva de suite du malaise, de l'anorexie. Dès ce moment, les selles firent défaut. Le soir, le pouls était à 80.

Le lendemain, le pouls devint petit, irrégulier, et s'éleva à 120. Soif. Ventre très-sensible. Ballonnement. Le dixième jour, les douleurs abdominales devinrent très-vives. Pouls très-petit, irrégulier. Vomissements. Urines chargées. Peau sèche. Soif intense. On prescrivit du sulfate de quinine à haute dose et de la morphine.

Le onzième jour, je constatai une matité limitée avec tuméfaction dans le flanc droit au-dessus de la crête iliaque. Pouls de 100 à 110 pulsations, parfois irrégulier, petit.

Le douzième jour, même état. Depuis quatre jours il n'y avait plus eu d'évacuation de matières intestinales ni de gaz.

Le treizième jour, je pratiquai une incision au-dessus de la crête iliaque, parallèlement à la direction des fibres du muscle grand oblique. Il s'écoula 60 grammes de sérosité trouble avec des pseudo-membranes de fibrine. Je repoussai en bas avec le doigt l'anse intestinale qui paraissait s'être retournée. Il se produisit aussitôt une selle avec des gaz. La douleur abdominale ne tarda pas à se calmer et le pouls se releva dès le soir. Le ventre resta encore un peu tuméfié pendant quelques jours et revint peu à peu à son volume normal.

L'amélioration se continua d'une manière progressive, et le dix-huitième jour, l'état était très-satisfaisant; l'angle inférieur de la plaie de la ligne médiane était presque entièrement cicatrisé, et la plaie latérale était en bonne voie de cicatrisation. Dans la nuit du 8 au 9 juin, la température alors très-élevée, à 33 degrés centigrades, baissa subitement et tomba presque à 0 à la suite d'un orage. L'opérée, par imprudence, avait quitté la veille la flanelle dont elle était revêtue et se refroidit alors très-gravement, ainsi qu'il arriva également à beaucoup de personnes.

Le dix-neuvième jour, le pouls s'éleva à 90. Toux, crachats visqueux, incolores. Absence de douleur thoracique. Infusion de polygala, sirop de tolu, etc.

Le vingtième jour, il survint de la dyspnée. Pouls à 100. Crachats visqueux. On constata une pneumonie des deux côtés de la base des poumons jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

Les deux jours suivants la pneumonie fit des progrès. Il y eut quelques crachats rouillés. La tolérance pour le tartre stibié qu'on avait administré s'était établie. Pouls de 120 à 150. La cicatrisation de la plaie latérale ne faisait plus aucun progrès.

Le vingt-troisième et le vingt-quatrième jour, l'expectoration était devenue verdâtre, puis blanchâtre; elle était peu abondante.

Le vingt-cinquième jour, la dyspnée était moins prononcée. Respiration à 28. Pouls à 105. Narines pulvérulentes. Peau moite. Faiblesse considérable.

Le vingt-septième jour, la pneumonie s'étendit de nouveau un peu à gauche. Crachats incolores. Respiration à 33. Pouls à 125.

Le vingt-huitième jour, le pouls s'éleva à 140 pulsations et la respiration à 45 inspirations. Bourdonnements d'oreilles. Expectoration incolore, spumeuse. L'engorgement du poumon droit était en voie de résolution dans presque toute son étendue.

Le vingt-neuvième jour, le pouls devint faible, irrégulier, accéléré. Respiration à 48. Expectoration spumeuse. Un peu de délire par intervalles. Agitation, puis faiblesse extrême. La malade ne peut plus expectorer et se refroidit progressivement, tout en conservant la connaissance jusqu'à sa mort.

A l'autopsie, le lobe inférieur du poumon de chaque côté se trouva très-congestionné; il était noir et se déchirait assez facilement sous la pression des doigts, mais il commençait à devenir perméable à l'air. Les parties antérieures du poumon de chaque côté étaient parfaitement saines. Il n'y avait nulle part de traces d'abcès ni de suppuration. Les bronches étaient remplies d'écume dans toutes leurs ramifications.

Il y avait une collection purulente en voie de résorption dans le bassin. Le pus était très épais, caséeux, sans qu'il y ait eu la moindre rougeur circonvoisine. Les intestins étaient agglutinés entre eux, mais il n'y avait plus aucune irritation péritonéale.

Les crampes utérines persistantes observées dans ce cas étaient symptomatiques de l'apparition du flux cataménial. Dans plusieurs opérations précédentes qui eurent lieu, soit le jour de l'apparition des menstrues, soit immédiatement après, soit un ou deux jours avant, les crampes utérines plus ou moins vives qui se déclarent chez la plupart des opérées après l'ovariotomie, ne paraissent pas avoir été influencées par l'époque menstruelle; elles sont spécialement provoquées par la ligature du pédicule. La constriction des nerfs qui se rendent à l'ovaire occasionne les douleurs dans la région rénale du côté correspondant, dans l'aine et dans la cuisse. La constriction de la trompe, surtout lorsque le pédicule est court, donne principalement lieu aux crampes utérines, que les opérées comparent

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1866, p. 60; et *Gazette médicale de Strasbourg*, janvier 1866.

le plus souvent aux coliques qu'elles éprouvent lors de l'époque menstruelle.

La mort a été tout à fait accidentelle. Elle a été uniquement le résultat du refroidissement auquel l'opérée a été exposée d'une manière fortuite et tout à fait en dehors de l'ovariotomie et de ses suites. Partant, sa mort ne doit pas être portée au compte de l'ovariotomie. D'ailleurs, la cicatrisation de la plaie de la ligne médiane était déjà complète plusieurs jours avant la mort, et la plaie latérale aurait été également cicatrisée si la pneumonie n'était pas survenue et n'en avait pas arrêté le progrès, comme il arrive d'ordinaire, chaque fois qu'il surgit une affection grave intercurrente dans le cours de la cicatrisation d'une plaie quelconque.

L'opérée avait une mauvaise conformation du thorax et a toujours été très-sensible au froid. Elle portait constamment de la flanelle, et ce n'est que la veille du refroidissement qu'elle l'avait quittée, par une chaleur exceptionnelle, afin d'être moins sujette à transpirer. La pneumonie n'a pu être enrayée assez tôt, malgré la médication la plus active, le tartre stibié, les révulsifs cutanés, le nitre, le musc, les excitants, etc.

La péritonite consécutive à l'étranglement interne était en voie de guérison, et si la malade n'avait pas été affaiblie, la pneumonie n'aurait sans doute pas été mortelle.

DE LA NÉVRITE

et périnévrite optique, et de ses rapports avec les affections cérébrales,

Par M. le docteur X. Galezowski.

La névrite optique — voir les *Archives de médecine*, janvier 1869 — se produit très-souvent sous la dépendance des tumeurs cérébrales et de méningites.

Parmi les tumeurs, ce sont presque exclusivement celles qui se développent au voisinage des organes visuels centraux qui amènent la névrite optique; quant aux méningites, il n'y a que les méningites basilaires situées au pourtour du chiasma qui peuvent amener l'inflammation soit du périnerf, soit de la substance propre du nerf optique.

Reconnaître, d'après les signes ophthalmoscopiques, une méningite d'une tumeur cérébrale, est le plus souvent impossible, et il faut avoir recours aux symptômes rationnels et généraux de ces maladies. Nous devons pourtant remarquer que l'affaiblissement progressif de la vue, amenant une cécité complète, est le plus souvent la conséquence d'une tumeur cérébrale; si, au contraire, la vue s'affaiblit ou s'éclaircit de manière qu'on constate les exacerbations ou les rémittences de la maladie, on est en droit de supposer une méningite.

La névrite optique se transforme au bout de quelque temps en une atrophie de la papille partielle ou complète. Cette atrophie se distingue, selon nous, de l'atrophie de la papille progressive, et notamment de celle que l'on observe dans une ataxie locomotrice, par les contours irréguliers qui se perdent sous une exsudation, de même que par la varicosité et la sinuosité marquées des vaisseaux centraux.

A ces phénomènes purement oculaires, il faut nécessairement ajouter les symptômes généraux propres à chacune de ces maladies. Les douleurs occipitales, les attaques convulsives ou épileptiformes, un affaiblissement dans les jambes, des vertiges et des vomissements, la paralysie de la septième, de la huitième ou de la cinquième paire, accompagnent presque toujours les tumeurs situées au voisinage des tubercules quadrijumeaux, dans la partie antérieure ou supérieure du cervelet, le pédoncule cérébelleux, le quatrième ventricule, etc.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 26 janvier 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport sur le service médical des eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Penissat, pour l'année 1867. (Comm. des eaux minérales);

2° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1868 dans le département des Landes;

3° Les rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Brigandat (de Lille) et Bourgeois (d'Étampes.) (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Barrier, président de la Société protectrice de l'enfance, qui annonce que la séance publique annuelle de cette Société aura lieu le dimanche prochain, 31 janvier 1869, à trois heures, dans le grand amphithéâtre du Conservatoire des Arts-et-Métiers;

2° Une lettre de M. le docteur Luys, qui se présente comme candidat pour la section d'anatomie et de physiologie;

3° Une lettre de M. le docteur Gallard, qui se présente comme candidat pour la section d'hygiène;

4° Le compte rendu des fièvres intermittentes et des fièvres typhoïdes qui ont régné dans la garnison de Bordeaux, en octobre et novembre 1868, par M. le docteur Larivière, présenté par M. Larrey. (Comm. des épidémies);

5° Une série de dessins à l'aquarelle, exécutés par M. Hardon, et représentant, jour par jour et à la même heure, de grandeur naturelle, l'évolution de la pustule vaccinale. (Comm. de vaccine.)

Sont présentés à l'Académie les ouvrages suivants :

Par M. Béhier, de la part de M. Gallard, l'article Contagion, extrait du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*;

Par M. Daremberg, au nom de M. le docteur Closmadeuc, une brochure intitulée : *Chirurgie et barberie en Bretagne avant la Révolution*;

Par M. Gubler, au nom de M. le docteur Ernest Labbé, sa thèse inaugurale intitulée : *Recherches sur les modifications de la température dans la fièvre typhoïde et la variole régulières*;

Par M. Devilliers, au nom de M. le docteur Gros, un rapport sur le service médical du chemin de fer du Nord, pendant l'année 1867.

M. Devilliers demande la parole, à l'occasion du procès-verbal, pour donner de nouveau quelques renseignements sur le service de la vérification des naissances à domicile et sur l'intérêt qu'il y aurait à provoquer l'extension de cette mesure à tous les départements.

Un échange d'explications a lieu sur ce sujet entre MM. Devilliers, Larrey et Robinet.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Gubler, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports, dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à un double scrutin pour la nomination de deux commissions d'élection, l'une pour les correspondants et associés nationaux, l'autre pour les correspondants et associés étrangers.

Voici les résultats de ces deux scrutins :

Commission des correspondants et associés nationaux.

Sont nommés :

MM. Tardieu, Roger, Ricord, Broca, Bouchardat et Reynal.

Commission des correspondants et associés étrangers.

Sont nommés :

MM. Robin, Bouillaud, Laugier, Legouest, Bussy et Daremberg.

LECTURES.

Choléra.

M. Fauvel donne lecture d'une note sur la question de savoir jusqu'à quel point l'Europe est actuellement menacée d'une nouvelle invasion du choléra.

L'auteur, dans ce travail, se propose de faire connaître succinctement quelles ont été les suites de l'épidémie de choléra qui a fait invasion en Europe en 1865; d'indiquer, d'une manière précise, quelles sont les contrées où actuellement la maladie sévit encore et d'où il est à craindre qu'elle ne soit de nouveau importée parmi nous, si les moyens propres à arrêter sa marche envahissante sont négligés ou s'ils restent impuissants. Il se propose de dire quel est le plan de défense projeté sur la route par laquelle l'invasion est le plus à redouter, et ce qui, dans ce plan, est déjà réalisé ou immédiatement exécutable. Enfin, il signale les moyens sur lesquels, dans l'état actuel des choses, il est le plus permis de compter. En un mot, il expose à l'Académie tous les éléments d'une vaste expérience d'hygiène en cours d'exécution et à laquelle se rattache la question de savoir jusqu'à quel point il est possible, par des mesures convenables, de prévenir de nouvelles invasions du choléra en Europe.

Par cet exposé, l'Académie a pu voir que si l'Europe, actuellement délivrée du choléra indien, est menacée par plusieurs côtés d'une nouvelle importation de cette maladie, le temps écoulé depuis la dernière invasion a été mis à profit pour organiser de nouveaux moyens de défense.

Il ne s'agit plus pour nous, dit l'auteur, comme autrefois, d'attendre que l'ennemi soit à nos portes pour nous en occuper et lui opposer des mesures incohérentes et le plus souvent sans efficacité.

Notre prévoyance va plus loin. Nous allons au devant du danger, au foyer primitif de la maladie; nous y instituons des recherches et des mesures dont le résultat sera, sinon de tarir la source même du mal, du moins d'en atténuer l'extension.

Et en attendant que ce résultat soit obtenu, nous recommandons et nous appliquons les mesures propres à diminuer dans l'Inde et ailleurs les chances d'exportation de la maladie.

Non contents de cela, comme dernière ressource, nous essayons d'opposer à la marche envahissante du fléau venant d'Orient des barrières infranchissables, placées sur les routes qu'il a constamment suivies jusqu'ici pour pénétrer en Europe.

L'entreprise est hardie sans doute, mais elle est fondée sur une étude approfondie du sujet poursuivie depuis vingt ans.

Peut-être échouera-t-elle, car elle a à lutter non-seulement contre le mal, mais encore contre une foule de circonstances qui peuvent contrarier la mise en pratique des moyens d'action.

Cependant nous avons de puissants auxiliaires. L'Angleterre, jusqu'ici opposée ou indifférente, nous appuie énergiquement dans l'Inde et dans la mer Rouge; le gouvernement ottoman, sous les inspirations du conseil de santé de Constantinople, si éclairé en pareille matière, fait les efforts les plus louables dans le même sens; et la Perse elle-même semble vouloir entrer dans la même voie. Nous ne devons donc pas désespérer.

M. J. Guérin, à l'occasion de cette lecture, prie le bureau de vouloir bien mettre le plus prochainement possible à l'ordre du jour le rapport de la commission du choléra, où sont traitées les questions qui font l'objet du mémoire de M. Fauvel. Les documents contenus dans ce mémoire fourniraient des éléments de discussion utiles.

M. Briquet donne, à ce sujet, quelques explications sur les documents annexés à son rapport, qui n'ont point encore été publiés et qui sont relatifs à ces mêmes questions.

Le bureau prendra en considération la demande de M. Guérin.

Le travail de M. Fauvel est renvoyé à l'examen de la section d'hygiène constituée en commission d'élection.

Champignons comestibles et champignons vénéneux.

M. Bertillon lit un mémoire sur ce sujet. Il explique comment, étant chargé de rédiger, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, les articles concernant les champignons, il a été frappé des lacunes, des contradictions qui se rencontrent dans nos connaissances et particulièrement dans celles qui sont les plus urgentes, car elles concernent les qualités toxiques et bromatologiques des grandes espèces de champignons. Ainsi, parmi un genre qu'il a traité dernièrement, les amanites, et auquel sont dus le plus grand nombre des empoisonnements, il signale l'*amanita vaginata, amanita rubescens*, qui sont signalées comme vénéneuses par plusieurs auteurs et ont, en effet, amené la mort des animaux auxquels il les a d'abord administrées. Cependant ces mêmes champignons toxiques sont communément mangés dans beaucoup de localités et même vendus sur des marchés publics.

Il signale encore *Ag. nebularis*, de la section des clitocybes de Fries, très-répandu aux environs de Paris et désigné comme alimentaire par les professeurs Fries, de Suède, et Sanguinetti, de Rome, et signalé comme vénéneux par Cordier.

Enfin, *boletus luridus*, un de ces bolets qui changent énergiquement de couleur quand on les rompt, est généralement cité par les auteurs (qui d'ailleurs se copient les uns les autres) comme le type des bolets vénéneux, et pourtant le savant mycologiste italien Vittadini assure qu'aux environs de Milan, les paysans le récoltent mêlé aux autres bolets, et s'en nourrissent sans inconvénient, et un mycologue allemand non moins connu, Kromblotz, affirme que l'on vend ce même *B. luridus* sur les marchés de Vienne, mais dissimulé sous un autre nom, car il est proscrit comme vénéneux sous son nom ordinaire.

M. Bertillon s'est proposé de résoudre ces contradictions, et il porte à l'Académie le commencement de son travail, espérant qu'il sollicitera ainsi quelques-uns de ses confrères habitant la campagne et mieux placés que lui, à corroborer et à poursuivre ses expériences.

Il a entrepris ses premières expériences à la station thermale d'Ussat, dans l'Ariége, sur les couleuvres thermales que l'on y rencontre en grand nombre; il y a constaté que le suc exprimé des deux amanites *vaginata* et *rubescens*, et celui de leurs diverses variétés, étant filtré et injecté à la dose de 4 centimètres cubes sous la peau de ces reptiles, amène toujours leur mort, mais plus ou moins rapidement, suivant que l'injection a lieu vers la tête ou vers l'extrémité caudale. Mais si le suc est soumis à l'ébullition et filtré, il perd toutes ses propriétés toxiques, et les couleuvres injectées restent en parfaite santé : d'ailleurs, le coagulum resté sur le filtre a paru aussi privé de propriétés toxiques, car il fut vainement introduit dans l'estomac des reptiles.

En 1868, M. Bertillon a repris et continué ses expériences, mais cette fois sur de jeunes lapins pesant 400 grammes et auxquels il injectait 5 à 6 centimètres cubes de suc filtré. Le suc des diverses variétés d'*amanita vaginata* (*grisea* et *lutea*) de *rubescens*, lui donnèrent absolument les mêmes résultats, toxique avant l'ébullition, innocent après.

Il a constaté aussi que le suc de l'*Ag. nebularis* est toxique étant cru; mais l'expérimentation du même suc cuit n'est pas aussi concluante et doit être reprise.

Une fois aussi il a volontairement retiré du feu le suc de l'amanite *vaginata*, au début de l'ébullition, au premier bouillon, qui soulève une écume abondante (tandis que dans les autres expériences il prolongeait l'ébullition plusieurs minutes); dans ce cas, le lapin injecté paraissait encore bien portant après 24 heures; cependant il s'est montré malade le jour suivant et a succombé à la fin du troisième jour, de sorte que M. Bertillon dit que si cette expérience plusieurs fois répétée donnait les mêmes résultats, il faudrait conclure que non-seulement il faut la cuisson, mais encore un certain degré de cuisson pour détruire les propriétés vénéneuses de certains champignons.

Une autre étude curieuse a été faite par l'auteur sur les limaces, qui sont, dit-il, des mycophages émérites; il montre que ces limaces (notamment la *limace orangé*) mangent impunément les champignons les plus toxiques (*amanita muscaria*, ou fausse oronge, *Am. phaloïdes*, ou bulbeuse), comme on peut s'en convaincre en enfermant les limaces avec ces amanites; elles les dévorent et continuent à se porter parfaitement; mais si l'on injecte dans leurs tissus un centimètre cube ou même un demi centimètre cube du suc filtré, elles succombent très-promptement. Ainsi tombe cette prétendue caractéristique propre à faire distinguer les champignons comestibles des champignons vénéneux, caractéristique aussi vaine que toutes les autres caractéristiques générales.

M. Bertillon a fait, en outre, des expériences sur des grenouilles et sur des crapauds, qui l'ont conduit à des résultats analogues. De ces expériences, il conclut :

1° Que *A. rubescens, Am. vaginata* (variété *grisea* et variété *lutea*), quoique vendues sur les marchés et servant d'aliment en plusieurs localités, sont toxiques étant crues, mais que leur poison disparaît par la cuisson, ce qui explique leur usage alimentaire; en outre, une expérience, une seule, il est vrai, semble montrer que l'ébullition de toute la masse doit être prolongée quelques instants pour faire disparaître le poison.

2° *Ag.* (clitocybe) *nebularis*, cité comme édule par Fries et comme toxique par Cordier, est certainement toxique étant cru.

3° Que les expériences des auteurs, lorsqu'elles ne disent pas si le champignon essayé avait ou n'avait pas subi la cuisson, sont presque sans valeur; que lorsque le champignon a été expérimenté cru et trouvé vénéneux, cela ne prouve pas qu'il ne puisse être alimentaire étant cuit, et inversement.

4° Les animaux à sang froid, serpents, grenouilles, crapauds, que j'ai expérimentés, sont extrêmement sensibles au poison des amanites vénéneuses administré en injection sous-cutanée, et meurent plus rapidement que les animaux à sang chaud.

5° Les limaces se nourrissent et prospèrent avec les amanites les plus toxiques; mais elles sont très-sensibles au même poison injecté dans leurs tissus.

6° L'indice que l'on a prétendu tirer en faveur des qualités alimentaires des champignons qui servent de nourriture aux animaux mycophages, est donc fallacieux et doit être absolument rejeté.

Le travail de M. Bertillon est renvoyé à la section d'hygiène, constituée en commission d'élection.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine légale, dont les statuts ont été publiés *in extenso* dans la *Gazette des Hôpitaux*, admet au nombre de ses membres, titulaires ou correspondants, les personnes qui cultivent une branche quelconque des sciences médicales et celles qui s'oc-

cupent de droit et de jurisprudence, c'est-à-dire les magistrats et les avocats.

Le nombre des membres titulaires est fixé à 60. Parmi eux les magistrats et les avocats ne doivent pas figurer pour plus du quart.

Le nombre des correspondants étrangers est illimité; celui des membres correspondants nationaux est fixé à *cent*, et il ne doit pas y en avoir plus de *sept* au maximum dans le ressort de la même Cour impériale.

Jusqu'à ce jour la Société n'a nommé que 30 membres correspondants nationaux, en deux élections, l'une de 12, l'autre de 18 membres; il lui en reste donc 70 à élire pour atteindre le chiffre réglementaire, mais elle ne paraît pas disposée à faire cette élection en masse, puisqu'elle n'a déclaré que 15 vacances, ainsi que cela a été annoncé dans la *Gazette des Hôpitaux*, en janvier 1869.

Pourquoi la Société ne déclare-t-elle que 15 vacances quand il lui reste 70 places à donner, et quand elle a reçu plus de 30 demandes pour ces 15 places? C'est sans doute qu'elle tient à faire des choix sérieux et réfléchis, et que, non-seulement elle veut peser mûrement les titres de tous les candidats qui se présentent, mais aussi donner à tous ceux qui peuvent prendre intérêt à ses travaux le temps de produire leur candidature. Nous croyons savoir que d'autres élections de correspondants nationaux suivront de près celle qui vient d'être annoncée, mais nous n'oserions affirmer que les 100 membres réglementaires seront tous élus cette année.

La seule formalité à remplir pour poser une candidature est d'adresser une lettre au secrétaire général (14, rue de Choiseul). Toute demande doit être appuyée par deux membres titulaires; il n'est pas indispensable qu'elle soit accompagnée d'un travail, mais les candidats sont invités à y joindre un exposé de leurs titres scientifiques. A chaque déclaration de vacances, il est nommé une commission qui examine les titres des candidats et dresse, par ordre de mérite la liste de tous ceux qui se sont présentés; le rapport de cette commission est lu devant la Société, à la séance qui précède celle où les élections doivent avoir lieu.

Il est procédé absolument de la même manière pour les élections de membres titulaires.

Les travaux de la Société de médecine légale sont publiés dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*; il en est fait à la fin de chaque année un tirage à part pour les membres de la Société et pour les échanges avec les autres sociétés savantes.

La Société donne son avis sur les questions de médecine légale qui lui sont posées; mais il est indispensable qu'on lui adresse toutes les pièces qui peuvent l'éclairer. Une commission spéciale de onze membres est chargée de répondre, dans l'intervalle des séances aux demandes de consultation qui présentent un caractère d'urgence.

— *Vaccinations avec le vaccin de génisse, rue Massillon*, 2 (*près Notre-Dame*). — M. le docteur Lanoix nous prie d'informer ses confrères qu'à partir du 1er février, tous les jours, de dix heures à quatre heures, une génisse vaccinifère sera mise à leur disposition, soit pour pratiquer *directement* les vaccinations de leur clients, soit pour recueillir sur l'animal du vaccin en tube.

— *La Société protectrice de l'Enfance* tiendra sa séance générale annuelle, au *Conservatoire impérial des Arts-et-Métiers* (rue Saint-Martin), dimanche prochain, 31 janvier, à trois heures précises.

Ordre du jour. — 1° Discours de M. Barrier, président; — 2° Compte rendu des travaux de l'année, par M. le docteur Alexandre Mayer, secrétaire général; — 3° Rapport de la Commission du prix, par M. le docteur Dally; — 4° Rapport de la commission des médailles pour les médecins inspecteurs, par M. Eugène Shmitt; — Rapport de la commission des récompenses aux nourrices, par M. Ch. Thirion; — 6° Distribution des récompenses; — 7° Élections.

Chœurs chantés par la Société chorale de Armand Chevé.

Les portes seront ouvertes à deux heures trois quarts. On peut se procurer des billets d'entrée gratuitement au bureau de la Société, rue Magnan, n° 5, près la place du Château-d'Eau.

Les demandes de l'*Album du Consulat et de l'Empire* ont été si nombreuses, que nous avons été contraints de faire exécuter un tirage supplémentaire de cette belle publication.

Quelques exemplaires (au prix de 22 francs pris à Paris et 25 francs (franco) pour toute la France) nous restent encore. Avis aux retardataires qui désirent profiter de cette occasion unique de compléter par la gravure l'*Histoire du Consulat et de l'Empire* de notre grand historien.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Pronostic et traitement de l'épilepsie. — Succès remarquable obtenus par l'emploi du bromure de potassium à haute dose, par M. le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. In-8. — Prix : 1 fr. 50.

Les Mammifères, par Louis FIGUIER. Ouvrage illustré de 276 vignettes, dessinées pour la plupart d'après l'animal vivant, par Bocourt, Lalaisse, etc. 1 volume in-8. — Prix : 10 francs.

De l'emploi de la liqueur de Villate dans le traitement des affections chirurgicales, par M. le docteur A. NOTTA. Ouvrage récompensé par l'Académie impériale de médecine (Prix Barbier, 1866). In-8 de 170 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Traité des maladies de la peau, comprenant les exanthèmes aigus, par le docteur F. HEBRA, professeur à l'Université de Vienne, traduit et annoté par le docteur A. Doyon. 1er fascicule. — Prix : 2 francs. — Il paraîtra tous les deux mois une livraison de 112 pages au prix de 2 francs.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 12. — SAMEDI 30 JANVIER 1869. 42e ANNÉE. SAMEDI 30 JANVIER 1869. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la thoracentèse capillaire dans le traitement des épanchements pleuraux.

On ne discute plus aujourd'hui sur l'utilité de la thoracentèse dans le traitement des épanchements pleuraux. Son utilité est hors de contestation, son innocuité dans les conditions les plus générales est démontrée, ses indications sont parfaitement formulées. Les choses en sont à ce point qu'on a pu dire avec raison de la thoracentèse qu'on s'est rarement repenti de l'avoir pratiquée, tandis qu'on a pu regretter souvent de s'en être abstenu. Et cependant cette opération, qu'on pratique en quelque sorte couramment dans les hôpitaux, au grand profit des malades, n'est que difficilement admise dans la pratique civile, soit à cause de l'appareil toujours un peu effrayant qu'elle nécessite, soit par crainte de la douleur et surtout des dangers possibles que l'esprit attache encore involontairement à ses suites. Tout ce qui peut concourir à faire disparaître ces appréhensions, soit en simplifiant encore le manuel et l'appareil opératoire, soit en diminuant encore les chances de danger possible, doit être favorablement accueilli. C'est pourquoi nous considérons comme un devoir de signaler ici une communication importante faite à la Société médicale des hôpitaux par M. Blachez sur le traitement des épanchements pleuraux par la thoracentèse capillaire.

Considérant d'une part la supériorité indéniable de la thoracentèse sur tous les autres moyens de traitement des épanchements pleurétiques, et d'autre part les motifs d'appréhension qui se sont jusqu'à présent opposés à son adoption générale dans la pratique commune, M. Blachez a eu l'idée de chercher à rendre cette opération tellement simple et tellement inoffensive, qu'il ne restât plus une seule objection à lui faire, ni le moindre prétexte à lui résister. Le moyen qu'il a imaginé est bien simple, il consiste à se servir, pour pratiquer cette opération, d'un trocart presque capillaire, d'un trocart explorateur. Le liquide s'écoule ainsi plus lentement qu'à travers la canule d'un gros trocart, mais ce n'est qu'une affaire de temps. Ce n'est pas tout, la douleur de la ponction étant une des fins de non-recevoir le plus habituellement invoquées contre l'opération, il s'agissait de la supprimer. M. Blachez a recours pour cela au procédé d'anesthésie locale et à l'appareil de Richardson. Voici comment il procède :

Le point à anesthésier, c'est-à-dire le point d'élection de la ponction, est marqué à l'encre; puis, afin d'éviter le refroidissement d'une trop grande surface du thorax, il applique un large morceau de diachylon percé d'un trou qui correspond au point marqué. Un second, un troisième morceau de diachylon plus largement troués, et enfin un bandage de corps ne dépassant pas l'espace intercostal choisi pour l'opération, complètent l'appareil de protection. Cela fait, le jet d'éther est dirigé sur le point de la peau qui est ainsi resté seul à découvert; il suffit ordinairement de 3 à 4 minutes pour que l'anesthésie de ce point soit complète. Le reste de l'opération se passe comme à l'ordinaire. Seulement, à raison de la petitesse du calibre de la canule, il faut un peu plus de temps qu'avec les procédés et les instruments ordinaires, pour obtenir l'évacuation complète de la poitrine. Du reste, M. Blachez fait remarquer que cette lenteur de l'écoulement du liquide est elle-même tout à l'avantage des malades qui ne sont plus en proie à ces grandes quintes de toux qui surviennent ordinairement par le fait du déplissement rapide du poumon à la suite des thoracentèses faites avec un trocart de gros calibre.

Quant à ce qui est de la douleur, plusieurs des malades qui ont été ainsi guéris ont déclaré n'avoir pas senti l'introduction de l'instrument.

Voici une relation très-sommaire des sept observations qu'a rapportées M. Blachez en témoignage de l'efficacité et de l'innocuité de cette méthode :

1° Homme de 50 ans, vigoureux, exposé par sa profession à de fréquents refroidissements, entré à l'hôpital Saint-Louis avec une pleurésie datant de deux mois; épanchement abondant. Ponction le 1er juin. Anesthésie locale complète. Issue de deux litres de sérosité. Point de toux. Guérison le cinquième jour. Sortie de l'hôpital le treizième jour.

2° Homme de 30 ans, délicat, suspect de phthisie. Père mort phthisique, frères et sœurs phthisiques ou scrofuleux. Pleurésie à droite, datant de cinq mois et ayant affecté dès le début une marche chronique. Fièvre le soir. Pronostic défavorable. Vu le peu d'abondance de l'épanchement et le mauvais état du malade, un traitement médical énergique est essayé, mais sans résultat. Ponction le 5 juin. Issue d'un litre et demi de liquide. Le 9, état satisfaisant, quoique la matité et l'absence du murmure vésiculaire dénotassent encore la présence de liquide probablement infiltrant des fausses membranes. Du 9 au 20 juin, état stationnaire; du 20 au 25, la guérison se consolide, le malade sort, n'ayant plus que des traces de sa pleurésie.

3° Homme de 40 ans, rhumatisant. Pleurésie datant de cinq semaines. Epanchement remplissant la poitrine. Thoracentèse. Soulagement rapide. Sortie au bout de huit jours.

4° Garçon de 18 ans, vigoureux. Pleurésie gauche datant de sept jours; apyrétique. Epanchement remplissant toute la poitrine et refoulant fortement le cœur. Ponction le 30 août. Point de quintes de toux, pas de douleur. Amélioration rapide, quoique momentanément un peu entravée par un état fébrile de quelques jours de durée. L'épanchement ne se reproduit pas. La résolution s'opère après une période stationnaire d'une huitaine de jours environ, et est presque complète le quinzième jour. Guérison complète le vingtième jour.

5° Jeune fille de 19 ans, délicate. Pleurésie de deux mois, à marche subaiguë. Épanchement occupant au moins les deux tiers de la poitrine à gauche. Refoulement du cœur. Ponction indolore; écoulement de 1,200 grammes de liquide. Pas de toux. Résolution lente. Disparition des principaux signes de la pleurésie. Persistance de la matité coïncidant avec une respiration complète et pure dans la plus grande étendue de la poitrine. Sortie le quinzième jour.

6° Homme de 23 ans, très-affaibli. Pleurésie datant de quinze jours. Épanchement peu abondant, mais fort étendu. Probablement un grand nombre d'adhérences. Première ponction manquée. Traitement énergique. Aucun résultat. Au bout de trois semaines, nouvelle ponction donnant lieu à un écoulement de 60 grammes environ de liquide filant, épais. Pas d'amélioration persistante. Bien que la pleurésie semble notablement diminuer, l'état du malade reste toujours mauvais. Cas d'insuccès.

7° Homme de 48 ans. Aucun antécédent morbide. Bronchite intense et pleurésie gauche, datant de deux mois. Épanchement très-abondant. Dyspnée considérable. Sommeil impossible. Le 18 octobre, ponction capillaire, indolore, donnant issue à 1,100 grammes de liquide citrin, très-albumineux. Le 19, amélioration notable. Le 20, deuxième ponction, donnant issue à 2 litres 1/4 de liquide de même nature qu'à la première ponction. Le 23 octobre le liquide ne s'est pas reproduit et l'état général est excellent.

Pour M. Blachez, les observations dont nous venons de présenter une analyse rapide justifient en grande partie cette appréciation, la thoracentèse capillaire a tous les avantages de la thoracentèse ordinaire, et constitue comme elle le moyen le plus puissant qu'on puisse opposer à l'épanchement pleural. Elle vide parfaitement la poitrine, et la lenteur avec laquelle le liquide s'écoule, loin de devoir être considérée comme un inconvénient ou comme une imperfection du procédé, a, au contraire, l'avantage de prévenir et de supprimer les quintes de toux qui accompagnent habituellement l'écoulement des dernières quantités de liquide dans la thoracentèse ordinaire. Elle a, en outre, l'avantage, grâce au procédé d'anesthésie locale qui précède l'exécution de l'opération et à l'exiguité de l'instrument, de n'être que très-peu sentie par les malades ou de ne l'être même pas du tout, et d'annuler par là les appréhensions qu'inspirait jusque-là cette opération. Enfin, en cas d'erreur de diagnostic et, partant, d'application inopportune, circonstance qu'il est toujours bon de prévoir, il est évident qu'il ne serait pas indifférent d'introduire dans un poumon hépatisé ou dans le foie hypertrophié la lame d'un gros trocart, tandis que la pointe d'un trocart explorateur, qui ne fait qu'une piqûre capillaire, serait même, dans ce cas d'erreur, à peu près sûrement inoffensive. Ajoutons que cette opération pourrait être facilement renouvelée sans danger sérieux.

Tels sont les avantages que M. Blachez croit pouvoir attribuer à sa méthode de ponction par un petit trocart, précédée de l'anesthésie locale. — Nous disons ponction par un petit trocart et non pas par un trocart capillaire, car le petit trocart capillaire de nos trousses, à ponctions exploratrices, serait très-probablement insuffisant pour cette opération, et ce n'est pas non plus celui dont s'est servi M. Blachez. — Dans la discussion qui a suivi cette communication à la Société de médecine des hôpitaux, on a fait quelques objections à cette méthode, entre autres d'avoir été appliqué à des cas où, faute d'avoir eu recours aux moyens de mensuration exacte du périmètre de la poitrine, on n'avait pu s'assurer convenablement de l'étendue de l'épanchement et de sa marche progressive ou régressive; mais c'est là affaire de diagnostic et d'indication, et l'objection s'adressait à la pratique de la thoracentèse elle-même, abstraction faite du procédé opératoire et non au procédé lui-même. D'autres objections, plus topiques, sont celles qui ont été faites au choix même de l'instrument, dont la canule, d'un calibre trop petit, a-t-on dit, faisait courir par-là le double risque d'être trop facilement oblitérée par des caillots, et de rendre l'évacuation de la poitrine trop lente; de sorte que ce qui, aux yeux de M. Blachez, constituait un des principaux avantages de sa méthode, devenait, aux yeux de ses contradicteurs, un objet de critique. A cela, M. Blachez a pu répondre que les inconvénients que l'on croyait pouvoir reprocher à sa méthode ne s'étaient point produits dans les opérations qu'il a pratiquées, raison très-valable assurément et qui serait sans réplique, s'il s'agissait d'un chiffre d'opérations très-élevé, mais qui perd un peu de sa valeur vu le petit nombre de faits invoqués. Ce qui revient à dire que la méthode de thoracentèse proposée et mise en usage par M. Blachez ne peut être encore définitivement jugée; qu'elle a en sa faveur des présomptions d'avantages en partie justifiées par le petit nombre de résultats heureux qu'il en a obtenus, mais qu'il faut une mise à l'épreuve plus multipliée et plus variée pour permettre d'en apprécier en parfaite connaissance de cause tous les bons ou les mauvais côtés.

Rhumatisme utérin.

Le rhumatisme utérin est assez rare, du moins dans nos contrées, s'il faut en juger par le petit nombre d'exemples publiés dans les recueils de médecine et par la très-petite place qu'occupe son histoire dans les ouvrages spéciaux des maladies des femmes. Pour ne citer que l'un des plus récents et des plus complets, — ajoutons aussi des meilleurs, — le traité de M. le professeur Courty, c'est à peine si on le trouve mentionné, et encore faut-il le chercher sous le titre de *Névralgie utérine* (2e partie, chap. VI), ou sous celui d'*hystéralgie*, ou encore dans les chapitres relatifs à la *dysménorrhée* et à la *fluxion utérine*.

Il n'en est pas de même, paraît-il, dans d'autres contrées, ou plutôt dans d'autres conditions d'existence, qui paraissent déterminer cette affection dans des proportions de fréquence, qui contrastent avec ce que nous voyons; nous voulons parler des conditions de la grande navigation. M. le docteur Le Coniat, médecin de la marine, à bord du paquebot *Saint-Laurent*, nous transmet une communication très-intéressante sur le rhumatisme utérin et sur son étiologie, sorte de rhumatisme très-commun d'après lui, à bord des grands bâtiments de transport, et dont il a eu l'occasion d'observer un grand nombre d'exemples pendant ses voyages transatlantiques.

Voici le texte de la communication de notre confrère :

« C'est une habitude chez nous, dit-il, d'inscrire la maladie d'un *entrant* d'après les symptômes observés d'abord, sauf à rectifier plus tard le diagnostic, sans supprimer la première indication; l'on possède de la sorte l'aspect initial de l'affection, ce qui n'est pas sans utilité pratique : ainsi les *trente-huit* cas de *rhumatisme utérin* observés en un seul jour, ont été notés comme il suit à leur apparition :

Strangurie et hystéralgie, 24; hystéralgie, 4; affection indéterminée, 4; dysménorrhée, 3; rhumatisme utérin, 3; total, 38.

Les trois derniers cas, mieux caractérisés que les autres, s'affirmant au bout de quelques heures seulement, permirent d'assurer un diagnostic impossible à préciser de prime abord; je dois avouer que le grand nombre de malades brusquement frappés, contribua beaucoup à éclairer une position sur laquelle l'apparition d'un ou deux cas isolés aurait pu laisser du doute.

Connaissant la rareté du rhumatisme utérin dans la pratique civile en France, c'était un devoir de se demander pourquoi l'on avait à constater sa fréquence à la mer? Pourquoi s'offrit-il tant de cas pendant une traversée? Leur apparition simultanée trahissait une cause générale, facile à saisir.

En effet, cela se passait à l'époque des chaleurs tropicales de l'été 1866; nous quittions New-York avec plus de 350 passa-

gers, dont un grand nombre de femmes; en ce temps, les crinolines béantes trônaient despotiquement des deux côtés de l'Océan, voire même sur les paquebots, vous allez en comprendre le danger.

Il existe sur ces navires un pont supplémentaire nommé *spardeck* par les Anglais; un simple garde-corps en fer court autour de cette promenade aérienne pour empêcher les chutes; tandis que de chaque côté du pont proprement dit, des *pavois* pleins, empêchant le vent de circuler jusqu'à hauteur d'homme, garantissent les promeneurs de ses atteintes : le premier représente assez bien un balcon ou la terrasse d'un belvédère, tandis que le second rappelle la cour ou le jardin abrités par un mur.

Nous avons signalé la température élevée dont on souffrait lors de notre départ; les femmes étaient fort légèrement vêtues, leurs amples cages treillagées, alors de mode, n'étaient séparées du corps que par un mince caleçon non clos et par l'ombre d'un court jupon; la chaleur invitait même traitreusement les plus imprévoyantes à s'en débarrasser.

Or, sur les bancs de Terre-Neuve, on arriva sans transition à rencontrer des bancs d'une brume glaciale; un châle jeté sur les épaules garantissait le premier étage d'un édifice, dont le rez-de-chaussée et l'entresol, habituellement à l'abri des intempéries, se trouvaient brusquement saisis par les caresses d'un vent froid et humide s'engouffrant sous un entonnoir antihygiénique. Quiconque réfléchit doit se rendre compte de ces surprises, leurs conséquences sautent aux yeux.

L'apparition des règles subit tant de variations à la mer, que les premiers cas observés purent simuler les prodrômes d'une menstruation douloureusement provoquée, non moins que ceux d'une névralgie chez quelques sujets; mais la maladie s'accentuant, se complétant, il fallut se rendre à l'évidence. A terre, en France, on se trouve rarement aux prises avec de semblables conditions, si communes en mer à cause des rapides changements en longitude et en latitude; rien de surprenant donc dans les différences de statistique. Depuis ce voyage, nous avons observé d'autres cas isolés; j'attribue au détrônement des crinolines une heureuse influence sur la rareté relative de leurs manifestations actuelles.

Ecrivant ces lignes pendant le cours de notre dernier voyage d'octobre, nous en faisions part à un confrère très-instruit de Mexico; il fut trente ans chargé de la clinique des femmes, du dispensaire et des leçons d'obstétrique, ce qui lui permit de recueillir de nombreuses observations, en tous points d'accord avec les nôtres.

M. le docteur Martinez del Rio constata la fréquence extraordinaire du rhumatisme utérin sur les femmes des classes nécessiteuses : couchées sur un sol recouvert de briques, dans des pièces froides et humides, ces malheureuses portant des jupons raides, n'ayant pas de caleçons, furent l'objet de sa sollicitude: pendant vingt ans il a lutté contre les préjugés pour faire adopter cet utile complément de l'habillement; depuis qu'il a réussi les rhumatismes utérins, sévissant pour ainsi dire endémiquement, ont perdu de leur fréquence et de leur intensité.

L'origine du mal ressort donc de l'impression directe du froid sur l'hypogastre, les lombes, le périnée, les cuisses: je n'ai garde de nier qu'une diathèse rhumatismale ne doive jamais entrer en jeu, ni que des rhumatismes musculaires, errants par nature, ne puissent se fixer sur l'utérus; ne voulant exposer que mes observations, je laisse de côté tout ce qui ne s'y rattache pas.

Examinez par la pensée la région vulnérable; il vous sera facile d'apprécier pourquoi l'on peut être dérouté par le mal de la première heure, car les parties indiquées ci-dessus sont en contact, en quelque sorte immédiat, avec l'agent vulnérant; les maux de reins, les pesanteurs, les tiraillements dans les flancs et dans le petit bassin, les diverses douleurs, sourdes au début, simulent à s'y méprendre le cortége d'une dysménorrhée ou d'une menstruation anticipée: la sensibilité utérine provoquée par le toucher, l'interrogatoire attentif de la malade peuvent seuls mettre sur la voie; la vessie peut marquer au début l'affection concomitante, par le ténesme vésical plus passager; parfois aussi l'utérus paraît souffrir seul, quand, assez fortement frappé, les douleurs des parois abdominales et des lombes sont prises pour l'accompagnement des troubles utérins, tout autant que la lassitude, la raideur des cuisses; la difficulté de bouger est grande, le mouvement provoquant l'apparition de vives douleurs; n'oubliez pas de tenir compte également des obstacles à la défécation par suite des souffrances résultant des efforts d'expulsion, toute contraction musculaire dans le bassin devenant la source de nouvelles misères pour l'organe rhumatisant.

Il est rare de rencontrer la maladie sous un aspect parfaitement tranché : on trouve rarement au lit du malade la netteté des types, vu que le mal s'habille en quelque sorte suivant la saison, le pays, l'âge, le tempérament du sujet et surtout la constitution médicale du moment. Pour montrer combien est difficile la tâche de scinder chaque affection, lisez l'ouvrage de M. le professeur Courty, vous y verrez aux articles : *fluxion utérine, dysménhorrhée, névralgie utérine*, décrire sous ces noms, des accidents propres à diverses maladies; et s'il m'était permis de critiquer un maître aussi compétent, je lui adresserais le reproche d'avoir présenté comme des entités morbides ce qui n'est que l'expression commune à divers états; en un mot, d'avoir élevé des symptômes à la dignité de maladie, et d'avoir traité le *rhumatisme utérin* comme une grandeur déchue trop oubliée. (Nous laissons à M. Courty le soin de répondre, s'il le juge à propos à ces critiques.)

La durée des cas observés à diverses reprises, sur les navires, a été de deux à quatre jours; un seul s'est prolongé jusqu'au sixième. Le traitement fut toujours très-simple, chose essentielle à bord. Il a consisté en bains chauds prolongés; frictions d'huile térébenthinée laudanisée sur l'hypogastre, les lombes et les cuisses; introduction jusqu'au col uterin d'un bourdonnet de coton portant un gramme d'extrait gommeux d'opium; puis, application d'une couche de ouate saupoudrée de camphre pulvérisé sur l'hypogastre et le périnée, afin de combattre les complications vésicales.

A l'intérieur, infusion de camomille chaude pour boisson; de quarante à soixante centigrammes par jour de poudre de Dower en plusieurs prises; soit une potion contenant de trente à quarante gouttes d'élixir parégorique.

Nous ne recourons jamais à l'extrait de belladone, car, ainsi que l'extrait de jusquiame et quelques autres des solanées, il se décompose parfois rapidement; ces substances se séparent en deux parties, l'une grumeleuse qui se précipite dans une autre ressemblant à un liquide sirupeux. Nous avons si souvent constaté leur inefficacité, que nous nous en venons à l'opium, beaucoup plus stable et moins altérable.

Quant à l'atropine, vu la dose infinitésimale nécessaire pour être toxique, nous avons préféré nous abstenir, ignorant la quantité que pourrait abandonner le tampon qui en serait imbibé; tandis que les mucosités vaginales recouvrant l'extrait d'opium s'opposent à l'absorption trop rapide du topique. On ne doit, à notre avis, recourir aux inoculations du col qu'à la dernière extrémité. Les dames répugnent à leur emploi quand elles n'y sont pas contraintes par la longueur et l'intensité de leurs souffrances, rebelles aux autres moyens.

Le laudanum est d'un usage désagréable par suite de sa coloration; en franchissant l'orifice vaginal, les contractions compriment le tampon qui en est imbibé, d'où écoulement tachant le linge et les parties voisines, les mucosités elles-mêmes se teignant au contact de cette substance, deviennent une source d'ennuis pour des personnes amies de la propreté.

Les lavements ont été recommandés dans les diverses affections de l'utérus. Notre observation sur les inconvénients résultant de la défécation doit y faire renoncer au début; ils seront utiles quand le spasme tendra à disparaître.

Les cas cités par MM. West et Simpson, rappelés par M. Courty, prouvent la vérité de nos assertions en ce qui touche l'élément douleur; cela montre aussi que ces praticiens ont observé des cas graves et tenaces de rhumatisme utérin, puisqu'ils parlent de l'administration du colchique, et auquel nous n'avons pas eu lieu de demander secours; ce qui depend des conditions et du milieu.

Dans les cas chroniques ou subaigus, nous n'hésiterions nullement à instituer un traitement semblable, si nous ne nous adressions pas à l'hydrothérapie si utile en pareille occurrence.»

SYPHILIS.

Etude sur un début commun de la syphilis,

Par M. le docteur Armand Després.

M. le docteur A. Després résume de la manière suivante un mémoire qu'il vient de publier dans les *Archives de médecine* (numéro de janvier 1869) :

« La syphilis, ou infection purulente syphilitique, débute par une inoculation d'une plaie ou d'une écorchure à la manière des autres infections, tantôt sans accident local au début, tantôt après une inflammation; comme l'on voit l'infection purulente, suite de piqûre anatomique, causer des accidents généraux d'emblée ou causer une angioleucite, ou un phlegmon, ou une plaie qui reste ulcéreuse, là où l'inoculation a eu lieu.

Les accidents de la syphilis, appelés accidents de début, sont des signes de l'infection généralisée, puisque, dans la plupart des observations, il est évident que des roséoles, des plaques muqueuses aux orifices muqueux, des douleurs erratiques, de l'alopécie ou des engorgements ganglionnaires multiples, existent à peu près en même temps que ce que l'on appelle le chancre infectant.

L'inflammation qui se développe autour des plaies inoculées est tantôt un érythème ou une angioleucite, tantôt une ulcération avec ou sans indurations consécutives, analogue à celles qui existent à la suite d'une piqûre faite par un instrument sale et même des chancres mous. Chez les femmes, en particulier, l'inflammation existe sous forme d'érythème ou d'angioleucite, surtout quand c'est à la suite de leurs règles qu'elles ont été inoculées.

Lorsqu'il y a eu inoculation sans inflammation, il peut se faire que l'accident local consécutif soit une plaque muqueuse, un bubon d'emblée, comme l'admettait M. Ricord, et ce cas est fréquent chez les femmes; alors la roséole, les syphilides papuleuses même, existent en même temps que les plaques muqueuses. Enfin, que le chancre induré, dit *huntérien*, est une exception chez la femme, même chez l'homme, et qu'il peut exister sur des individus en puissance de syphilis après des accidents secondaires. »

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 30 décembre 1868. — Présidence de M. Legouest.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

COMMISSION POUR L'EXAMEN DES ARCHIVES.

Sont nommés : MM. Chassaignac, Desormeaux et Houel.

RAPPORT VERBAL.

M. Després fait un rapport verbal sur une observation *de division complète des os longs par instrument tranchant*, communiquée par M. le docteur Thomas, de Tours.

De la division complète des os longs par les instruments tranchants,

Le 13 mars 1868, le nommé N... (Henri), soldat armurier au 2e régiment de ligne, se porta, par inadvertance, en travaillant, un coup violent, sur la première phalange du pouce gauche, avec l'extrémité tranchante et étroite d'un marteau. Je fus appelé quelques instants après l'accident, et je constatai, à la face dorsale de la première phalange du pouce, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de cet os, une plaie transversale, très-nette, d'un centimètre d'étendue. L'os avait été divisé dans toute son épaisseur, et à la face palmaire, il existait une plaie également très-nette et transversale, mais un peu moins étendue que celle de la face dorsale. L'instrument avait donc traversé la phalange dans toute son épaisseur; les tendons des muscles fléchisseur et extenseur du pouce avaient été divisés; seules les parties molles latérales avaient été respectées et avec elles les artères collatérales : aussi n'y eut-il qu'un écoulement sanguin peu abondant.

Après avoir appliqué un pansement provisoire, je dirigeai cet homme sur l'hôpital militaire, où il fut placé dans le service de chirurgie, dont mon collègue le docteur Bodin se trouvait chargé jusqu'au 1er avril, époque à laquelle j'en devais à mon tour prendre la direction.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, le doigt, placé sur une planchette, fut immobilisé; des bandelettes agglutinatives maintinrent au contact les bords des plaies dont on tenta d'obtenir la réunion par première intention. Mais les plaies suppurèrent et leur cicatrisation était seulement complète le 1er avril, lorsque je pris le service. Il n'existait pas alors trace de consolidation entre les extrémités osseuses divisées; la mobilité anormale était cependant moins prononcée qu'au moment de l'accident, par suite de la cicatrisation des parties molles, mais on pouvait toujours imprimer au fragment inférieur, des mouvements anormaux dans toutes les directions, et cela sans douleur. J'appliquai un appareil inamovible avec des lanières de peau recouvertes de collodion. Cet appareil, qui présentait une grande solidité, resta appliqué jusqu'au 16 avril. A cette époque, aucun changement n'était survenu; la même mobilité existait entre les fragments, dont les extrémités ne présentaient aucune augmentation de volume et paraissaient seulement réunies par du tissu fibreux.

Le lendemain, 17 avril, j'appliquai un appareil amidonné, je l'enlevai le 3 mai, et je reconnus qu'il n'y avait encore aucune apparence de consolidation. Ayant alors, à plusieurs reprises, pendant deux fois, frotté, l'un contre l'autre, les fragments dans l'espoir de développer à leur surface une irritation favorable à leur consolidation, j'appliquai un nouvel appareil inamovible. Le 9 juin, par conséquent, plus d'un mois après son application, j'enlevai l'appareil; aucune amélioration ne s'était produite. La solution de continuité se trouvait dans le même état qu'au commencement du mois d'avril; les fragments étaient réunis par du tissu fibreux, sans trace d'ossification; leurs extrémités libres ne présentaient aucun gonflement et leur mobilité anormale était aussi prononcée.

L'immobilisation prolongée des fragments et leur frottement n'ayant produit aucun résultat, il y avait lieu de recourir à un autre mode de traitement. J'eus alors l'idée d'employer l'acupuncture, ce moyen étant à la fois le plus simple et le plus inoffensif de tous ceux qui ont été proposés pour la cure des pseudarthroses, et la position superficielle des extrémités osseuses en rendant ici l'application très-facile.

Le 9 juin, j'immobilisai, à l'aide d'un appareil dextriné, la main sur une planchette, en laissant le pouce découvert, et j'introduisis entre les fragments, à travers le tissu fibreux qui les réunissait et dans toute son épaisseur, une grosse aiguille à coudre. Le lendemain, une nouvelle aiguille fut enfoncée entre les fragments, à quelques millimètres de la première. La présence de ces aiguilles détermina, dès le le lendemain, un peu de douleur, de rougeur et de gonflement du pouce. Ces symptômes augmentèrent les jours suivants et le 16 juin, alors qu'ils commençaient à perdre un peu de leur intensité, je retirai les aiguilles, huit jours par conséquent après leur application, et je compris le pouce dans l'appareil dextriné qui immobilisait déjà la main et le poignet. Cet appareil fut enlevé le 10 juillet, vingt-cinq jours après son application; il y avait alors un commencement de consolidation. Je replaçai l'appareil. L'immobilité fut de nouveau continuée jusqu'au 10 août, et j'eus alors la satisfaction de constater que la consolidation était complète.

Par suite de la section des tendons de ses muscles fléchisseur et extenseur, le pouce ne jouit pas des mouvements de flexion et d'extension; les mouvements d'adduction et d'opposition, qui lui sont communiqués par les muscles de l'éminence thénar, existent seuls. Mais grâce à la consolidation de la solution de continuité, la phalange présente un point d'appui solide pour la préhension des objets.

Ce fait est un nouvel exemple de l'absence ou tout au moins du retard de la consolidation qui suit le plus souvent la division complète des os longs par les instruments tranchants. Des faits de cette nature ont été rapportés par Lamotte et récemment par M. Legouest, dans son *Traité de chirurgie d'armée*; le plus souvent, la consolidation n'est venue que très-tardivement; quelquefois, elle a manqué complétement. Deux explications ont été données.

« J'aurais cru, dit Lamotte, qu'un os coupé aurait été infiniment plus aisé à guérir que lorsqu'il est rompu, parce qu'étant coupé, les extrémités de l'os se rapprochent plus facilement, et qu'étant plus unies, la matière du calus fait plus son effet que quand il est fracturé, l'inégalité des extrémités paraissant s'opposer à l'union; mais l'expérience m'a fait connaître que ces extrémités si unies se dérangent au moindre mouvement et frottent l'une contre l'autre; en sorte que le calus ne se forme que très-difficilement, par la peine qu'il y a à les

tenir en repos, quelque attention que j'eusse à le faire et le blessé à y contribuer, parce qu'il ne faut qu'une toux un peu forte ou un éternuement pour tout déranger; au lieu qu'un os fracturé ne peut être sans inégalités, et les inégalités étant une fois bien réduites, elles s'enchâssent et s'emboîtent si exactement les unes dans les autres, que la matière du calus s'y conserve plus aisément et a plus de facilité à en faire la réunion que quand il est coupé. »

Pour Boyer les différences qui existent entre la facilité de guérison des plaies des os et les fractures tiennent à cette circonstance que « les fractures sont l'effet d'une force qui tend à produire ou à augmenter quelque courbure dans les os, en sorte qu'on peut démontrer rigoureusement qu'elles résultent toujours d'une distension en sens inverse dans la longueur des fibres osseuses, tandis que les plaies, au contraire, sont produites par l'action d'un corps tranchant, qui tend à pénétrer entre les molécules constitutives de l'os, action inséparable d'une certaine violence locale et, par conséquent, d'un certain degré de contusion dans le lieu de l'os où elle se passe. »

A l'explication de Boyer, je ferai une seule objection, si la contusion était l'unique cause ou même l'une des principales causes des difficultés qui existent à la consolidation d'un os long divisé par un instrument tranchant, il est évident que cette contusion, résultat de l'action de l'instrument, ne pouvant jamais faire défaut, toutes les divisions complètes des os longs par instruments tranchants devraient rencontrer les mêmes obstacles à leur consolidation. Or, c'est ce qui n'existe pas, et j'en citerai pour preuve le fait suivant rapporté par La Faye dans le cours d'opérations de Dionis :

« Un homme reçut au b ras un coup de bache, qui avait coupé obliquement l'os même du bras, et tous les muscles qui l'environnent, ne laissant d'entier que le cordon des vaisseaux, revêtu d'une bande de peau de la largeur du pouce. Le blessé ayant le bras pendant, de sorte que la main descendait près du genou, eut la force de le prendre avec sa main droite et de la rapprocher lui-même du haut de l'épaule par un pur mouvement de la nature. On enveloppa la partie de beaucoup de linge, et on amena le blessé à M. de la Peyronie, qui trouva la plaie remplie de linge et des caillots de sang, une distance de huit pouces entre les deux parties coupées, et la portion inférieure du bras, froide, livide et sans sentiment, aussi bien que l'avant-bras et la main; dans cet état, il était si facile d'achever l'amputation, et si peu vraisemblable de conserver le membre, que plusieurs chirurgiens, qui accompagnaient M. de la Peyronie, proposèrent de le couper tout à fait; mais M. de la Peyronie, fondé sur quelques exemples de réunion qu'on n'aurait osé espérer, voulut tenter celle-ci; pour cela, il ôta quelques petites portions d'os détachées, affronta les parties autant qu'il lui fut possible et les soutint avec un appareil convenable, en observant de le faire fenestrer pour pouvoir panser la plaie, sans toucher à ce qui tenait les os en sujétion. Il employa pour topique l'eau-de-vie, animée d'un peu de sel ammoniac, et mit en usage tout ce qu'il fallait, soit pour rappeler la chaleur naturelle, soit pour prévenir les accidents.

« Le deuxième jour, le bras parut un peu gonflé au-dessus de la plaie; il n'y avait point de pouls à la main. Le troisième, un peu de gonflement à la main et à l'avant-bras, et le gonflement augmenté et un peu de chaleur à la main. Du cinquième au huitième, la chaleur augmenta par degrés; le huitième, la fenestre du bandage fut ouverte et la plaie parut s'animer. Le pansement fut fait avec des plumasseaux trempés dans une dissolution de colcotar et des compresses imbibées d'un vin aromatique animé; ce qui fut continué jusqu'au quatorze, que l'appareil fut levé pour la seconde fois, et la plaie parut disposée à la réunion. Le dix-huit, la cicatrice se trouva avancée; la partie presque dans son état naturel, et le battement du pouls sensible. Alors M. de la Peyronie substitua un bandage roulé au fenestré. On eut soin de lever l'appareil de dix en dix jours; après cinquante jours, on l'ôta entièrement; et au bout de deux mois de la blessure, le malade fut entièrement guéri, à un peu d'engourdissement près dans la partie. »

Voici donc un exemple de division complète de l'humérus, produite par un instrument tranchant et dont la consolidation a exigé deux mois à peine, c'est-à-dire moins que le temps ordinairement nécessaire pour obtenir la consolidation d'une fracture compliquée de plaie. Et cependant, dans ce cas, la cause signalée par Boyer pour expliquer la différence qui existe entre la facilité de guérison des fractures et des plaies des os, n'aurait pas dû faire défaut. Mais cette cause n'existe pas. Comment, en effet, rapporter à l'intensité de la contusion, la non-consolidation des plaies des os? N'est-il pas évident que la contusion est bien plus intense dans les fractures que dans les cas qui nous occupent, et que la division des solutions de continuité en plaies par instruments tranchants et en plaies contuses (qui sont ici les fractures) est aussi vraie pour le tissu osseux que pour les autres tissus.

Avant d'examiner si l'explication de Lamotte est plus fondée, j'appellerai d'abord l'attention sur une circonstance dont l'importance a été, jusqu'à présent, méconnue, et qui peut contribuer à élucider cette question, je veux parler de la direction de solution de continuité de l'os. Celle-ci, en effet, n'est pas sans influence sur la consolidation. Est-elle oblique, la consolidation sera rapide et ne demandera pas plus de temps que s'il s'agissait d'une fracture compliquée de plaie, ainsi que cela a eu lieu dans l'observation de La Faye, que je viens de rapporter. La solution de continuité est-elle, au contraire, transversale? La consolidation n'aura lieu que tardivement et pourra même faire complétemet défaut.

Lamotte, dans son *Traité de chirurgie*, rapporte trois observations de division complète des os par instruments tranchants. L'une a pour objet la division des métatarsiens et est peu concluante, au point de vue qui nous occupe; mais il n'en est pas de même des deux autres. Dans l'une, le cubitus fut divisé *transversalement* d'un coup de sabre, à sa partie moyenne et inférieure (assez proche du poignet). « Les pansements durèrent longtemps, dit Lamotte, et furent fort ennuyeux, tant j'eus de peine à parvenir à la réunion de cet os coupé de la sorte. je suis très-persuadé que j'aurais guéri deux fractures compliquées pendant que je pansai celle-ci, avant que la réunion fût bien et solidement faite. » Il s'agit, dans l'autre observation, d'une division complète du tibia par une cognée, en sa partie moyenne et inférieure et endommageant le péroné. La direction de la solution de continuité ne se trouve pas ici mentionnée; mais à cause du siége de la blessure sur le tissu inférieur de la jambe, il est permis de supposer que si sa direction n'était pas tout à fait transversale, elle était du moins très-légèrement oblique, car autrement elle eût intéressé l'articulation tibio-tarsienne, ou tout au moins l'articulation tibio-péronière, et non le péroné, comme il est dit dans l'observation. La consolidation fut très-tardive. « Le blessé, dit Lamotte, n'ayant pu se soutenir sur des béquilles que près de six mois après, quelque soin que j'eusse pris à le panser pour le tirer d'affaire aussi heureusement qu'il le fut. » J'ajouterai que dans ce cas l'intégrité du péroné eût dû favoriser la consolidation du tibia.

M. Legouest a fait représenter, dans son *Traité de chirurgie d'armée* : 1° un avant-bras gauche, sur lequel le radius et le cubitus furent totalement divisés par un coup de sabre appliqué sur la face dorsale du membre. La consolidation des os ne s'était pas faite et les extrémités des fragments chevauchant les unes sur les autres, de façon à donner à l'avant-bras une courbure assez prononcée à concavité antérieure, étaient réunies par une pseudarthrose; 2° un cubitus divisé complétement à sa partie supérieure. On n'y rencontre pas même les traces d'une consolidation; un lambeau de tissu fibreux s'étend en pont d'une extrémité à l'autre. Sur le premier dessin, il est difficile de reconnaître la direction exacte des divisions osseuses; elle semble être légèrement oblique. Sur la seconde figure, la solution de continuité est transversale.

Enfin, dans l'observation qui m'est personnelle et que j'ai rapportée au début de ce travail, la division de la phalange du pouce était transversale et tout à fait perpendiculaire à l'axe de l'os.

L'influence de la direction de la plaie de l'os sur sa consolidation ressort bien évidemment de ces faits. En opposition, en effet, au cas rapporté par La Faye, dans lequel une division complète, mais *oblique*, de l'humérus, guérit en moins de deux mois, nous trouvons trois faits de pseudarthroses consécutives, deux fois à la division *transversale* du cubitus et de la première phalange du pouce, et une fois à la division légèrement oblique des deux os de l'avant-bras, plus deux exemples de consolidation tardive à la suite, dans un cas de la division *transversale* du cubitus et dans l'autre de la division du tibia, dans une direction non indiquée, mais qu'on peut considérer, sinon comme transversale, du moins comme *légèrement obliquc*. Le rôle de la direction de la solution de continuité est donc suffisamment démontré et je crois pouvoir, d'après ces faits et malgré leur petit nombre, affirmer que le défaut ou, tout au moins, le retard de la consolidation est d'autant plus à redouter que ces solutions de continuité sont moins obliques et se rapprochent davantage d'une direction perpendiculaire à l'axe de l'os.

L'opinion de Lamotte se trouve confirmée par cette circonstance, car cette influence de la direction de la plaie ne peut s'expliquer que par l'exiguïté des surfaces osseuses divisées, qui sont aussi peu étendues que possible, lorsque la solution de continuité est transversale, d'où, pour les fragments, une facilité plus grande de s'abandonner. Enfin, dans le cas d'une plaie oblique, un bandage compressif, appliqué autour du membre, maintient forcément, au contact, les surfaces divisées; tandis que si leur direction est transversale, le même bandage est impuissant à prévenir leur écartement.

Il me reste encore une particularité importante à signaler. Lorsqu'un os long a été divisé complétement par un instrument tranchant, deux cas peuvent se présenter : 1° la solution de continuité est due complétement à l'action du tranchant de l'instrument : ce sont ces cas que nous avons eu seulement en vue jusqu'à présent; 2° une partie de l'os seulement a été divisée par le tranchant de l'instrument, tandis que le reste de son épaisseur a éclaté sous l'influence du choc de l'instrument, agissant alors comme instrument contondant ou sous l'influence de toute autre cause. La solution de continuité participe alors des caractères des plaies des os dans une partie de son étendue et des caractères des fractures dans l'autre partie, et la consolidation en est rendue plus facile, ainsi qu'il résulte du fait suivant que j'emprunte à Lamotte :

« Au mois d'août 1696, deux grenadiers, l'un du régiment d'Oleron et l'autre de Hainaut, se battant à coups de sabre, celui de Hainaut en déchargea un si grand coup sur celui d'Oleron, qu'il lui coupa environ les deux tiers de l'humérus, assez près du coude; le reste de l'os de l'épaule se trouva éclaté, comme il arrive à un morceau de bois quand on veut le séparer et que sans se couper entièrement le reste s'éclate. Le blessé fut amené à l'hôpital des troupes. Comme heureusement cette plaie ne fut accompagnée d'aucun accident, je la pansai comme une fracture simple et compliquée, que je ne pansais que de quatre à cinq fois en quatre à cinq jours. Il ne se fit aucune exfoliaton à cet os, du moins qui fût sensible; la réunion se trouva parfaitement accomplie et le blessé guéri en trois mois. »

Il est permis de penser que dans ce cas la consolidation a été prompte et facile, grâce à la présence, sur une partie de la surface osseuse divisée, d'inégalités et de saillies ayant favorisé la coaptation des fragments. A ce titre, ce fait plaide encore en faveur de l'opinion de Lamotte, qui se trouve être ainsi la seule admissible.

De tout ce qui précède, on peut tirer quelques conséquences pratiques relatives au traitement des divisions des os longs par les instruments tranchants.

Plusieurs cas peuvent, comme nous l'avons dit déjà, se présenter :

1° La solution de continuité de l'os, quoique complète, n'a pas été produite tout entière par le tranchant de l'instrument, une partie de l'os a éclaté;

2° La solution de continuité est due complétement à l'action de l'instrument tranchant, mais sa direction est oblique;

3° La solution de continuité, reconnaissant la même cause, est transversale ou légèrement oblique.

Deux observations, l'une de Lamotte et l'autre de La Faye, que nous avons rapportées, nous ont montré que la consolidation des solutions de continuité des os longs, dues en partie ou même en totalité (*pourvu qu'elles soient obliques*), à l'action d'un instrument tranchant, pouvait se produire aussi rapidement et avec autant de facilité que s'il s'agissait d'une fracture compliquée de plaie. Pour de pareilles solutions de continuité des os longs, on n'aura donc pas à recourir à d'autres moyens qu'à ceux qui sont mis habituellement en pratique pour les fractures compliquées de plaie.

Lorsque la solution de continuité sera transversale ou légèrement oblique, il n'en sera plus de même, et l'expérience a suffisamment démontré l'infidélité des moyens habituels de contention des fractures. Le chirurgien devra-t-il alors placer le membre dans une immobilité aussi complète que possible et attendre patiemment une consolidation très-incertaine et tout au moins tardive, ou bien, au contraire, faire appel à des moyens capables d'assurer et de hâter la consolidation? Le chirurgien devra tout faire pour prévenir la formation d'une pseudarthrose, et il sera d'autant plus autorisé à agir ainsi, que les moyens qu'il mettra en pratique seront plus inoffensifs.

La cause du défaut ou du retard de la consolidation des divisions complètes et transversales des os longs est surtout, selon moi, l'écartement des fragments, suivant l'axe du membre, d'où la formation d'un cal fibreux, comme dans les fractures transversales de la rotule et de l'olécrâne. C'est donc ce déplacement, dû à l'absence d'aspérités sur les surfaces divisées, et contre lequel les appareils qu'on emploie ordinairement pour les fractures des membres sont impuissants, qu'il faudra s'efforcer de combattre. Aussi, dans ce but n'hésiterais-je pas, en pareil cas, à pratiquer la suture des fragments. Ceux-ci se trouvant à ciel ouvert, par le fait de la plaie, il ne peut y avoir aucun inconvénient à les traiter comme s'il s'agissait d'une pseudarthrose. Par cette pratique, qui n'augmenterait en rien les chances défavorables du blessé, on maintiendrait sûrement au contact les surfaces osseuses divisées, en même temps qu'on provoquerait à leur niveau, par la présence d'un corps étranger, une irritation que je considérerais volontiers comme favorable à leur consolidation. On éviterait ainsi, sans nul doute, la formation d'une pseudarthrose, contre laquelle ne réussira pas toujours un moyen aussi simple que celui que j'ai employés, l'acupuncture, et dont la cure pourra peut-être réclamer plus tard la suture des fragments, mais alors, en faisant courir au malade des dangers que n'eût pas présentés cette opération, si elle eût été pratiquée au moment même de l'accident.

Lorsque l'os divisé sera sous-cutané, on pourra peut-être remplacer la suture par l'application de la griffe de Malgaigne.

Il est bien clair que ces considérations ne sauraient s'appliquer aux cas dans lesquels les nerfs et les vaisseaux principaux ont été divisés en même temps que l'os; en pareille circonstance, le chirurgien n'a d'autre conduite à tenir que de séparer le membre, en régularisant la plaie.

Extrait du rapport de M. Desprès.

Le travail de M. Thomas, de Tours, offre un intérêt réel au point de vue de la réparation des fractures causées par des instruments tranchants et contondants. Il s'agit, en effet, d'une fracture d'une phalange causée par le côté tranchant d'un marteau. La fracture ne s'est point consolidée dans le temps habituel; cinq mois ont été nécessaires pour que la consolidation eût lieu.

Parmi les interprétations fournies par M. Thomas, de Tours, empruntées à Lamotte et à Boyer, il en est une que l'auteur est plus disposé à accepter : c'est celle de Lamotte. Je penche, pour ma part, en faveur de celle de Boyer. Voici pourquoi : Boyer disait que la lenteur de la consolidation de la fracture était due à la contusion des surfaces fracturées par l'instrument tranchant et contondant qui a divisé l'os. Sans doute, Boyer avait remarqué des décollements du périoste des parcelles d'os à moitié détachées des surfaces divisées, et il avait conclu qu'il y avait contusion. Aujourd'hui, grâce aux recherches microscopiques, il est possible de mieux préciser les lésions et souvent de constater des lésions sur des os en apparence sains. Je conçois tout à fait ce genre de contusion de l'os, et comme les portions contusionnées, mortifiées, doivent être éliminées, comme cettc élimination dure un certain temps, six semaines ou deux mois, on conçoit que ce travail éliminateur entrave la consolidation.

J'ai montré à la Sociéié de chirurgie, il y a cinq ans, des faits de fracture du col du fémur, où le col était, pour ainsi dire, réduit en une sorte de poussière; j'ai fait voir que cette ponssière osseuse ou débris d'os, formant de véritables corps étrangers entre les surfaces fracturées, empêchent la consolidation.

Je crois que chez le malade de M. Thomas il y a eu quelque chose d'analogue. Il s'est éliminé une portion de chaque surface de section; tout ce qui était mortifié par la contusion a été éliminé avec le pus, et pendant que cette élimination avait lieu, la consolidation était impossible et a commencé seulement au moment où la plaie a commencé à se fermer. Et c'est à peu près là ce que nous voyons dans les cas de fracture comminutive avec plaie.

En résumé, je propose de maintenir M. Thomas, de Tours, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, où il est déjà placé, et de renvoyer son travail au Bulletin.

M. Verneuil. Il y a bien longtemps que cette question des plaies des os n'a été sonlevée. Puisque l'on est obligé d'invoquer les opinions des auteurs des siècles passés, il me paraît qu'il y aurait lieu de mettre la discussion de cette question à l'ordre du jour.

COMMUNICATION.

M. Verneuil présente :

Un écraseur linéaire muni de deux chaînes qui peuvent agir simultanément et pratiquer ainsi deux sections à la fois. Cet instrument peut rendre et a rendu déjà des services dans l'extirpation du col de l'utérus, de certaines tumeurs des grandes lèvres, de la langue, etc.

Cet instrument n'augmente pas l'arsenal chirurgical. Il a été construit par M. Mathieu de façon qu'il peut manœuvrer à volonté avec les deux chaînes ou l'une seulement.

Modification pour évacuer et injecter les collections des cavités séreuses. — M. Verneuil montre encore un petit appareil dont il a conçu l'idée à propos d'un cas d'épanchement purulent dans la plèvre. Dans ce cas, on laissa dans la plèvre un tube de caoutchouc, à l'aide duquel on pratiqua, pendant fort longtemps, des injections chlorurées. La guérison eut lieu; mais l'air s'introduisait librement dans le foyer et il semble qu'il eût été avantageux d'empêcher ce contact permanent du pus et de l'air atmosphérique.

Ce petit appareil ne renferme rien de neuf. Il se distingue seulement par la réunion de tout ce qui peut assurer l'écoulement continu les injections réitérées, tout en prévenant, du commencement jusqu'à la fin du traitement, l'introduction de l'air.

M. Mathieu m'a fourni à très-bon marché toutes les pièces nécessaires à ce procédé.

Appareil instrumental.

1° Trocart droit assez court et assez volumineux;

2° Tube de caoutchouc, long de 30 à 35 centimètres, remplissant exactement la canule du trocart. Il n'est pas perforé de distance en distance comme les drains ordinaires, mais présente seulement près de l'une de ses extrémités, et dans l'étendue de 4 à 5 centimètres, une série de trous de 3 millimètres environ;

L'extrémité du tube, qui doit plonger dans la cavité, est convertie en cul-de-sac par une fine ligature de soie appliquée circulairement;

3° Un mandrin en fil de fer, une bougie de baleine, une petite baguette de bois, fine, lisse, flexible;

4° Un condom attaché sur une petite virole de cuivre ou de toute autre substance; elle est creuse et de volume tel qu'elle puisse s'engager dans le tube en caoutchouc et y être maintenue par la pression élastique de ce dernier;

5° Du collodion; un bassin de petite dimension.

Manuel opératoire. —On plonge à l'ordinaire le trocart dans la collection. Le poinçon retiré, le liquide s'écoule. Avant que le jet diminue, on introduit le tube en caoutchouc avec l'aide du mandrin et on le fait pénétrer à la profondeur de plusieurs centimètres. On retire alors la canule du trocart; puis le mandrin et le tube en caoutchouc restent seuls en place. Le liquide s'écoule peu à peu; on introduit la virole, qui termine le condom, dans l'extrémité libre du tube élastique, et désormais le contenu de la tumeur s'échappe par la cavité du condom.

Quand on veut faire une injection dans la cavité, on enlève le condom, on serre le tube de caoutchouc entre la pouce et l'index de la main gauche, à 2 centimètres à peu près de son extrémité libre; on introduit dans ce tube la canule de la seringue, après s'être assuré qu'elle ne renferme pas d'air, et on pousse le liquide médicamenteux.

Avant de retirer la seringue, on pince de nouveau le tube élastique pour retenir le liquide injecté. On replace le condom et on laisse écouler l'injection.

Pour peu qu'on prenne les précautions nécessaires, on peut réitérer les injections aussi souvent qu'on voudra, sans qu'une seule bulle d'air s'introduise dans la cavité séreuse ou purulente.

J'ai déjà mis en pratique deux fois ce petit appareil, qui m'avait été confectionné par M. Mathieu. Une fois, il s'agissait d'un très-volumineux abcès par congestion de l'aine. Une autrefois, d'un abcès du foie, renfermant deux litres de pus. Ces deux cas étant encore en traitement, je ne puis prévoir quelle en sera l'issue; mais cependant je puis dire que l'introduction de l'air a été parfaitement prévenue depuis une douzaine de jours que les tubes sont en place.

Dans un troisième cas et sur mon indication, le même appareil a été employé dans une petite opération, qui, malgré son peu d'importance, donne trop souvent lieu à des accidents d'infection putride. Je veux parler de l'imperforation de l'hymen avec rétention du sang menstruel. J'ai conseillé de faire lentement l'évacuation du foyer, à l'abri du contact de l'air, pour permettre à la matrice distendue de revenir sur elle-même (ce qu'on favorise d'ailleurs avec de petites doses de seigle ergoté) et de ne procéder qu'alors à la création d'une ouverture large et permanente.

Je crois néanmoins que c'est dans le paracentèse thoracique que l'appareil rendra les plus sérieux services, quand il s'agira de pleurésies purulentes exigeant l'issue continuelle du liquide.

M. Chassaignac. Je me garderai bien de combattre les inventions de M. Verneuil, et je ne puis m'opposer à des essais faits dans une voie où je suis entré le premier.

Relativement à l'emploi du tube à drainage, je dois dire que la pratique des chirurgiens anglais a prouvé que le tube à drainage, placé en forme d'anse et à demeure dans le cas d'épanchement dans la plèvre, donnait des résultats remarquables et presque constants.

Quant à l'emploi du drainage dans le cas de distension de la cavité vaginale par le liquide des règles, il peut donner des résultats satisfaisants. Je l'ai mis en usage avec succès, dans un cas de ce genre, chez une fille de 17 ans, traitée dans mon service, à l'hôpital Lariboisière.

Je dois faire remarquer que les tubes à drainage, qui sont tout à fait inoffensifs quand ils sont disposés en anse, ne le sont pas au même point lorsqu'ils sont laissés en liberté.

Je crois que l'on ne sera pas exposé à observer l'accident dont nous à fait part M. Verneuil, après l'emploi de l'écraseur linéaire, lorsqu'on aura eu soin de limiter la partie à atteindre avec une aiguille.

On pourra abaisser l'utérus avec des érignes, mais il ne faut pas demander à cette méthode plus qu'elle ne peut donner.

M. Larrey. Je me permets de rappeler à M. Verneuil la sonde qui a été employée par mon père et qui ressemble à celle qu'il a mise en usage. Après avoir fait une ponction avec un trocart assez volumineux, mon père introduisait une sonde élastique qu'il laissait à demeure. Il avait aussi employé ce procédé après la ponction abdominale et après celle des abcès froids.

M. Guérin. Je veux faire à l'instrument de M. Mathieu une objection purement théorique. Je ne puis y voir un perfectionnement de l'instrument de M. Chassaignac. La chaîne que nous présente M. Verneuil *scie* les tissus et ne les *coupe pas en les rapprochant peu à peu.*.

Son action, par conséquent, ne repose pas du tout sur le même principe que celle de l'instrument de M. Chassaignac.

Je ne sais pas exactement ce que donnera la pratique, mais *à priori* je craindrais de voir survenir la déchirure de quelques vaisseaux.

M. Boinet. M. Verneuil a ajouté une petite vessie à son drain pour empêcher l'introduction de l'air. Je ne pense pas qu'il faille autant redouter l'introduction de l'air; ce qu'il faut redouter, c'est que l'air ne séjourne et n'amène la décomposition des liquides avec lesquels il est en contact; pour éviter cet inconvénient, il faut faire des lavages convenables.

M. Broca. L'objection que M. Guérin vient de faire au nom de la théorie, à l'emploi de l'écraseur présenté par M. Verneuil, a déjà été faite par la pratique.

Il y a une dizaine d'années, M. Charrière fils avait imaginé un écraseur, analogue comme principe à celui que l'on vient de mettre sous nos yeux. Au premier abord, cet instrument semblait devoir agir comme celui de M. Chassaignac; cependant, il n'en était rien, et j'ai souvenir que M. Verneuil lui-même fut obligé de lier une artère sur une verge qu'il avait sectionnée à l'aide de cet écraseur.

Relativement à l'existence des deux chaînes juxtaposées, je dirai que les deux sections se faisant en même temps manquent de précision.

Enfin, c'est là un instrument nouveau à ajouter encore à notre arsenal.

M. Verneuil. L'honneur de toutes ces petites tentatives revient en partie au drainage. Seulement, je tiens à faire remarquer que le drainage n'empêche pas l'introduction de l'air.

Je répondrai à M. Larrey qu'entre ce que faisait son père et ce que je fais, il n'y a de ressemblance que l'introduction de la canule élastique dans la canule métallique.

Dans un grand nombre de cas, l'on a observé, il faut l'avouer, des hémorrhagies après l'emploi de l'écraseur linéaire; mais, pour mon compte, j'estime que la faute en est tout entière aux chirurgiens, qui n'ont pas eu la patience de se servir de l'instrument, en suivant les règles formulées par l'inventeur.

COMITÉ SECRET.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour entendre les rapports sur les titres des candidats aux places de membres correspondants étrangers et nationaux.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire : Dr Léon Labbé.

L'Année scientifique et industrielle, par Louis Figuier. Treizième année (1868). In-18 jésus. — Prix : 3 fr. 50.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 13. — MARDI 2 FÉVRIER 1869. 42e ANNÉE. MARDI 2 FÉVRIER 1869. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 1er février 1869.

Le 31 juillet 1868, M. le Ministre de l'Instruction publique exposait, dans un rapport soumis à l'Empereur, les motifs qui décidaient l'organisation de laboratoires d'enseignement et de recherches, et celle de l'Ecole pratique des hautes études.

Cette création méritait toute l'approbation des gens éclairés. Le programme alors développé est aujourd'hui à l'état d'exécution. L'École des hautes études, injustement attaquée, sera une des idées les plus fécondes de M. Duruy.

Nous n'avons jamais manqué de tenir nos lecteurs au courant de tout ce qui se passait dans cette Ecole, nous pouvons donc aujourd'hui ne pas nous y arrêter davantage.

Diverses mesures ont été prises — pendant l'année 1868 — pour fortifier les études des élèves et développer l'instruction pratique dans les Facultés de médecine.

A Montpellier, élévation d'un pavillon d'anatomie. A Paris, un nouveau règlement a déterminé l'ordre des travaux de dissection de l'école pratique, rendu plus efficaces les relations du chef des travaux, des prosecteurs et des élèves, et assuré l'exacte surveillance, c'est-à-dire la conservation des musées et collections.

Par suite des travaux exécutés au Luxembourg, la Faculté de médecine avait été privée de son jardin botanique; le ministre a emprunté au muséum un terrain isolé à l'angle des rues Cuvier et de Jussieu, qui, par les soins de la direction des bâtiments civils, a été clos de murs et remanié; des serres, des cabinets d'études, y ont été construits, et cette partie importante de l'enseignement médical a été assurée dans les meilleures conditions.

A l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, les exercices pratiques de troisième année, qui ne commençaient qu'en avril, ont été inaugurés, en 1868, le 1er décembre, et, à l'avenir, ils se poursuivront pendant toute l'année; l'enseignement pratique aura donc, comme il convient, la même durée que l'enseignement théorique.

A l'Ecole normale, la direction des bâtiments civils édifie pour M. Pasteur un spacieux laboratoire de chimie physiologique et agrandit celui de M. H. Sainte-Claire Deville qui, en outre, a obtenu de l'Empereur qu'il fût construit, dans les ateliers de la marine, un laboratoire tout en fer pour d'importantes recherches à exécuter sous de fortes pressions.

Au Collége de France, la chimie organique a trouvé l'espace qui lui manquait par le déplacement d'une collection qui a été transportée au Muséum, là où doivent être concentrées les collections d'histoire naturelle qui ne sont pas absolument indispensables à l'enseignement. Des crédits spéciaux, employés à des achats d'instruments ou de produits, vont permettre aux professeurs de chimie, de médecine expérimentale et de géologie, de mettre à la disposition de leurs élèves des moyens de recherches multiples et perfectionnés.

A la Sorbonne, avec le concours de la ville de Paris, il a été bâti un vaste laboratoire de chimie générale, où les élèves peuvent manipuler, et l'on a approprié trois maisons achetées par la ville pour des laboratoires d'enseignement; les élèves y sont reçus à faire des exercices pratiques des cours de la Faculté.

Au Muséum, des herborisations dans la campagne ont eu lieu durant tout l'été, sous la conduite du professeur de culture. Cet usage, abandonné depuis longtemps, a été repris avec une faveur marquée. De nombreux élèves suivent le professeur dans ses excursions, et, au retour, des conférences et de sérieuses études sont faites encore sous sa direction. — Un vaste édifice, qui servait de grange, va être transformé en laboratoires pour la chimie agricole et les recherches expérimentales du cours de culture. — Les ateliers, jusqu'ici placés dans le jardin même, seront transférés, au mois d'avril, hors de son enceinte, dans de vastes locaux qui ont été construits pour les recevoir; on pourra alors affecter les bâtiments qu'ils occupaient à la ménagerie des reptiles, dont l'installation est des plus défectueuses, et à de nouveaux laboratoires.

Dans toutes ces constructions ou remaniement de bâtiments, rien n'est donné au luxe, mais tout est disposé en vue de l'étude et de la commodité du public. Ce dernier intérêt ne saurait être considéré comme secondaire quand il s'agit d'un établissement qui, les dimanches et fêtes, reçoit plus de 50,000 visiteurs.

Il convient d'ajouter qu'un legs de 60,000 francs a été fait au muséum par M. le professeur Serres, pour l'accroissement de la galerie des ossements fossiles.

— Grâce à la munificence bien entendue de plusieurs villes, des chaires ont été créées dans les Ecoles préparatoires de médecine à Bordeaux, Lyon, Marseille, Nantes, pour fortifier l'enseignement.

Un cours nouveau de paléontologie a été institué auprès de la Faculté des sciences de Paris.

A la Faculté de médecine, la chaire de médecine comparée était restée inoccupée depuis plusieurs années, ou plutôt n'avait jamais été remplie. Cet enseignement difficile et important, qui suppose des études d'une nature toute spéciale, va pouvoir enfin commencer sous le titre nouveau de Pathologie comparée et expérimentale. (Décret du 30 janvier 1869.)

— L'Administration ne peut augmenter sans cesse le nombre des chaires, ni multiplier indéfiniment les traitements. Mais elle croit de son devoir de favoriser, en dehors de l'enseignement officiel, toutes les manifestations de la pensée dans l'ordre des études supérieures. C'est dans ce but que de nouveaux amphithéâtres viennent d'être élevés rue Gerson, auprès de la Sorbonne; déjà vingt-quatre cours y sont établis.

Ces cours n'engagent ni les finances de l'Etat, puisque leur caractère essentiel est d'être faits gratuitement, ni la responsabilité de l'Administration, puisqu'elle n'en nomme pas les professeurs et qu'elle ne leur impose aucun programme; mais ils mettent dans l'enseignement supérieur une variété qui sera sans doute salutaire, car la vérité dans les sciences naît souvent de la contradiction des idées et de la diversité des méthodes.

De nombreux cours libres de médecine et de chirurgie sont aussi faits, à Paris, à l'École pratique de la Faculté de médecine et dans les hôpitaux de l'Assistance publique; neuf cours analogues viennent de s'ouvrir auprès de l'Ecole secondaire de Bordeaux.

Enfin, 676 conférences publiques ont été autorisées sur les différents points de l'Empire, dont 287 pour les sciences pures ou appliquées, 149 pour la littérature, 96 pour l'histoire, et 65 pour l'hygiène, etc.

— Dans l'ordre des sciences physiques, une découverte de la plus haute importance, et toute à l'honneur de la science française, a été faite par M. Janssen, qui, durant l'éclipse de soleil du 18 août, a constaté la nature véritable des protubérances solaires, et trouvé en même temps une application nouvelle du spectroscope, qui permet d'étudier d'une manière continue la constitution physique de la photosphère et les changements incessants dont elle est le siége.

Il faut citer encore les recherches de M. Becquerel, sur les phénomènes électro-chimiques qu'offrent des liquides différents lorsqu'ils communiquent entre eux par des espaces capillaires, comme il arrive souvent dans les roches de l'écorce solide du globe, qui nous présentent, dans ce cas, des problèmes que la nouvelle théorie permettra sans doute de résoudre. M. Fizeau a imaginé une méthode pour mesurer avec précision les changements de volume que la chaleur produit dans les corps et qui conduit à modifier les idées reçues sur les effets de la chaleur, en montrant que, si les vibrations calorifiques produisent un déplacement des molécules, ce déplacement n'est pas toujours un écart.

Les chimistes qui sont à la tête de l'école française ont continué des travaux théoriques d'une grand importance, entrepris depuis plusieurs années, et ont enrichi la science de beaucoup de faits nouveaux relatifs, soit aux composés minéraux ou organiques, soit aux lois fondamentales de la chimie. De nombreuses applications ont été étudiées.

Ainsi des recherches chimiques faites, aux frais de l'Empereur, par M. Sainte-Claire Deville, sur les propriétés caloriques des pétroles, ont amené la solution du problème au double point de vue de la science et de l'emploi économique du nouveau combustible Des explorations commencées en Alsace, en Auvergne et dans nos départements du Midi donnent un sérieux espoir de voir la France dotée de cette source de richesse. Les études de M. Pasteur sur les maladies des vers à soie ont été continuées avec une persévérance qui semble conduire au succès, par la découverte d'une méthode pratique pour prévenir les ravages d'une épidémie qui coûte tant de millions à la France.

Il serait impossible d'énumérer, en ne prenant même que les plus importants, les nombreuses notes ou les mémoires insérés dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* dans les *Annales de physique et de chimie*, dans les *Archives de l'Ecole normale*, etc.

Beaucoup de ces Mémoires sortent des deux grands laboratoires de MM. Sainte-Claire Deville et Wurtz, où des élèves, qui sont déjà des savants, travaillent sous la direction permanente de maîtres éminents. Celui de M. Jamin, qui n'a qu'une année d'existence, commence à fournir son contingent à la science et permettra sans doute de fonder une véritable école de physique.

Les sciences naturelles comptent aussi d'importants travaux. Dès que la France et ses alliés eurent ouvert aux Européens l'intérieur de la Chine, l'administration de l'instruction publique voulut avoir une part dans les conquêtes scientifiques dont ce vaste et curieux pays allait devenir le théâtre, et elle résolut d'en étudier la zoologie, la botanique et la géologie. Un des correspondants du Muséum d'histoire naturelle, M. l'abbé David, missionnaire lazariste en Chine, se chargea d'une partie de ces difficiles explorations. Le journal de son voyage dans la Mongolie chinoise a été publié, et les collections qu'il a formées ont donné lieu à plusieurs communications intéressantes faites à l'Institut par un des jeunes zoologistes du Muséum. L'abbé David continue courageusement ses recherches; en ce moment il remonte le grand fleuve Bleu, pour visiter les provinces centrales de la Chine, dont l'histoire naturelle est complétement inconnue.

Les riches herbiers du Muséum ont fourni à MM. Brongniart et Gris des matériaux pour un travail intéressant sur les plantes de la Nouvelle-Calédonie; le département de l'Instruction publique vient d'envoyer dans ce pays un jeune botaniste, avec mission d'y former des collections qui compléteront nos connaissances sur la flore de cette grande île devenue française.

M. Alfred Grandidier, qui met ses lumières et sa fortune au service des sciences, et qui a déjà beaucoup contribué à enrichir le Muséum, explore l'intérieur de Madagascar, et ses découvertes zoologiques méritent d'être signalées.

La paléontologie, qui a fait la gloire de Georges Cuvier, s'est enrichie de deux publications considérables : l'une sur les *Oiseaux fossiles*, par M. Alphonse Milne-Edwards, ouvrage en quatre volumes in-4°, qui a été couronné par l'Académie des sciences; l'autre exposant les recherches de M. Gaudry sur les *Animaux fossiles de l'Attique.*

Les découvertes paléontologiques de M. Lartet dans les cavernes du Périgord jettent de vives lumières sur l'histoire de l'homme à une époque reculée, où la France était habitée par des animaux appartenant à des espèces qui, depuis lors, ont disparu de la surface du globe; elles relient l'archéologie à la géologie, et elles font voir que, dans les temps les plus anciens, les caractères physiques de l'espèce humaine étaient les mêmes que de nos jours.

Un autre naturaliste, M. de Saporta, a publié une série d'observations importantes sur les plantes fossiles du midi de la France.

Les travaux de M. Claude-Bernard ont imprimé une forte impulsion aux recherches de physiologie et de médecine expérimentale. Dans cette étude des phénomènes de la vie, on trouve pour cette année d'ingénieuses applications, faites par M. Marey, de la mécanique à la physiologie, et qui ont permis de mieux connaître le mode d'action du cœur, des muscles et d'autres parties de l'économie animale, etc.; les expériences instituées par M. Chauveau, sur des animaux domestiques, pour étudier le mode de transmission des maladies contagieuses, sujet qui intéresse à la fois l'agriculture, la physiologie, la médecine et l'hygiène publique; les recherches de M. Villemin sur la phthisie pulmonaire; le travail considérable de M. Fauvel sur l'origine du choléra, etc.

Telle a été le bilan de l'enseignement supérieur pendant l'année qui vient de s'écouler.

L'histoire des sciences médicales a trouvé, dans MM. Leroy de Méricourt, Michel Lévy, Guyon, Labbé, Bouchardat, Claude Bernard, Béclard et Axenfeld, les écrivains les plus autorisés. Nous avons eu déjà à examiner leurs œuvres, et nos lecteurs ont pu se rendre compte du mérite de ces rapports sur les progrès des sciences.

Dr E. Le Sourd.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Lailler.

ÉRYTHÈME SOLAIRE. DÉLIRE ALCOOLIQUE.

Observation recueillie par M. Rathery, interne des hôpitaux de Paris.)

R... (Pierre), brocanteur, âgé de 47 ans, né dans le département de la Haute-Marne, entre le 12 mai 1868 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur Lailler (salle Saint-Louis, n° 18).

Son père est mort à 77 ans, paralysé. Sa mère est morte à 76 ans. Il ne sait pas à quelle maladie elle a succombé. Il a eu six frères ou sœurs; trois sont morts en bas âge, les autres jouissent d'une bonne santé. Aucun autre membre de sa famille n'a eu de maladie de peau.

Dans son enfance, cet homme s'est toujours bien porté. A 19 ans, il a eu une pneumonie.

Ce malade a depuis 10 ans une fistule à l'anus, dont on constate encore la présence lors de son entrée.

Il est resté 7 ans soldat. Il a été en garnison à Paris, Metz et Strasbourg. Jamais il n'a quitté la France. En 1842, il a eu un abcès au cou qui a été incisé. Étant à Metz, il a eu de la dyssenterie pour laquelle il a été soigné à l'hôpital militaire où il fit un séjour de 3 semaines.

Jamais il n'a eu de maladie vénérienne. Rien du côté de l'appareil respiratoire. Jamais de rhumatismes. Il a eu seulement à diverses reprises quelques douleurs vagues dans la région lombaire. Fonctions digestives intactes. Cet homme est à Paris depuis 14 ans. Jamais à aucune époque il n'a fait usage du maïs dans son alimentation. Du reste, il s'est toujours bien nourri et n'a jamais été exposé à des privations prolongées. Depuis de longues années, cet homme se livre à de fréquents excès de boisson. Il boit, dit-il, environ trois litres de vin par jour, en moyenne. Jamais il ne boit ni eau-de-vie ni absinthe. Par profession, il parcourt sans cesse les rues de Paris, et en été il a fréquemment, dit-il, les mains exposées au soleil. Cet homme entre à l'hôpital pour une éruption qui occupe la face dorsale des deux mains.

Jusqu'au mois d'août 1867, cet homme n'avait jamais eu d'éruption cutanée. A cette époque, c'est-à-dire il y a environ 9 mois, il a eu une éruption analogue à celle qu'il présente aujourd'hui et occupant comme elle la face dorsale des deux mains. La rougeur était toutefois, au dire du malade, moins étendue qu'elle ne l'est actuellement. Il a été à ce moment à la consultation de l'hôpital de la Charité. On lui prescrivit des bains sulfureux. Il ne fit aucune application topique. Au bout d'un mois l'éruption avait complétement disparu.

Vers le milieu du mois dernier (avril 1868) a débuté l'éruption actuelle. Il vit apparaître sur la face dorsale des deux mains, au niveau de la tête des deuxièmes métacarpiens, de petites papules rouges accompagnées d'un prurit assez violent.

Depuis lors, l'éruption a toujours été en envahissant les parties veineuses. Aujourd'hui elle occupe la face dorsale des deux mains; elle descend un peu sur les premières phalanges des doigts, mais du côté des avant-bras elle ne remonte pas au-dessus des poignets. La peau présente dans toute cette étendue une rougeur sombre, érythémateuse assez intense. On trouve des points où existent de légères fissures; à leur niveau seulement existe un léger suintement.

Dans un assez grand nombre de points, l'épiderme est soulevé sous forme de squames grisâtres, sèches, à moitié adhérentes, formant des sortes de festons autour des plaques érythémateuses. Ces différentes parties sont le siége de fourmillements plutôt que de véritables douleurs. Le malade éprouve surtout de la gêne et une certaine raideur dans les mouvements de flexion et d'extension de la main et des doigts.

On ne trouve aucune éruption sur le reste du corps.

Pas d'engorgement des ganglions axillaires ou épitrochléens.

M. Lailler et M. le docteur Bazin, auxquels le malade est montré le lendemain de son entrée, diagnostiquent un érythème solaire. M. Hardy, qui voit à son tour le malade, tout en faisant certaines restrictions, surtout à cause de l'absence de tout trouble fonctionnel du côté de l'appareil nerveux et du côté du tube digestif, regarde ce malade comme atteint d'érythème pellagreux.

Du reste, l'état général est très-bon. Le malade se plaint seulement de ne pas dormir. (Macération de o. q. Une pilule extrait thébaïque de 0,02.)

Le malade était depuis cinq jours dans les salles sans qu'on eût remarqué aucun changement dans son état, lorsque l'on vit apparaître de nouveaux accidents.

En effet, le 17 mai, vers dix heures du soir, le malade est pris d'un délire violent. Le délire dure toute la nuit.

Le 18, à la visite du matin, il a un peu diminué; le malade répond aux questions qu'on lui adresse, mais on constate encore une certaine agitation et une grande loquacité. On prescrit une potion avec 0,20 d'extrait d'opium.

A la visite du soir, le malade est un peu plus calme.

Le 19 au matin, même état que la veille au soir. (Julep avec 0,30 d'extrait d'opium.)

A midi, le malade est pris de nouveau par le délire. Cette fois c'est un délire furieux et tel qu'on est obligé de le contenir par la camisole de force. Le malade ne cesse de crier durant toute la nuit du 19 au 20.

Cet état persiste pendant toute la journée du 20 et la nuit du 20 au 21. On continue l'administration de l'opium. Il en prend 0,60 dans la journée du 20. Du reste, jusqu'ici on n'a pas de phénomènes appréciables de l'action physiologique de l'opium.

Le 21, à la visite du matin, agitation extrême qui se calme un peu dans la journée. Il prend 0,90 d'extrait d'opium dans les 24 heures.

Le 22 au matin, le malade est toujours sous l'influence du délire; néanmoins il est beaucoup plus tranquille. Le pouls est à 88. Cet état de calme relatif dure jusqu'à une heure du matin, dans la nuit du 22 au 23. A cette heure il est repris d'un délire excessivement violent qui nécessite de nouveau l'emploi de la camisole. Le malade a pris encore environ 0,60 d'extrait d'opium.

Le 23, à la visite du matin, on trouve encore le malade dans une agitation extrême.

Du reste, à peine si l'on constate un peu de narcotisme. Il n'y a pas eu de vomissement. La peau est altueuse, mais il n'y a pas de sueurs profuses malgré les mouvements désordonnés auxquels se livre sans cesse le malade. La pupille est dans un état de contraction moyenne. Le soir, le malade a une tendance très-marquée au sommeil. On cesse l'emploi de l'opium. A partir de dix heures du soir, le malade est très-tranquille. Il dort toute la nuit. Le veilleur le trouve encore à quatre heures et demie dans un profond sommeil. A cinq heures moins un quart on trouve le malade agonisant. Il meurt le 24 mai à cinq heures du matin.

L'autopsie n'a pu être faite.

Cette observation nous a paru digne d'intérêt au point de vue suivant. En effet, on pourrait à la rigueur y voir un cas de pellagre sporadique, en se fondant surtout sur la coïncidence de cet érythème de la face dorsale des mains, érythème qui se montra deux années de suite, et des troubles cérébraux. Cet érythème avait même si bien les apparences de l'érythème pellagreux, que M. Hardy était porté à le regarder comme tel, avant même l'apparition des accidents cérébraux. Pour nous, nous croyons que dans l'observation précédente il faut voir une simple coïncidence.

L'érythème des mains nous paraît avoir été purement accidentel et dû probablement à l'exposition prolongée des mains à l'ardeur du soleil. La répétition même de cet érythème deux années de suite, s'explique facilement par le retour de la cause au commencement de l'été. Quant aux accidents cérébraux, ils nous paraissent devoir être la conséquence des habitudes alcooliques que cet homme nous avait avouées.

D'autre part, dans l'hypothèse de la pellagre, il manquerait à la triade des symptômes les troubles du côté de l'appareil digestif, car nous croyons impossible de rapporter à la pellagre les quelques accidents dysentériques antérieurs signalés vaguement par le malade.

Enfin, nous ne trouvons pas la cause unique spécifique pour certains auteurs de la pellagre, l'usage du maïs dans l'alimentation.

La coïncidence entre cet érythème à répétitions et les accidents cérébraux probablement d'origine alcoolique nous a néanmoins frappé d'autant plus, que peu de jours après nous constations un nouveau cas d'érythème des mains chez un malade qui fut pris d'accidents alcooliques semblables à ceux que nous venons de signaler, quoique beaucoup moins intenses, accidents dont on se rendit du reste facilement maître au moyen de l'opium. Il y a là une cause d'erreur de diagnostic qui, surtout dans des pays à pellagre, pourrait devenir fort embarrassante. Dans son *Traité de la pellagre*, M. Roussel signale des cas analogues aux nôtres où l'erreur fut connue. La coïncidence de la pellagre et de l'alcoolisme a été notée depuis longtemps. M. Roussel croit que les excès alcooliques peuvent seulement prédisposer à la pellagre comme toutes les grandes et longues débilitations que subit l'organisme.

Toutefois, cette idée n'est pas partagée par tous les auteurs, et dès 1847, M. Baillarger admettait des cas de pseudo-pellagre par intoxications alcooliques. Bien que nous ne voyions dans le cas actuel qu'une simple coïncidence, nous avons pensé qu'il était bon de rapprocher cette observation des cas semblables signalés par les auteurs.

DE L'INFLUENCE DES DIFFÉRENTS COURANTS ÉLECTRIQUES sur la nutrition,

Par M. le docteur Onimus (1).

B. Toute fonction a pour condition fondamentale les phénomènes de nutrition, et il est impossible de comprendre comment M. Virchow a pu avancer que la fonction pouvait s'effectuer sans qu'il y ait de nutrition. Plus la nutrition est active, plus la fonction est facile et rapide, et réciproquement, plus la fonction est augmentée, plus la nutrition est activée. Si nous considérons sous ce rapport les muscles et les nerfs, nous voyons que les courants interrompus agissent surtout sur les muscles, et les courants continus sur les nerfs.

Les courants interrompus font contracter et même contracturer les muscles pendant tout le temps de leur passage. La contraction du muscle détermine l'oxydation de la substance musculaire et nécessite par conséquent l'assimilation de nouveaux principes immédiats, c'est-à-dire une nutrition plus active. Cette influence montre également que lorsque la fibre musculaire est altérée dans sa composition et que ses principes immédiats normaux ont disparu en grande partie, le fonctionnement forcé, déterminé par les courants interrompus, peut devenir dangereux, car les substances oxydables nécessaires à la contraction ont disparu, et la fibre musculaire se trouve ainsi épuisée immédiatement. Aussi, dans les cas d'altération graisseuse des muscles, les courants interrompus ont souvent une action désavantageuse.

Les courants continus ne déterminant de contraction qu'au moment de leur application et de leur cessation, n'agissent que très-faiblement sur la fonction des muscles; mais par contre, ils ont sur le fonctionnement des nerfs une action très-manifeste et qui dure pendant tout le temps de leur passage. Cette action est aujourd'hui hors de doute par les belles expériences de Du Bois-Reymond et de Matteucci. Nous ne pouvons en parler ici, car le sujet est trop vaste, et nous nous proposons d'ailleurs de le reprendre plus tard et d'une manière très-détaillée. Disons seulement que les courants continus ont une action toute spéciale, qu'ils changent l'état moléculaire du nerf, non-seulement aux endroits d'application des réophores, mais dans toute la longueur du nerf, aussi bien au-delà qu'en deçà du courant électrique. Les courants d'induction, au contraire, ne semblent agir que comme tous les irritants mécaniques, et font disparaître au bout de fort peu de temps toutes les manifestations vitales du nerf.

C. L'influence des divers courants électriques sur la circulation est toute différente selon les courants employés. Les courants d'induction arrêtent la circulation, les courants continus l'augmentent. Cependant l'électrisation des muscles d'une région avec des courants interrompus, élève momentanément la température de cette région de près d'un degré et quelquefois plus. Cette élévation de température a surtout lieu immédiatement après la cessation de l'électrisation (Ziemssen). Elle s'explique d'abord par la chaleur développée par la contraction, car le travail organique musculaire n'est accompagné, dans ce cas, d'aucun travail mécanique, et par conséquent se transforme tout entier en chaleur (principe de la théorie dynamique de la chaleur). En second lieu, l'augmentation de la température immédiatement après l'électrisation s'explique par l'expérience suivante que nous avons faite avec M. Legros :

Sur un lapin sain, on découvre le sympathique au cou, du côté droit. On le soulève légèrement, au moyen d'un fil placé sous lui, et on l'électrise pendant deux ou trois minutes avec de forts courants d'induction. L'artère de l'oreille correspondante se rétrécit au point de cesser d'être aperçue. En cessant l'électrisation, l'artère reparaît peu à peu, et finalement, elle est plus grosse qu'avant l'opération. Au bout d'un instant, la température de ce côté est plus élevée que celle du côté opposé. Côté droit (côté électrisé avec courants d'induction), 30°; côté gauche, 29°.

Afin de bien constater que cette élévation de température n'est pas due à l'influence de la plaie, on découvre également le sympathique à gauche, et la température étant égale des deux côtés, on électrise le sympathique à gauche avec des courants d'induction. Les artères de l'oreille se rétrécissent de ce côté. On cesse l'électrisation et, au bout de fort peu de temps, l'oreille gauche devient plus vasculaire que celle du côté droit et présente un excès de température de près d'un degré.

Cette augmentation de température disparaît assez promptement.

On voit donc que les courants d'induction, pendant leur passage, rétrécissent les vaisseaux et que, aussitôt après leur cessation, il y a une dilatation de ces vaisseaux due évidemment à un affaiblissement momentané de la contractilité artérielle; c'est ce qui explique l'élévation température à ce moment. En employant dans les mêmes circonstances les courants continus, l'activité de la circulation a lieu pendant le passage de ces courants, et l'action dure très longtemps après leur cessation.

En résumé, les courants d'induction n'agissent guère que sur la nutrition des muscles, et cela surtout par l'action indirecte de la contraction. Les courants continus, au contraire, ont une influence directe sur tous les éléments anatomiques, en augmentant les phénomènes d'endosmose et d'exosmose et les phénomènes de combinaisons chimiques; ils déterminent sur les éléments nerveux des effets dynamiques qui peuvent, selon les conditions et les directions de courants, augmenter ou diminuer leur fonctionnement, et enfin ils accélèrent la circulation périphérique en agissant principalement sur la contractilité artérielle.

Ces considérations, qui mériteraient des développements plus étendus, peuvent suffire pour montrer que les courants continus et les courants d'induction ne sont pas, au point de vue médical, deux formes différentes d'un même agent thérapeutique (deux préparations différentes d'un même médicament), mais bien deux agents différents, dont les actions physiologiques sont complétement dissemblables et souvent même opposées. Il ne faut donc point conclure de l'un à l'autre et les confondre sous la même dénomination. Pour les courants continus même, il est nécessaire de les distinguer en courants à tension forte et à action chimique faible, et en courants à tension faible et à action chimique plus prononcée. Physiologiquement et thérapeutiquement, l'un de ces courants aura une action toute différente de l'autre et, selon les cas, devra être préféré à l'autre.

Les observations suivantes nous ont paru intéressantes sous plusieurs rapports, et nous les plaçons à la suite de cette étude, car les résultats obtenus ne peuvent, je crois, s'expliquer que par l'influence sur la nutrition des courants continus.

Observation I. — *Atrophie du bras droit. Disparition sous l'influence des courants continus.*

M. Antoine R..., âgé de 57 ans, ouvrier tisseur, est tombé sur le bras droit, le 19 août 1866, et s'est fracturé l'humérus, au niveau de la gouttière du nerf radial. Il a eu aussitôt une paralysie complète de tout le bras; il a perdu toute sensibilité dans l'avant-bras et surtout à la partie postérieure, et il ne peut remuer aucun doigt. L'appareil, qui fut posé pour maintenir la fracture, ayant exercé une compression très-forte, il eut, au bout de vingt-quatre heures, un commencement de gangrène, le membre œdématié et couvert de phlyctènes. L'appareil fut enlevé; mais il y eut, pendant longtemps, des ulcérations de la peau. La fracture se consolida, mais le bras resta paralysé.

Lorsque je vis le malade, plus d'un an après son accident, son bras droit était dans l'état suivant : les muscles du bras, le biceps et le triceps étaient atrophiés, seulement dans leur moitié inférieure; toute la partie qui était située au-dessus de l'appareil, qui avait été

(1) Fin. — Voir notre numéro du 19 janvier dernier.

posé pour maintenir la fracture, avait conservé à peu près le volume normal; toute la portion de ces muscles, qui avait été comprimée, était complétement atrophiée. Les muscles de l'avant-bras et de la main étaient également atrophiés; les doigts étaient fléchis et ne pouvaient exécuter que de légers mouvements de flexion. Il ne pouvait faire aucun mouvement de la main sur l'avant-bras, ni de l'avant-bras sur le bras; il y avait une immobilité complète de l'articulation du coude et du poignet. La sensibilité était partout très-affaiblie; elle avait disparu presque entièrement pour les doigts. Le malade n'accusait aucune douleur lorsqu'on piquait les doigts avec une épingle; il ne pouvait apprécier les différences de température et avait perdu complétement le sens du tact.

La peau est couverte de taches rouges et livides, et soulevée en plusieurs endroits par de petites tumeurs dures, indolentes, glissant sous le doigt, et de formes diverses. Ces tumeurs ont apparu, il y a dix ans; elles ont augmenté peu à peu en nombre et en volume. Pour le bras droit, elles sont au nombre de sept; deux sont placées sur la partie antérieure de l'avant-bras : l'une près du poignet, l'autre plus haut, à 1 décimètre de distance; les cinq autres sont toutes au côté interne de l'avant-bras, placées très-près l'une de l'autre : deux du volume d'un œuf de pigeon, les autres sont plus petites.

Après une vingtaine de séances, les mouvements reparurent en partie, surtout pour les muscles fléchisseurs, et les articulations du coude et du poignet devinrent plus mobiles. Au bout de dix mois de traitement, le bras avait recouvert toutes ses fonctions, tous les mouvements étaient devenus possibles, les articulations étaient libres et très-mobiles, les muscles avaient repris leur volume et leur force normale, la sensibilité, sauf un léger engourdissement au bout des doigts, était complétement revenue. Vers le triceps et le biceps brachials, la ligne de démarcation, due à la compression de l'appareil, persiste toujours. On ne retrouve plus sur la peau les taches livides qui s'y trouvaient avant le traitement.

Mais ce qu'il y a de remarquable, les tumeurs qui existaient ont complétement disparu, il n'en existe plus de traces, et cela nous a d'autant plus frappé, que nous n'avions jamais songé à agir sur ces tumeurs. Nous appliquions toujours un des pôles, le pôle positif, sous l'aisselle, sur le plexus brachial, et le pôle négatif sur la main ou sur le trajet des nerfs de l'avant-bras. Nous employions des courants continus de trente à quarante éléments Remaek. Il n'y a eu ni cautérisation de ces tumeurs, ni aucune action d'électrolyse proprement dite.

Notre attention étant dirigée sur ce point, nous recherchâmes si sur d'autres parties du corps il existait également de ces tumeurs. Au bras gauche, nous en trouvâmes dix, placées à peu près symétriquement à celles du bras droit. Trois de ces tumeurs se trouvent à la partie antérieure de l'avant-bras : l'une près du poignet et deux autres très-rapprochées du coude. Les autres sont toutes à la partie interne, le long des muscles cubitaux. Deux de ces tumeurs sont volumineuses : l'une de la grosseur d'un œuf de pigeon, l'autre de la grosseur d'un œuf de poule. Elles sont dures, bosselées.

Des petites tumeurs du même genre se trouvent encore à la cuisse, au niveau du triangle de Scarpa. Il en existe deux à gauche et une à droite. Elles sont peu volumineuses et sont également placées symétriquement.

On n'en trouve point sur d'autres parties du corps.

Quoique le malade ne se trouvant nullement géné par ces tumeurs et n'en éprouvant aucune souffrance, ne tînt guère à les faire disparaître, nous pûmes l'engager à se laisser électriser le bras gauche; et comme pour le bras droit, les tumeurs finirent par diminuer, et quelques-unes ont aujourd'hui complétement disparu, après une trentaine de séances.

Après les premières séances d'électrisation, les tumeurs, d'abord dures, bosselées, ont commencé à se ramollir, et par se subdiviser en un plus grand nombre de petits lobules. La tumeur la plus volumineuse, qui ne formait qu'une seule masse, offrit l'aspect de la réunion de plusieurs petites tumeurs de forme irrégulière, mais que l'on pouvait très-bien séparer les unes des autres.

Quelque temps après, les tumeurs prirent une consistance très-molle et donnaient un peu la sensation de la fluctuation.

Aujourd'hui, des dix tumeurs, il n'en existe plus que cinq, et celles-ci ont diminué considérablement. Plusieurs médecins ont vu ce malade, et je puis le présenter à toutes les personnes qui désirent se rendre compte de ces faits.

L'examen microscopique de ces tumeurs (nous en avons obtenu une petite portion au moyen du harpon Duchenne) y a démontré les éléments suivants : de grandes cellules adipeuses, avec une trame fibreuse fort peu épaisse. Les cellules ressemblent aux cellules adipeuses du tissu sous-dermique.

Obs. II. — *Rhumatisme articulaire chronique de la main.*

M. G..., ouvrier horloger, âgé de 62 ans, a eu, il y a quatre ans, une contusion très-forte à la main droite, dont les mouvements sont restés douloureux à partir de cette époque. Il y a trois ans, il fut atteint d'un rhumatisme articulaire; il fut obligé de garder le lit pendant trois mois. Les articulations tibiotarsienne, scapulo-humérale, et toutes celles du poignet et de la main droite furent prises successivement.

Lorsque je le vis, il y a un an, le gonflement et les douleurs avaient disparu dans toutes les articulations, excepté dans celles de la main



droite, qui présentait l'aspect qu'indique la figure ci-jointe, dessinée d'après une photographie.

Il est impossible de faire faire le moindre mouvement de la main sur l'avant-bras; l'articulation du poignet est gonflée et immobile. Toutes les articulations métacarpo-phalangiennes étaient très-tuméfiées, et présentaient les caractères ordinaires des articulations atteintes de rhumatisme chronique et remplies de concrétions tophacées. Les doigts étaient à demi fléchis, et ne pouvaient ni se fléchir davantage ni être soulevés. Le malade ne pouvait y déterminer aucun mouvement d'extension ni de flexion, et en employant une certaine force pour y produire quelque mouvement, on ne parvenait qu'à faire remuer légèrement l'indicateur, et en déterminant de fortes douleurs. Le pouce seul n'était pas fléchi, mais il était maintenu immobile dans la position horizontale. La main était déviée en dedans, et présentait la déviation typique à ce genre d'affection.

Ne croyant pas qu'un traitement par les courants électriques pût être profitable, nous fîmes prendre au malade de l'iodure de potassium et des alcalins, sans obtenir aucun résultat. Sur ses instances, nous essayâmes les courants continus, et nous fûmes très-étonné de trouver plus de mobilité dans les articulations, au bout de quelques séances. Aujourd'hui, la main est dans la position qu'indique la fig. 2, dessinée d'après une photographie; tous les mouvements sont possibles; le pouce a recouvré tous ses mouvements; les doigts peuvent se replier complétement; la main, par conséquent, peut se fermer entièrement. Les mouvements d'extension sont restés plus difficiles, les



articulations étant toujours plus tuméfiées qu'à l'état normal. La déviation de la main existe toujours, quoique moins prononcée.

Comme on peut le constater sur la figure 2, le gonflement de l'articulation du poignet a disparu; les mouvements de la main sur l'avant-bras sont tous possibles. La tuméfaction des articulations métacarpo-phalangiennes a beaucoup diminué; ces articulations ne sont plus douloureuses. Le malade se sert très-bien de sa main pour travailler.

Obs. III. — *Ankylose de plusieurs articulations. Guérison.*

D..., cordonnier, âgé de 66 ans, s'est coupé à la main droite avec un des instruments de son métier, au mois de janvier 1867. Il pansa la plaie avec l'onguent dit onguent de la mère, et au bout de quelques jours, les bords de la plaie se tuméfient et le bras tout entier est pris d'un érysipèle. Le malade ne peut me donner beaucoup de détails sur le cours de la maladie; mais les faits principaux sont les suivants : son érysipèle a successivement parcouru différentes régions du corps, et il a été obligé de garder le lit pendant quatre mois et demi. La plaie de la main avait été assez longue à se cicatriser, et le bras avait été maintenu immobile pendant tout le temps de sa maladie.

Lorsque le malade vint chez moi, trois mois après sa convalescence, le bras droit ne présente plus de traces de plaie; il est amaigri; les muscles en sont un peu atrophiés, mais ils ont conservé la contractibilité électro-musculaire. Les mouvements de l'avant-bras sur le bras sont difficiles et peu étendus. Les mouvements de la main sur l'avant-bras et les mouvements des doigts sont complétement impossibles. Les doigts sont allongés, raides, sans déformation. Le pouce seul possède des mouvements limités : il peut être amené devant l'index.

Au bout de dix séances, les mouvements étaient revenus complétement dans l'articulation du coude et dans celle du poignet. Les articulations des doigts sont également plus libres et plus mobiles. Le malade peut fléchir les doigts; mais il ne peut pas fermer complétement la main. Tous les mouvements du pouce sont revenus; ceux des autres doigts sont un peu moins faciles. Le malade reprend son travail et l'amélioration se maintient depuis plusieurs mois, sans aucun traitement.

Ces observations, auxquelles nous pourrions encore en ajouter plusieurs autres, montrent bien que les courants continus exercent sur la nutrition une influence manifeste, et les observations pathologiques viennent ainsi confirmer les déductions physiologiques que nous avons énumérées précédemment.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 28 décembre 1868. — Présidence de M. Barthez.

—

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et approuvé.

RAPPORT.

M. Thierry lit un rapport sur un travail de M. Rathery, lu dans une précédente séance et intitulé : *Erythème solaire à répétitions. — Délire alcoolique.* (*Voir plus haut.*)

DISCUSSION.

M. Martineau. Dans son très-consciencieux rapport, M. Thierry a suivi le présentateur au milieu de toutes les réflexions faites par celui-ci; or, je crois que M. Rathery a fait un hors-d'œuvre en parlant de la pellagre, à propos du malade qu'il avait observé; M. Thierry, à mon avis, a donc eu tort de s'étendre de nouveau sur le diagnostic différentiel à faire entre le délire pellagreux et le délire chez un alcoolique simultanément atteint d'un érythème solaire. Et, en effet, le délire qu'a présenté le malade de M. Rathery ne ressemblait nullement à un délire pellagreux; c'était un délire alcoolique bien net, bien caractérisé; son début, sa marche, sa forme ne me laissent aucun doute à cet égard. D'ailleurs, le tremblement qui existait chez le malade était encore un bon signe différentiel. L'erreur était facile à éviter dans le cas de M. Rathery, grâce à la connaissance exacte que l'on avait de l'apparition successive des accidents, car la pellagre a une marche bien connue, bien ordonnée, progressive en un mot. Pour M. Rousseil, c'est cette marche qui sert à diagnostiquer la vraie pellagre des pseudo-pellagres, qu'il a encore appelées des pellagres sans maïs. Je regrette que M. Thierry n'ait pas été plus affirmatif et ait cru devoir discuter cette question de diagnostic possible de la pellagre, dans le cas particulier observé par M. Rathery.

M. Thierry. J'ai discuté ce diagnostic parce qu'il a été posé par plusieurs médecins à propos du malade de M. Rathery; je crois d'ailleurs que l'erreur est très-possible, quand on rencontre un érythème cutané simultanément avec du délire chez un alcoolique. Car le délire pellagreux n'est pas toujours identique; il affecte souvent, très-souvent la forme triste. Mais à la deuxième période de la pellagre, on rencontre parfois un délire maniaque dont les caractères se rapprochent beaucoup de ceux présentés par le malade de M. Rathery. J'ai donc cru utile de présenter quelques réflexions à ce sujet dans mon rapport.

M. Martineau. Le délire pellagreux est, en effet, à une certaine période un délire maniaque; mais dans ce cas, il n'existe pas alors de tremblement.

M. Thierry. Le tremblement peut parfaitement exister par suite de l'affaiblissement musculaire.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Rathery est inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

LECTURE.

M. Bottentuit, interne des hôpitaux, lit une observation intitulée : *Insuffisance mitrale. Dégénérescence granulo-graisseuse du foie et des reins. Anasarque.*

M. Blache est chargé d'un rapport sur la candidature de M. Bottentuit.

M. le Président désigne ensuite une Commission composée de MM. Martineau, Rigal, Monod, Hemey et Meuriot, à l'effet de préparer une rédaction nouvelle du Règlement de la Société.

Le Secrétaire, Meuriot.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 18 décembre 1868. — Présidence de M. Chausit.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. Boinet présente à la Société une malade atteinte de kyste ovarique gauche compliqué de tumeurs aréolaires et d'ascite considérable sur laquelle il donne les renseignements suivants :

La femme W..., âgée de 40 ans et demi, réglée à 17 ans, chlorotique de 18 à 26 ans, accouchée à 25, n'a plus eu d'enfants depuis. Bonne santé depuis lors et embonpoint considérable dès 28 ans. Une perte utérine il y a six ans. Cette femme a eu des chagrins, de vives contrariétés; la santé s'est surtout altérée depuis deux ans.

En 1867, elle entre à la Maison municipale de santé. M. Cazalis reconnaît l'existence d'une tumeur; M. Gendrin, plus tard, reconnaît un kyste de l'ovaire. La première ponction faite par M. Richard donna issue à 20 litres de liquide jaune clair, mousseux.

Onze autres ponctions furent successivement pratiquées par différents médecins; l'une d'elles donna issue à un liquide filant; enfin la treizième donna issue à un liquide très-rouge. C'est dans le commencement de décembre que M. Boinet fut appelé à voir la malade en consultation.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelant l'élection d'un secrétaire général en remplacement de M. Blachez, démissionnaire, la communication de M. Boinet est suspendue, et il est immédiatement procédé au scrutin.

Nombre de votants : 27. Majorité 14.

M. Charrier obtient..........	14 voix.
M. Géry fils..............	7 —
M. Durozier..............	6 —

En conséquence, M. Charrier est proclamé secrétaire général.

DISCUSSION.

M. Boinet demande l'avis de ses collègues sur la malade qu'il vient de présenter.

M. Blachez. Il est difficile d'examiner une malade dans les circonstances où nous sommes.

M. Boinet. Plusieurs confrères avaient cru à une ascite symptomatique d'une affection du foie; d'autres se sont abstenus, vu la grande difficulté du diagnostic. Chez cette femme, en effet, une ascite considérable masque la tumeur kystique; la matité et le flot sont partout, quelle que soit la position donnée à la malade. Cependant, en la faisant coucher le bassin plus haut que la poitrine, si l'on enfonce les mains, que l'on déprime fortement, on sent la tumeur. Celle-ci est fluctuante à la manière des kystes contenant un liquide mielleux, épais. Ce qui confirmerait cette manière de voir, c'est la sortie dans une des ponctions faites à l'ascite d'un liquide filant provenant évidemment d'une pénétration involontaire du trocart dans le kyste. Une autre ponction a donné issue à une sérosité sanguinolente; mais le fait a moins d'importance, car on l'observe également dans l'ascite si l'on pique une veine.

Ce kyste n'est pas uniloculaire, il présente à droite deux masses flottantes, mobiles. Ce sont deux tumeurs aréolaires, très dures, donnant la sensation de tumeurs fibreuses, mais ayant une élasticité plus grande.

M. Boinet diagnostique un kyste multiloculaire avec tumeurs flottantes adhérentes au kyste, et ascite considérable. Il invite plusieurs de ses collègues à assister à l'ovariotomie qu'il se propose de pratiquer.

M. Blachez. A propos des difficultés du diagnostic de ces sortes d'affections, j'ai vu dernièrement avec M. Gosselin une femme qui m'était adressée pour une prétendue grossesse dont le terme était passé depuis deux mois.

Dès le neuvième mois, inquiétudes, souffrances dans le ventre, aspect cachectique. Le ventre offre plutôt la forme particulière à une grossesse ou à une tumeur qu'à de l'ascite. Sonorité sur les côtés, au moins à droite; fluctuation manifeste partout. Les règles ont cessé depuis trois mois seulement. Il était difficile d'admettre une ascite. Était-ce un kyste? L'utérus est sain; le toucher rectal fait reconnaître quelques tumeurs lobulées. Pour M. Gosselin, ce cas est un des plus difficiles qu'il ait rencontré. Deux ponctions successives : issue d'un liquide dit sanguinolent, un peu violacé, trouble, non filant. On diagnostique une ascite due à une inflammation péritonéale déterminée par des tumeurs trop petites pour être perçues. Troisième ponction : issue d'un liquide trouble, non odorant, évidemment dû à du sang altéré. Les lésions qui ont produit la péritonite ont augmenté, on sent une tumeur qui coiffe l'utérus à gauche, et le dernier diagnostic : cancer de l'ovaire gauche, a été confirmé par la marche ultérieure de la maladie. M. Blachez fait observer que la sonorité perçue au moins dans la fosse iliaque droite était le résultat d'adhérences péritonéales; elle ne variait pas, quelle que fût la position donnée à la malade.

M. Boinet. Si l'on rencontre à la fois une constitution chétive, un aspect cachectique et, par la ponction, un liquide trouble, sanguinolent, de mauvaise nature, on doit penser à un cancer.

M. Richard. M. Boinet reconnaîtra que bien souvent les liquides de kystes peuvent cependant renfermer du sang sans qu'il y ait cancer; exemple : les kystes hématiques.

A ce propos, M. Richard demande conseil à la Société pour une femme de 50 ans, couchée à Beaujon. Elle présente tous les signes d'un kyste de l'ovaire uniloculaire, bien qu'ils soient rares chez les femmes de cet âge. Une première ponction a donné issue à un liquide analogue à celui de l'hydrocèle; deuxième ponction quelques jours après, suivie d'une injection iodée. Sept semaines plus tard, reproduction du liquide; nouvelle ponction, issue cette fois d'un liquide louche. Faut-il s'inquiéter de ce changement de couleur du liquide? Combien de ponctions peut-on faire encore? Quand faudra-t-il s'abstenir?

M. Boinet. Le changement de coloration doit faire craindre qu'il n'y ait là quelque chose d'étranger qui en serait la cause. Lorsque le liquide est celui de l'hydrocèle, dix-neuf fois sur vingt une seule injection suffit; rarement on y revient. Si le liquide se reproduit, on doit craindre l'existence de tumeurs framboisées ou de kystes multiloculaires; on pourra réitérer les ponctions et les injections, mais les malades ne guérissent plus. M. Boinet a ponctionné et injecté une femme cinq fois, le liquide devint filant; il ovariotomisa et trouva une de ces productions hétérogènes de la forme d'une pomme d'api au fond d'un kyste; la femme mourut d'un cancer.

Paralysie glosso-labio-laryngée.

DISCUSSION.

M. Duchenne (de Boulogne) communique un nouveau fait de cette maladie. Il n'existait ici que ce simple trouble de la parole, une difficulté d'articuler certaines consonnes (s. t. r. q.). Cette gêne, qui date de 7 à 8 mois, consiste dans une fatigue en parlant; elle porte sur l'expiration; on ne peut la méconnaître une fois qu'on l'a entendue; on ne saurait la confondre avec l'hésitation de la parole de la paralysie générale à son début. De plus, il n'y a jamais de douleur dans le pharynx. Toutes les fois que M. Duchenne a observé cette gêne, il a porté un pronostic très-grave. Telle a été aussi l'opinion de M. Vernois sur la malade qu'il a adressée à notre collègue. Et cependant chez cette femme la santé était bonne; pas de fièvre; une bronchite est survenue; elle s'est compliquée d'une gêne de l'inspiration, mais surtout de l'expiration qui lui a donné un cachet tout particulier. D'après M. Fraignaud, l'affection ne se serait pas aggravée; la malade a été perdue de vue. Ce serait un fait à vérifier.

M. Mottet demande à M. Duchenne ce qu'il faut penser du mémoire de M. Pierson, publié dans les *Archives de médecine*, 1867, contenant quatre observations dans lesquelles la paralysie aurait rétrocédé.

M. Duchenne. Je n'ai pas connaissance de ce mémoire. Sur trente-cinq faits où j'ai assisté quelquefois au début de la maladie, toujours elle a progressé quoi que l'on ait fait. Les malades ne consultent que quand la déglutition est difficile, c'est-à-dire à une période assez avancée. Généralement on ne s'est pas assez occupé des débuts; il est bien possible qu'alors un traitement énergique eût eu plus de succès. N'oublions pas cependant que cette maladie est une sclérose débutant à la partie inférieure du bulbe; elle gagne l'hypoglosse, le spinal, puis arrête le cœur à un moment donné. Toutes les catégories de scléroses ne se manifestent pas par des symptômes bien graves au début, on fait le traitement des symptômes : ainsi pour l'ataxie locomotrice à son début. Le traitement de ces maladies est encore à trouver.

M. Mottet. Le mémoire de M. Pierson a trait à la paralysie faciale double.

M. Duchenne. La paralysie décrite dans ce mémoire ne saurait être confondue avec la paralysie glosso-laryngée. Cette dernière atteint les lèvres, mais non les autres moteurs de la face. La paralysie faciale double, souvent rhumatismale, au contraire est curable.

M. Perrin. J'ai observé une paralysie faciale double chez une paysanne; je partage complétement l'avis de M. Duchenne.

M. Lunier. Je ne crois pas qu'on guérisse les scléroses pas plus que les ramollissements cérébraux. Au début, l'on pourrait peut-être triompher de la période congestive. Mais quels seraient les premiers symptômes qui feraient distinguer la paralysie glosso-pharyngée de la paralysie générale progressive? Ce diagnostic importe, sinon au point de vue de la curabilité, au moins à celui de la marche ultérieure de la maladie.

M. Delasiauve. Il y a-t-il constamment sclérose dans cette paralysie?

M. Lunier. Je ne crois pas qu'elle existe toujours au début, ni même à la fin, et ceci importe au point de vue du pronostic.

M. Duchenne. Il existe des signes différentiels entre la paralysie glosso-pharyngée et la paralysie générale au début. Dans la première, une difficulté toute particulière dans l'émission de certaines consonnes; dans la seconde, l'hésitation de la parole, l'oubli de certains mots, le tremblement des lèvres, le changement de caractère.

M. Lunier. Je ne crois pas qu'il soit aussi facile de différencier ces deux maladies au début sur une simple gêne de la parole. Il serait utile, surtout pour les médecins qui n'ont pas souvent l'occasion de rencontrer ces affections, d'avoir des caractères différentiels bien définis. Au point de vue du traitement, M. Lunier rappelle le danger des douches, des bains sulfureux, etc., dans la paralysie générale, en raison des congestions qui en sont la suite.

M. le Président. En raison de la solennité du jour de l'an, la prochaine séance sera reportée au troisième vendredi de janvier.

Ordre du jour :

1° Continuation de la discussion sur la paralysie glosso-labio-laryngée.

2° Discussion des intérêts privés de la Société.

Le Secrétaire annuel, Antonin Martin.

Pronostic et traitement de l'épilepsie. — Succès remarquable obtenus par l'emploi du bromure de potassium à hauts doses, par M. le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre. In-8. — Prix : 1 fr. 50.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 3 février 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine est la gardienne naturelle de la santé publique. A ce titre, rien ne doit lui rester étranger de tout ce qui peut y porter atteinte. Aussi doit-elle suivre d'un œil vigilant la marche et les progrès de l'industrie qui trop souvent fait payer ses conquêtes et, comme la fortune, nous vend ce qu'on croit qu'elle donne. Les exemples fourmillent; en voici un nouveau que M. Tardieu, l'un des grands inquisiteurs de l'hygiène, est venu apporter hier à la tribune. Il s'agit de bas rouges. Depuis quelque temps, l'usage tend à s'établir de porter des bas ou chaussettes rouges de fabrication anglaise; c'est une mode comme une autre; de goût et de mode on ne discute point, on accepte ou on refuse. Ces bas sont teints à la coralline, substance découverte en 1860 par M. Persoz fils. Qu'est-ce que la coralline? Peu de personnes le savent, sans doute, nous l'ignorions hier encore. M. Tardieu nous l'a appris. La coralline ou péonine dérive de l'acide rosolique, lequel lui-même est un dérivé par oxydation de l'acide phénique. C'est une matière solide en paillettes d'un rouge pivoine à reflet vert ou jaune sombre, avec laquelle on obtient une teinture qui colore d'un beau rouge la soie ou d'autres étoffes. Or, cette coralline n'est rien moins, paraît-il, qu'un poison violent. Comment cette découverte a été faite, c'est ce que M. Tardieu a exposé à l'Académie dans un mémoire dont la lecture a été écoutée avec le plus vif intérêt et que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs. Ils y verront comment l'aspect d'une éruption spéciale, bornée aux parties que recouvraient des chaussettes rouges, a d'abord fixé l'attention de M. Tardieu, comment la répétition du même fait dans des conditions tout à fait identiques, c'est-à-dire chez des personnes qui faisaient usage du même genre de chaussures, a commencé à lui donner des soupçons sur la nature et la cause de ces accidents, et comment, enfin, conduit par ces soupçons à instituer une série d'expériences avec le concours d'un habile chimiste, M. Roussin, il est parvenu à démontrer l'action toxique énergique de cette matière colorante.

Ce n'est pas le cas de substituer ici une analyse qui serait nécessairement insuffisante aux détails si intéressants que renferme le mémoire de M. Tardieu. Nous y renvoyons nos lecteurs, que nous ne voudrions pas priver, d'ailleurs, du plaisir de le lire. Nous nous bornerons à signaler, en passant, les questions importantes que soulèvent les faits énoncés dans ce travail, entre autres la question si controversée de l'absorption par la peau, portée déjà l'année dernière devant l'Académie par M. Roussin, et sur laquelle la révélation de ces faits nouveaux, rapprochés des faits anciennement connus d'empoisonnements par des objets de vêtement et de toilette, nous paraît susceptible de jeter de vives lumières.

L'Académie a fait sagement, sur l'avis de quelques-uns de ses membres, de ne pas déflorer une aussi importante question par une discussion hâtive et qui eût été nécessairement incomplète, faute d'une préparation suffisante. Sur l'interpellation qui lui a été faite, M. Colin, chargé du rapport sur le mémoire de M. Roussin, s'acquittera sans aucun doute de sa tâche; et ce sera alors le moment de discuter et la question générale de l'absorption cutanée et les faits particuliers que M. Tardieu vient d'apporter à l'appui.

Après l'intéressante lecture de M. Tardieu, l'Académie a entendu un rapport de M. Broca sur les bandages herniaires de M. Dupré, dont il a fait ressortir tous les avantages; une lecture de M. Panas sur la direction de l'utérus chez la femme adulte; une lecture de M. le docteur Prat, notre collègue, sur le rôle physiologique des tubes cartilagineux : trachée artère, trompe d'Eustache et portion cartilagineuse du conduit auditif externe, travail qui fait partie d'une œuvre d'ensemble sur la physiologie de l'audition; et enfin, une communication de M. Péan sur quatre opérations, dont nous entretiendrons nos lecteurs dans le numéro prochain. La séance, on le voit, a été bien remplie.

Dr Brochin.

CLINIQUE DE BRUXELLES. — M. SMITH.

CALCUL PHOSPHATIQUE

Ayant pour noyau une allumette longue de 6 centimètres.

RÉTRÉCISSEMENT ORGANIQUE DE TOUTE LA PORTION SPONGIEUSE DE L'URÈTHRE. — LITHOTRITIE. — GUÉRISON

M. L..., 79 ans, rhumatisant, tempérament sec, a été atteint de plusieurs blennorrhagies de longue durée, pour lesquelles il a subi les traitements les plus divers. Depuis longtemps, il se plaint de difficulté d'uriner, et cette dysurie, qui s'est considérablement aggravée vers la fin de l'année 1866, ne reçoit cependant des soins sérieux que dans le courant de l'été 1867.

Le docteur Émile Martin, de Bruxelles, dilate en partie l'urèthre, et reconnaît l'existence d'un calcul.

Appelé en consultation, le 1er août 1867, par ce savant praticien, je constate également un rétrécissement organique de toute la portion spongieuse de l'urèthre et la présence d'une pierre dans la vessie.

Le rétrécissement admet avec peine une bougie de 5 millimètres, et le calcul, probablement phosphatique, paraît très-volumineux. Il doit avoir pour noyau une allumette, que M. L... dit avoir, au mois d'octobre de l'année précédente, introduite dans le canal pour calmer les démangeaisons qu'il y éprouvait. Il l'a malheureusement laissé échapper.

L'extrême irritabilité de la vessie ne permet pas de plus amples informations. Les urines sont purulentes et fréquemment évacuées avec la plus vive douleur. La nuit, le malade goûte à peine un instant de repos, tant ses besoins d'uriner sont fréquemment répétés. Il est très-amaigri; toutefois, sa santé générale ne paraît pas trop compromise, et les fonctions digestives sont en assez bon état.

Nous convenons de continuer les sédatifs locaux déjà mis en usage, et de pousser la dilatation de l'urèthre aussi loin que possible, avant de prendre une détermination au sujet du calcul. Le docteur Martin me charge de poursuivre le traitement.

Les parois de l'urèthre ont subi une transformation fibreuse complète, depuis le méat jusqu'au bulbe. Ce tissu est dur, extrêmement rétractile et ne cède plus rien à la dilatation temporaire.

Ne voulant cependant recourir à la divulsion ou à l'uréthrotomie qu'à la dernière extrémité, je débride le méat et, prolongeant peu à peu la durée des séances, je parviens à faire tolérer la bougie une à deux heures tous les deux jours. J'ai suivi en cela les conseils de mon excellent maître le docteur Auguste Mercier, de Paris.

Vers la mi-septembre, je passe une bougie de 7 millimètres, sans trop de difficulté. J'explore alors la vessie; mais la trop grande excitabilité de cet organe ne me laisse constater qu'un seul diamètre du calcul, qui est à peu près de 3 centimètres. La vessie se vide bien; ses parois sont dures et hypertrophiées. Après quelques jours, je répète cette exploration, et je puis mieux me rendre compte de la situation.

Le calcul est manifestement plat, car je ne le sens qu'en abaissant le bec de l'explorateur, et je ne puis le saisir qu'en retournant complétement ce bec vers le bas-fond. Dans le sens du même diamètre, j'obtiens un écartement des mors, qui varie de 3 centimètres à moins de 15 millimètres, en me rapprochant des extrémités. Le malade souffre trop pour me permettre de cuber exactement le calcul; je me contente d'en suivre le grand axe placé transversalement et que j'évalue à environ 5 centimètres.

Je fais part de mes recherches au docteur Émile Martin, et malgré la vive excitabilité de la vessie, qui retient à peine une soixantaine de grammes d'injection, et l'état de l'urèthre dont la dilatabilité ne dépasse pas 7 millimètres, nous décidons d'essayer la lithotritie, avant de faire courir à notre vieux malade les chances de la taille, si aléatoire à son âge.

Nous espérons que, comme d'ordinaire, la vessie s'habituera au contact des instruments et deviendra plus calme, à mesure que diminuera la masse du corps étranger; et si le rétrécissement ne nous permet que l'usage des plus petits lithotribes — ce qui, nécessairement, prolongera le traitement — comme il occupe toute la portion spongieuse, il ne fait guère beaucoup craindre l'accumulation des fragments dans cette partie.

Ces fragments s'arrêteront dans la portion prostatique ou musculaire, et en l'absence de toute lésion de l'orifice vésical, seront facilement repoussés dans l'intérieur de la vessie. Du reste, nous serons prêts à agir s'il survient un accident; et après l'éclatement du calcul, nous nous servirons du brise-pierre à cuillers du docteur A. Mercier, afin de laisser dans la vessie le moins possible de détritus.

FEUILLETON

UN BEAU-FRÈRE, par M. Hector MALOT

La *Gazette des Hôpitaux* n'a pas l'habitude de s'occuper des ouvrages de la nature de celui-ci; car *un Beau-Frère* n'est pas autre chose qu'un roman. La *Gazette* a peut-être tort. Il n'est, en définitive, aucune question qui soit absolument étrangère aux médecins; et peut-être personne n'est-il plus apte qu'eux à bien juger le développement des passions, leur enchaînement, leur rapport avec le caractère des personnages mis en scène; les questions de psychologie et de morale sont de leur compétence; enfin, les questions de physiologie, si singulièrement défigurées par les auteurs modernes, leur appartiennent de plein droit. D'autres fois, le romancier entre de plain-pied dans la médecine et aborde des points capitaux qui ne sauraient les laisser indifférents.

C'est ce que vient de faire M. Hector Malot, dans son dernier ouvrage, où il nous présente un malheureux jeune homme séquestré dans une maison de fous, sans être le moins du monde atteint d'aliénation mentale et où il veut prouver (c'est sa thèse) qu'avec la loi de 1838 sur les aliénés, il est, sinon facile, au moins très-possible d'enfermer un homme jouissant de la plénitude de sa raison.

Le roman de M. Malot est très-bien fait et on s'aperçoit aisément que l'auteur n'écrit pas au hasard; que, au contraire, il a longuement étudié et creusé son sujet et qu'il ne parle que de choses qu'il connaît parfaitement. Comme avec des qualités de style très-remarquables, le roman est fort sobre de détails inutiles, qu'il va droit au but sans le perdre de vue un seul instant, que l'intérêt va grandissant sans cesse, on le lit avec une sorte d'attention fébrile, on se passionne, on entre en plein dans l'esprit et dans les sentiments de l'auteur, et celui-ci peut se vanter d'avoir gagné sa cause auprès de tous ceux qui l'ont lu. Le médecin lui-même, quoiqu'il lise en critique, se sent pris à son tour, et il a besoin de tout son sang-froid pour réagir contre les fascinations d'un talent sympathique, ému et convaincu. M. Malot ne pouvait pas désirer un plus grand succès; mais nous devons nous demander s'il est parfaitement légitime, et si l'écrivain, dominé par sa thèse, ne s'est pas laissé emporter au delà des bornes de la simple vérité.

Analysons d'abord l'ouvrage; nous en essayerons ensuite la critique. L'analyse en est facile d'ailleurs, car, je le répète, cet ouvrage est sobre de détails et il a ce grand mérite de tirer tout son intérêt de la situation des personnages.

Le vicomte Cénéri d'Éturquerais est un jeune homme un peu excentrique, qui, après avoir dépensé une grande partie de sa fortune, s'éprend d'une jeune et jolie femme, professeur de piano. Il veut l'épouser, mais son père, un vieillard presque en enfance, lui refuse son consentement. Cénéri attendra l'âge où il pourra faire des sommations légales. Jusque-là, il se retire à la campagne avec sa maîtresse, qu'il traite comme sa femme légitime et dont il a eu un enfant. Cénéri touche à ses vingt-cinq ans; il va pouvoir se marier. Mais un coquin fieffé, son beau-frère, le baron Friardel a un intérêt immense à s'opposer à ce mariage et il travaille à l'empêcher. Il veut d'abord faire interdire Cénéri, qui pare le coup au moins pour quelques mois. Friardel se tourne alors d'un autre côté, et, par ses ruses, par ses machinations, il arrive à faire enfermer le malheureux Cénéri dans une maison de fous, sur l'ordre du préfet du département. Le malheureux reste quelque temps séquestré dans l'asile du Luat, et n'en sort que bien réellement fou cette fois, si bien qu'il se noye un jour, après avoir essayé de noyer son enfant avec lui.

Cette sèche analyse n'est que pour les besoins de notre cause; à un autre point de vue, nous aurions fait ressortir tout l'intérêt qui s'attache à Cénéri et à sa maîtresse, belle personne, d'un esprit très-supérieur et d'un cœur exquis; nous aurions parlé de l'avoué Hélouis, nature loyale et honnête, qui fait repoussoir à tous les coquins et à tous les niais qui s'agitent dans cette histoire. Nous ne sommes pas un critique d'art, mais un critique médical et nous courons au plus pressé.

Faire enfermer comme fou un homme qui ne l'est pas, M. Malot le sait, c'est là une chose malaisée; il fallait donc bien préparer son terrain, et notre auteur, je dois le dire, s'en est parfaitement tiré. Cénéri est un esprit quelque peu excentrique; il boxe volontiers, il fait des armes, il est fort adroit sur les exercices du corps, il fait courir sur le turf et il étudie en artiste, et en homme intelligent et chercheur, les conditions anatomiques et physiologiques du véritable cheval de course. On voit dans tous ces détails que M. Malot est un peu du métier. Quoiqu'il en soit, Cénéri attelle des chevaux, des chiens, des bœufs, des hommes même, et il conclut de ses expériences que *si l'on prend deux espèces différant entre elles de poids, c'est la plus légère qui est la plus forte.* Le baron Friardel, lui, conclut que ces expériences, sans but bien précis, prouvent que le cerveau de Cénéri n'est pas parfaitement sain, ou tout au moins, il arrive à faire partager cette opinion à beaucoup de gens; il répand ainsi ses calomnies, préparant ses machinations à petit bruit, car, pour lui, il est trop fin pour croire un mot de ses inventions.

Un certain individu coupait des arbres dans la forêt de Cénéri et les emportait ensuite. C'était un père de famille que le vicomte ne veut pas livrer à la justice; il aime mieux se rendre justice à lui-même, et un jour que notre voleur était en train d'abattre un arbre, Cénéri lui propose une petite partie de boxe et vous le rosse d'importance. Ce n'est peut-être pas là un acte bien sensé, mais ce n'est pas cependant l'acte d'un fou. On comprend toutefois que le baron de Friardel en tire grand parti, et que ce soit un de ses arguments pour prouver la folie de son beau-frère.

Enfin, un jour, dans le but d'exciter le malheureux Cénéri, natu-

Le 30 septembre 1867, le docteur Émile Martin et moi nous procédons à la première séance.

M. L..., très-inquiet, ne reste pas un moment tranquille; la vessie est très-irritable et retient à peine une cinquantaine de grammes de l'injection, qui est introduite avec la plus grande lenteur; les besoins d'uriner sont trop fréquents pour profiter de l'écartement naturel des parois vésicales.

Je me sers du plus petit lithoclaste à mors inégaux de Civiale, dont l'introduction est cependant gênée par le spasme de l'urèthre; cette contraction est même si énergique, qu'arrivé dans la vessie, je manœuvre l'instrument avec assez de peine. Après quelques instants, je parviens à saisir le calcul suivant son diamètre transversal, qui est de près de 3 centimètres, et je me contente de le faire éclater.

La manœuvre présente ceci de particulier, c'est que — de même que dans les deux séances exploratrices — la préhension du calcul est complétement impossible dans les positions inclinées habituelles du bec du lithotribe. Ce bec doit être dirigé directement vers le bas-fond et je conserve cette position dans le rapprochement des mors, en ayant soin de les relever. De cette manière, je ne perds pas de temps, et j'évite les conséquences d'un mouvement de rotation d'un corps allongé dans une cavité aussi étroite que la vessie de notre malade.

Dans les séances subséquentes, cette manœuvre a été nécessaire chaque fois que j'ai saisi sur place les fragments du calcul; je n'ai eu recours au procédé de Heurteloup que vers la fin du traitement, alors que les parois de la vessie avaient perdu leur sensibilité première.

Repos dans la position horizontale. Ne plus se lever pour uriner. Lavement laudanisé. Diète.

Le lendemain, M. L... n'est pas plus mal que d'habitude. Pas de fièvre. Bain tiède.

Le 6 octobre, deuxième séance. La vessie est tout aussi impatiente que la première fois et le malade aussi agité. Il se plaint beaucoup, et je ne puis broyer que deux petits fragments de quelques millimètres.

Les jours suivants, même état.

Dans la journée du 10 octobre, je suis appelé chez M. L..., qui, depuis une couple d'heures, ne sait uriner et souffre cruellement. Je trouve le col plein de détritus, que la sonde ne peut repousser dans la vessie. Je la remplace avec succès par le petit lithotribe, et je profite de l'introduction de l'instrument pour broyer un fragment d'une douzaine de millimètres. Troisième séance.

Le docteur Martin conseille de ne procéder à une nouvelle séance qu'après avoir essayé de dompter les spasmes vésicaux par le tartre stibié, à dose rasorienne. Il prescrit 50 centigrammes de tartre stibié, dans 200 grammes d'eau, à prendre une cuillerée à soupe d'heure en heure, en commençant quatre à cinq heures avant l'opération.

Le 16 octobre, quatrième séance. M. L... n'a pris que deux cuillerées de sa potion, qui l'ont plongé dans la plus profonde prostation; mais quoique la vessie paraisse influencée par ce médicament, j'éprouve un peu de peine à saisir un fragment d'une quinzaine de millimètres.

En retirant le lithotribe, je sens une résistance au col de la vessie. Les cuillers sont cependant complétement fermées; au lieu donc de les faire rentrer et de les vider dans la vessie, je continue le mouvement de traction avec la plus grande lenteur, et j'ai la satisfaction de trouver au milieu du détritus phosphatique, et dépassant obliquement l'axe longitudinal des cuillers, un morceau d'allumette de 17 millimètres de longueur.

Cette extraction, assez pénible, aggrave un peu l'état du malade et nous oblige à lui accorder quelques jours de repos.

Le 24 octobre, au matin, après la troisième cuillerée de la potion stibiée, a lieu la cinquième séance. M. L... est complétement affaissé, malgré cela, il s'agite, déplace son siége du coussin, et je ne puis rien saisir.

Je le remets en bonne position, et je l'y maintiens pendant que le docteur Martin écrase un fragment d'une dizaine de millimètres.

Le lendemain, spasmes violents et engagement de détritus dans le col; une injection profonde enlève immédiatement toute la douleur.

Le 27, au matin, reprise des spasmes, que les injections profondes ne calment pas.

Je place alors M. L... dans la même position que pour les séances; seulement, pour prévenir l'enfoncement du siége dans le lit — qui est détestable et qui est en grande partie cause de la difficulté de la manœuvre jusqu'ici — je remplace les diverses combinaisons de coussins que j'avais essayées par deux gros et larges livres cartonnés, qui relèvent fort bien le bassin, sans gêner le malade et sans l'exposer à en choir. J'introduisis le petit lithotribe à cuillers, et après avoir repoussé les graviers qui obstruent le col, je ramasse avec facilité un fragment de plus de 2 centimètres. En retirant l'instrument une légère résistance se fait sentir tout le long de l'urèthre. Dans les cuillers, pleines de détritus et les débordant, à angle plus aigu que la première fois, je trouve un morceau d'allumette mesurant 23 millimètres.

Le 28 et le 29, les urines charrient une quantité considérable de poussière. Le lendemain, j'extrais, avec la curette de Leroy, un gravier qui était arrêté vers le milieu de la portion spongieuse. M. L... se sent mieux et reste plus d'une demi-heure sans uriner.

Le 31 octobre, septième séance. Vessie très-calme; écrasement de quatre fragments de 4 à 6 millimètres. Les cuillers sont retirées deux fois toutes pleines.

Le lendemain, l'amélioration continue, et le besoin d'uriner ne se fait guère sentir qu'après une heure.

Le 5 novembre, huitième séance. La manœuvre est des plus aisées; pulvérisation d'un fragment d'une dizaine de millimètres. Les cuillers contiennent, parallèlement à leur grand axe, un morceau d'allumette de près de 2 centimètres.

Ce morceau, ajouté aux précédents, donne une longueur de 6 centimètres, qui est celle que j'obtiens d'ordinaire en cassant instinctivement les bouts soufrés des allumettes dont se sert M. L..., ce qui nous fait supposer que le noyau du calcul est entièrement extrait.

Cette étendue du noyau rend, du reste, bien compte de la forme et de la longueur du calcul, qu'il m'avait été impossible de mesurer exactement dans ce sens; mais que le toucher m'avait fait évaluer à environ 5 centimètres. La masse phosphatique devait laisser dépasser les bouts de l'allumette, comme il arrive d'ordinaire pour les noyaux allongés, sur le milieu desquels la précipitation saline se fait plus abondante que sur les extrémités, qu'elle recouvre même rarement. De plus, au lieu d'une pierre fusiforme, il existait ici un ovale aplati, un véritable galet, dont l'épaisseur n'a pu être appréciée; mais dont l'aplatissement était rendu évident par la nécessité d'abaisser le bec de l'explorateur pour le sentir, et de renverser entièrement ce bec vers le bas pour le saisir, alors qu'il n'existait pas d'hypertrophie de la prostate et que le bas-fond de la vessie était peu déprimé.

Le 8 novembre. Depuis hier soir, M. L... souffre beaucoup en urinant; je repousse dans la vessie les graviers que je rencontre au col, et je broie un fragment de quelques millimètres. La douleur cesse immédiatement (Neuvième séance).

Le 11 novembre, dixième séance. Trois introductions; le premier fragment mesure près de 15 millimètres; les deux autres moins de 5 millimètres. La troisième introduction est seule un peu douloureuse.

Le 15 novembre, onzième séance. Deux fois j'introduisis le lithotribe et deux fois je ramène les cuillers pleines.

Le 17 novembre, au soir. Engagement dans le col de quelques graviers, qui sont repoussés avec le lithotribe, je retire les cuillers remplies (Douzième séance).

Le rapprochement des séances ne fatigue pas M. L...; il va de mieux en mieux, et attend parfois deux heures sans éprouver le besoin d'uriner. Cependant, à chaque miction, il est obligé de faire de grands efforts, ce qui favorise la sortie des graviers, et leur accumulation dans le col, par suite du peu d'élasticité de la portion spongieuse de l'urèthre. La vessie tolère près de 200 grammes d'injection.

Le 20 novembre, au soir. Je suis de nouveau obligé de dégager le col avec le lithotribe; j'écrase un fragment de plus d'un centimètre.

Le 23 novembre, quatorzième séance. Je remplis les cuillers de détritus.

Le 26 novembre, quinzième séance. Trois introductions et pulvérisation de cinq fragments, dont l'un mesure un peu plus d'un centimètre.

Les jours suivants, beaucoup de poussière dans les urines, qui, d'alcalines, sont devenues neutres, et dont les dépôts, encore assez abondants, ont perdu toute viscosité. M. L... ne souffre presque plus, et reste habituellement deux heures sans uriner.

Le 30 novembre, seizième séance. Je remplis deux fois les cuillers.

Le 3 décembre, dix-septième séance. Deux introductions et broiement de deux fragments de 7 à 8 millimètres.

Le 5 décembre, le malade attend trois heures pour uriner. A la fin de la miction, il n'éprouve plus qu'un léger picotement.

Peu de dépôts dans les urines, qui ont une tendance à l'acidité. Sonde à double courant, qui n'amène qu'un peu de poussière.

Le 9 décembre, dix-huitième et dernière séance. Je ne rencontre que deux petits fragments de quelques millimètres.

Le 14 et le 19 décembre. Le docteur Émile Martin et moi nous explorons la vessie sans découvrir la moindre trace de corps étranger.

Santé générale excellente. D'ordinaire, quatre à cinq mictions dans la journée et deux pendant la nuit, sans la moindre douleur. Acidité presque normale de l'urine, qui ne dépose qu'un peu de mucosité.

Le 5 janvier 1868. Troisième exploration, qui est également négative.

J'ai revu M. L... plusieurs fois dans le courant de l'année, et ces derniers jours. La guérison ne s'est pas démentie. Malgré ses 80 ans, sa santé est parfaite. Il a la précaution de se passer tous les quinze jours une bougie pour s'opposer à la rétraction des parois de l'urèthre.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 2 février 1869. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Raimbert, de Châteaudun, qui sollicite le titre de membre correspondant;

2° Une lettre de M. le docteur Pons, de Bez, sur le progrès médical;

3° Un rapport de M. Hoursol, de Bayonne, sur les vaccinations qu'il a pratiquées en 1868. (Comm. de vaccine.)

M. DELPECH place sous les yeux de l'Académie un nouveau sthétoscope de M. Paul Niemeyer.

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie.

Par M. BOULEY, au nom de M. Gallard, un exemplaire de l'article CONSANGUINITÉ, extrait du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.*

Par M. DAREMBERG, au nom de M. le docteur Corradi (de Pavie), deux brochures en italien : l'une sur l'hygiène publique en Italie, l'autre sur l'extension de la phthisie pulmonaire.

M. DENONVILLIERS annonce à l'Académie que le président, M. Blache, indisposé, n'a pu assister à la séance. Obligé lui-même de s'absenter pour ses devoirs, il prie M. Larrey de vouloir bien prendre le fauteuil de la présidence.

M. LARREY prend le fauteuil.

LECTURE.

Empoisonnement par la coralline.

M. TARDIEU. Je prie l'Académie de me permettre de l'entretenir de quelques faits récents, non encore étudiés, et qui méritent d'être signalés à l'attention publique.

Je veux parler des accidents que peut déterminer l'emploi dans la teinture, d'une matière colorante nouvelle, la *coralline*, qui, ainsi que je m'en suis assuré expérimentalement, constitue un violent poison.

J'exposerai d'abord rapidement les faits tels qu'ils se sont présentés à l'observation; je rapporterai ensuite les expériences que j'ai instituées pour reconnaître et déterminer la nature, la marche et les caractères de l'empoisonnement dont il s'agit.

Au mois de mai de l'année dernière (1868), bien avant que rien de pareil fût venu à ma connaissance, je fus consulté par un jeune homme de vingt-trois ans, admirablement constitué et exempt de tout vice herpétique, qui était atteint aux deux pieds d'une éruption vésiculeuse, très-aiguë et très-douloureuse, qui au premier abord aurait pu être prise pour un eczéma. Mais cette éruption offrait ceci de particulier qu'elle était exactement bornée à la partie du pied que recouvre la chaussure, et qu'elle dessinait sur la peau la forme parfaitement régulière du soulier-escarpin que portait le jeune homme, comprenant

---

rellement vif et emporté, Friardel vient chasser sur ses terres; Cénéri accourt, poursuit Friardel, et, pour ne pas commettre un crime peut-être, il jette au loin son fusil qui part accidentellement et tue un chien. Cénéri retrouve son sang-froid et abandonne la poursuite de Friardel. Celui-ci, au contraire, persuade à deux pauvres misérables qui travaillent là que son beau-frère a voulu le tuer; que c'est contre lui que le coup a été tiré; il leur promet une récompense s'ils veulent témoigner de ce fait et il s'en va tout de suite faire dresser un procès-verbal, qui prouve de plus en plus la folie de Cénéri. Joignez à cela que le baron Friardel est un plat coquin, qu'il ne craint ni Dieu ni diable; qu'il jouit d'une influence énorme; qu'il pratique mieux que pas un l'art si dangereux de Basile, et vous avez toutes les pièces du procès.

Un jour que Cénéri se promène tranquillement dans sa forêt, il est appréhendé par trois gendarmes, contre lesquels il se défend naturellement, et qui, sur un mandat du préfet, le conduisent comme fou dangereux à l'asile du Luat. La séquestration est opérée. Comment a-t-elle pu s'opérer? A-t-elle réellement pu s'opérer de la sorte? Voilà désormais la question qu'il nous faut examiner.

Quoi qu'en puisse penser M. Malot, il n'est pas facile, avec la loi de 1838, de séquestrer un homme qui jouit de la plénitude de sa raison, et notre auteur va nous fournir lui-même la preuve irrécusable de cette difficulté excessive; disons d'ailleurs que la loi ne saurait jamais prendre trop de précautions pour empêcher un pareil malheur, et que la loi de 1838 nous semble les avoir prises avec beaucoup de soin.

Le baron de Friardel veut d'abord faire interdire légalement Cénéri. Ce baron, nous l'avons dit déjà, est un coquin fieffé, avare, hypocrite et qu'aucun scrupule ne saurait arrêter. Cela est bien; il est certain qu'au début de tout acte de cette nature, on doit rencontrer un maître fripon décidé à ne reculer devant rien. Mais un beau-frère n'a pas qualité pour faire interdire ni séquestrer le frère de sa femme.

Devant cette difficulté, M. Malot a supposé que le père de Cénéri, M. le comte d'Éturquerais est un vieillard débauché, à peu près tombé en enfance et complétement dominé par une ancienne cuisinière, devenue sa maîtresse, et dominée elle-même par le baron de Friardel. M. le comte aime encore son fils, mais il aime mieux, et de beaucoup, un bon plat préparé par sa gouvernante. C'est au nom d'un tel homme que la demande en interdiction est adressée au tribunal.

Voyons un peu la composition de celui-ci. Le président, M. Joseph-Prudent Bonhomme de la Fardouyère, est un homme vain, qui joue au légitimiste et que le baron a réussi à faire nommer conseiller d'arrondissement. Il n'osera rien entreprendre contre Friardel et fera tout pour ne pas perdre sa précieuse protection. M. le président est, de plus, un triple sot qui s'amuse à tuer des mouches avec une batte, pendant que les gens font antichambre chez lui.

M. le juge Legrain serait un excellent juge, s'il n'aimait trop les femmes et s'il n'avait des dettes, même criardes, que le baron connaît parfaitement, car c'est lui qui prête l'argent pour les payer.

Le troisième juge, M. du Campart, est un homme indépendant, honorable, honnête. Malheureusement, quoique certain que Cénéri n'est pas fou, il ne tente rien en sa faveur.

Quoi qu'il en soit, l'interdiction se trouvant entravée par des formalités très-longues, Friardel se décide à faire séquestrer le malheureux Cénéri.

M. Malot a fort attentivement étudié la loi de 1838, et cependant il en a oublié quelques détails importants. Ainsi, c'est sur un arrêté du préfet que Cénéri est enfermé au Luat; cet arrêté mentionne un rapport du sous-préfet, un certificat du médecin et un certificat du maire, constatant la position de fortune de Cénéri. En pareil cas, le maire doit donner son avis sur l'état de santé du malade, et, dans l'espèce, il n'est pas un préfet qui agirait aussi légèrement que celui que M. Malot met en scène, et qui ferait enfermer un fou sans un avis conforme du maire de la commune.

Le docteur Gillet, qui fournit le premier certificat d'aliénation, est un misérable de la pire espèce, âme damnée du baron de Friardel, et se parjurant sans la moindre inquiétude.

Le directeur de l'établissement du Luat, l'abbé Battandier n'a qu'une idée fixe, c'est que tout homme que l'on conduit chez lui est bien réellement fou. M. l'abbé n'a nullement l'air de se douter qu'il a sa part de responsabilité, qu'il encourt la prison, l'amende, la fermeture de son établissement, sans compter les dommages et intérêts. J'avoue cependant que l'abbé Battandier n'est pas trop invraisemblable.

Toute maison d'aliénés doit avoir son médecin. Nous trouvons ici le docteur Mazure, « homme de cinquante ans, de tournure leste et joviale... mais l'heure de son déjeuner avait sonné, son estomac n'aimait pas attendre, » et sans examiner le malheureux Cénéri, il le fait diriger immédiatement sur le quartier des aliénés agités et dangereux! N'y a qu'un romancier pour agir avec cette célérité.

Dans le roman de M. Malot, nous trouvons encore deux médecins chargés de faire un rapport sur l'état mental de Cénéri : le vieux docteur Patras, voltairien et matérialiste, est pourtant un bonnête homme; quant au jeune docteur Louville, il a une conscience qui ne se vend pas pour 5,000 francs, mais qu'on achète pour 20,000.

M. Malot paraît avoir oublié que, dans les trois jours qui suivent la séquestration, le préfet devait faire visiter Cénéri par un médecin. Je ne puis pas croire que ce soit oubli chez notre auteur; il a reculé devant cette double alternative et il s'est dit : ou ce médecin sera un homme intelligent, honnête : il fera relâcher Cénéri et ma thèse est perdue; ou bien j'en ferai encore un médecin ignorant, malhonnête, et j'ai déjà introduit, pour les besoins de ma cause, assez de médecins de cette nature.

Disons-le d'ailleurs, M. Malot n'a pas l'air de beaucoup aimer les médecins, et, à en juger par ses livres, nous sommes de tristes gens au moral et capables de tout. Il publie, en ce moment un roman dans le journal la *Presse libre*; on ne trouve dans cette œuvre qu'un seul misérable, c'est un médecin. Quels types M. Malot a-t-il donc étudiés?

ainsi la face et le bord plantaires et ne dépassant pas sur le dos du pied la racine des orteils.

Sur toutes ces parties, la peau était violemment enflammée, tuméfiée, d'une rougeur uniforme sur laquelle se détachaient d'innombrables petites vésicules, qui, dans certains points, notamment à la plante des pieds, se réunissaient pour former de larges cloches ou bulles remplies d'un liquide séro-purulent. L'éruption s'accompagnait de malaise général, de fièvre, de mal de tête, et de mal de cœur.

Les moyens employés pour combattre cette petite maladie se bornèrent à des applications émollientes et au repos; au bout de deux jours les troubles généraux avaient disparu ; mais les pieds ne furent complétement guéris qu'après trois semaines environ.

Le siége et la forme si particulière de l'éruption m'avaient sur-le-champ donné à penser que la cause en était toute locale; et je n'hésitai pas à en rechercher l'origine dans la chaussure que portait le jeune homme. Il venait précisément de faire usage depuis quelques jours de chaussettes de soie rouge, d'une nuance très-élégante, que la mode s'apprêtait à répandre. Un premier et sommaire examen montra qu'il n'existait dans la teinture des chaussettes aucun poison de nature minérale. Je n'en restai pas moins convaincu que l'inflammation de la peau que j'avais constatée était le résultat d'un principe irritant contenu dans le tissu et maintenu étroitement appliqué sur une partie du pied par la forme du soulier.

A quelque temps de là, un fait en tout semblable se produisit dans les mêmes circonstance sur un jeune ami du précédent, qui, lui-même, en essayant de nouveau ses chaussettes après plusieurs mois d'intervalle, fut repris de la même façon.

Plus tard, dans le courant du mois de septembre, les feuilles publiques reproduisaient une note dans laquelle M. Bidard, professeur de chimie à Rouen, rapportait une observation pareille faite par lui sur une paire de chaussettes qui lui avait été adressée par un Anglais, et qui présentaient sur un fond teint en lilas des lignes circulaires en soie d'un rouge vif.

L'inflammation de la peau des pieds était restée limitée aux parties en contact avec les lignes rouges. La couleur lilas était du violet d'aniline; le rouge était teint avec la coralline.

Enfin, il y a quelques jours à peine, les journaux de Paris racontaient qu'une dame américaine ayant porté des bas de soie rouge avait vu ses jambes se couvrir de boutons, dont quelques-uns s'ulcérèrent et avait éprouvé des étourdissements et de vives souffrances.

Je n'avais pas attendu ce dernier fait pour entreprendre des recherches propres à m'éclairer sur la véritable nature de ces accidents qui en se multipliant pouvaient constituer pour la santé publique un danger, dont personne encore ne pouvait mesurer la gravité. Aidé par un chimiste dont l'habileté et le savoir sont bien connus et dont la collaboration m'a déjà été si précieuse, M. Z. Roussin, je résolus de procéder, comme nous l'avions fait pour la recherche de certains poisons organiques que la chimie ne peut caractériser d'une manière suffisante, c'est-à-dire par l'expérimentation physiologique. Nous avons donc repris les chaussettes qui avaient déterminé les accidents observés par moi dans le premier cas dont j'ai parlé. Après nous être assurés qu'elles ne cédaient aucune matière soluble à l'eau froide ou bouillante, à l'eau faiblement acidulée, ni à l'eau alcaline, nous les avons traitées par l'alcool à 85 degrés bouillant, dans lequel s'est dissoute rapidement la matière colorante rouge. Cette solution alcoolique évaporée à siccité a donné un extrait dont les propriétés vénéneuses nous ont été révélées par les expériences suivantes.

La matière colorante desséchée, redissoute dans une petite quantité d'alcool, a été injectée à l'aide de la seringue de Pravaz sous la peau de la cuisse d'un chien, d'un lapin et d'une grenouille.

Les trois animaux sont morts : la grenouille le même jour au bout de quatre heures; le chien le lendemain, après avoir survécu trente-six heures environ; le lapin le surlendemain seulement. Ces deux derniers avaient eu des évacuations excessives et presque incessantes.

Il ne pouvait rester de doute sur les propriétés vénéneuses de la matière rouge dont le tissu de soie était teint. Mais nos recherches fussent restées incomplètes si nous n'avions répété nos expériences avec la coralline elle-même.

Jusqu'à ce jour cette substance n'a été que fort peu exploitée en France; les chaussettes incriminées sont de fabrication et de teinture anglaises. Aussi pour nous en procurer nous avons dû nous adresser à celui qui l'a découverte en 1860, M. Persoz fils, qui, avec le plus obligeant empressement, en mit à ma disposition trois échantillons : l'un de coralline pure, l'autre de coralline rouge du commerce, l'autre de coralline jaune.

On sait que la coralline, ou péonine, dérive de l'acide rosolique, lequel lui-même est un dérivé par oxydation de l'acide phénique. Elle se forme dans un appareil autoclave chauffé à + 150 degrés par le contact de l'acide rosolique et de l'ammoniaque. On obtient de la sorte une matière solide en paillettes d'un rouge pivoine à reflets vert ou jaune sombre, à peu près insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et les corps gras, et qui présente tous les caractères d'un acide amidé.

C'est avec la coralline pure de M. Persoz dissoute dans l'alcool que nous avons opéré. La solution a été titrée, et nous avons pu calculer les doses injectées à chaque animal. On nous permettra d'indiquer sommairement les résultats de ces nouvelles expériences.

Un chien de taille moyenne a reçu, dans une première injection, une quantité de solution alcoolique correspondant à 15 centigrammes de coralline solide; le lendemain et le surlendemain il a été triste, abattu, en proie à un dérangement intestinal très-marqué, et dépourvu d'appétit. Il a paru se remettre le troisième jour, en ce qui touche du moins la santé générale, car la cuisse est devenue douloureuse du côté où avait eu lieu l'injection. L'animal se plaignait et boitait en marchant.

Après avoir attendu un jour de plus, on a injecté sous la peau une nouvelle dose de 20 centigrammes de coralline. Les accidents reparaissent presque aussitôt; les évacuations alvines se répètent, l'abattement va croissant; la fièvre est de plus en plus intense; la douleur de la cuisse augmente; l'animal, tremblant sur ses jambes, ne peut plus se soutenir; son œil est terne; il succombe le troisième jour après la seconde injection.

Un lapin, après une seule injection contenant 10 centigrammes de coralline pure, mourait au bout de quatre jours, ayant présenté les mêmes symptômes. Moins de 5 centigrammes de la matière colorante avaient suffi pour faire périr plus promptement encore une grenouille.

L'examen des organes des animaux empoisonnés par la coralline était pour nous d'un grand intérêt. Nous résumons les données fournies par l'autopsie des chiens et des lapins.

En premier lieu, au point où la coralline avait pénétré sous la peau, une violente inflammation du tissu cellulaire avec infiltration purulente s'était déclarée et expliquait la douleur et la claudication observées chez les animaux. L'estomac était sain, ce qui doit vraisemblablement tenir à la voie d'introduction choisie pour le poison; mais les intestins, distendus par une énorme quantité de matière diarrhéique, présentaient les traces manifestes d'une inflammation aiguë de la muqueuse. Le foie nous a offert dans tous les cas une dégénérescence graisseuse rendue évidente par l'examen microscopique. Enfin, et c'est là le caractère en quelque sorte essentiel de cet empoisonnement, les poumons, chez le chien et surtout chez le lapin, étaient comme teints eux-mêmes par la matière colorante et présentaient dans toute leur étendue une très-belle nuance écarlate qui se répandait uniformément à leur surface, de manière à effacer les divisions lobulaires et les vaisseaux qui la sillonnent.

Il m'a paru curieux de pousser plus loin les investigations et de revivifier en quelque sorte la coralline, tout comme on a coutume de le faire dans la recherche médico-légale des poisons, c'est-à-dire de l'extraire, avec ses caractères distinctifs, des organes où elle avait pu être portée par absorption.

M. Roussin, par un procédé très-ingénieux qui sera décrit avec détail, a pleinement réussi. Et nous avons pu teindre en rouge un écheveau de soie avec la matière colorante retirée des poumons et du foie des animaux empoisonnés. La coralline qui avait donné lieu à l'empoisonnement a été décelée par sa propriété caractéristique de matière tinctoriale, tout comme le sont l'atropine ou la digitaline par le pouvoir qu'elles possèdent de dilater la pupille ou d'arrêter les battements du cœur. C'est là, on en conviendra, une nouvelle application aussi heureuse qu'inattendue de la méthode physiologique et expérimentale que je me suis efforcé de généraliser et de poursuivre dans la recherche des poisons organiques (1).

Ces expériences et les résultats si précis qu'elles ont fournis sont, si je ne m'abuse, de nature à donner l'explication la plus complète et la plus claire des faits à l'occasion desquels j'avais cru devoir les entreprendre. Elles ajoutent en outre quelque chose à nos connaissances en ce qui touche l'origine et la nature de certains empoisonnements.

La coralline, en effet, est, à n'en pas douter, un poison d'une grande énergie. Introduite même à petite dose dans l'économie vivante, elle peut causer la mort.

Elle agit à la façon des poisons irritants, notamment des substances dites drastiques, de l'huile de *croton tiglium*, par exemple, dont elle reproduit à la fois l'action locale sous la forme d'une éruption vésiculeuse très-aiguë, et les effets généraux tels que l'inflammation du tube digestif. Absorbée et portée dans la profondeur des organes, elle y provoque d'une part la stéatose, cette dégénérescence graisseuse que produisent diverses espèces de poison, le phosphore, l'ammoniaque, l'arsenic; et d'une autre part elle s'y concentre et peut en être extraite en conservant sa couleur spéciale et ses propriétés tinctoriales.

Les accidents qu'a déterminés la coralline chez l'homme se sont bornés jusqu'ici à une affection locale fort douloureuse et à quelques troubles de la santé générale, heureusement sans gravité.

Mais il n'est nullement certain, à en juger par les effets rapidement mortels qu'elle a produits sur les animaux, qu'elle ne puisse, dans certaines circonstances, exposer l'homme lui-même à de plus sérieux dangers.

Il est permis de se demander en effet si les symptômes observés à la suite de l'emploi des chaussettes de soie teintes à la coralline, la fièvre, la céphalalgie, les étourdissements, les nausées, ont été simplement provoqués par la violence de l'inflammation locale, ou si plutôt ils n'étaient pas la conséquence et l'indice de l'empoisonnement produit par la coralline absorbée.

Les tissus imprégnés de cette substance réalisent d'une façon véritablement singulière, les conditions les plus favorables à l'absorption par la peau, telles que les a fixées M. Roussin dans un travail expérimental excellent, communiqué il y a plus d'un an à l'Académie impériale de médecine (1), et telles qu'on les rencontre dans quelques autres empoisonnements analogues qui se produisent par la même voie d'absorption, et que déterminent certaines substances colorantes, arsénicales, mercurielles ou plombiques.

On retrouve ici un poison non dissous dans l'eau, l'absence de tout autre dissolvant que la matière sécrétée par la peau et l'abondance de cette sécrétion à l'endroit même où se trouve plus hermétiquement appliqué le tissu empoisonné, c'est-à-dire la partie du pied qui se trouve comprimée par la chaussure; enfin, l'état solide de la substance vénéneuse qui doit être absorbée. Et ne semble-t-il pas que le savant que je viens de citer eût prévu les faits d'empoisonnement par les chaussettes de soie rouge, quand il pensait avoir éclairé par ses expériences le mystère de ces empoisonnements fameux opérés à l'aide de gants, de bas ou de chemises préparés.

Si donc, la coralline employée à la teinture de certains vêtements n'agit pas seulement d'une manière locale, elle offre une double danger, et peut déterminer même chez l'homme, et par la simple application à la surface de la peau, un véritable empoisonnement. Elle doit être proscrite de tout emploi industriel analogue.

La science possédait déjà plus d'un exemple d'accidents produits par des matières colorantes. Le vert de Schweinfurt appliqué à la coloration de certains vêtements ou de papiers de tentures, le blanc de plomb étendu sur des dentelles; d'autres substances encore avaient fait déjà de trop nombreuses victimes.

Mais jusqu'ici ces matières colorantes vénéneuses étaient toutes d'origine minérale, aucune matière colorante organique n'avait été signalée comme poison avant la coralline.

Les recherches que je viens d'avoir l'honneur de soumettre à l'Académie permettraient à la fois d'en surveiller l'emploi, d'en reconnaître les effets et même d'en déceler la présence.

La coralline appartient à une classe de corps dont le progrès incessant des arts chimiques accroît chaque jour le nombre. C'est là une preuve nouvelle de l'intérêt considérable qu'il y a pour la science de l'hygiène et pour la médecine légale elle-même à suivre la marche et les progrès de l'industrie, et à étudier l'influence que ses plus récentes conquêtes peuvent exercer sur la santé des hommes.

M. Cerise. Hier, je fus appelé par un ami qui éprouvait des dou-

(1) Tardieu, *Étude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement.* Paris, 1866.

(1) Roussin, *Mémoire sur les phénomènes d'absorption cutanée* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, novembre 1866, et *Annales d'hygiène*, 1866, 2e série, t. XXVIII, p. 179).

J'espère bien que ce n'est pas moi qui ai l'honneur d'être de ses amis; ni son médecin ordinaire, qu'on peut citer comme un des hommes les plus honnêtes, les plus loyaux, les plus désintéressés; ni le médecin aliéniste qui nous accompagnait quand nous avons visité ensemble l'établissement, si remarquable et si bien dirigé, des frères Labitte, à Clermont.

Tels sont donc les divers personnages qui jouent un rôle dans la séquestration de Cénéri, et auxquels il faut ajouter le maire de la commune, le père Bridoux, un ignorant, un sot, disons le mot, un franc imbécile. Ainsi pour arriver à la démonstration de sa thèse, M. Malot a dû non-seulement s'appuyer sur quelques événements assez improbables, mais trouver réunis et agissant dans le même but : un père presque en enfance, un premier médecin plus que malhonnête, un maire imbécile, un directeur d'asile à idées systématiques, un second médecin plus préoccupé de son déjeuner que de ses malades, un préfet agissant avec beaucoup de légèreté à l'égard d'un personnage tel que Cénéri, vicomte d'Éturquais, riche encore de quarante mille livres de rentes et aimé de tout le monde; il a oublié un troisième médecin, qui aurait pu être un honnête homme et tout remettre en état; enfin, le quatrième docteur est un sceptique entêté et le cinquième un fripon. Parmi les magistrats mis en scène, nous trouvons un président vaniteux et nul, un juge débauché et perdu de dettes et un second juge faible et sans influence.

Si pour démontrer sa thèse, M. Malot a dû grouper tant de circonstances improbables et impossibles à trouver réunies; si lui, qui tient tous les fils dans sa main, n'a pu, malgré son habileté, arriver qu'à ce résultat, n'a-t-il pas prouvé, au contraire, qu'il est impossible de provoquer une séquestration de cette nature? Étant donnés ces éléments, étant donné un tribunal, comme celui dont nous avons parlé, étant donné, enfin, que les magistrats sont niais ou malhonnêtes, que tous les médecins sont des fripons, que rien n'est plus facile que de trouver des témoins achetés pour mentir, ce n'est pas seulement la séquestration qui est à craindre, mais la spoliation, mais la mort même dans certains cas. En définitive, cela ne saurait prouver que contre certains hommes; tout au plus, si M. Malot le désire, contre l'humanité tout entière; mais ne saurait en aucune façon, prouver contre la loi.

Si nous avions été à la place de M. H. Malot et si nous possédions son talent, ce n'est pas ainsi que nous aurions envisagé la question et développé notre thèse. Pour arriver à démontrer réellement que la loi de 1838 ne garantit pas la liberté individuelle et que, même en l'observant dans toute sa rigueur, on peut arriver à séquestrer un homme sain d'esprit; il fallait placer, au point de départ, un misérable de la force du baron Friardel, et lui faire tendre si habilement ses rêts que tous s'y trouvassent pris de bonne foi : le maire, le préfet, les médecins, les magistrats, le public, tout le monde enfin. Alors, la démonstration eût été concluante et la thèse serait sortie triomphante d'une pareille épreuve. Je ne sais si Balzac, traitant le même sujet, eût suivi cette voie. M. Malot n'y a peut-être pas songé ou n'a pas osé, ou, ce qui est peut-être plus vrai, n'a pas pu le faire. Il se serait, nous n'en doutons pas, heurté à chaque instant à des difficultés insurmontables, à de véritables impossibilités.

Et si nous avions réussi à vaincre ces difficultés, nous ne nous serions point arrêtés là. Notre béros serait sorti de la maison de santé, sain d'esprit comme il y serait entré; il aurait demandé justice aux tribunaux et justice lui aurait été rendue. Car il est bon et moral de prouver que ceux qui ont à exécuter la loi doivent savoir que la loi veut être obéie et que la bonne foi même ne suffit pas pour innocenter un crime. L'asile du Luat aurait été fermé et le médecin et le directeur condamnés tout au moins à l'amende et à des dommages et intérêts. J'aurais fait condamner également et les médecins qui auraient fourni des certificats et le maire qui les aurait signés. Les lecteurs auraient appris de la sorte qu'on ne viole pas impunément la loi, et qu'il existe des magistrats pour la faire observer. Seulement, M. Malot aurait eu de la peine à trouver un exemple, car, chose singulière, quand, à chaque instant, on parle de prétendues séquestrations, on n'a pas vu un seul de ces séquestrés poursuivre sérieusement et solennellement devant les tribunaux la revendication de ses droits; et cependant le texte de la loi est formel et ne prête à aucune ambiguïté, à aucun faux-fuyant.

Nous-même avons dit ailleurs que, à l'exemple de quelques autres pays, on pourrait donner à l'aliéné, ou du moins à l'homme qu'on veut faire passer pour aliéné, quelques garanties de plus, et c'est là un point que M. Malot a négligé de traiter. On a proposé de faire intervenir plus directement la magistrature; mais on conviendra que le tribunal choisi par l'auteur d'*un Beau-Frère* ne serait pas d'un grand secours. Si on veut changer de fond en comble, abolir la loi de 1838, nous nous y opposerons de toutes nos forces, car jamais loi ne fut plus sérieusement étudiée, ni plus heureusement et plus solidement construite. Nous n'hésitons pas à proclamer qu'elle a été un des plus grands bienfaits du règne de Louis-Philippe.

Il y a un terrain où M. Malot eût pu se placer avec plus de probabilité; nous n'avons même pas le droit de l'indiquer ici et le romancier n'a peut-être pas osé y marcher. Dans tous les cas, le terrain qu'il a choisi n'offre aucune solidité. M. Malot a fait un livre fort attachant, fort émouvant, d'une lecture attrayante; il a fait preuve d'un grand talent, mais, à notre avis, il a tout juste démontré le contraire de ce qu'il croyait prouver. Et si nous avons aussi longuement analysé cette œuvre, c'est qu'il nous a paru nécessaire de prémunir le lecteur contre les craintes fort exagérées qu'elle pourrait faire naître dans beaucoup d'esprits.

Dr H. Montanier.

leurs très-violentes dans les deux pieds. Il attribuait lui-même la cause de ces douleurs à des chaussettes rouges. La douleur s'étendait dans toute la jambe surtout dans le mollet; la peau présentait une coloration jaune foncé très-intense. Ces phénomènes duraient depuis deux mois et avaient été précédés par des symptômes d'intoxication générale.

M. Boudet. La communication de M. Tardieu présente un grand intérêt, mais ce qui semble ressortir des faits observés par M. Tardieu, c'est l'absorption de substances solides par la peau. M. Roussin a lu sur ce sujet, l'année dernière, un mémoire qui attend encore son rapport. Dans ce travail, M. Roussin établit que l'eau, la glycérine et les matières solubles dans l'eau et la glycérine ne sont pas absorbées par la peau dans cet état de dissolution, tandis qu'elles le sont à l'état pulvérulent ou mélangées à des matières grasses. Il a pris un bain contenant en dissolution 500 grammes d'iodure de potassium; il y est resté cinq heures, et il n'a pas trouvé la moindre trace d'iode dans ses urines. Mais cet expérimentateur ayant eu soin de ne pas s'essuyer au sortir du bain et de laisser s'évaporer la couche de la dissolution restée sur la surface de la peau, au bout de quelque temps, la présence de l'iodure a été constatée dans la salive et les urines. M. Roussin explique ainsi comment on pouvait empoisonner par des gants ou tout autre vêtement en rapport direct avec la peau.

Il ressort donc de tous ces faits que la thérapeutique par l'application sur la peau de médicaments dissous dans l'eau ou dans la glycérine est illusoire. Je termine en émettant le vœu que le rapport soit fait le plutôt possible.

M. Colin. C'est, à mon avis, une erreur de croire que les médicaments en dissolution dans l'eau ne sont pas absorbés; j'ai fait des expériences sur le cheval qui a la peau fort épaisse. J'avais appliqué sur la région lombaire des linges imbibés de cyanure de mercure, et j'ai parfaitement retrouvé du cyanure de mercure dans les urines. Tout ce qu'on peut dire, c'est que ces matières ne sont pas absorbées à l'état solide, mais elles se dissolvent et sont alors absorbées dissoutes.

M. Chevallier. S'il était vrai que ces matières ne sont pas absorbées, quelle serait l'efficacité des eaux minérales?

M. Tardieu. Je crois qu'il serait prématuré d'engager une discussion à ce sujet avant le rapport de M. Colin sur le mémoire de M. Roussin. Pour ce qui me concerne, j'attends, pour discuter, ce rapport.

(La fin au prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. Roustan, pharmacien de 1re classe, est nommé suppléant pour les chaires de chimie médicale, de pharmacie et toxicologie, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.

École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Trollier, professeur d'accouchements à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Patin, décédé.

M. Trolard, chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est chargé des cours d'anatomie et de physiologie à ladite école, en remplacement de M. Patin, décédé.

École supérieure de pharmacie de Paris. — Les travaux pratiques de l'école supérieure de pharmacie, qui, précédemment, commençaient à la fin de mars, se sont ouverts, en 1868, dès le 1er décembre. Ils ont lieu tous les jours, de midi à quatre heures. Cinquante jeunes gens environ s'occupent avec beaucoup de zèle d'analyses chimiques, sous la direction du chef des travaux.

Les cours de l'école de pharmacie sont très-suivis; les élèves témoignent en général d'une ardeur véritable pour les études sérieuses.

— M. le docteur Fleury, médecin titulaire de l'hospice des Vieillards et Incurables de Bordeaux, est nommé premier adjoint de l'hôpital Saint-André de cette ville.

M. le docteur Chatard, adjoint à Saint-André, est nommé titulaire de l'hospice des Vieillards et Incurables.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. André Blondeau, ancien pharmacien à Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 1er février dans sa 77e année.

— La Société de médecine d'Anvers a décerné le premier prix (médaille d'or) de son concours de 1868, à M. le docteur Faliu, pour son *Mémoire sur l'urticaire*. Elle a accordé au lauréat le titre de membre correspondant, et décidé l'insertion de ce remarquable travail dans ses Annales.

— La Société de médecine de Paris a constitué ainsi qu'il suit son Bureau pour l'année 1869-70 :

Président, M. Lagneau; — vice-président, M. Simonnot; — secrétaire général, M. Charrier; — secrétaires annuels, M. Léon Blondeau, M. Antonin; — trésorier, M. Jacquemiu; — archiviste, M. Voisin.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 5 février, à l'Hôtel-de-Ville à trois heures et demie précises.

Ordre du jour : — 1° Rapport de M. le secrétaire général Blachez sur les travaux de la Société pendant l'année 1869; — 2° quelques points de la séméiologie du diabète, par M. Durand Fardel; — 3° de la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la variole, par M. le docteur Duroziez.

— La prochaine réunion de la Société de thérapeutique aura lieu vendredi 5 février.

Ordre du jour. — M. Bourdon : des injections sous-cutanées; M. Magnan : expériences comparatives sur l'action de l'alcool et de l'absinthe. — Élection d'un président honoraire.

AVIS

Les collections remises pour la reliure à notre bureau, du 1er au 12 janvier, sont prêtes. On peut les faire retirer.

Le prix de la reliure est de 3 francs, ainsi que nous l'avons annoncé.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Trois opérations de gastrotomie pour l'extraction de grands kystes abdominaux.

Nous avons annoncé avant-hier que nous donnerions quelques détails sur les trois opérées de gastrotomie que M. Péan a présentées à l'Académie dans sa dernière séance ; voici les principales particularités de l'histoire de ces trois opérations, que nous devons à l'obligeance de cet habile chirurgien.

Comme les autres malades chez lesquelles M. Péan a pratiqué l'ovariotomie et qui ont été l'objet de présentations antérieures, les trois femmes dont il s'agit aujourd'hui ont été opérées dans l'intérieur de Paris. Mais ce n'est pas seulement à ce titre qu'elles nous ont paru offrir un vif intérêt, c'est encore au point de vue des difficultés qu'il a fallu vaincre et du manuel opératoire qui a été employé.

Chez la première de ces malades, qui, comme les deux autres, portait un kyste ovarique multiloculaire et assez volumineux pour compromettre la vie, les principales difficultés qu'on rencontra tenaient à un embonpoint considérable des parois de l'abdomen ; à une péritonite subaiguë datant de plusieurs jours et consécutive à une ponction exploratrice qui avait occasionné le déversement du liquide kystique dans la cavité péritonéale ; enfin, à la présence d'un pédicule extrêmement large et court, implanté sur le fond de l'utérus et sur l'un des côtés du bassin, au niveau de l'insertion du ligament large. Pour détacher ce pédicule, il fallut recourir à la méthode du morcellement suivi de cautérisations successives que M. Péan a imaginées et qui lui ont permis d'obtenir le succès dans de nombreux cas en apparence désespérés.

Chez la seconde malade, les principales difficultés furent l'âge avancé (elle a 60 ans) ; l'énorme volume de la tumeur qui pesait, avec son contenu près de 60 livres ; une émaciation générale et si complète que la malade ne paraissait pas devoir vivre plus de quelques jours, et qu'elle semblait devoir succomber si, pendant l'opération, elle eût perdu seulement cent grammes de sang ; un certain degré d'anasarque et une chute de l'utérus que la tumeur avait refoulé à plusieurs travers de doigt hors de la vulve. Cette dernière circonstance empêcha l'opérateur de sectionner le pédicule par le cautère actuel et de l'abandonner ensuite dans l'abdomen. En effet, il s'agissait non-seulement d'ôter le kyste, mais encore de faire disparaître le prolapsus vésico-utéro-vaginal, qui constituait pour la malade une difformité des plus gênantes. D'ailleurs, l'utérus était assez mobile et le pédicule du kyste assez long pour qu'il fût facile de les attirer vers l'angle inférieur de la plaie et de les y maintenir au moyen d'un clamp et d'aiguilles.

Grâce à cette précaution, l'utérus et la vessie reprirent et conservèrent leur position normale, et la guérison s'effectua avec une rapidité qui dépassa toutes les prévisions : au grand étonnement de l'opérateur, ce fut la malade elle-même qui se leva de son lit pour le recevoir, neuf jours après l'opération.

Chez la troisième malade, malgré un amaigrissement général très-prononcé, les parois de l'abdomen présentaient un embonpoint assez gênant, et les nombreuses ponctions qui avaient été faites depuis un an et qui toutes avaient donné issue à une quantité considérable de liquide (cinq de 10 à 20 litres chacune), avaient favorisé la formation d'adhérences si nombreuses et si vasculaires, qu'elles rendirent l'opération aussi laborieuse que possible. En effet, pendant deux heures, il fallut détacher très-péniblement ces adhérences de toute la paroi antérieure de l'abdomen, de la face inférieure du foie, de l'épiploon, des intestins et d'une partie des organes contenus dans le bassin. Ce qui inspira à l'opérateur et aux assistants le plus grand sujet d'inquiétude, ce fut l'extrême vascularité de ces adhérences. Les hémorrhagies en nappe et les jets de sang artériel qu'elles fournirent en effet, nécessitèrent l'emploi d'un grand nombre de ligatures qui furent abandonnées dans la cavité péritonéale. Cependant, grâce à la pince-ligateur du docteur Cintrat, qui permit de lier au fond du bassin plusieurs artères volumineuses, et grâce aux précautions qui furent prises pour éviter tout danger ultérieur, l'opération put être menée à bonne fin.

Une difficulté non moins grande était inhérente à l'implantation directe de la tumeur sur le fond et sur les côtés de l'utérus, par une base large et sessile. Ce mode d'implantation, de même que l'étendue des adhérences, exigea le morcellement de la tumeur. Toutefois, au lieu de le faire suivre de la cautérisation qui, dans des cas semblables, avait si bien réussi et avait permis de fermer complétement la plaie, M. Péan appliqua à demeure le clamp à chaîne d'écraseur et l'attira vers le bord inférieur de la plaie, où il fut maintenu par plusieurs aiguilles.

Pour prévenir le passage du pus dans le bassin, la surface de section fut cautérisée à l'aide du perchlorure de fer, et des tubes à drainage furent disposés dans la plaie.

Dans de telles conditions, la malade, pour être conduite à la guérison définitive, dut être soumise à un régime spécial et à des soins assidus qui, heureusement, ne lui firent pas plus défaut qu'aux précédentes, grâce aux soins éclairés de M. le docteur Blanchard, médecin de la malade et de M. Duval, chez lequel cette dernière opération fut pratiquée.

En résumé, en rapprochant ces trois malades de toutes celles que M. Péan a déjà opérées et dont nous avons entretenu nos lecteurs, on voit que l'ovariotomie peut fournir à Paris une proportion de succès non moins considérable que dans les autres pays, quelles que soient les complications qu'il faille vaincre. On voit en outre que le morcellement du pédicule, suivi ou non de la cautérisation et appliqué suivant sa méthode, de même que l'abandon de ce pédicule dans la cavité abdominale, suivant un procédé qu'il a le premier vulgarisé en France, permettent d'obtenir une proportion de guérisons qui ne le cède en rien à la méthode qui consiste à sectionner d'un coup le pédicule, à l'étreindre dans un clamp et à le fixer vers l'angle inférieur de la plaie.

M. Péan nous a communiqué, en outre, au sujet de deux opérées, quelques renseignements qui nous paraissent dignes d'être mentionnés ici, à côté de ceux qui précèdent. Les uns sont relatifs au fâcheux effet que les vomissements chloroformiques, lorsqu'ils persistent avec violence, peuvent produire sur la suture qui ferme la plaie abdominale. En effet, chez une femme opérée par lui il y a quelques mois, et dont la guérison paraissait certaine, les secousses des vomissements produits par le chloroforme furent tellement intenses qu'elles provoquèrent la rupture du fil métallique placé à l'angle supérieur de la plaie et le pincement immédiat d'une anse d'intestin grêle voisine de l'estomac. Par malheur, l'accident survint pendant la nuit. Or, par suite de circonstances indépendantes de leur volonté (circonstances que M. Péan fera connaître ultérieurement), les personnes chargées de veiller auprès de la malade prévinrent l'opérateur de cette particularité quelques heures trop tard, de telle sorte que ce dernier, à son arrivée, trouva la séreuse de l'intestin étranglé très-enflammée. Malgré le dégagement de l'anse intestinale et malgré l'emploi immédiat des antiphlogistiques locaux les plus énergiques (sangsues, glace, etc.), l'inflammation se propagea au péritoine sous-diaphragmatique avec une telle violence qu'une terminaison fatale en fut la conséquence.

Bien que cet accident, extrêmement rare d'ailleurs, ait été déjà mentionné par quelques opérateurs, il montre combien il importe de donner à la suture une grande solidité et de combattre le mieux possible les vomissements chloroformiques, lorsque ceux-ci présentent une violence extraordinaire. Il est encore à remarquer que, chez cette malade, le bromure de potassium avait été impuissant à combattre l'effet produit par l'agent anesthésique.

Les autres renseignements ont trait à la femme chez laquelle M. Péan a enlevé complétement, il y a dix-huit mois environ, la rate hypertrophiée et affectée d'une énorme tumeur kystique. Nous avons appris avec plaisir que cette malade, que nous avons vue l'année dernière à l'Académie, continue à voir ses forces s'améliorer et que son état général ne laisse rien à désirer.

Ablation d'une tumeur volumineuse de la région lombo-dorsale.

M. Péan a présenté le même jour, aux membres de l'Académie de médecine et aux personnes qui assistent à ses séances, un jeune garçon qui portait une de ces tumeurs fibro-graisseuses d'aspect éléphantiasique, dont le volume est si monstrueux qu'il effraya tout d'abord le chirurgien et semblait contr'indiquer l'opération. Cette tumeur, qui commençait à gauche du côté de l'abdomen, remontait obliquement en arrière et jusque vers le milieu des côtes droites. Mais c'est au niveau de la colonne vertébrale qu'elle avait acquis son plus grand développement vertical : du milieu de l'omoplate, elle descendait jusqu'au voisinage du pli fessier, à la hauteur duquel elle formait un énorme bourrelet.

Le malade, âgé de 16 ans, avait vu apparaître cette production morbide, il y a dix ans environ, sous la forme d'une petite masse du volume d'un œuf. Cette petite saillie s'était peu à peu prononcée. Mais, depuis un an, la tumeur avait doublé de volume ; si bien que les parents, qui jusqu'alors avaient refusé l'opération, comprirent que les troubles survenus dans la santé ne tarderaient pas à devenir menaçants, et que l'opération, déjà fort redoutable, deviendrait impraticable si l'art n'intervenait promptement pour soustraire leur enfant à une mort certaine.

Il ne fallut rien moins qu'une incision longue de 50 centimètres pour permettre à l'opérateur d'attaquer successivement toutes les portions de la tumeur, et bien que celle-ci siégeât sous la peau, à laquelle elle était adhérente ainsi qu'à l'aponévrose, on reconnut bientôt que les vaisseaux artériels et veineux qui alimentaient la tumeur étaient tellement nombreux et hypertrophiés, que des centaines de ligatures seraient insuffisantes à tarir les sources d'une hémorrhagie à laquelle le malade succomberait avant la fin de l'opération, si l'on cherchait à détacher, à l'aide du bistouri et des ciseaux, cette vaste production morbide. Aussi M. Péan s'empressa-t-il de recourir à la méthode de morcellement de la tumeur et à l'écrasement qui lui avait donné des résultats satisfaisants dans plusieurs cas analogues ; de telle sorte que celle-ci put être enlevée par portions, sans que le malade perdît plus de 60 grammes de sang. D'ailleurs, pour plus de sûreté, cette méthode avait été appliquée avec lenteur, et il ne fallut pas moins de deux heures pour extraire la totalité de la tumeur. A l'aide de ces précautions, les vastes lambeaux tégumentaires qui avaient été conservés purent être appliqués sur la plaie et la recouvrir, sans qu'il fût nécessaire de lier plus de cinq ou six artères qui, toutes, se trouvaient au niveau des gouttières dorsales. Ces ligatures furent faites avec la pince-ligateur du docteur Cintrat, ce qui permit de les couper au ras des aponévroses et de les abandonner dans la profondeur des chairs.

La plaie fut fermée par une quantité considérable de points de suture fort rapprochés. Grâce aux soins du docteur Blanchard, médecin du malade, la réunion eut lieu par première intention, et, quelques jours après l'opération, la guérison était assez avancée pour que tout danger eût disparu. Depuis lors, la santé générale est parfaite.

Sur les hémorrhagies dans l'excision des amygdales.

Lorsqu'on excise des amygdales, on a, dans la grande majorité des cas, une légère hémorrhagie qu'un gargarisme à l'eau fraîche ou à l'eau vinaigrée fait disparaître. D'autres fois, au contraire, il y a un écoulement de sang d'une abondance telle, qu'on est obligé d'avoir recours à des moyens énergiques pour en triompher. M. Demarquay, dans une note qu'il a bien voulu nous communiquer, s'est proposé d'appeler l'attention des praticiens sur un point d'étiologie de ces hémorrhagies. Nous le laissons parler lui-même.

Quand apparut l'instrument de Fahnestock, il fut adopté par tous les médecins, parce qu'il met à l'abri des blessures de la carotide interne : Béclard, Tenon, Burns et Barclay ont cité, en effet, des exemples de blessures de cette artère par le bistouri. La crainte d'un pareil accident est singulièrement exagérée, et j'avoue qu'il me semble impossible qu'un chirurgien, ayant la moindre notion des rapports de la carotide, fasse la même faute en opérant avec le bistouri boutonné. Dans le cas cité par Béclard, l'opération avait été faite par un charlatan au moyen d'un long bistouri effilé.

D'ailleurs, le sang vient presque toujours des vaisseaux de l'amygdale hypertrophiée. On sait que cette glande reçoit des artères volumineuses, eu égard aux proportions de l'organe. Ces artères viennent de la pharyngienne inférieure et des palatines supérieure et inférieure. Après des amygdalites nombreuses, quand la glande est dure, très-hypertrophiée, les vaisseaux nourriciers participent à l'hypertrophie ; si on coupe alors ces vaisseaux très-près de leur entrée dans l'amygdale, avant qu'ils ne se soient épanouis en un bouquet d'artérioles, on s'exposera à des hémorrhagies sérieuses. C'est ce qui arrive avec l'amygdalotome.

En effet, cet instrument agit bien plus par pression que par section; or, pour peu que l'amygdale soit dure, dès qu'elle aura pénétré de plus de la moitié de son diamètre dans l'amygdalotome, l'anneau tranchant glissera forcément sur le pédicule de l'amygdale qui s'énucléera comme un noyau de fruit.

Ou bien on n'enlèvera qu'une très-petite portion de la glande, ou bien on l'enlèvera tout entière, et cela d'autant mieux que quand l'instrument est placé, on ne peut surveiller son action.

Si, comme le dit M. Guersant, l'opération est d'autant moins dangereuse que les sujets sont plus jeunes, c'est qu'alors on a affaire à des amygdales molles qui peuvent être coupées à moitié ou aux deux tiers et dans lesquelles les vaisseaux ne sont pas encore hypertrophiés. Aussi, pour les enfants, on doit toujours employer l'amygdalotome, qui a l'avantage de ne pas les effrayer et d'opérer très-vite.

J'ai vu deux fois des hémorrhagies survenir après l'amygdalotomie, et deux fois on avait opéré avec l'amygdalotome.

Je ne veux pas dire par là que, toutes les fois qu'on emploiera le bistouri, il n'y aura aucun danger, car on peut également enlever toute la glande en l'attirant fortement au dedans avec les pinces de Museux. C'est de cette manière que Vidal (de Cassis) opéra un jeune homme qui eût une hémorrhagie inquiétante; il s'agissait d'amygdales dures et grosses qui occasionnaient au moins deux angines par an : elles étaient difficiles à saisir et l'opérateur enleva avec elles une partie du pilier antérieur du voile du palais.

J'ai cherché vainement à savoir quel avait été l'instrument employé, et quelle était la portion d'amygdale enlevée dans les autres cas d'hémorrhagies cités par les auteurs (Thompson, Champion, Saint-Yves, Bérard, Nélaton, Guersant, etc.).

En résumé, on doit employer le bistouri toutes les fois qu'on craint une hémorrhagie; par exemple, chez les adultes à amygdales dures et grosses, il faut le conduire de façon à n'enlever que la moitié ou les deux tiers de l'organe.

Cette opération est du reste très-facile quand on fait la section de bas en haut; de plus, elle est moins douloureuse qu'avec l'amygdalotome. On ne doit pas tomber dans l'excès contraire et se contenter d'ébarber les amygdales; car les observations d'Hamilton ont prouvé que, si on enlève seulement le tiers de ces organes, l'hypertrophie se reproduit comme auparavant.

RÉTRÉCISSEMENT INFRANCHISSABLE DE L'URÈTHRE

Uréthrotomie externe pratiquée sans conducteur,

Par le Dr Boissarie, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans les premiers jours de juillet 1867, je voyais entrer dans mon cabinet un malade atteint depuis longues années d'urétbrite chronique; cette affection, qui dans les débuts avait occasionné une rétention d'urine passagère, ne s'était traduite depuis lors que par des besoins plus fréquents d'uriner, une chaleur au col de la vessie et un écoulement caractéristique. Mais un symptôme nouveau venait de se déclarer, on trouvait au périnée une tumeur mal limitée dont le point de départ paraissait être sur les parties profondes de l'urèthre. Ma première préoccupation fut de m'assurer de l'état du canal par le cathétérisme. Le malade s'y refusa obstinément. Son père, nous dit-il, était mort à son âge à la suite d'un cathétérisme forcé. Je le perdis de vue pendant deux mois. Mais à la fin de septembre je le retrouvai au lit, aux prises avec une fièvre qui s'exaspérait le soir; les tumeurs du périnée, devenues plus saillantes, étaient rouges et douloureuses. La faculté d'explorer l'urèthre me fut enfin accordée; en vain j'essayai de faire pénétrer les plus fines bougies. Sans prolonger inutilement ces tentatives, j'incisai les tumeurs du périnée devenues fluctuantes, et je vis s'écouler une suppuration fétide au milieu de lambeaux de tissu cellulaire mortifié et d'une grande quantité d'urine. Je pouvais espérer que cette incision, en dégorgeant les tissus, rendrait le cathétérisme possible; mais il n'en fut rien. Je dus me résigner à tenter la dilatation du rétrécissement d'avant en arrière. J'employai dans ce but les bougies de toutes les formes et de tous les calibres; pendant trois mois, chaque jour, sans violence, je renouvelai mes tentatives. Les bougies semblaient souvent s'enfoncer à une profondeur de 20 centimètres, mais ne pouvaient pénétrer au-delà. Notre malade s'était toujours refusé jusque-là à toute idée d'opération. Mais à partir du 15 janvier, ses forces déclinèrent, la fièvre reparut chaque soir, de nouvelles tumeurs se montrèrent au périnée, et le canal cessa en grande partie de donner passage à l'urine qui s'écoulait par les fistules. Je demandai une consultation qui m'avait toujours été refusée, et j'obtins que le docteur Delisle (de Périgueux) viendrait me prêter son concours.

C'était le 2 février que notre première réunion eut lieu. Devant l'imminence des accidents, toute temporisation devint impossible; il fallut procéder séance tenante à l'opération. Après avoir endormi le malade avec le chloroforme et introduit dans l'urèthre un conducteur cannelé dont l'extrémité, buttant contre l'obstacle, faisait saillie sous les téguments, nous fîmes sur le raphé une large incision; l'épaisseur des tissus indurés était de 5 centimètres. Le canal était tellement englobé et perdu au milieu de ces masses infiltrées, que la dissection ne put nous le faire découvrir. Nous opérions d'ailleurs à une telle profondeur que l'œil avait de la peine à suivre la trace de l'instrument. Après de longs tâtonnements, nous pûmes engager dans le canal une sonde cannelée, débrider sur sa rainure, débrider par incisions multiples dans une étendue de 6 centimètres; nous arrivâmes ainsi jusqu'à l'origine de la région prostatique, suivant la direction d'un canal dont la continuité semblait détruite, et qui se perdait au milieu de parties suppurées. L'introduction de la sonde n'offrit pas moins de difficulté; arrivé au niveau de l'incision, l'instrument qui n'était plus soutenu se déviait et ne pouvait s'engager dans l'orifice postérieur du canal. Seule, une sonde d'enfant en argent put pénétrer, et force nous fut de la laisser à demeure. En dehors de ces tâtonnements inévitables, l'opération ne présenta pas d'ailleurs d'autre complication, il n'y eut qu'un écoulement de sang insignifiant. Les suites furent d'abord simples, la réaction modérée. Le troisième jour je remplaçai la sonde d'argent par une sonde en gomme d'égal calibre. Le canal semblait déjà se reformer, les indurations du périnée s'affaissaient. Mais l'état général semblait ne pas vouloir reprendre, le pouls était petit et fréquent, et le sixième jour une première complication vint nous rendre compte de l'influence fâcheuse que subissait l'économie. Une phlébite diffuse envahit des paquets variqueux que le malade portait à la jambe gauche. Je luttai pendant huit jours contre ces accidents, et lorsqu'ils semblaient s'amender, une congestion passive se déclara du côté de la poitrine. Trompé par l'apparence de ces symptômes, le médecin ordinaire pratiqua deux saignées abondantes. Nous pouvions redouter qu'une médication si active ne vînt enlever à cette nature si abattue le peu de forces qui lui restaient pour lutter encore. Pourtant nous eûmes encore cinq ou six jours d'espoir. Soutenu par les toniques et une alimentation réparatrice, le malade sembla reprendre; mais bientôt l'œdème envahit les membres inférieurs pour gagner encore et se généraliser, le délire survint et il succomba le vingt-huitième jour après l'opération, alors que le calibre du canal était rétabli; qu'une bougie de 5 millimètres passait facilement, que la fistule était fermée et que les urines coulaient par le canal.

En résumant cette observation, elle nous paraît intéressante à plus d'un titre. C'est d'abord un exemple de rétrécissement situé à la partie profonde de l'urèthre. Cette forme est très-rare. Dans ces cas, le cathétérisme présente de grandes difficultés, et cependant les malades conservent la faculté d'uriner.

Confiant dans la parole de Syme, qui déclare qu'il n'y a pas de rétrécissement véritablement infranchissable, opinion adoptée même en partie par Civiale, j'ai employé, mais en vain, pendant trois mois la dilatation temporaire graduelle. Civiale pose en principe que, toutes les fois que le malade conserve la faculté d'uriner, le chirurgien doit s'en tenir aux procédés les plus doux et les moins compromettants. Parfois, pourtant, trop de temporisation peut être funeste, et dans notre exemple, quoique l'émission des urines se fit facilement par les fistules ou le canal, l'économie tout entière n'en subissait pas moins une atteinte profonde. Opéré plus tôt et dans des conditions meilleures, le succès eût sans doute répondu à notre attente. C'est une réserve que nous devons faire en faveur de l'uréthrotomie, qui ne nous paraît pas responsable ici du résultat définitif. Quant aux détails du manuel opératoire, il ressort pour nous de ce fait un principe d'une importance extrême. On sait à combien de mécomptes le chirurgien est exposé, le hasard semble parfois son unique guide, et les plus grands maîtres n'ont pu souvent terminer une opération commencée. La préoccupation exclusive de retrouver la partie rétrécie du canal, de la disséquer, de remettre la sonde dans son parcours, est la seule cause de ces difficultés souvent insurmontables. C'est pour triompher de cet obstacle que M. Demarquay propose de faire une incision au devant de l'anus, d'ouvrir l'urèthre et de fixer le rétrécissement entre un cathéter introduit dans la partie antérieure du canal, et un stylet introduit par l'ouverture postérieure. Malgré ces précautions, souvent on ne peut traverser le rétrécissement, et l'on est obligé d'inciser sur son trajet entre les deux points de repère. Mais ceci n'a que peu d'importance pour le résultat. Dans ce cas, il se fait une véritable uréthrogénie, et un nouveau canal se reforme sur la sonde comme sur un moule.

Cette idée a été admirablement fécondée par M. Bourguet (d'Aix); cet habile chirurgien ne pouvant, dans le cours d'une opération, découvrir l'urèthre rétréci, réunit par une incision le point du canal que soulevait le cathéter avec la fistule périnéale; créant ainsi, au milieu des tissus et dans la direction du canal normal, un canal artificiel. Nous-même, dans le cas qui nous occupe, nous n'avons pu ni découvrir le rétrécissement, ni suivre son parcours. Et comment l'eussions-nous pu? Nous opérions à une profondeur de 5 centimètres au milieu de tissus suppurés et dégénérés. D'ailleurs, quels avantages en eussions-nous retirés? Le canal, à ce niveau, n'avait-il pas perdu, avec son calibre, ses propriétés primitives qu'il ne devait plus retrouver? Aussi c'est avec raison que nous appelions exclusive cette préoccupation de chercher les traces et le parcours du canal ancien; préoccupation qui est une source de difficultés souvent insurmontables et qui est sans intérêt réel pour le résultat.

Ce principe une fois admis, l'uréthrotomie devient une opération plus simple; débarrassée de ces difficiles et minutieuses dissections, elle rentre dans le cadre des opérations réglées et bien définies.

OVARIOTOMIE

Obs. LXVIII. — Ovariotomie pratiquée le 25 mai 1868. Guérison,

Par E. Koeberlé.

Madame R..., d'Oppeneau (Bade), âgée de 42 ans, d'une forte constitution, d'une bonne santé, ayant eu deux grossesses, la dernière en 1858, était affectée, depuis une dizaine d'années, d'un kyste de l'ovaire, qui a pris, peu à peu, un développement très-considérable, surtout depuis les derniers mois de 1867. La malade éprouvait, depuis plusieurs années, dans diverses parties de l'abdomen, des douleurs vives, plus ou moins persistantes, qui paraissent avoir été occasionnées par des déchirures, par des éraillures de la tumeur ovarique. Menstruation normale. Excavation pelvienne libre. Col de l'utérus dévié à droite. État général excellent. La circonférence du ventre mesure 1 m. 18. La tumeur ovarique est bilobée et paraît formée par deux grandes loges adossées, séparées par un sillon transverse, assez profond, dirigé obliquement de l'hypocondre droit, vers l'os iliaque gauche. La fluctuation ne se trausmet pas d'une manière très-distincte d'une loge à l'autre. On perçoit en divers points, en déplaçant les téguments sur la surface de la tumeur, la sensation de vibration particulière, qui indique qu'il n'existe point d'adhérence en ces endroits. Une ponction faite le 20 mai 1868 donne issue à 12 litres de liquide opalin, chargé de paillettes de cholestérine. Les deux loges se vidèrent presque entièrement en même temps. Il ne resta qu'une masse peu volumineuse de petits kystes.

L'ovariotomie eut lieu le 25 mai 1868, avec l'assistance de MM. Mast (d'Oppenau), Cochu, Kien et Grollemand.

Incision de 12 centimètres. Le kyste était sans adhérence et put être extrait facilement. Il contenait encore environ 1 litre de liquide, et on y remarquait une masse de petits kystes agglomérés, de la grosseur du poing. L'intérieur de la grande loge était tout plaqué d'incrustations calcaires et de cicatrices récentes et anciennes. L'état bilobé de la tumeur était dû à un étranglement demi-circulaire, produit par une cicatrice. Le pédicule, un peu court, fut lié en deux portions. Le kyste provenait de l'ovaire gauche. L'ovaire droit était sain, à l'exception d'un seul follicule de 12 millimètres environ de diamètre, qui contenait un corps jaune, en voie de transformation graisseuse, qu'on enleva intégralement. La plaie fut réunie par deux points de suture profonde. L'opération a duré trois quarts d'heure. La perte de sang a été de 40 grammes environ.

Il ne survint aucun vomissement chloroformique. Le pouls ne s'éleva pas au delà de 80 pulsations. La cicatrisation complète de l'incision eut lieu le vingt-cinquième jour. Depuis, la santé a été parfaite et les douleurs abdominales, auxquelles la malade était depuis longtemps sujette, ne se sont plus reproduites.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 2 février 1869. — Présidence de M. Denonvilliers (1).

—

RAPPORT.

Bandages herniaires.

M. Broca, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Cloquet et Béclard, fait un rapport sur le système de bandages herniaires de M. Dupré. M. Dupré a lu, dans la séance du 8 septembre dernier, un mémoire intitulé : *De la contention herniaire*, dans lequel il s'est proposé d'étudier le mode d'action des divers systèmes de bandages usités avant lui, et de faire connaître un nouveau brayer qu'il désigne sous le nom de bandage transversal. Il s'agit ici, dit M. le rapporteur, d'un système vraiment nouveau qui permet d'agir avec autant d'énergie que de précision sur les hernies inguinales et crurales, et qui offre de précieuses ressources dans les cas assez fréquents où les ressorts ordinaires sont inefficaces.

M. le rapporteur, après une description détaillée des appareils soumis à l'Académie, résume son appréciation en ces termes :

L'un des deux bandages de M. Dupré est entièrement nouveau; et quoique l'autre ne soit pas tout à fait sans précédents, on peut dire qu'il a réalisé sous une forme vraiment neuve l'application d'un principe qui n'avait peut-être été abandonné que parce qu'il n'avait pas été convenablement appliqué. Quant à son degré d'importance, l'expérience seule pourra en décider. L'un des bandages de M. Dupré, celui que j'ai appelé le bandage circulaire, maintient fort bien les hernies ordinaires; je l'ai vu réussir parfaitement dans les cas où la contention aurait été obtenue par le bandage français aussi bien que par le bandage anglais; mais je ne puis dire que ce bandage circulaire constitue vraiment une nouvelle ressource pour la chirurgie.

Je puis être plus affirmatif pour le bandage transversal proprement dit. J'y ai eu recours, depuis plusieurs années, dans la pratique hospitalière, pour des malades dont les hernies n'avaient pu être contenues ni par des bandages ordinaires, ni par des bandages spéciaux construits sur mesure. Je dois dire que constamment, c'est-à-dire six fois sur six, le bandage transversal a maintenu les hernies.

Par conséquent, je me crois autorisé à dire que le bandage transversal rend des services précieux dans le traitement des hernies difficiles à contenir, qu'il est souvent efficace dans les cas où les bandages ordinaires ont échoué.

Conclusions : Adresser une lettre de remerciements à l'auteur, déposer ses bandages dans nos collections et déposer honorablement son mémoire dans nos archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES.

Direction de l'utérus chez la femme adulte.

M. le docteur Panas, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, lit un mémoire ayant pour titre : *Recherches cliniques sur la direction de l'utérus chez la femme adulte.*

L'auteur, dans ce travail, commence à passer en revue les diverses opinions émises au sujet des déviations utérines, et en particulier celles de Simpson, Scanzoni, Valleix, Depaul, Dubois, Boullard, etc. Se fondant sur ses propres recherches continuées pendant deux années à l'hôpital de Lourcine et qui comprennent un ensemble de 114 femmes, M. Panas conclut comme il suit :

L'antéflexion, à des degrés divers, constitue l'état physiologique de l'utérus dans le tiers des cas.

L'utérus, droit, dont l'axe reste bien perpendiculaire au plan du détroit supérieur du bassin, considéré, il n'y a pas longtemps encore, comme le seul physiologique, n'atteint pas tout à fait à la moitié des cas.

De tous les changements de position ou de direction de l'utérus, ceux en arrière, rétroversion ou rétroflexion, sont les moins communs, et par cela même, ont une signification pathologique plus grande que l'antéflexion.

Très-vraisemblablement l'utérus tend à se redresser à l'âge de la puberté. C'est au moins ce qui ressort de la statistique où l'on voit

(1) Fin. Voir notre dernier numéro.

l'âge moyen, dans les utérus antéflécbis, être inférieur à celui des femmes à utérus droit.

La menstruation la plus hâtive coïncide avec les flexions, tandis que la menstruation la plus tardive se rencontre dans l'état de rectitude de l'organe.

D'une façon générale, les menstrues se montrent plus irrégulières dans les déviations utérines que lorsque l'utérus est droit.

La profession ne semble exercer aucune influence sur la direction de l'utérus.

Enfin les inflexions et les inclinaisons, qu'on pourrait appeler physiologiques de l'utérus, offrent cela de particulier que, dans plus de la moitié des cas, elles sont peu prononcées.

Du rôle physiologique des tubes cartilagineux : trachée artère, trompe d'Eustache et portion cartilagineuse du conduit auditif externe.

M. le docteur Prat lit, sous ce titre, un mémoire dont voici un résumé :

« L'importance et la nouveauté de mon sujet, dit l'auteur, m'oblige à diviser mon travail en deux parties. La première sera consacrée à la fonction de la trachée-artère ; la seconde, déduction de la première, sera consacrée à l'étude physiologique de la trompe d'Eustache, et de la portion cartilagineuse du conduit auditif externe. Je ne parlerai aujourd'hui que de la trachée.

On peut remarquer que, si la trachée représente un cylindre à section à peu près égale dans toute sa longueur, ce cylindre s'élargit en se prolongeant avec la partie inférieure de larynx, jusqu'à ce qu'il rencontre les cordes vocales inférieures, au-dessous desquelles cette partie laryngienne s'arrondit en voûte et forme un hémisphère, percé par l'ouverture glottique, ouverture qui s'allonge en manière de fente de grelot.

Une bande membraneuse assez épaisse ferme en arrière le cylindre trachéal, de sorte que lorsque la trachée est fortement poussée sur la colonne vertébrale, l'œsophage fait saillir cette bande en dedans du tube dont il diminue le calibre. L'œsophage est d'autant plus facilement cause du rétrécissement trachéen, que non-seulement les anneaux cartilagineux ne se ferment pas en cercles parfaits, mais encore les deux extrémités de chacun d'eux sont brusquement coupées et un peu infléchies en dehors.

Chaque anneau cartilagineux étant séparé de l'anneau voisin, supérieur ou inférieur, par une bague membraneuse, la trachée peut se raccourcir. Mais comme elle est en même temps repoussée en arrière par les muscles sous-hyoïdiens qui se gonflent et deviennent durs en se contractant, quand elle diminue de longueur, son calibre se rétrécit par l'effet de la saillie interne de la bande membraneuse postérieure. Dans ce cas, les proportions du calibre restent sensiblement les mêmes, puisque la section du cylindre est moindre à proportion de la moindre hauteur. On peut donc admettre qu'il y a harmonie entre la pression musculaire sous-hyoïdienne sur la colonne vertébrale et le raccourcissement trachéal.

A l'intérieur, les anneaux de la trachée sont plus saillants, ou, si l'on veut, plus détachés les uns des autres que du côté de la face externe. La muqueuse qui tapisse la surface interne du tube, en avant, est très-mince et fortement accolée aux anneaux et aux intervalles fibreux ; de manière que l'on peut distinguer autant de saillies et de creux qu'il y a d'anneaux cartilagineux et de bagues fibreuses.

La colonne d'air sortant du poumon ne s'écoulera pas tranquillement, en onde de forme continue, comme si elle passait par le tube d'un soufflet. Elle subira une succession de chocs, alternatifs et périodiques, qui pourront produire un son au moins analogue au chuchottement ou au parler à voix basse.

Si l'on considère le larynx sous-glottique, sa forme arrondie en massue recevra ces ondes aériennes, qui, après avoir subi une suite de heurts isochrones, prendront une forme nouvelle, en se moulant sur la partie qu'elles traversent avant d'arriver à la fente glottique. La forme de cette cavité est telle que le son trachéal doit s'y éteindre ; mais la glotte n'en est pas moins influencée à distance par les vibrations pulmonaires et trachéales qui lui donnent une sorte de branle et d'élan vibratoire.

Ce qui facilite encore la production d'ondes vibratoires dans la trachée, c'est la disposition des bronches par rapport à elle. Les bronches ne sont pas dans un rapport constant de position avec la trachée ; les gros tuyaux bronchiques ne sont pas situés sur un même plan vertical mené dans l'axe et suivant la longueur du corps. On n'arriverait pas (géométriquement parlant) à coucher sur ce plan les deux bronches et la trachée : celle-ci se trouverait trop en avant, celles-là seraient trop en arrière.

En quelque moment que ce soit de l'acte respiratoire, il faut dire que si le tube trachéen était prolongé inférieurement, il formerait avec les deux plans, dans lesquels est située chacune des deux bronches, l'arête d'un dièdre à ouverture postérieure. Pendant l'acte respiratoire, les deux plans bronchiques varient de position par rapport à la trachée immobile ; mais l'angle dièdre existe toujours, malgré la différence d'ouverture.

L'effet de cette disposition anatomique est de faire arriver l'air d'arrière en avant dans la trachée, pendant l'expiration. La colonne qui est successivement dilatée ou étranglée en avant, ne l'est pas en arrière, ce qui peut exciter par déplacement moléculaire un mouvement giratoire ou hélicoïdal, seul capable de produire le son, d'après M. Fermond, qui, en cela, est en contradiction avec MM. Seebeck, Kundt, etc.

Le poumon est un sac à vent, simple réservoir. Comme une boîte à musique, il résonne au moindre choc, et donne un son musical perceptible et reconnaissable à l'oreille. C'est ainsi que certains instruments de musique, le violon, par exemple, ont une caisse résonnante, située au-dessous des cordes. Les deux tables qui la composent, l'une de sapin, l'autre d'érable, sont accordées comme la poitrine, et celle-ci résonne différemment dans l'inspiration et dans l'expiration. Ces sons respiratoires se produisent dans la trachée et trouvent un résonnateur dans la cavité pectorale. Quel que soit l'âge ou le sexe, ils sont toujours les mêmes, quand la voix ne se fait pas entendre ; ils occupent dans l'échelle musicale le même intervalle que les deux tables ligneuses résonnantes du violon occupent l'une par rapport à l'autre. C'est l'intervalle de seconde. L'inspiration donne le *ré* de la troisième corde, que l'archet fait vibrer à vide, et l'expiration donne l'*ut* au-dessous de ce *ré*.

On sent frémir sous la main la cage thoracique, comme on sentirait le frémissement du coffre à musique. C'est là qu'est le résonnateur, qui résonne encore sous l'influence des deux bruits du cœur ; et ces deux bruits donnent aussi ces deux mêmes notes *ut* et *ré*, mais à l'octave au-dessus.

La connaissance de ces deux sons montre sur quel principe d'acoustique on doit s'appuyer pour la construction normale d'un stéthoscope, qui doit non-seulement conduire le son, mais encore le renforcer de manière que l'oreille puisse saisir les moindres nuances.

Par la constation de ces deux notes, dont l'une est plus élevé que l'autre d'un degré, on peut affirmer que les vibrations de l'inspiration sont plus courtes et plus rapides que celles de l'expiration ; le fluide gazeux, d'ailleurs, variant de densité de composition et de température.

Considérées isolément, les cordes vocales ne sont presque rien relativement au son qu'elles peuvent produire, ou plutôt elles ne sont qu'un des éléments de la production vocale. C'est le monocorde du physicien comparé au violon. Il est clair que je fais abstraction du résonnateur buccal et pharyngien. Ce qui démontrerait encore, s'il en était besoin, la vérité de cette loi d'Ohm, à savoir qu'il n'y a qu'une vibration qui soit sans harmoniques, c'est la vibration pendulaire.

On conçoit aussi qu'il est possible de faire écrire les deux tons pectoraux ou les bruits du cœur à l'aide d'instruments de physique connus.

Le mémoire de M. Prat est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Béclard et Gosselin.

M. le docteur Péan, présente à l'Académie quatre malades, dont trois (femmes) ont été soumises à la gastrotomie pour l'extraction de grands kystes abdominaux. Le quatrième malade a été délivré, par une opération grave, d'une tumeur volumineuse qu'il portait à la région dorso-lombaire.

Ces quatre malades sont soumis à l'examen des membres de l'Académie, dans la salle de la bibliothèque.

Nous donnons plus haut quelques détails sur ces quatre opérations.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Séance annuelle du 26 janvier 1869. — Présidence de M. Méran.

I. — La Société de médecine de Bordeaux avait choisi le sujet du concours de l'année 1868 dans le domaine de la médecine légale.

Caractères qui établissent la viabilité du nouveau-né : telle était la question dont le simple énoncé fait voir toute l'importance. A chaque instant, le juge réclame l'intervention du médecin, et ce n'est pas chose aisée de se prononcer en connaissance de cause dans ces questions délicates, où des intérêts graves, de toute nature, sont en jeu. La jurisprudence civile, la jurisprudence criminelle attendent de la science des données pour juger en dernier ressort.

Il fallait donc analyser tous les signes de la viabilité, les classer suivant leur valeur, en s'aidant de toutes les clartés de l'anatomie, de la pathologie et de la physiologie. De ce travail analytique découlait une synthèse résumant tous les travaux faits précédemment sur ce sujet. Notre Société espérait tirer des constatations médico-légales la plus grande somme possible de certitude, et asseoir ainsi les éléments d'appréciation de la jurisprudence sur une base inattaquable, aussi équitable pour la société que rassurante pour les consciences. Ce programme n'a pas tenté beaucoup d'esprits. Cependant, deux mémoires nous ont été remis.

II. — Le manuscrit n° 1, qui a pour épigraphe : *Si vivus perfectè natus est..... ad nullum declinans monstrum vel prodigium*, est une étude malheureusement incomplète, où ne manquent ni l'érudition, ni les aperçus philosophiques d'une certaine profondeur, ni la forme élégante et facile, qui en rendent la lecture attrayante. Au milieu de ces qualités se trahit l'inexpérience de ces questions ; mais on sent que l'occasion seule a manqué à l'auteur pour lui permettre de parfaire son œuvre.

III. — Le mémoire n° 2, qui a pour épigraphe : *Idem est non nasci et non posse vivere*, s'est approché de très-près, sans l'atteindre cependant, du but désigné. On y sent un esprit mûri par la méditation et rompu à la pratique. L'érudition dont l'auteur a fait preuve est de bon aloi. La littérature médicale de toute l'Europe lui a ouvert ses trésors. Aux faits laborieusement rassemblés et puisés aux meilleures sources, il joint ses observations personnelles, les accompagne de commentaires sagaces, et pose avec une grande sûreté de jugement les diverses solutions du problème.

Ce travail consciencieux, substantiel, a été jugé digne du prix.

En conséquence, la Société de médecine décerne le prix de son concours de 1868 (médaille d'or de 300 fr.) au mémoire n° 2, dont l'auteur est M. Géry père, médecin de l'état civil du onzième arrondissement de la ville de Paris.

La Société décerne une mention honorable à l'auteur du mémoire n° 1, dont l'auteur est M. le docteur F. Delfau, de Collioure (Pyrénées-Orientales).

MM. les docteurs Géry père et Delfau sont nommés membres correspondants de la Société de médecine de Bordeaux (art. 18).

IV. — Indépendamment des prix qu'elle décerne aux mémoires qui ont traité les questions posées dans son programme, la Société de médecine, conformément à ses dispositions réglementaires (art. 52) et à ses usages, donne des témoignages publics de considération aux travaux intéressants qui lui ont été envoyés pendant l'année.

Elle a distingué en 1868 ceux de M. le docteur Bonnet, professeur à l'École de médecine de Poitiers :

1° *Double luxation congénitale des fémurs, produisant un vice de conformation dans l'inclinaison des détroits et dans le diamètre du bassin ;*

2° *Accouchement de quatre enfants vivants d'une même couche.*

Ces faits, fort intéressants, sont accompagnés de réflexions judicieuses et instructives. Notre Compagnie a voulu prouver à leur auteur sa juste sympathie, en lui décernant une médaille d'argent grand module.

V. — PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE. — Nous replaçons sous les yeux de nos lecteurs cet extrait du programme des prix qui récompenseront les efforts du concours ouvert par la Société de médecine de Bordeaux en 1869 :

A plusieurs des substances thérapeutiques dont l'action bienfaisante nous a été dévoilée dans la pratique, on doit joindre l'alcool, employé *intùs et extrà*, et qui est devenu le sujet heureux des recherches modernes, en Angleterre surtout.

L'éveil donné, notre Compagnie a été émue, et elle a demandé aux travailleurs communication de leurs réflexions et de leurs études suivies sur l'action de l'*alcool* dans l'organisme.

Tout de suite, la question doit être placée dans ces justes limites. La pathologie est tenue à l'écart, et, par conséquent, se trouve éloigné l'examen des troubles profonds que suscite dans l'intelligence et les centre nerveux l'abus des boissons alcooliques.

Quelle est l'influence bienfaisante de l'alcool en médecine et en chirurgie ? A l'*intérieur*, comme agent de combustion et de caloricité, et modificateur excitant de la circulation et des principales fonctions ; et *topiquement*, comme moyen de faciliter les guérisons des vastes traumatismes, des amputations, des plaies de mauvaise nature, des tendances à la résorption *purulente*.

Voilà ce que désire connaître notre Compagnie.

Et pour arriver logiquement à ce résultat, il est nécessaire de savoir quelle est l'*influence de l'alcool* sur l'organisation à l'état normal

Nous résumons ainsi les termes du programme : *De l'action physiologique et thérapeutique de l'alcool.*

Le prix est une médaille d'or de 300 francs à décerner à la fin de l'année 1869.

VI. — CHIRURGIE. — *De la carie et de son traitement,* — Exposer l'histoire de la carie d'après les travaux récents, et surtout d'après les recherches micrographiques modernes.

Parler du traitement d'une façon générale, et voir si on ne pourrait pas tirer parti des connaissances acquises sur la régénération osseuse pour arrêter les progrès du mal et en amener la guérison.

Le prix est une médaille d'or de 300 francs à décerner en 1870.

VII. — Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la Société a cru qu'elle serait encore utile à ses concitoyens en accordant des récompenses spéciales (médailles d'or ou d'argent) aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique de la ville ou du département ; à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs soit à la topographie médicale d'une ou plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin à tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitants de cette contrée de la France.

VIII. — Dès que la vaccine fut introduite en France, la Société s'empressa d'en proclamer les avantages, et de prouver par des expériences exactes son efficacité aujourd'hui incontestable. Dans le cours de ces dernières années, elle a constaté malheureusement que beaucoup de familles ont négligé de faire profiter de ce bienfait leurs enfants et les personnes qui les intéressent, et, de plus, que la variole, quoique semblant modifiée et moins violente, reparaît encore.

Pour encourager les gens de l'art du département de la Gironde à propager la vaccine et les revaccinations, elle décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des travaux les plus complets sur les vaccinations ou les revaccinations qu'ils ont pratiquées, sur les remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de ces méthodes, ou enfin sur tels ou tels points se rattachant au sujet de la vaccine, et qui plairont aux auteurs.

La Société verrait avec plaisir que ces travaux offrissent, autant que faire se pourrait, des observations et des réflexions qui serviraient à compléter nos connaissances sur l'ensemble des circonstances symptomatologiques constituant l'opération de la vaccination.

La Société doit faire connaître aux médecins que les récompenses accordées par le département aux vaccinations ou revaccinations n'excluent pas les mêmes travaux du concours qu'elle ouvre elle-même.

IX. — Les mémoires écrits très-lisiblement, en latin, français, italien, anglais ou allemand, doivent être rendus, *franc de port*, chez M. Charles Dubreuilh, secrétaire général de la Société, rue Victor, n° 1, jusqu'au 31 août 1869, limite de rigueur pour le concours de la question de physiologie thérapeutique, *action physiologique et thérapeutique de l'alcool*, et jusqu'au 31 août 1870, limite également de rigueur pour le concours concernant la question *de la carie et de son traitement.*

Les membres associés résidants de la Société ne peuvent point concourir. Les concurrents des prix sont tenus de ne point se faire connaître ; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondants. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent servir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les travaux sur la vaccination ou la revaccination, ou à propos de ces opérations, la Société dispense leurs auteurs de ces dernières conditions.

Charles Dubreuil, *Secrétaire général.*

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1868.

296. Rousseau (Auguste). Des Rétinites secondaires ou symptomatiques.
297. Massaloux (Marcel). Du mal perforant.
298. Courtois (Léon). Étude sur la valeur séméiologique des apoplexies rétiniennes.
299. Blanchon (Charles). De l'intoxication mercurielle.
300. Darrez (Édouard). Des lipomes et de la diathèse lipomateuse.
301. Bézard (Léon). Recherches sur l'emphysène traumatique consécutif aux fractures de côtes.
302. Martineau (Henri). Des reins flottants.
303. Attimont (Aristide). Considérations sur les résultats de la paracentèse dans la pleurésie purulente

304. Maréchal (Jules). Essai sur les fractures par coup de feu de l'extrémité supérieure de l'humérus.

305. Allochon (Antonin). Hygiène du paysan.

306. Dériaud (Pierre). Influence réciproque de l'impaludisme et du traumatisme.

307. Droin (Victor). De l'ostéo-périostite.

308. Burlaud (A.). Étude sur les tumeurs fibro-plastiques du tissu cellulaire (sous-cutané et intermusculaire).

309. Colin (Henri). Du spina-bifida.

310. Labbée (Ernest). Recherches cliniques sur les modifications de la température et du pouls dans la fièvre typhoïde et la variole régulière.

311. Bouyon (Ernest). De la suspension en chirurgie au moyen du hamac-fanon.

312. Nicolescu (Joann). L'infanticide par l'immersion dans les fosses d'aisances.

313. Cassoulet. De la paralysie du nerf moteur oculaire commun.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La distribution des récompenses accordées aux Sociétés savantes des départements, à la suite du concours de 1868, aura lieu à la Sorbonne, le samedi 3 avril 1869, à midi précis.

Les mardi 30, mercredi 31 mars, jeudi 1er et vendredi 2 avril, des lectures seront faites à la Sorbonne, dans les trois sections du comité, par les membres des Sociétés savantes.

— M. le docteur Parent, ancien rédacteur du *Journal de médecine de Toulouse*, vient de mourir.

— Le 12 avril prochain, un concours pour une place de chirurgien-adjoint près les hôpitaux et hospices de Bordeaux s'ouvrira dans cette ville.

Toute demande de renseignement doit être adressée au secrétariat des hospices, 91, cours d'Albret, à Bordeaux.

— Un concours pour la désignation, au choix de son Excellence le Ministre de l'Instruction publique, d'un préparateur de chimie et d'histoire naturelle, près l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, s'ouvrira dans cette ville le 15 avril 1869.

S'adresser pour tous renseignements au secrétariat de l'École d'Alger.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu lundi 8 février.

Ordre du jour : Lecture de M. Thierry : Pemphigus aigu consécutif à l'administration du copahu. — Lecture de M. Monod. — Elections.

— M. le docteur Prat, médecin de l'asile des sourdes-muettes, a commencé un cours sur les affections des oreilles, mercredi 3 février, à 8 heures, à l'École pratique, amphithéâtre no 1, pour le continuer les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— A céder, à des conditions avantageuses, une bonne position médicale, dans une localité fort agréable du département du Puy-de-Dôme.

S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Études sur la dysménorrhée membraneuse, par le docteur Jules Troque. — In-8 de 84 page. 1869. Prix : 1 fr. 50 c.

Observations sur la curation des maladies organiques de la langue, précédées de considérations sur les causes et le traitement des affections cancéreuses en général, par le docteur Déclat. — 1 fort vol. in-8. Prix : 8 francs.

Traité pratique et raisonné des plantes médicales indigènes. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine et par la Société de médecine de Marseille, par F. J. Cazin, chevalier de la Légion d'honneur, etc. Troisième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée, par le docteur Henri Cazin, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un très-fort volume grand in-8 de plus de 1200 pages, avec atlas de 200 plantes, du même format, solidement carbonné à l'anglaise. — Prix : figures noires, 20 francs; figures coloriées, 27 francs.

Recherches sur la région de l'ombilic et les fistules hépatiques ombilicales, par le docteur H. de Lignerolles, ancien interne des hôpitaux de Paris. — In-8°. Prix : 2 fr. 50 c.

De la paralysie du nerf moteur oculaire commun, par M. le docteur Henri Cassoulet. — In-8. Prix : 2 fr. 50 c.

Dieu, l'homme et ses fins dernières, études médico-psychologiques par le docteur Fabricius, 2e édition. — 1 vol. in-8. Prix : 2 fr.

Des rétinites secondaires ou symptomatiques, par le docteur Bousseau, ancien interne des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-8 avec 4 planches coloriées. Prix : 5 francs.

Les Institutions médicales aux États-Unis de l'Amérique du Nord, rapport présenté à Son Excellence le Ministre de l'Instruction publique par le docteur de Valcourt. — 1 vol. in-8. Prix : 3 francs.

Des battements du foie dans l'insuffisance tricuspide, par le docteur Mahot, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. — 1 vol. in-8 avec figures. Prix : 2 fr. 50 c.

Cannes et son climat, par le docteur Th. de Valcourt. Seconde édition revue et augmentée, accompagnée de 2 vues photographiques et de 3 tableaux météologiques. — 1 vol. in-12 de 158 pages. Prix : 3 francs.

Quelques remarques sur les théories de l'ataxie locomotrice progressive, par le docteur Uspensky. — In-8. Prix : 75 centimes.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30

N° 16. — MARDI 9 FÉVRIER 1869. 42e ANNÉE. MARDI 9 FÉVRIER 1869. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

ANASARQUE GÉNÉRALISÉE

Insuffisance mitrale et dégénérescence granulo-graisseuse du foie et des reins.

(Observation lue à la Société médicale d'observation, par M. Bottentuit.)

Voici le court exposé d'un fait dont nous venons d'être le témoin dans le service de M. Bouchut, et qui, malgré le peu de renseignements et le séjour de trop courte durée de la malade à l'hôpital, nous a cependant paru assez intéressant pour être l'objet d'une communication.

OBSERVATION. — Marie D..., âgée de 4 ans, entre à l'hôpital des Enfants, le 4 novembre 1868, dans le service de M. Bouchut.

La mère raconte que sa fille est malade depuis trois semaines, qu'elle n'aurait jamais été malade auparavant, qu'elle n'aurait eu ni scarlatine, ni fièvre intermittente.

Enfin, comme sa fille était en nourrice, elle ne peut fournir aucun autre renseignement sur les maladies antérieures et sur la maladie dont sa fille est atteinte au moment de son entrée à l'hôpital.

4 novembre. *État actuel*. L'enfant est atteinte d'une anasarque généralisée.

La face est pâle, bouffie, œdématiée.

La muqueuse oculaire et celle des lèvres décolorées.

La poitrine ne présente rien d'anormal à l'auscultation. Le murmure vésiculaire s'entend dans toute la hauteur des deux poumons.

Le cœur, enfin, ne présente aucun bruit morbide.

Le ventre est distendu par une grande quantité de liquide, celui-ci s'élève jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

L'épigastre est le siége d'une tuméfaction douloureuse. On sent à la palpation une tumeur dure, à bord inférieur tranchant, présentant une matité de 10 centimètres de haut.

Elle descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic à droite; elle se confond avec le grand lobe du foie et s'arrête à gauche au niveau des fausses côtes.

La peau du corps est blanche, laiteuse, sans ictère et présente une légère *desquamation furfuracée*.

Les urines sont chargées de sels, et traitées par la chaleur et l'acide nitrique, ne présentent pas de *traces d'albumine*.

L'appétit est conservé. Il y eu cependant depuis quelques jours des vomissements; il y a un peu de diarrhée.

La peau est modérément chaude. 80 pulsations.

Enfin, la vulve est hypertrophiée par l'œdème. Il y a ulcération et excavation des grandes lèvres.

On panse avec du vin aromatique et l'on administre 0,16 centigrammes de sulfate de quinine.

Le diagnostic fut réservé.

L'absence d'albumine dans les urines et les renseignements négatifs fournis par la mère, firent éloigner l'idée d'un œdème général consécutif à une scarlatine, malgré la desquamation furfuracée, qui nous fit hésiter un moment.

En somme, on attribua l'œdème et l'ascite à une compression de la veine-porte par la tumeur constatée dans l'abdomen, tumeur qu'on ne pouvait rapporter qu'à une tumeur du foie.

L'état de la malade reste stationnaire pendant quelques jours.

Il se manifeste une gène de la respiration, amenée par le développement de plus en plus considérable de l'ascite et une double hydrothorax.

L'enfant succombe, sans avoir présenté de convulsions, dans la journée du 12 novembre.

Autopsie faite le 24 novembre 1868.

A l'ouverture de la poitrine, on trouve du liquide dans les deux plèvres. Les deux poumons sont fortement congestionnés à leur partie postérieure.

Le péricarde renferme environ 50 grammes de liquide.

Le cœur est extrêmement volumineux et les ventricules seuls ont un volume double du poing de l'enfant.

Le ventricule gauche est très-hypertrophié; il renferme quelques caillots noirâtres.

Les valules sygmoïdes sont saines; mais *la valvule mitrale*, un peu épaissie, est *appliquée* aux parois du cœur, auxquelles elle adhère et ne peut plus se redresser pour fermer l'orifice auriculo-ventriculaire. (Insuffisance).

Le ventricule droit est aussi dilaté et la valvule tricuspide un peu épaissie en certains points.

Le foie, extrêmement volumineux, dur et résistant, formait la tumeur constatée pendant la vie.

Il s'avançait dans l'hypochondre, refoulant l'intestin et l'estomac; en bas, il refoulait les intestins et le rein droit; enfin, en arrière, il comprimait la veine-porte.

Il n'y avait pas de traces de péritonite.

La cavité abdominale renfermait une quantité considérable de liquide.

La rate était assez volumineuse, dure et ganuleuse.

Les reins, qui étaient hypertrophiés, étaient refoulés en bas, surtout celui du côté droit, par suite du développement du foie.

Le cerveau avait sa consistance normale. Les méninges étaient fortement congestionnées. Le foie a été examiné au microscope, ainsi que les reins.

On a constaté qu'il n'y avait pas d'hyperplasie de la capsule de Glisson, mais transformation granulo-graisseuse des cellules hépatiques, avec de nombreuses gouttes d'huile.

Les reins avaient aussi subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

Réflexions. — Nous ferons d'abord remarquer l'absence complète de signes pouvant révéler, pendant la vie, les lésions dont le cœur était le siége.

Ces lésions ne peuvent se rattacher qu'à un état inflammatoire ancien; mais ici encore nous ne pouvons rien savoir, quant à leur origine et à leur ancienneté, vu l'absence de renseignements.

Constatons encore que ces lésions étaient doubles, c'est-à-dire qu'elles siégeaient dans le cœur droit et dans le cœur gauche, mais étaient beaucoup plus prononcées dans le cœur gauche.

Enfin, nous croyons devoir rattacher la dégénérescence granulo-graisseuse du foie à la lésion cardiaque.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. GUÉNIOT.

OSTÉITE SUPPURÉE DES EXTRÉMITÉS DIAPHYSAIRES DES OS

avec décollement des cartilages épiphysaires chez un enfant nouveau-né.

(Lu à la Société de chirurgie.)

J'ai présenté dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie les diverses pièces du squelette atteintes de cette lésion; mais l'heure trop avancée ne m'a pas permis d'exposer les détails de l'observation. Ce sont ces mêmes détails que je viens communiquer aujourd'hui à la Société.

Un enfant, âgé de 20 jours, du sexe masculin, d'apparence très-chétive, quoique né à terme, fut apporté dans mon service, le 14 décembre dernier, pour une ulcération gangréneuse du pli de l'aine droite. En examinant le petit malade, je reconnus bientôt qu'il existait, en outre, une ulcération de l'ombilic, une paralysie ou inertie complète des quatre membres et, enfin, un décollement des cartilages épiphysaires à l'extrémité supérieure des deux jambes. On pouvait produire aisément en ce dernier point, c'est-à-dire à environ 15 millimètres au-dessous de chaque genou, un déplacement latéral des plus marqués du corps des tibias et des péronés. La mobilité de ces os dans le sens antéro-postérieur n'était pas moins évidente. On eût dit une fausse articulation au-dessous de l'articulation du genou, qui restait complétement saine. La continuité des *diaphyses* me parut d'ailleurs intacte dans les membres inférieurs comme dans les supérieurs.

Les quatre membres étaient amaigris, flasques et tout à fait inertes. Si on les soulevait pour les abandonner ensuite, ils retombaient aussitôt lourdement, sans qu'on pût constater la moindre contraction musculaire. Les avant-bras et les mains, en état de forte pronation, pendaient sur les côtés du tronc. Les cuisses, à demi-fléchies, se laissaient au contraire difficilement étendre, comme si certains muscles eussent été contracturés. Mais les jambes et les pieds étaient en quelque sorte flottants et comme appendus aux fémurs. La sensibilité paraissait fort émoussée, et l'enfant ne répondait que très-faiblement aux petites piqûres pratiquées, à titre d'épreuve, sur les téguments.

Pour expliquer l'origine de ces diverses lésions, il me parut naturel d'admetre que l'enfant était né en présentation du pelvis, et que des tractions violentes avaient dû être exercées sur lui dans le but d'en obtenir le dégagement. La séparation des cartilages épiphysaires du tibia et du péroné pouvait ainsi, jusqu'à un certain point, se comprendre, de même que la paralysie des quatre membres, résultat probable d'une lésion de la moelle épinière au niveau du cou. Et ce qui venait encore fortifier cette manière de voir, c'est que l'ulcération gangréneuse du pli de l'aine accusait, d'une façon presque certaine, une contusion produite par la pression d'un lacs ou d'un crochet mousse. Bref, cette explication, si vraisemblable qu'elle puisse paraître, était cependant on ne peut plus erronée. En m'adressant aux meilleures sources de renseignements, j'appris en effet que l'accouchement avait été naturel et s'était effectué en présentation du sommet. La mère était âgée de 23 ans, blanchisseuse, et avait eu déjà deux enfants.

Le 19 décembre, c'est-à-dire, vingt-cinq jours après sa naissance, mon petit malade, qui n'avait plus la force de téter, succomba dans l'épuisement, après avoir présenté quelques plaques érythémateuses au visage, à la voûte palatine et sur les membres inférieurs. Son poids était descendu à 1,835 grammes.

Voici les lésions que l'autopsie me permit de constater.

A l'exception du bout supérieur des deux radius et des deux cubitus, toutes les extrémités diaphysaires des os des membres sont altérées, enflammées et suppurées. Partout, la lésion offre les mêmes caractères; il n'existe que quelque différence dans le degré et dans l'étendue. Les fémurs et les humérus à leurs deux extrémités, de même que les tibias et les péronés à leur extrémité supérieure sont les parties du squelette le plus fortement atteintes. L'extrémité inférieure des radius et des cubitus et, surtout, celle des tibias et des péronés sont au contraire altérées à un moindre degré.

La lésion consiste en une forte injection, avec taches ecchymotiques, de toute l'extrémité osseuse qui confine au cartilage diaphysaire. L'os en ce point est d'un rouge foncé, presque brun et comme infiltré de sang noir. Son extrémité est séparée du cartilage par une couche de pus grisâtre et épais. Le foyer purulent a la forme lenticulaire, aplatie et se trouve circonscrit, à sa circonférence, par l'espèce de coque fibreuse ou périostique qui relie encore le cartilage à l'os. Le tissu osseux conserve d'ailleurs sensiblement sa dureté normale et la pointe d'un scalpel ne le pénètre que difficilement. L'altération inflammatoire ne s'étend pas à plus de 5 à 10 millimètres de la surface désunie.

Le périoste, épaissi, rouge et enflammé, est resté adhérent; mais il est assez facile de le séparer dans l'étendue d'un centimètre, à partir de la surface suppurante. Le cartilage épiphysaire conserve, au contraire, tous ses caractères normaux. Mon collègue, M. Parrot, qui en a fait l'examen microscopique, ne l'a trouvé un peu inégal et altéré que dans les points en contact avec le pus, et seulement à la surface. Sa désunion d'avec le tissu osseux permet, avant l'ouverture de cette espèce de fausse articulation, de le faire jouer en tous sens sur l'extrémité diaphysaire de l'os. Et quand le pus se trouve évacué par une ponction, les deux surfaces produisent par le frottement une crépitation rude, qui n'était pas perçue sur le vivant.

Les articulations qui avoisinent ces lésions, de même que le corps des diaphyses, sont exemptes de toute altération pathologique. L'affection se trouve ainsi nettement localisée aux extrémités des diaphyse. Le noyau d'ossification de l'épipbyse inférieure des fémurs est complétement sain comme le cartilage qui l'environne. Il en est de même du noyau osseux du calcanéum et des divers os du crâne, de la colonne vertébrale et de la cage thoracique.

Les ganglions lymphatiques de l'aisselle, du pli de l'aine et du creux poplité offrent, des deux côtés, un développement exagéré. L'ulcération gangréneuse de l'aine droite n'a aucun rapport de continuité avec le foyer épiphysaire du fémur correspondant. Ulcération de l'ombilic pénétrant jusqu'au péritoine. Caillot noir oblitérateur dans les vaisseaux ombilicaux (veine et artères); pas de phlébite ombilicale.

Viscères : deux plaques d'un jaune sale, ayant tout à fait l'apparence du pus, existent à la face convexe du foie. Une troisième, plus étendue, large de 2 centimètres, se remarque sur la face inférieure. Toutes trois sont dans le voisinage de la vésicule biliaire; mais celle-ci, remplie d'une bile vert foncé, n'a aucune connexion avec elles. Ces plaques sont formées par un dépôt de matière probablement purulente, immédiatement au-dessous de la capsule de Glisson. Leur minceur est telle qu'à la coupe, elle ne paraissent pas avoir une épaisseur de plus d'un cinquième de millimètre. Une autre plaque, en tout semblable aux précédentes, mais plus étendue, existe sur la face antéro-externe des lobes supérieur et moyen du poumon droit. La plèvre recouvre cette couche extrêmement mince de substance puriforme. Nulle autre trace d'infection purulente. Tous les viscères, y compris le cerveau et la moelle épinière, sont exempts d'altération pathologique.

Le fait qui précède se rapporte évidemment à l'affection décrite, dans ces derniers temps, sous les noms d'*ostéite épiphysaire* (Gosselin), de *décollement épiphysaire* (Klose), d'*ostéo-myélite* (Chassaignac), etc. Mais, sous plusieurs rapports, il s'en éloigne sensiblement et constitue un exemple, sinon unique, du moins extrêmement rare, dans son espèce. C'est pourquoi j'ai cru devoir en donner l'observation détaillée.

Relativement à l'âge, l'enfant n'avait que vingt jours lorsqu'il me fut présenté, et le degré déjà avancé de la lésion ne permet pas de douter qu'elle ne dût remonter au moins à quelques jours auparavant. Il n'est même pas impossible que l'affection ait débuté pendant la vie intra-utérine. Je ne suis pas, il est vrai, autorisé à admettre la réalité de cette origine; mais rien ne prouve, d'autre part, que l'invasion de la maladie ait été postérieure à la naissance. Quoi qu'il en soit, la précocité de son apparition est un fait bien remarquable en face de presque toutes les observations publiées jusqu'à ce jour. Vous savez, en effet, que les cas relatés par MM. Chassaignac, Klose, Gosselin, etc., sont tous relatifs à des adolescents ou à des enfants âgés d'au moins douze ans. M. Marjolin, cependant, m'a dit avoir déjà constaté cette affection sur des sujets très-jeunes, âgés seulement d'un ou deux mois, et Valleix, en 1833, a consigné dans les *Bulletins de la Société anatomique* (t. IX, p. 188) une observation intéressante ayant pour titre : *Décollement de plusieurs épiphyses des os longs avec abcès sous le périoste et production osseuse remarquable chez un nouveau-né*. Mais les faits de ce genre n'en sont pas moins d'une extrême rareté.

La généralisation des lésions, telle que nous l'a présentée mon petit malade, n'est pas moins digne d'être notée et en dehors de ce que l'on a signalé jusqu'à présent. M. Chassaignac a publié le fait d'un jeune garçon, dont toutes les extrémités épiphysaires d'une moitié du corps

étaient affectées. Mais c'est le seul exemple que je connaisse d'une telle extension du mal ; et cependant, il reste encore, sous ce rapport, fort au-dessous du précédent.

Existe-t-il quelques relations entre l'ostéite suppurée des extrémités diaphysaires, la non-cicatrisation de l'ombilic et l'ulcération gangréneuse du pli de l'aine? Cela est plus que vraisemblable; mais il serait difficile de les préciser. Tout ce qu'on peut dire, c'est que ces diverses lésions reconnaissent probablement une cause commune. Quant aux couches puriformes des surfaces hépatique et pulmonaire, ainsi qu'aux plaques érythémateuses observées dans les derniers jours sur les téguments, elles me paraissent être l'indice d'une infection purulente.

Enfin, à quelle cause peut-on rapporter la paralysie ou, plus exactement, l'impuissance des quatre membres qui avait si vivement excité mon attention? J'ai déjà dit que la moelle épinière avait été trouvée intacte. Les muscles, quoique amaigris et à fibres pâles, ne présentaient toutefois aucune altération bien marquée. Ces deux causes ne peuvent donc pas être invoquées. La douleur que provoquent les mouvements serait, au contraire, une explication suffisante, si je n'avais constaté à diverses reprises que la sensibilité générale était très-affaiblie. Aussi, serais-je disposé à admettre qu'indépendamment de cette dernière cause, les brisures multipliées des leviers ostéo-cartilagineux, au niveau de tous les foyers épipbysaires, ont concouru pour une grande part à la production de cette inertie complète des quatre membres.

CLINIQUE DE VALS. — M. Clermont (de Lyon).

SOURCE LA *DOMINIQUE* (SULFO-FERRO-ARSENICALE).

II

Dans notre *Recueil d'observations physiologiques et cliniques sur les eaux de Vals*, publié en 1867, nous formulions un vœu et nous disions que : « attendu l'efficacité de l'eau de la source *Dominique* dans les infections palustres, le Gouvernement rendrait un grand service à notre armée, s'il élevait à Vals un hospice pour y recevoir les soldats de nos colonies atteints de fièvres intermittentes rebelles », et nous ajoutons aujourd'hui que ce bienfait pourrait s'étendre à bien d'autres victimes de l'intoxication paludéenne, à ces nombreux et intéressants pionniers de la civilisation, qui, en défrichant des terres, en desséchant des marais, en creusant des canaux, tombent quotidiennement sous la ténacité de fièvres périodiques prises, elles aussi, en travaillant d'une manière moins éclatante, mais non moins efficace, au bonheur et à la prospérité générale du pays.

Les nombreuses cures de fièvres intermittentes, rebelles aux moyens thérapeutiques ordinaires, que nous voyons chaque année s'effectuer par l'eau de la *Dominique*, nous imposent le devoir d'insister sur l'utilité qu'aurait la création d'un établissement sanitaire près de la source elle-même, tant pour nos soldats et nos colons d'Afrique, que pour les travailleurs de la Sologne, des Dombes, de la Crau et de tant d'autres contrées insalubres dans lesquelles la quinine, tout en rendant d'incontestables services, n'empêche pas la cachexie palustre de faire de nombreuses victimes.

Les fièvres intermittentes les plus graves, celles qui apportent les plus grands troubles morbides et résistent davantage aux préparations quiniques et arsenicales, règnent le plus souvent d'une manière endémique dans les pays que la charrue ou la pioche viennent remuer après de longues années de repos. C'est de là que nous viennent, à Vals, ces malades porteurs de foies et de rates hypertrophiés, avec des infiltrations séreuses aux membres inférieurs, et nous sommes heureux de leur offrir dans l'eau de la *Dominique*, non-seulement un excellent contrepoison de l'intoxication paludéenne, mais encore un agent reconstituant des plus énergiques.

Les deux exemples d'infection palustre dont nous allons retracer l'histoire abrégée, montreront au lecteur qu'il ne doit pas désespérer de guérir son malade, quel que soit d'ailleurs le peu de succès qu'il ait obtenu par les moyens ordinaires, tant qu'il n'a pas fait entrer en *ligne de bataille* l'eau sulfo-ferro-arsenicale de Vals.

Fièvre intermittente et affection palustre.

Un employé des ponts et chaussées d'Arles, M. T..., âgé de 30 ans, est sujet, depuis trois ans, à des accès de fièvre intermittente tierce. C'est en s'occupant sur place des travaux du canal Saint-Louis qu'il a contracté sa maladie, et malgré des absences répétées, malgré de fortes doses de quinine administrées à plusieurs reprises sous la direction d'un habile médecin, il est souvent, surtout pendant les grandes chaleurs de l'été, en proie à des accès fébriles qui n'ont jamais pu être complétement enrayés. En outre, la persistance de cette névrose a produit chez M. T... une hépatite chronique avec hypertrophie du foie, lequel descend à quatre travers de doigt au-dessous des côtes, et offre au toucher, vers sa partie voisine du pylore, une assez vive douleur. Chaque retour d'accès provoque des douleurs vagues, un malaise général, et constamment le malade se sent faible; car, comme dans tous les cas de fièvres longues et rebelles, des phénomènes dyspeptiques n'ont pas tardé à être la conséquence de l'état morbide primitif; les digestions sont devenues mauvaises, surtout quand le malade séjourne à Saint-Louis. Sa langue est blanche, son pouls et faible, son teint est terne.

Telle était la position de M. T... au 10 août 1868, lors de son arrivée à Vals, où l'envoyait M. le docteur Coissard, médecin aux chantiers de Saint-Louis. Le traitement par l'eau de la Dominique, interrompu deux jours seulement par une diarrhée brusque, mais qui s'arrêta d'elle-même, réduisit promptement les accidents périodiques. Le malade put partir le 30 août, assez reconstitué pour aller reprendre ses travaux; mais il se garda bien d'oublier d'emporter une petite provision de l'eau de la Dominique pour compléter et affermir sa guérison.

Le malade dont nous allons parler, plus gravement compromis encore que le précédent, nous vient aussi des plaines insalubres du midi de la France.

M. G..., ancien militaire de l'armée d'Afrique, bien constitué, âgé de 49 ans, avait été placé à la tête d'une escouade de cent hommes, chargés de creuser un canal d'assèchement dans la plaine de la Crau. Tout à coup, vers le 5 août 1867, la fièvre intermittente fait son apparition parmi ces travailleurs; il en mourait de quatre à cinq par jour; on s'empressa de licencier l'escouade. M. G... ne tarda pas, lui aussi, à devenir victime de l'infection périodique; un dimanche, il se sentit pris d'une sensation violente de froid entre les deux épaules, avec frisson prononcé et claquement de dents. Le second accès fut plus intense encore, et le malade, transporté à Arles, vit son état s'y aggraver. La fièvre se régla au type quarte, marquant très-bien ses stades : le dernier surtout offrait l'exemple d'une sudation des plus abondantes. La maladie s'est compliquée de plusieurs épiphénomènes morbides, de céphalalgie et même de délire; la vie a été en danger, nous dit-il. Pour le changer d'air, on l'a transporté d'Arles à Apt, puis à Aix, et enfin à Orange, d'où il nous est adressé à Vals, par l'honorable docteur Dugast. Partout où ce malade a été conduit, on lui a administré de fortes doses de quinine en poudre, en pilules ou en potions; il a pris jusqu'à 1 gr. 50 de sulfate de quinine par jour, et cela fort longtemps. A Orange, la maladie a pris une telle intensité, le 3 ou 4 mars dernier, qu'il y a été plusieurs jours sans connaissance.

Ainsi donc, le 2 août, après un an de maladie, M. G... se présente à notre examen. Les accès de fièvre quarte reviennent irrégulièrement, mais manquent rarement, il est anémique, et les jours d'accès, il éprouve une grande faiblesse dans tous les membres; la couleur de sa peau est terne; il mange peu et digère mal, sa langue est blanche, son pouls petit. Sa voix est très-voilée, phénomène assez fréquent chez les personnes atteintes de fièvre périodique chronique, et qui montre que les voies respiratoires participent à l'anémie générale.

Le malade prit d'abord chaque jour 4 verres de l'eau de la Dominique, puis 6,8 et enfin 10. Dès le cinquième jour, les accès ne reparurent plus et la voix reprit son timbre normal. Enfin, après vingt jours de traitement, le malade, se trouvant délivré de sa fièvre et assez fort, repartit pour Orange, nous promettant, pour l'an prochain, une visite de reconnaissance.

Les faits que nous venons d'exposer et nombre d'autres plaident en faveur de la création d'un établissement sanitaire gratuit; car tous les malades n'ont pas les moyens de faire les frais d'une cure loin de leurs foyers. Heureusement, nous avons tous les jours la preuve que l'eau de la *Dominique*, transportée, ne perd pas sensiblement de ses propriétés antipériodiques et reconstituantes : ainsi, au mois d'avril dernier, M. le docteur Bondet a guéri dans son service (salle Saint-Augustin, Hôtel-Dieu de Lyon), par l'eau de la *Dominique* transportée, et en très-peu de jours, une splénite paludéenne contractée en Afrique, et présentant un énorme développement de la rate. Nous en pouvons parler *de visu*, et, sans invoquer en témoignage les nombreuses guérisons d'accidents périodiques que nous voyons fréquemment s'effectuer dans notre ville par le même moyen, nous nous bornerons pour aujourd'hui à rappeler les observations prises en 1867, à l'hospice de l'Antiquaille, par le docteur Bonnarie, observations qui ont démontré, sous d'autres rapports, l'efficacité de l'eau de la *Dominique* transportée.

DES BATTEMENTS DU FOIE

dans l'insuffisance tricuspide (1),

Par M. le docteur Mahot, *ancien interne des hôpitaux de Paris.*

Il existe dans l'insuffisance tricuspide des pulsations du foie. Pour les percevoir, il suffit de déprimer légèrement la paroi abdominale avec la main au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit.

Les pulsations du foie ne sont pas des mouvements transmis par le cœur ou l'aorte. Elles appartiennent à la glande hépatique elle-même. Le foie bat à la manière d'une tumeur érectile. L'organe tout entier est animé d'un mouvement alternatif d'expansion et de retrait.

Les battements du foie nous semblent incontestablement dus à un reflux qui s'opère dans toutes les veines sus-hépatiques au moment de la systole du ventricule droit. Ce qui prouve que l'ondée rejetée à chaque systole par le ventricule droit, à travers la valvule tricuspide insuffisante, pénètre bien dans les veines sus-hépatiques, c'est que l'on trouve à l'autopsie ces veines énormément dilatées jusque dans leurs plus fines ramifications. La portion de veine cave inférieure, située entre le cœur et l'embouchure des veines sus-hépatiques, présente aussi un calibre très-augmenté, tandis qu'au-dessous du foie elle garde des dimensions à peu près normales.

La pulsation hépatique est le plus souvent simple, dans quelques cas cependant elle est double ou dicrote. Elle répond à la systole du ventricule droit et succède immédiatement au choc de la pointe du cœur.

Le battement du foie est un des premiers signes de l'insuffisance tricuspide. Il précède presque toujours le pouls veineux des jugulaires, et apparaît même avant la pulsation du bulbe.

Quand on constate nettement la pulsation du foie telle que nous l'avons décrite, et que cette pulsation coïncide avec la systole du ventricule droit, on peut affirmer qu'il y a insuffisance de la valvule tricuspide.

Les battements du foie peuvent apparaître passagèrement toutes les fois que sous une influence quelconque surviennent une dilatation passive du cœur droit et une insuffisance de la valvule tricuspide.

Le pouls veineux des jugulaires ne paraît pas avoir, au point de vue du diagnostic de l'insuffisance tricuspide, la même valeur que le battement du foie.

D'abord, il apparaît longtemps après le battement du foie, et si l'on en croit les observations de Friedreich, il peut se rencontrer quelquefois lorsque le cœur est tout à fait normal.

Dans ce cas, les valvules qui se trouvent à l'origine des veines jugulaires sont seules insuffisantes.

Nous basant sur l'observation, nous admettons la possibilité d'un battement hépatique présystolique. Ce battement précède le choc de la pointe du cœur et se perçoit longtemps avant le pouls radial. Il indique une contraction exagérée de l'oreillette droite et un obstacle apporté au passage du sang dans le ventricule droit; il doit par conséquent faire supposer un rétrécissement de l'orifice tricuspide.

(1) In-8° avec figures. Prix : 2 fr. 50 c.

CORRESPONDANCE

—

De l'absorption cutanée.

Metz, le 4 Février 1869.

A M. le Dr Le Sourd, *directeur de la* Gazette des Hôpitaux.

Très-honoré confrère,

Je viens de lire dans le numéro 145, du samedi 12 décembre dernier, de votre utile et intéressant journal, un fait, qui selon l'auteur qui le rapporte, tendrait à faire admettre la possibilité de l'absorption par la peau plongée dans un bain d'eau. Ce fait a été signalé à la *Société de médecine pratique de Paris par le docteur Dupuy*; il concerne une jeune dame âgée de 26 ans qui, après avoir pris un bain contenant 12 grammes d'arséniate de soude, éprouva des symptômes d'empoisonnement; accident, ajoute le rédacteur du journal, qui apporte un nouvel appoint aux témoignages irrécusables qui *établissent la réalité de l'absorption.*

L'assertion du rédacteur de l'article, étant en opposition complète avec la vérité scientifique, je voulais vous adresser immédiatement mes remarques et ma protestation, la maladie, à mon grand regret, est venu m'entraver.

Nous supprimons de suite l'histoire des discussions auxquelles a donné lieu cet intéressant sujet depuis Haller jusqu'à nos jours, et nous nous demandons : La peau absorbe-t-elle ? A cette question, posée d'une manière aussi absolue, nous n'hésitons pas à répondre : Oui la peau absorbe, mais aussitôt nous ajoutons : Cette fonction peut être facilitée, entravée et même empêchée par des causes diverses que nous allons étudier, en outre la peau peut être saine et atteinte d'une affection morbide.

Admettons d'abord qu'elle est saine et que ses fonctions s'accomplissent régulièrement ; dans cet état la peau est toujours enduite d'une couche huileuse incessamment fournie par les follicules sébacés.

Ces éléments suffisent pour aborder la question qui nous occupe et pour démontrer l'impossibilité de l'absorption de l'eau par la peau saine plongée dans un bain : trois ordres de faits confirment cette assertion, on peut les ranger, 1° en preuves chimiques, 2° preuves physiques, 3° preuves physiologiques.

1° *Preuves chimiques.* La science enseigne et démontre que la graisse et les liquides aqueux ne sont pas miscibles ; on peut bien, il est vrai, par une action mécanique, obtenir un mélange passager des deux corps, mais ce n'est là qu'une union de courte durée opérée par la division des molécules, mais comme ce n'est point une combinaison chimique durable, elle cesse aussitôt que la force qui produisait le mélange n'existe plus.

L'étude de la structure anatomique du derme fait connaître que cette membrane renferme un grand nombre de petites glandes chargées de sécréter un fluide huileux qui se répand sur toutes les parties du corps, sans exception aucune; le fait se produit en toute saison, mais surtout en été ; souvent alors cette huile tâche le papier lorsqu'on veut écrire ou les étoffes lorsque les mains s'appuient sur elles.

C'est cette matière huileuse, interposée entre l'eau et la peau, qui ne permet pas à cette membrane d'accomplir la fonction qu'elle possède réellement et à un haut degré : ce fait bien établi la lumière se fait aussitôt, et on peut poser les règles suivantes :

Tout liquide qui n'est pas miscible à la graisse on ne peut la dissoudre, n'est point absorbable;

Tout corps solide ou liquide, miscible à la graisse ou pouvant la dissoudre, est absorbable;

Tous les gaz et tous les corps susceptibles de se volatiliser, excepté l'eau, sont absorbables par la peau.

Il découle de ces faits, qu'il est impossible de contester, que la couche graisseuse, qui enduit et protège la peau, empêche qu'elle ne soit mouillée lorsque nous sommes dans le bain ; aussi remarquons-nous, lorsque nous en sortons, que les molécules aqueuses, qui adhèrent physiquement au tégument, se rassemblent en gouttelettes, glissent et forment plusieurs sillons qui laissent les intervalles libres et secs : c'est le même effet qui se produit chez les oiseaux aquatiques, dont les plumes ne se mouillent point parce qu'elles sont enduites d'une couche graisseuse.

Si les conditions chimiques changent, la fonction d'absorption se rétablit : admettons qu'une pommade, composée d'axonge et d'une substance végétale ou minérale, soit employée à faire des frictions sur la peau, aussitôt ce corps gras se mêle à la substance huileuse de la peau, met le médicament en contact avec les vaisseaux absorbants, et la fonction s'accomplit. Il en sera encore de même si le médicament employé est un liniment huileux, ou bien de l'éther, du chloroforme, de l'alcool rectifié ou tout autre agent de nature analogue ; nous pouvons donc répéter, en nous appuyant sur les faits rendus incontestables par la science, que *tout corps solide ou liquide, miscible à la*

graisse ou pouvant la dissoudre, est absorbable; par contre, que tout corps solide ou liquide, qui n'est pas miscible à la graisse n'est point absorbable parce qu'il n'est pas en contact immédiat avec la peau.

2° *Preuves physiques*. Une expérience fort simple, facile à répéter, démontre à l'instant l'action isolante de la graisse lors même qu'il n'en existe que des atomes imperceptibles à la surface de l'eau; cette expérience repose sur le phénomène auquel du Trochet a donné le nom de *force épipolique* : force qui a été appliquée récemment par Lightfoot à la recherche des corps gras qui peuvent se trouver en petite quantité dans l'eau, et qui a été utilisée par le professeur Nicklès (1) pour parvenir au gain d'un procès qui se plaidait à Nancy, et où il s'agissait de constater la présence d'une minime proportion de matière grasse dans les eaux d'un étang servant pour la teinture en rouge d'Andrinople.

Cette expérience est très-facile à faire : prenez un verre à vin de Bordeaux, ou tout autre verre peu large, frottez-le avec un linge propre et sec pour le débarrasser de toutes les impuretés qui pourraient y adhérer, versez-y de l'eau distillée ou de l'eau de fontaine bien pure, faites-y tomber, à l'aide de la pointe d'un canif ou d'une aiguille, des lamelles très-fines de camphre bien pur; pour plus de sûreté, coupez le morceau de camphre en deux et détachez les lamelles de camphre de la surface fraîche de l'une des parties qui n'ait pas été touchée par les doigts, car ce contact suffit pour empêcher le succès de l'opération en déposant des atomes d'huile : pour éviter cet inconvénient il faut envelopper le bout des doigts avec des petits morceaux de papier avant de toucher le camphre.

Si, malgré ces précautions, les particules de camphre demeurent inertes, c'est qu'alors il y a une matière grasse en présence, dans ce cas la matière grasse ne peut provenir que du vase, qui, lors même qu'il a été rincé avec une lessive alcaline, a pu retenir un léger enduit de graisse; l'enlever est indispensable à la réussite de l'expérience.

On y parvient promptement, non par le frottage ou les lessives alcalines, mais simplement en faisant arriver dans le verre un filet d'eau qu'on laisse couler pendant que le liquide déborde; on réussit si bien qu'en moins de quelques secondes on peut dégraisser des verres qui avaient servi à des expériences précédentes.

Toutes ces précautions prises, le mouvement giratoire s'établit aussitôt que les lamelles de camphre sont sur l'eau. Si alors on plonge dans le liquide une baguette en verre, bien propre, dont l'une des extrémités a été frottée dans les cheveux, sur la tempe, le nez ou l'une des parties quelconques du corps, le mouvement giratoire du camphre s'arrête à l'instant; ce phénomène est si rapide qu'il étonne constamment les spectateurs.

On démontre que c'est bien à la diffusion instantanée de la graisse sur l'eau que le phénomène doit être attribué en répétant l'expérience avec une baguette en verre parfaitement propre; alors le mouvement giratoire continue.

Eh bien! ce qui se passe à l'égard du camphre se produit également lorsque le corps de l'homme est dans l'eau, la graisse l'isole, elle empêche le contact et rend l'absorption impossible.

Plusieurs physiologistes, reconnaissant la difficulté, disons même l'impossibilité de démontrer l'absorption directe de l'eau par la peau, ont pensé qu'elle pouvait s'établir secondairement par imbition de l'épiderme ou par osmose. En effet, du Trochet a eu le grand mérite de démontrer que si deux liquides de densité différente et miscibles sont séparés par une membrane perméable à l'un des deux liquides au moins, il se produit deux courants inverses et inégaux en intensité; c'est ce phénomène qu'il a nommé *endosmose* lorsque le courant marche de dehors en dedans, et *exosmose* lorsque la direction est en sens inverse. Graham a donné le nom d'*osmose* à l'ensemble de ces phénomènes.

La première condition pour que l'osmose puisse se produire, c'est que la membrane soit perméable et se laisse imbiber par le liquide qui la traverse. Or, dans le cas spécial qui nous occupe, la cloison membraneuse, qui est la peau, semblerait devoir être éminemment perméable, puisqu'elle est percée d'un nombre incalculable de pores et que certaines parties de l'épiderme, spécialement celles des pieds et des mains, sont facilement imbibées par les liquides.

Mais des obstacles insurmontables s'opposent à l'accomplissement du phénomène: 1° la présence de la graisse qui occasionne l'isolement; 2° la vitalité de la membrane qui s'oppose à l'échange des liquides, l'osmose, en effet, est un phénomène purement physique.

Lorsque l'homme est dans le bain, on expérimente avec des tissus vivants et non avec des matières inertes ou des corps privés de vie. « D'ailleurs, dit le professeur Longet, que de différences l'état de vie et la circulation ne doivent-ils pas établir entre les effets endosmosiques obtenus sur le vivant et ceux qu'on observe sur le cadavre! Évidemment il répugne au physiologiste de comparer une expérience dans laquelle deux liquides immobiles sont isolés par une membrane inerte, avec le cas où d'abord l'un des deux liquides est mû d'une impulsion rapide, où aussi la membrane intermédiaire est parcourue en tous sens par mille courants qui ne laissent jamais son tissu se gonfler et qui entraînent le fluide à absorber au fur et à mesure de son introduction.

« La nature et l'état des fluides, l'état physique des membranes, la disposition de leurs pores et partant le degré de perméabilité, rien ne se ressemble dans les deux cas. Ajoutons surtout qu'il ne saurait être permis au physiologiste de se borner à considérer, à l'instar des physiciens, les phénomènes physiologiques de l'absorption sous le seul rapport de l'imbibition et de l'endosmose. Il lui faut aussi connaître les changements de propriété et d'état moléculaire que subissent certaines substances pendant l'absorption, et étudier les modifications que les agents environnants, l'influence nerveuse, l'état de repos ou de mouvement, l'énergie variable de la circulation, les affinités différentes des substances par les tissus, l'état de maladie, etc., peuvent imprimer à cet acte important (2). »

3° *Preuves physiologiques*. La première qui nous est offerte par la nature elle-même est incontestablement la plus complète; elle se rapporte à l'enfant qui vient au monde et qui a passé toute son existence utérine dans un bain formé par l'eau de l'amnios; si la peau absorbait, les reins sécréteraient nécessairement, la vessie serait distendue par l'urine, et comme elle ne pourrait pas être expulsée, il y aurait trouble considérable dans les organes urinaires et dans tout l'organisme.

A quelle cause faut-il rapporter l'obstacle à l'absorption? Précisément à l'enduit sébacé qui recouvre toute la peau; les auteurs sont d'un avis unanime sur ce point; voici comment s'exprime l'un d'eux (1) : « L'absorption de l'eau par l'enveloppe cutanée est entièrement à démontrer. Dans les derniers mois de la gestation, l'enduit sébacé qui recouvre souvent la plus grande partie du fœtus rendrait à cette époque la pénétration impossible. »

A ce fait physiologique ajoutons encore la remarque que la structure même de l'épiderme est un obstacle au passage des liquides; cette membrane, formée de lamelles imbriquées, ne permet pas même à l'eau de s'échapper lorsqu'elle est contenue dans des vésicules formées par des vésicatoires ou par des brûlures; Magendie en a fait la remarque depuis longtemps, et chaque jour on peut en vérifier l'exactitude: dans cette circonstance, la présence d'un corps gras n'est pas même nécessaire pour faire obstacle au passage du liquide.

Il résulte de ce court exposé que trois causes s'opposent à l'absorption par la peau de l'eau et des sels qu'elle tient en dissolution : 1° la couche graisseuse qui lubréfie cette membrane et y adhère dans toutes ses parties; 2° la nature du liquide dans lequel plonge le corps; 3° la structure lamelleuse et imbriquée de l'épiderme.

Tous ces faits autorisent-ils à dire d'une manière absolue que la peau n'absorbe pas lorsqu'elle est dans le bain? Non, sans doute. Jusqu'ici nous n'avons examiné qu'une des conditions dans lesquelles la peau peut se trouver, nous l'avons supposée saine et intacte, et tout ce que nous avons dit est alors d'une exactitude rigoureuse; mais admettons actuellement que la peau est malade, qu'elle est atteinte d'une éruption herpétique qui, la rendant sèche, détruise la sécrétion huileuse normale, ou qu'il y ait une blessure, des ulcères ou des crevasses, ces conditions nouvelles changent la fonction et rendent possible, quelquefois même très-active, l'absorption cutanée. Or, dans l'exemple cité d'absorption opérée dans le bain, la femme portait sur le dos et sur la poitrine trente taches, plus ou moins grandes de lèpre vulgaire, affection qui, en détruisant la matière sébacée, rendait la peau sèche, et permettait que l'absorption devînt possible dans cette partie de la membrane cutanée.

Ce fait ne démontre-t-il pas qu'on commet une grosse erreur lorsqu'on compare des choses qui ne sont pas comparables entre elles.

Nous venons d'examiner les causes qui s'opposent à l'absorption des liquides aqueux par la peau; étudions maintenant les conditions favorables à l'accomplissement de cette fonction.

L'état et la nature des corps ont une influence décisive sur la faculté absorbante de la peau.

Les corps se présentent sous trois états : gazeux, liquide ou solide; leur propriété de pénétration dans l'organisation dépend de la ténuité de leurs molécules, ou de la faculté qu'ils possèdent de dissoudre la couche graisseuse étendue sur la peau :

1° Les molécules de tous les corps à *l'état gazeux* étant d'une infinie petitesse, pénètrent à travers les pores de la peau; l'absorption de l'oxygène atmosphérique est indispensable à l'hématose; si, accidentellement ou expérimentalement, la peau vient d'être enduite d'un corps qui en obstrue les pores et s'oppose d'une manière durable à l'introduction de l'oxygène, le sang n'est plus suffisamment révivifié, et l'asphyxie est inévitable.

C'est à l'introduction de l'oxygène et à son action sur le derme irrité qu'est due la douleur vive occasionnée par les brûlures récentes. On la fait cesser à l'instant en s'opposant à l'introduction du gaz par l'application d'une couche épaisse de coton, ou bien d'une couche d'une solution concentrée de gomme arabique recouverte aussitôt d'une large lame de baudruche, ou bien de collodion ou de tout autre corps ayant une action analogue.

2° *Les liquides* qui passent facilement à l'état gazeux sont absorbés également avec promptitude lorsqu'ils possèdent la propriété de dissoudre la graisse ou de se mêler exactement avec elle; tels sont l'éther, le chloroforme, l'alcool, les huiles essentielles, la benzine, la térébenthine, etc.; il suffit d'une cuillerée d'essence de térébenthine, ou d'essence de thym, de lavande, de romarin, etc., mêlée à l'eau d'un bain pour occasionner une irritation si vive que le séjour y est promptement impossible.

3° *Les corps solides*, susceptibles de se volatiliser, pénètrent également dans nos tissus par l'absorption : tels sont le camphre, le musc, le castoréum, etc. Les cantharides appliquées sur la peau, ne déterminent la vésification que parce que la cantharidine, volatilisée par la chaleur et dissoute dans la graisse, pénètre jusqu'au derme, et, quelquefois, par la circulation, jusque dans les organes les plus profonds.

D'autres corps solides, mais réduits à l'état de division moléculaire, sont encore susceptibles d'être absorbés lorsqu'ils sont mêlés à de l'axonge ou à de l'huile, constituant ainsi des pommades ou des liniments. Dans ces conditions, la friction qu'on opère sur la peau dissout ou mêle avec le nouveau corps gras la couche graisseuse naturelle et les sels alcalins déposés par la sueur; il se forme un savonule qui nettoie l'épiderme, met les pores en contact avec les corps médicamenteux et en facilite l'absorption; cette fonction s'exerce alors avec une liberté entière; les matières végétales, extraits ou sucs de plantes, ne résistent pas, le mercure, les iodures, les sels nombreux dont la médecine fait usage, pourvu qu'ils soient tous à un état d'extrême division sont absorbés et pénètrent dans l'organisme.

L'expérience démontre encore que des substances minérales ou végétales qui, par des causes diverses viennent à adhérer à la couche graisseuse qui enduit la peau, peuvent par suite de frottements, de la pression de vêtements ou de bandages, pénétrer dans cette matière, former une sorte de pommade qui met en contact direct, avec les vaisseaux absorbants, les corps étrangers et en permet ainsi l'absorption qu'une analyse chimique directe peut démontrer. Mais ces faits exceptionnels n'infirment en rien les règles que nous avons établies et qui nous autorisent à affirmer de nouveau que la peau saine plongée dans un bain ne peut pas absorber.

L'utilité d'une friction prolongée se révèle d'elle-même; c'est elle qui facilite et accélère le mélange du corps gras médicamenteux avec la couche graisseuse naturelle; elle renouvelle les surfaces, et, en irritant la peau, elle en active les fonctions.

Si nous ne nous trompons, la grande question de l'absorption par la peau, qui depuis fort longtemps divise les médecins, se trouve résolue physiologiquement et expérimentalement. Les incertitudes et les faits contradictoires en apparence s'expliquent actuellement de la façon la plus naturelle. Les erreurs tenaient à ce que la fonction de l'absorption cutanée était considérée dans son ensemble, tandis qu'il fallait spécifier les conditions qui la favorisent et celles qui s'opposent à son accomplissement.

La majorité des médecins hydrologistes sera-t-elle convaincue? C'est douteux; ces messieurs chercheront, probablement, à combattre par quelques expériences incomplètes, ou établies dans des conditions irrégulières, des faits irréfutables et qu'on peut reproduire en tous lieux, mais ils ne parviendront pas indéfiniment à substituer l'erreur à la vérité; déjà la conversion est presque totalement opérée chez les médecins allemands, elle a aussi d'habiles défenseurs en France et tous les jours la nouvelle doctrine fait des progrès; il est vrai que MM. les hydrologistes seront fort embarrassés pour expliquer l'action efficace des eaux minérales, mais leur trouble cessera s'ils veulent bien étudier les ouvrages que j'ai publiés depuis plusieurs années et qui donnent, je le crois, la solution définitive des difficultés qui les arrêtent (1).

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'expression des sentiments distingués de votre dévoué confrère,

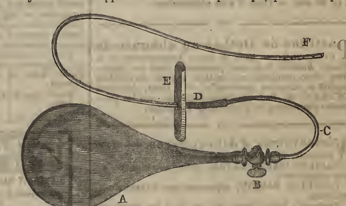
SCOUTETTEN.

A M. le Président de la Société de chirurgie.

Monsieur le président,

Dans la séance de la Société de chirurgie du 30 décembre dernier, M. Verneuil a présenté comme nouveau un appareil dont il s'est servi dans la thoracentèse pour épanchements purulents, afin de procurer un écoulement continu ou intermittent du pus à l'abri du contact de l'air et pour éviter la pénétration de celui-ci dans la poitrine; enfin, pour éviter l'irritation que cause sur le poumon une canule métallique laissée à demeure, susceptible d'ailleurs de se déplacer. Le procédé de M. Verneuil, qui consiste à introduire par la canule métallique du trois-quarts restée en place une sonde ou tube de caoutchouc, percée de dix à douze trous à son extrémité pénétrante, à retirer ensuite la canule métallique, quand celle-ci a pénétré dans la poitrine, à adapter à l'extrémité libre du tube une baudruche qui, plongée dans un bassin plein d'eau, laisse écouler le pus à l'abri du contact de l'air, est très-exactement celui que j'ai employé, il y a cinq ans, en présence de mon honorable confrère M. Barth, sur un malade qui conserva l'appareil cinquante jours, et chez qui nous fîmes de nombreuses injections; c'est exactement le même que j'employai, il y a trois ans, chez un second malade, en présence du même confrère, avec l'assistance de M. le docteur Dalpiaz. L'appareil put rester en place trois mois dans ce dernier cas. M. Barth l'a employé lui-même dans plusieurs cas. Mais cet appareil, ou plutôt ce procédé opératoire, exige de très-grandes précautions, quand on veut faire des injections et un manuel méticuleux. En outre, il nécessite l'assistance d'aides intelligents. Pour obvier à ces inconvénients, j'ai, pour d'autres malades, apporté une modification nouvelle et bien simple à cette instrumentation. Le tube de caoutchouc, vulcanisé, est le même; seulement à son extrémité libre, et quand il est en place, j'adapte un récipient en caoutchouc vulcanisé, à parois aussi minces que la baudruche, muni d'un robinet à double ouverture, après que par la pression j'ai fait le vide dans sa cavité. Ce récipient peut contenir un demi-litre. Une fois en place, on n'a qu'à ouvrir le robinet et le pus de la poitrine s'écoule dans le récipient à l'abri du contact de l'air. Quand le récipient est plein, on ferme le robinet, qui reste fixé au tube conducteur, on enlève le récipient, on le vide et on le lave. Si on veut faire une injection, on met le liquide dans le récipient, en ayant soin de le remplir exactement; puis, l'adaptant au robinet et ouvrant celui-ci, on fait pénétrer à volonté l'injection, que l'on reprend ensuite dans ce même récipient, après avoir rouvert le robinet, et après le temps jugé convenable. Cet appareil ne nécessite point l'assistance d'un aide; l'opérateur peut agir tout seul. Il y a mieux, le malade opère tout seul et à différentes heures du jour l'évacuation du pus nouvellement accumulé dans la cavité pleurale. C'est dire que cet appareil résout, d'une manière complète, le problème de laisser en place pendant longtemps une évacuation du pus, en préservant de la pénétration et du contact de l'air, en préservant les poumons de toute irritation, etc.

Il y a dans cet appareil une troisième partie qui, pour n'être pas



A, récipient muni d'un robinet à double ouverture. — B, robinet auquel on adapte l'extrémité libre du tube quand il est en place et fixé. — C, extrémité libre du tube en caoutchouc. — D, gaîne en caoutchouc se terminant par une plaque E en caoutchouc perforée au centre et destinée à laisser glisser le tube. — F, extrémité percée de plusieurs trous et qui doit pénétrer dans la poitrine.

aussi essentielle, a cependant ses avantages. Le tube, introduit dans la cavité pleurale, tend toujours à s'échapper au dehors, soit dans l'expiration, soit dans les quintes de toux, soit enfin dans les divers mouvements exécutés par le malade. A cet effet, il y a une gaîne avec des

(1) Voir : Professeur Nicklès : *Recherches de chimie appliquée*. « Sur la recherche des corps gras au moyen de la force épipolique. » — Mémoires de l'Académie de Stanislas, année 1865, p. 385 et suiv. — Voir aussi le *Journal de pharmacie*, année 1864, t. 45, p. 105.

(2) Longet, *Traité de physiologie*, t. Ier, p. 291.

(1) Joulin, *Traité complet d'accouchements*. 1867, p. 295; art. *Nutrition du fœtus*.

(1) *De l'électricité considérée comme cause principale de l'action des eaux minérales sur l'organisme*. 1 vol. in-8. Paris, 1864. — *De l'origine des actions électriques développées au contact des eaux minérales avec le corps de l'homme et l'absorption par la peau*. In-12. Paris 1866 (Extrait de la *Gazette des eaux*, Juillet 1866).

ailes en caoutchouc, dans laquelle on fait glisser le tube une fois en place, et qu'on amène jusqu'au contact des parois thoraciques, pour la fixer avec des cordons plats ou rubans autour du thorax. C'est quand l'appareil est ainsi fixé qu'on adapte le récipient.

Cet appareil, que j'ai déposé, il y a trois ans, à l'Académie de médecine, est destiné à l'évacuation intermittente ou continue du pus de toutes les cavités qui en contiennent, pour éviter sa *contamination* par le contact de l'air. C'est ainsi que je l'ai employé dans un énorme abcès par congestion, faisant saillie dans la fosse iliaque droite. Il est resté en place pendant six mois chez cette malade, qui a pu manœuvrer elle-même constamment et faire de nombreuses injections. Cette malade a pu échapper, par ce procédé, à l'infection purulente. Il lui reste encore, à l'heure qu'il est, un trajet fistuleux, qui fournit encore un peu de pus, preuve qu'elle n'est pas complétement guérie au bout de deux ans et demi; mais tout laisse espérer que la cure sera définitive. Quand elle aura lieu, j'en publierai l'observation *in extenso*, autant pour donner un cas de guérison radicale, que pour prouver qu'on ne doit pas considérer comme guéris des malades à qui il reste encore un trajet fistuleux.

Le hasard, ce grand destin aveugle, m'a rendu témoin de trois décès dans trois cas proclamés guéris depuis trois et quatre ans et dont les sujets avaient continué à avoir des trajets fistuleux suppurants.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie mon appareil que j'ai soumis, il y a trois ans, à l'Académie de médecine.

J'ai l'honneur d'être, etc ABEILLE.

Grubwiller, ce 1er février 1869.

Monsieur et très-savant confrère,

Dans le dernier numéro de votre estimable journal, vous avez publié un intéressant travail *sur la thoracentèse capillaire dans le traitement des épanchements pleuraux.*

Permettez-moi de vous faire observer que je crois avoir eu longtemps avant M. Blachez l'idée de cette opération. En effet, dans un mémoire sur l'*empyème* publié en 1862 dans la *Gazette des Hôpitaux*, pages 314 et 315, j'ai dit :

« La meilleure manière de pratiquer la thoracentèse consiste dans l'emploi d'un trocart capillaire qui, produisant un écoulement lent du liquide, préserve le malade de quintes et toux très-pénibles, et permet au poumon de reprendre insensiblement son expansion normale. »

Je n'ai pas besoin de vous dire combien je suis heureux de voir cette idée confirmée par un observateur aussi distingué que M. Blachez.

La piqûre, du reste, et si peu douloureuse, que je crois que dans la majorité des cas on pourra se dispenser d'appliquer l'anesthésie locale.

Agréez, etc. Dr PICARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 février 1869, M. le docteur Guy a été nommé chevalier de la Légion d'honneur pour sa belle conduite et son dévouement pendant les graves accidents de mer survenus à bord du paquebot transatlantique *le Pereire*, le 21 janvier 1869.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sollier, médecin-major de 1re classe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bône.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Observations sur la curation des maladies organiques de la langue, précédées de considérations sur les causes et le traitement des affections cancéreuses en général, par le docteur DÉCLAT. — 1 fort vol. in-8. Prix : 8 francs.

Études sur la dysménorrhée membraneuse, par le docteur Jules TROQUE. — In-8 de 84 page. 1869. Prix : 1 fr. 50 c.

Traité pratique et raisonné des plantes médicales indigènes. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine et par la Société de médecine de Marseille, par F. J. CAZIN, chevalier de la Légion d'honneur, etc. Troisième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée, par le docteur Henri CAZIN, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un très-fort volume grand in-8 de plus de 1200 pages, avec atlas de 200 plantes, du même format, solidement cartonné à l'anglaise. — Prix : figures noires, 20 francs; figures coloriées, 27 francs.

Recherches sur la région de l'ombilic et les fistules hépatiques ombilicales, par le docteur H. DE LIGNEROLLES, ancien interne des hôpitaux de Paris. — In-8°. Prix : 2 fr. 50 c.

De la paralysie du nerf moteur oculaire commun, par M. le docteur Henri CASSOULET. — In-8. Prix : 2 fr. 50 c.

Dieu, l'homme et ses fins dernières, études médico-psychologiques par le docteur FABRICIUS, 2e édition. — 1 vol. in-8. Prix : 2 fr.

Des rétinites secondaires ou symptomatiques, par le docteur BOUSSEAU, ancien interne des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-8 avec 4 planches coloriées. Prix : 5 francs.

Les institutions médicales aux États-Unis de l'Amérique du Nord, rapport présenté à Son Excellence le Ministre de l'Instruction publique par le docteur DE VALCOURT. — 1 vol. in-8. Prix : 3 francs.

Des battements du foie dans l'insuffisance tricuspide, par le docteur MAHOT, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc., etc. — 1 vol. in-8 avec figures. Prix : 2 fr. 50 c.

Cannes et son climat, par le docteur Th. DE VALCOURT. Seconde édition revue et augmentée, accompagnée de 2 vues photographiques et de 3 tableaux météorologiques. — 1 vol. in-12 de 158 pages. Prix : 3 francs.

Quelques remarques sur les théories de l'ataxie locomotrice progressive, par le docteur USPENSKY. — In-8. Prix : 75 centimes.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an.	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 10 février 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance d'hier a été presque entièrement occupée par un rapport de M. Chauffard. Nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié une lecture très-écoutée qui fut faite dans la séance du 28 mai de l'année dernière par M. le docteur Bailly, médecin à Bains, sur une épidémie de fièvres catarrhales. Nous avons fait ressortir à cette époque, dans quelques lignes du premier-Paris, l'intérêt de la question d'épidémiologie et de nosologie soulevée dans le mémoire de M. Bailly, exprimant le désir que cet intéressant travail ne passât point inaperçu et qu'il devînt l'objet d'un rapport. Notre désir a été entendu et notre vœu accompli, grâce au zèle bien connu de M. Chauffard et à l'attrait qu'ont pour lui toutes les questions qui touchent à la nosologie et à la pathologie générale.

Il s'agissait, si l'on s'en souvient, dans le mémoire de M. Bailly, de montrer par l'exemple d'une épidémie de fièvres catarrhales, étudiée et analysée dans ses éléments complexes avec une grande sagacité clinique, que des maladies nosologiquement différentes en apparence, telles que des pneumonies, des pyrexies sans détermination précise, des suettes, pouvaient relever en réalité des mêmes conditions étiologiques et n'être que des formes ou des expressions différentes d'un même état morbide, traduisant sous ses apparences diverses l'influence commune d'une constitution médicale spéciale.

M. Chauffard, en donnant des éloges sans restriction à la partie clinique du travail de M. Bailly, s'est considéré comme contraint à des réserves sur la partie théorique et dogmatique. Les développements très-étendus qu'il a donnés à son rapport ont pour objet de justifier et ces éloges et ces réserves.

Nous n'avons pas besoin de nous arrêter sur la justification des éloges. Le peu que nous avons dit du travail de M. Bailly, lors de sa lecture, était de nature à faire pressentir d'avance que nous nous y associerions pleinement.

Quant aux réserves que fait M. Chauffard, elles portent, venons-nous de dire, sur la partie théorique et dogmatique du mémoire, et, en particulier, sur la prétention de l'auteur de réformer la pathologie traditionnelle des affections catarrhales, qui procéderaient, suivant lui, d'un ferment spécial, les faisant ainsi rentrer dans l'ordre des maladies infectieuses et spécifiques, et supprimant, d'un trait, toutes les influences de milieu. Les raisons sur lesquelles M. Bailly se fonde pour repousser l'étiologie commune des affections catarrhales et lui substituer sa nouvelle théorie étiologique, ne paraissent pas à M. le rapporteur suffisamment convaincantes. Il serait trop long de suivre ici pas à pas l'argumentation très-savante et peut-être un peu prolixe à laquelle s'est livré M. Chauffard sur ce sujet. Il est cependant d'un trop grand intérêt en nosologie et en pratique, pour que nous n'eussions pas quelque regret de ne nous y être pas arrêté un instant. Mais afin de mieux nous guider dans cette difficile analyse, nous attendrons que le rapport de M. Chauffard ait été publié dans le *Bulletin* de l'Académie.

Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. VERNEUIL.

PHLEGMON DIFFUS DU BRAS

consécutif à une saignée pratiquée sur un albuminurique.

(Lu à la Société de chirurgie.)

Le développement d'accidents graves à la suite de blessures insignifiantes et d'opérations légères, la saignée en particulier, a été observé bien des fois, mais n'a pas toujours reçu d'interprétation satisfaisante.

Pour la phlébotomie, on a accusé la lancette d'avoir inoculé une substance septique, et l'on s'est contenté d'ordinaire de cette explication contre laquelle proteste naturellement le propriétaire de l'instrument. J'admets cette cause, mais il est clair qu'elle ne peut être invoquée que dans des cas exceptionnels, et qu'il faut chercher simultanément, dans l'état général du sujet et dans le milieu qu'il occupe, la raison plus acceptable de l'invasion des accidents.

L'étude du diabète a commencé à ouvrir les yeux sur cette influence générale. Il est aujourd'hui démontré que chez les glycosuriques la moindre égratignure peut amener des inflammations phlegmoneuses ou gangréneuses de mauvaise nature, qui, en dépit du traitement le plus actif, se terminent fatalement en quelques jours ou en quelques semaines au plus.

Mais l'adultération du sang par la glycose n'est point seule capable d'entraîner ces morts inattendues.

L'alcoolisme est tout aussi redoutable. J'ai vu plusieurs fois de petites plaies des membres inférieurs amener, chez des sujets très-vigoureux, des angioleucites que rien ne pouvait entraver et qui se terminaient rapidement avec tous les symptômes du *delirium tremens* le plus grave.

La relation qui existe entre la glycosurie et l'albuminurie pouvait faire prévoir que cette dernière affection influencerait tout aussi défavorablement la marche des lésions traumatiques et prédisposerait au développement d'inflammations diffuses de mauvaise nature.

En effet, M. Gubler, dans l'article *Albuminurie* du *Dictionnaire encyclopédique* (p. 502), note explicitement cette propension funeste. On voit apparaître des eschares tantôt spontanées, tantôt succédant à la moindre écorchure, à une légère brûlure, aux piqûres, aux scarifications qu'on pratique contre l'œdème.

Le fait suivant, observé avec attention, montre que, comme chez les diabétiques, la saignée peut occasionner, en cas d'albuminurie, un phlegmon des plus graves.

V..., 34 ans, belge, carrier, de bonne constitution, entré à Lariboisière le 16 décembre 1868, salle Saint-Augustin. n° 8 (1).

Cet homme, dont l'intelligence est fort obtuse, fournit les renseignements suivants. Il a toujours joui d'une bonne santé, mais sa profession l'expose à se refroidir alors que son corps est en sueur. Il dit être sobre, ne boire jamais d'eau-de-vie et consommer à peine, avec sa femme, un litre de vin par jour.

En novembre 1868, il s'est foulé le poignet et a gardé le repos pendant quelques jours. Vers la fin du mois et sans cause connue, il accuse du malaise et constate que sa face et tout son corps présentent un léger gonflement.

Une sage-femme lui promet de le guérir et lui pratique une saignée du bras probablement le 1er décembre. V... rentre chez lui et ressent dès le lendemain, dans le bras, des douleurs vives accompagnées d'une tuméfaction considérable; un phlegmon diffus se déclare et suit sa marche sans autre secours que des applications de cataplasmes.

Un médecin, appelé alors que le membre est parsemé d'eschares, se contente de pratiquer des injections. Il attribue l'accident à l'impureté de la lancette et l'affirme dans un certificat que nous avons eu sous les yeux.

Voici ce que nous constatons lors de l'entrée du malade :

Vaste phlegmon diffus du bras gauche envahissant le bras jusqu'à l'insertion du deltoïde et la moitié supérieure de l'avant-bras. Il est resté confiné dans la couche sous-cutanée. Huit ouvertures, dont plusieurs offrent de 4 à 5 centimètres d'étendue, livrent passage à des flots de pus et à des lambeaux de tissu cellulaire mortifié. La peau est largement décollée dans les intervalles.

L'état général est mauvais. Face pâle, lèvres décolorées, expression d'hébétude. Pouls petit, fréquent, peau chaude sans sécheresse, un peu de constipation, ventre souple; cependant la langue est humide et le malade réclame avec des larmes de la nourriture dont on l'a privé depuis plusieurs jours. On prescrit un purgatif, l'excision des débris sphacélés et des injections chlorurées.

Le lendemain on examine les urines qui sont d'un brun sale et renferment manifestement une certaine proportion de sang. Elles contiennent une forte proportion d'albumine. Le précipité obtenu s'accumule au fond du tube et en remplit environ le quart. C'est alors que l'on recueille les antécédents qui prouvent l'existence d'une albuminurie antérieure à la saignée. On ne trouve de glycose ni alors ni dans les examens suivants.

On prescrit des bains de bras d'une heure deux fois par jour, des badigeonnages iodés aux limites du phlegmon, des cataplasmes émollients. Repos au lit. Alimentation substantielle que le malade affamé réclame toujours avec ardeur.

Le 23, les urines ont toujours conservé la même coloration, l'albumine a cependant diminué.

Le 24, poussée érythémateuse couvrant tout le bras avec douleurs. Malaise et fièvre. Point de bourrelet périphérique comme dans l'érysipèle. Teinte livide de la peau envahie. Même teinte des bourgeons charnus. Suppuration diminuée et de mauvaise nature. Purgatif.

A deux reprises différentes, ces poussées érythémateuses se reproduisent, et chaque fois l'urine devient simultanément plus sombre et plus chargée d'albumine.

Les forces, que l'alimentation avait paru rétablir, baissent sensiblement, la langue se sèche, l'appétit disparaît. Soif vive. Nausées soir et matin. Frissons erratiques. Œdème des pieds et des jambes. Un peu de bouffissure de la face. Ballonnement du ventre; peut-être un peu d'ascite. Mauvais aspect du bras gauche, nulle tendance à la cicatrisation malgré les pansements les plus minutieux. Le cœur, le foie sont examinés avec soin et nous ne trouvons rien. La palpation dans la région rénale est à peine douloureuse. Pour combattre la congestion rénale et l'albuminurie, on prescrit, le 20 décembre, le tannin à la dose d'un gramme et 125 grammes de vin de quinquina.

Cette médication modifia de la manière la plus prompte et la plus favorable l'état local et aussi les urines, car depuis longtemps, tout en renfermant encore beaucoup d'albumine, elles ont repris une limpidité parfaite.

Au bras, disparition complète du gonflement, de la rougeur et des douleurs. Les poussées érythémateuses ont cessé. La suppuration s'est presque tarie, et la peau s'est recollée en quelques jours. Les perforations de petite dimension se sont rapidement comblées, puis cicatrisées. Il ne reste que trois plaies d'ailleurs fort réduites et recouvertes de bourgeons charnus d'assez bon aspect qui fournissent à peine quelques grammes de pus.

Ce changement dans l'état local a été des plus surprenants, et aujourd'hui les vestiges du phlegmon diffus sont presque insignifiants.

Malheureusement, la maladie générale n'a pas suivi une marche aussi favorable : l'œdème s'est généralisé. Il existe actuellement une ascite volumineuse; les fonctions digestives sont languissantes et il a paru nécessaire de supprimer le tannin après huit jours. 25 janvier.

On administre en ce moment un peu de quinquina; les frictions sèches sur toute la surface du corps, matin et soir; les bains de vapeur tous les deux jours.

Le malade est triste et abattu. Souvent somnolent, toujours indifférent. Il n'accuse aucune douleur et soupire seulement après le retour de ses forces et de son appétit. Tout porte à croire que l'état cachectique dans lequel il se trouve se terminera prochainement par la mort.

Je pourrais commenter longuement cette observation, si je voulais discuter complétement les rapports qui existent entre les lésions traumatiques et l'albuminurie, à savoir l'influence que celle-ci, existant antérieurement, exerce sur la marche de la réparation organique et sur les accidents qui traversent le cours de la cicatrisation, et réciproquement la part que prennent les blessures et les opérations à la production de l'albuminurie. Mais ce débat serait prématuré en raison du trop petit nombre de faits bien observés que nous possédons. J'ai vu, pour ma part, quelques cas où la coïncidence a été évidente, mais j'ai, à mon grand regret, négligé d'en prendre la relation complète.

J'ai pratiqué la résection de l'épaule, presque *in extremis*, à un vieillard épuisé par la suppuration et qui était en même temps albuminurique. Il a succombé promptement.

J'ai fait la résection sous-périostée de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil sur un jeune homme qui, pendant le cours de la cicatrisation, a été pris d'albuminurie aiguë, que quelques grammes de tannin ont facilement dissipée.

Deux fois dans le cours de maladies graves des voies urinaires, j'ai vu se développer des albuminuries également passagères; l'une, cependant, a duré trois mois.

Dans un cas, il s'agissait d'une rétention d'urine chez un vieillard à grosse prostate. On avait fait dans le canal plusieurs fausses routes. Dans l'autre, un calcul avait amené des désordres locaux et des symptômes généraux des plus graves. La taille médiane avec lithotritie périnéale amena la guérison; mais pendant la convalescence, l'urine se chargea d'albumine pendant trois ou quatre semaines.

La relation entre les opérations et la néphrite albumineuse a été déjà, du reste, signalée par Rosenstein (Jaccoud, *Clinique médicale*, p. 647), et Billroth avance que l'albuminurie se développe dans les suppurations osseuses de longue durée (Traduction française, 528, 545).

La question est donc posée, et il est à espérer qu'elle sera prochainement résolue, car elle intéresse à un haut degré le pronostic et les indications thérapeutiques et opératoires.

Dès à présent, on peut, sans se compromettre, affirmer que la présence de l'albuminurie dans l'urine assombrit singulièrement le pronostic des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales; que, par conséquent, elle doit imposer au praticien une grande réserve dans l'emploi de l'instrument tranchant. De la réserve à l'abstention complète, il y a loin, et je ne vais pas jusqu'à dire qu'il faut rejetter toute opération en pareil cas. L'urgence en certains cas fait taire tous les scrupules. C'est ainsi que, l'été dernier, j'ai pratiqué une trachéotomie sur un enfant de dix ans, en état d'anasarque albuminurique, consécutif à une scarlatine grave. Contre mes prévisions, l'opération a réussi et je dois dire même que la plaie a suivi ses phases d'une manière tout à fait normale; ce qui prouve, une fois de plus, qu'en pratique il n'existe guère de règle absolue.

(1) Les détails de cette observation ont été recueillies par M. Morel d'Arleux, élève stagiaire du service.

OBSERVATION D'UN CAS DE FIÈVRE RÉMITTENTE

à forme pernicieuse, avec état typhoïde

Par le docteur NOBLET, aux Batignolles.

M. A... T... C..., commandant d'état-major, âgé de quarante-six ans, d'une très-bonne constitution, n'a jamais eu autrefois de maladie sérieuse. En 1863, à la suite de chagrins et d'une vive émotion, il contracta une fièvre intermittente sans gravité et de courte durée

Depuis cinq ans, il passe une partie de l'année en Algérie, où il dirige des opérations géodésiques.

Revenu à Paris le 10 juillet 1868, il repartit le 3 septembre pour les environs de Philippeville. Un mois après, le 3 octobre, il fut pris de la fièvre rémittente, dont la plupart de ses hommes étaient déjà atteints. Il continua néanmoins son travail au milieu des terrains marécageux; victime de son devoir, il ne parvint pas à se guérir complétement de cette fièvre paludéenne.

Le tartre stibié et le sulfate de quinine, bases de son traitement d'alors, n'empêchèrent point un second accès qui eut lieu le 18 octobre; et circonstance à noter, M. T... éprouva, à peu d'intervalle l'une de l'autre, deux lypothymies, pendant son séjour sur les montagnes environnantes. Les plus violents accès de fièvre ne furent jamais accompagnés de la violente céphalalgie dont il se plaignit à son retour; leur type ne permit pas de les classer dans les fièvres intermittentes, à accès périodiques nettement caractérisés.

Ce fut le dimanche 15 novembre qu'il revint à Paris, faible et conservant une fièvre assez prononcée. Le soir, il mangea cependant avec quelque appétit; et je fus appelé le lendemain 16 novembre.

On rencontre si rarement à Paris ce genre d'accidents que je demande la permission de présenter l'observation dans ses détails.

16 novembre. 90 pulsations, langue chargée, ventre légèrement ballonné avec tendance à la constipation. Le foie déborde de deux travers de doigts le rebord des fausses côtes; la rate mesure 8 centimètres en hauteur. Un peu d'emphysème au sommet du poumon gauche.

Prescription. — Prendre, au commencement de l'un des repas, un des paquets suivants :

Magnésie anglaise .... } 0 gr. 30
Rhubarbe de Moscovie..... } *aa*
Pour une prise.

Et, à l'autre repas, 5 des pilules suivantes :

Extrait mou de quinquina... } 0 gr. 05
Sulfate de quinine.......... } *aa*
Pour une pilule.

Tisane de centaurée.

Je ne donnai pas d'autres évacuants que les prises indiquées plus haut, le malade disant avoir été soumis à de nombreuses purgations peu de jours auparavant.

17 novembre. Inappétence, fièvre, céphalalgie. Le malade se met lui-même au bouillon pour tout aliment.

18 novembre. La fièvre augmente, et M. T... neveu, qui eut l'obligeance de noter avec exactitude les differentes phases de la maladie, compta 115 pulsations.

19 novembre. Pouls à 110; ventre douloureux à la pression, langue blanche, urines limpides. Le malade exprime le désir d'être vigoureusement purgé.

On lui donne, de quart d'heure en quart d'heure, dans une cuillerée de tisane, et une par une, les quatre pilules suivantes :

Gomme gutte.......... }
Aloès.................. } 0 gr. 30
Résine de scammonée... } *aa*
Calomel à la vapeur.... }
Sirop de sucre.......... Q. S.
Pour quatre pilules.

L'action fut lente à se produire. Cependant il y eut dans la soirée trois garde-robes assez copieuses.

20 novembre. La fièvre a augmenté : 120 pulsations, pouls plein et régulier. Le malade souffre moins du ventre, mais se plaint d'avoir encore l'estomac embarassé. La langue est un peu moins chargée.

On administre 20 grammes d'eau-de-vie allemande dans un quart de verre d'eau sucrée. On pose des sinapismes aux hypochondres.

21 novembre. Moins de chaleur à la peau : 95 pulsations seulement, amélioration dans l'état général; mais il y a encore du ballonnement, de la douleur à la pression de l'épigastre et surtout de la fosse iliaque droite.

On donne 30 grammes d'huile de ricin dans une tasse de bouillon gras, et, après l'action purgative, 6 pilules d'extrait mou de quinquina et de sulfate de quinine. Comme boissons, de la limonade, du sirop de groseilles et l'eau de seltz. Quelques cuillerées de vin de Bordeaux, bouillon, potage. Ce genre d'alimentation n'ayant jamais cessé d'ailleurs d'être prescrit au malade.

Les selles assez abondantes contiennent des débris d'épithélium. Le malade se trouva faible dans la soirée.

22 novembre. Vers trois heures du matin, prostration complète, qui dure encore à dix heures et demie, au moment de ma visite. Le malade ne peut me reconnaître : état comateux. Pouls à 90; remarquablement dicrote. Soubresauts des tendons. Le malade grimace quand on comprime la fosse iliaque droite. Râles muqueux et sibilants disséminés dans chaque poumon.

On maintient des compresses froides sur la tête; et, sur le ventre, une flanelle arrosée d'huile de camomille camphrée; — deux lavements émollients.

Cet état de torpeur persiste jusqu'à quatre heures et demie du soir, moment où, après le second lavement émollient, le malade reconnaît les personnes qui l'entourent, peut se rendre de sa chaise percée à son son lit, en faisant douze à quinze pas, et se recoucher presque seul.

23 novembre. L'amélioration persiste; même prescription.

Mais, à deux heures de l'après-midi, frisson de dix à quinze minutes de durée, retour de l'apathie, de la somnolence, enfin du coma. — 80 à 85 pulsations; le pouls n'est plus dicrote.

Urine extrêmement chargée.

On ne peut songer à administrer quoi que ce soit à l'intérieur. — Compresses froides et glacées sur le front. — Lavements émollients.

24 novembre. Persistance du coma. Pouls plein, à 70.

Le malade se réveille un instant, et éprouve une lipothymie. Inégale dilatation des pupilles, qui ne se contractent plus sous l'influence de la lumière. — État des plus graves.

On pose six sangsues à chaque apophyse mastoïde, et on laisse couler le sang pendant deux heures. — On maintient sur le ventre où les sinapismes ont occasionné plusieurs phlyctènes, tantôt des cataplasmes émollients, tantôt une flanelle arrosée d'huile camphrée; et on administre un quart de lavement ainsi préparé :

Eau	150 grammes.
Jaune d'œuf	numéro 1.
Camphre en poudre...............	1 gramme.
Laudanum de Sydenham........	10 gouttes.

A quatre heures du soir, le coma tend à disparaître. L'amélioration est remarquable, à ce point qu'à sept heures et demie, le malade me reconnaît, et répond en grande partie aux questions que lui adresse mon très-distingué et obligeant confrère, le docteur Siredey, appelé en consultation.

La langue, moins chargée que les jours précédents est blanche et élargie. Les muqueuses sont décolorées. Il y a affaiblissement général du murmure respiratoire: on entend, principalement à droite, quelques râles muqueux et sous-crépitants. La différence de diamètre des deux pupilles est maintenant à peine sensible.

En présence d'accidents aussi graves, nous courons au plus pressant. Nous prescrivons 1 gr. 50 de sulfate de quinine à prendre en trois fois de quatre heures en quatre heures; puis, des stimulants, infusion de thé et de café; du bouillon.

25 novembre. Le reste de la nuit et de la matinée se passent bien; le malade prend son bouillon et ses infusions; et il est moins indifférent à ce qui l'entoure. Toutefois, à quatre heures du soir, la somnolence apparaît. — 65 à 70 pulsations. La torpeur est moindre, mais la difficulté d'avaler plus grande encore que dans les accès précédents, — trismus. La langue est chargée d'un enduit noirâtre, le ventre douloureux. État de moiteur considérable. A dix heures et demie on compte 75 à 80 pulsations. La troisième dose de sulfate de quinine a dû être prise en lavement.

A deux heures du matin, la difficulté d'avaler augmente encore jusqu'à quatre heures du matin, où diminuent en même temps la torpeur et le trismus. Le malade ouvre lui-même la bouche pour boire.

A 7 heures, le malade a recouvré sa connaissance. Son pouls à 80 est bon et régulier. L'émission des urines cesse d'être involontaire; et l'urine est moins chargée et moins rouge que les jours précédents.

26 novembre. A dix heures, je trouve M. T... dans un état plus satisfaisant. Il me reconnaît; je puis le faire asseoir sur son lit, ce qui me permet de constater l'état de la respiration, particulièrement aux deux bases en arrière, où la stase sanguine donne lieu à des râles muqueux et sous-crépitants. La céphalalgie persiste; il y a encore un peu de tympanite et quelque douleur à la palpation de l'abdomen.

1 gr. 50 de sulfate de quinine en trois prises. Sinapismes aux extrémités inférieures. — Lavement d'infusion de camomille. Compresses froides sur la tête.

Rien de particulier jusqu'à une heure et demie. A ce moment, nouveaux symptômes d'accès, somnolence, puis coma, sans trismus. Pouls à 72. On donne la seconde dose de sulfate de quinine, deux tasses d'infusion de café, et le coma diminue sensiblement.

A deux heures et demie, l'amélioration se prononce davantage; les membres refroidis reprennent leur chaleur. Le malade a de plus en plus conscience de lui-même. A six heures, la somnolence revient et persiste jusqu'à huit heures, accompagnée de sueurs profuses. Pouls à 70. Ventre peu distendu et peu sensible à la pression. Fatigue générale. La pupille droite est encore un peu plus dilatée que la gauche. Cependant, à huit heures et demie, le malade conserve assez de force pour se rendre lui-même à sa chaise percée, en n'étant que légèrement soutenu par les personnes qui l'entourent. Dans la nuit du 26 au 27, le sommeil est calme et le pouls régulier à 72.

27 novembre. 60 pulsations. Le malade conserve de la faiblesse, du murmure respiratoire, des râles muqueux, principalement à droite, du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Les urines sont plus claires, exemptes de sédiment, mais teintes par la matière colorante de la bile. La transpiration est considérable et va toujours en augmentant jusqu'au milieu de la journée; les bras sont particulièrement le siége de cette moiteur. Le bouillon et le vin sont pris plus volontiers; les idées sont plus précises; mais M. T... ne conserve nul souvenir de ce qui s'est passé les jours précédents, surtout dans la matinée du 24 novembre.

On donne encore un gramme de sulfate de quinine en deux doses.

28 novembre. L'état est aussi satisfaisant que possible. La langue est humide et moins saburrale. 56 pulsations.

On n'administre plus que 50 centigrammes de sulfate de quinine en deux doses.

29 novembre. La fièvre n'a pas reparu : 62 pulsations. Mais les urines sont plus chargées depuis la veille au soir. Elles déposent un sédiment rouge-brique. On constate encore un peu de gargouillement.

30 novembre. Disparition des râles muqueux et sous-crépitants; plus de gargouillement ni de douleur à la pression de la fosse iliaque droite. Les urines restent très-épaisses pendant toute cette journée. 62 pulsations.

1er décembre. 60 pulsations le matin, 67 le soir. Convalescence de plus en plus prononcée. La rate, qui a diminué progressivement ainsi que le foie, mesure à peine 5 centimètres, et le foie ne dépasse pas le bord des fausses côtes. Les urines sont claires. Le malade reste levé trois heures et on augmente chaque jour la quantité d'aliments.

2 décembre. L'état demeure très-satisfaisant.

On donne au malade du vin de quinquina, et il reprend pendant quelques jours encore les pilules d'extrait mou de quinquina et de sulfate de quinine, autrefois prescrites : 6 par jour.

Le 11 décembre, l'amélioration s'est maintenue. Le malade prend un grand bain simple, de trois quarts d'heure de durée, avec friction à la suite du bain. On donne trois pilules de Vallet chaque jour, du vin et de la décoction de quinquina, quelques prises de magnésie et rhubarbe, quand la constipation tend à reparaître; en un mot on ne songe plus qu'aux toniques comme moyen de traitement, sans perdre de vue le sulfate de quinine à la moindre apparition de symptômes imprévus ou bizarres, quel que soit leur siége.

Plus d'un mois après, dans le courant de janvier, je constate avec satisfaction qu'aucun accident n'a reparu.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 9 février 1869. — Présidence de M. Blache.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Les rapports d'épidémies par M. le docteur Contesse (de Lons-le-Saulnier), et M. le docteur Yvonneau (de Blois).

2° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Aube, des Deux-Sèvres et du Finistère. (Commission des épidémies.)

3° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Lamalou (Hérault), par M. le docteur Privat, et de Forges (Seine-Inférieure), par M. le docteur Caulet. (Commission des eaux minérales.)

4° Un mémoire de M. Bœsch (de Schelestadt) sur l'aliénation mentale. (Commissaire, M. Baillarger.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La lettre suivante de M. le professeur Scoutetten (de Metz), sur la question de l'absorption cutanée, à propos de la communication faite par M. Tardieu dans la dernière séance :

« Metz, le 7 février 1869.

« Monsieur le Président,

« La communication intéressante faite par M. Tardieu à l'Académie de médecine, dans la séance du 4 février 1869, y a provoqué des remarques sur l'absorption cutanée. Cette fonction importante, si incomplétement connue, a été depuis longtemps l'objet de mes recherches; je viens de faire sur ce sujet un nouveau mémoire que j'ai adressé à la *Gazette des hôpitaux* et dont je vous donne copie.

« Comme la question de l'absorption cutanée sera très-probablement discutée dans une des prochaines séances de l'Académie, je rappelle mes travaux et je donne l'explication de tous les cas où l'absorption cutanée est possible ou impossible, et je déclare que la peau de l'homme, *lorsqu'elle est saine* et plongée dans un bain d'eau, se trouve dans des conditions qui rendent l'absorption impossible; les expériences nombreuses et variées que j'ai faites rendent ma conviction si absolue que je n'hésite pas à m'offrir pour sujet d'expérimentation en entrant dans un bain chargé de substances vénéneuses, végétales ou minérales, n'ayant pas d'action corrosive sur la peau, et à y rester une heure.

« J'offre encore à l'Académie un prix dont elle fixera la somme, que j'accepte à l'avance quelle qu'en soit l'importance, et qu'elle décernera elle-même.

« Je me rendrai à Paris dès qu'elle m'aura fait connaître ses intentions. Je ferai, si elle le juge convenable, des expériences devant elle, le tout à mes frais, car il n'y a plus à hésiter, le moment est venu de sortir des incertitudes qui divisent les médecins, il faut que l'erreur des partisans de la non-absorption soit démontrée ou que les illusions de leurs adversaires soient constatées.

« La lutte sera longue et opiniâtre, car des intérêts viennent compliquer la question scientifique; mais le devoir et la dignité professionnelle n'autorisent plus les hésitations ni les ajournements.

« Veuillez, monsieur le Président, lire cette lettre dans la prochaine réunion de l'Académie, et agréez, etc.

« Scoutetten. »

(Commissaire, M. Colin.)

2° Une note sur les champignons comestibles et vénéneux, par M. le docteur Letellier (de Saint-Leu-Taverny).

3° La relation d'une épidémie de dyssenterie dans la commune de La Romagne (Maine-et-Loire), par M. le docteur Magloire Cady;

4° Une note de M. le docteur Durand (de Gros) sur l'insensibilité et la perte de conscience pendant les accès épileptiques.

M. Depaul dépose sur le bureau la relation d'un cas de luxation du fémur, datant de 100 jours, par le docteur Blanc (de Romans).

M. Cerise présente, de la part de M. le docteur Lunier, un exemplaire de l'article *Crétinisme* extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

M. le Président annonce que le mémoire lu par M. Moutard-Martin dans la séance du 1er décembre dernier et relatif aux applications du bromure de potassium, à la médecine des petits enfants, est renvoyé à une commission composée de MM. Roger, Barthez et Gubler.

M. Huguier, à l'occasion du rapport lu dans la dernière séance par M. Broca, croit devoir présenter quelques remarques sur la contention des hernies, qui complètent les considérations émises, à ce sujet, dans ce rapport.

M. Huguier fait remarquer que la plupart des hernies, difficiles à contenir, sont des hernies inguinales. La cause de ces difficultés réside dans certaines particularités anatomiques des os du bassin, et notamment dans la saillie plus ou moins marquée de l'épine du pubis. La pelote des bandages presse contre cette épine; il en résulte parfois des douleurs insupportables qui ne permettent pas au patient de conserver l'appareil.

M. Huguier, pour remédier à ces inconvénients, a fait pratiquer sur le bord de la pelote une échancrure qui embrasse dans sa concavité l'épine du pubis, la laisse libre et préserve les tissus de toute impression douloureuse tout en oblitérant efficacement la partie du canal inguinal qui donne issue à la hernie.

RAPPORT.

M. Chauffard, au nom d'un commission composée de MM. Guéneau de Mussy, Vigla et Chauffard, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Bailly (de Bains en Vosges) intitulé : *Etudes sur les fièvres catarrhales, les suettes et les pneumonies considérées comme les expressions diverses d'une même maladie causée par un miasme et développée en différents points d'un tissu épithélial.*

Voici en quels termes M. Chauffard résume son rapport :

Vous me pardonnerez, Messieurs, la longueur de ce rapport. M. Bailly a soulevé dans son riche travail des problèmes cliniques divers et importants, donné des solutions neuves et hardies. J'ai dû le suivre, et témoigner l'estime que son travail m'inspirait, non en effa-

çant dans le silence une discussion nécessaire, mais en le poursuivant avec cette bonnête liberté, qui n'est que le témoignage d'une vraie sympathie pour le savant et pour son œuvre. Dans sa partie clinique, le mémoire de M. Bailly nous semble irréprochable. Observateur pénétrant, notre honorable confrère a su discerner les traits communs d'une série pathologique, dont les composants semblaient variés et distincts; il a marqué nettement le caractère ataxique et nerveux de ces états divers, et il a justement conclu au caractère spécifique et infectieux des affections morbides qui se déroulaient devant lui. La partie dogmatique du mémoire nous offre une généralisation peut-être abusive de ces vues particulières. Entraîné par l'idée d'une spécificité radicale et toujours soumise à une cause infectieuse, notre auteur supprime l'action des causes communes, celle des influences saisonnières et des constitutions médicales, pour rapporter à un agent miasmatique, à un ferment, toute l'étiologie occasionnelle des affections catarrhales qui deviennent une simple forme des affections typhiques. Il les assimile aux fièvres exanthématiques, et toutes, il prétend les réunir par une localisation histologique commune, et il les dénomme fièvres épithéliales.

Nous avons dû exposer nos réserves sur tous ces derniers points. Mais ces réserves n'enlèvent rien au mérite de l'observation ni au talent dogmatique et novateur du pathologiste. Après tout, ce sont les sillons tracés d'une main presque téméraire, dans lesquels germe parfois du grain nouveau et se lèvent des moissons inattendues.

Messieurs, votre commission a l'honneur de vous soumettre les propositions suivantes :

1° Adresser à M. le docteur Bailly des remerciements bien mérités pour son intéressante communication;

2° Déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 6 janvier 1869. — Présidence de M. Legouest.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.
— Le *Bulletin de thérapeutique*.
— Les *Archives de médecine*.
— La *Gazette médicale de Strasbourg*.
— La *Revue médicale de Toulouse*.
— *Traité de lithothlibie*, par le docteur Dem miel. In-8° de 104 pages. Paris 1868.

— M. Notta, membre correspondant, adresse un important travail intitulé : *De l'emploi de la liqueur de Villate dans le traitement des affections chirurgicales*.

— *A contribution to the surgical pathology of sero-sanguineous cysts in the neck and axilla*, by John Birkett, chirurgien du Guy's hospital.

— M. Verneuil offre à la Société un certain nombre de thèses de chirurgie : Aug. Bousseau : *Des rétinites secondaires ou symptomatiques*; Anat. Poiteau : *Des lésions de la portion cervicale du grand sympathique*; O.-P. Dériaud : *Influence réciproque de l'impaludisme et du traumatisme*; V. Droin : *De l'ostéo-périostite*; F. Reuillet : *Étude sur les paralysies du membre supérieur, liées aux fractures de l'humérus*; L. Rioms : *De l'appareil à pointe métallique et de son emploi dans les fractures*.

— M. Dolbeau, au nom de M. le docteur Magdelen, de Saint-Étienne, montre à la Société deux fibrômes du lobule de l'oreille et communique l'observation suivante :

Fibrômes du lobule des deux oreilles, chez une femme de 26 ans. Ablation.

La nommée P..., âgée de 26 ans, s'est présentée chez moi, le 17 novembre; elle portait au lobule des deux oreilles des tumeurs faisant saillie aux faces externe et interne du lobule.

A l'oreille gauche et en arrière, la saillie a le volume d'un œuf de pigeon et à la face externe correspondent deux petits tubercules inégaux assez rapprochés l'un de l'autre. Le plus petit est arrondi, du volume d'un pois, l'autre est un peu allongé verticalement. Ces tubercules semblaient faire corps avec la tumeur principale.

L'oreille droite supporte deux saillies plus volumineuses, l'une en avant, l'autre en arrière. Ces tumeurs sont très-dures, oblongues, à peu près aussi grosses l'une que l'autre; c'est la saillie postérieure que j'ai l'honneur d'envoyer à la Société de chirurgie.

La peau, qui les recouvre, est très-tendue, blanchâtre, mobile relativement.

Elles se sont développées depuis près de trois ans, peu de temps après que cette dame s'était fait percer les oreilles pour y adapter des pendants.

Au mois de juillet de cette année, un médecin de la ville consulté avait pris ces tumeurs pour des tannes et fit une ponction avec une lancette; mais il trouva une très-grande résistance : il ne s'écoula que du sang; il ne fut fait aucune autre chose.

Mais l'oreille droite de madame P... devint douloureuse au toucher, à la suite de la ponction, et le développement allant toujours croissant, elle vint, le 17 novembre, me prier de la débarrasser de la cause de ses souffrances et de l'indifférence de son mari.

L'idée de kyste sébacé étant éloignée par les commémoratifs, il n'y avait plus guère à songer qu'à une lésion que je crois assez rare, aux fibrômes du lobule de l'oreille. En raison du développement croissant des tumeurs, en raison des douleurs de la malade et de la volonté qu'elle avait d'être débarrassée de cela, je lui ai proposé l'ablation avec le bistouri.

Pensant que les tumeurs de l'oreille droite étaient isolées l'une de l'autre, bien qu'elles ne fussent pas pédiculées, le 20 novembre, je circonscrivis la tumeur externe par deux incisions obliques, à direction verticale, et après dissection des lambeaux, je m'aperçus que les deux saillies dépendaient d'un même tout, que je voulus enlever tout de suite; mais la malade n'y voulut pas consentir, parce qu'elle souffrait trop. Je reséquai le plus possible de la tumeur, et je fis deux points de suture métallique. Pansements à l'alcool étendu d'eau.

Le 25 novembre, j'enlevai du même coup les saillies du lobule gauche. Quatre incisions, deux en avant et deux en arrière, me permirent d'enlever le tout, et je pus voir, en incisant la tumeur, qu'elle était *une* et qu'elle était de nature fibreuse (examen microscopique fait). Mêmes pansements que pour l'autre oreille. Réunion par première intention. Du côté droit, il était survenu un peu de suppuration. Néanmoins, l'inflammation était si peu de chose, que le 5 décembre, j'enlevai la tumeur postérieure du lobule droit et régularisai ainsi cette opération.

Le 17 décembre, madame P... est complétement guérie. Ses oreilles ont une forme normale; les cicatrices ne sont pas très-visibles.

Y aura-t-il plus tard récidive des fibrômes?

COMMUNICATION.

Écoulement sanguin par l'oreille, sans fracture du rocher.

M. Marjolin. Un enfant de 3 ans et demi, rachitique au plus haut degré, est entré dans mon service, le 3 septembre dernier; il venait de faire une chute d'un second étage et perdait par l'oreille une grande quantité de sang.

Le petit malade présentait beaucoup d'agitation; les membres avaient conservé leur mobilité, et il y avait à la voûte crânienne tous les signes d'une fracture avec enfoncement. Je fis appliquer des révulsifs sur les membres inférieurs et prescrivis un purgatif (jalap et calomel).

Le second jour, il parut y avoir amélioration. L'agitation avait disparu; mais le pouls était faible et l'écoulement du sang, après avoir persisté toute la nuit, avait été remplacé par un écoulement de sérosité, qui dura quarante heures.

L'état général continua à s'améliorer. La paralysie, qui s'était montrée dans tout le côté gauche, avait cessé; l'intelligence reparut et l'enfant put se promener, à la condition que quelqu'un lui donnât la main.

Je pensais que mon petit malade pourrait, à quelques jours de là, quitter l'hôpital, lorsque, e 15 novembre, il prit à ses voisins une rougeole, suivie de gangrène de la bouche et d'abcès volumineux de la joue. Le 27, il présentait tous les symptômes du croup, maladie à laquelle deux de ses petits voisins d'hôpital avaient succombé. Un instant, il parut aller mieux; à la fin, une broncho-pneumonie vint entraîner lamort.

Nous trouvâmes une fracture transversale, avec dépression et enfoncement de la voûte crânienne; la substance cérébrale était à la périphérie du cerveau et dans la partie correspondant à la fracture réduite en putrilage. Il existait sous l'arachnoïde un épanchement sanguin considérable; mais rien ne nous montra du côté du rocher, intact sur toute sa face supérieure, l'origine de l'écoulement de sang et de sérosité. La fracture, qui partait de la voûte du crâne, se prolongeait jusqu'à la base; et bien nous en prit de ne pas trépaner, comme on aurait pu être tenté de le faire dans cette circonstance, puisqu'il y avait.....

M. Chassaignac. On ne trépane que quand on peut savoir où il faut trépaner pour tomber sur l'épanchement, ou quand la compression, augmentant incessamment par la continuité de l'hémorrhagie intracrânienne, menace évidemment le malade d'une mort prochaine et inévitable. Ces indications n'existaient pas dans le cas actuel. Je demanderai à M. Marjolin s'il y avait ouverture du sinus longitudinal supérieur.

M. Marjolin. Ce sinus était intact.

M. Tillaux. Ce fait est un exemple de plus de l'inutilité de la trépanation. Ainsi, cet enfant présentait une paralysie d'un côté, symptôme regardé comme le meilleur signe, la meilleure indication de l'application du trépan, et cependant l'enfant a guéri de sa fracture. Le trépan n'eût servi à rien, et si on l'eût appliqué, on lui aurait attribué tout l'honneur de la guérison. Quelle était la quantité de sang perdu par l'oreille? Une faible quantité de sang n'est pas absolument caractéristique d'une fracture du crâne.

M. Giraldès. La fracture du rocher n'est pas une condition *sine quâ non* de l'écoulement sanguin par l'oreille dans les traumatismes du crâne. Dans un mémoire présenté à la Société par M. Prescott Hewelt, mémoire dont le rapport eût dû être fait par M. Robert, il y a un exemple remarquable d'un semblable écoulement de sang sans fracture du rocher. Il s'agissait d'un homme de 45 ans, chez lequel l'écoulement séro-sanguin abondant avait duré trois jours.

M. Demarquay. Je persiste à croire que l'écoulement de sérosité par l'oreille est un signe certain de fracture du rocher, surtout s'il y a paralysie faciale; mais nous savons tous que le malade peut guérir d'une semblable fracture.

M. Trélat. Dans le cas de M. Prescott Hewelt, il y avait fracture et déplacement des osselets de l'ouïe, par conséquent lésion grave de l'oreille moyenne. M. Morvan a montré dans un mémoire sur ce sujet que la fracture de la paroi inférieure du conduit auditif externe n'est pas rare, et qu'on trouve souvent alors des écoulements de sang abondants par l'oreille, bien que le rocher soit intact. Il faut distinguer avec soin l'hémorrhagie de l'écoulement séreux; ce dernier n'appartient qu'aux fractures du rocher.

M. Marjolin. L'écoulement séreux a été peu abondant et de peu de durée, et c'est au moment où l'hémorrhagie a cessé que l'hémiplégie s'est montrée. Il y aurait donc eu, sous ce rapport, indication de trépaner, si je n'avais pas craint de voir la fracture aller jusqu'à la base du crâne. Quant à l'intégrité du rocher, je dois dire que le sujet étant réclamé, nous n'avons pu que constater que la paroi supérieure paraissait intacte.

M. Broca. Cette circonstance doit être notée avec soin au procès-verbal, car il ne faudrait pas que le fait de M. Marjolin pût faire croire à la possibilité de l'écoulement séreux continu, abondant, sans fracture du rocher.

M. Chassaignac. L'observation ne prouve pas sans conteste que le malade eût guéri de ses lésions crânienne et cérébrale; car il ne fût pas mort de rougeole, de gangrène de la bouche, de croup et de broncho-pneumonie, il eût pu très-bien mourir d'encéphalite. Il y avait contusion du cerveau, une partie de la substance cérébrale était à l'état de détritus; or, nous savons très-bien qu'une encéphalite consécutive débute assez souvent, assez longtemps après l'accident et entraîne la mort du malade qu'on croyait guéri de sa fracture.

M. Panas. J'ai eu récemment dans mon service deux malades qui perdaient beaucoup de sang par l'oreille, et chez tous deux il y avait rupture de la membrane du tympan; l'un avait reçu un coup sur le maxillaire inférieur, l'autre sur l'apophyse mastoïde.

Le premier est mort : il n'y avait rien au rocher; le second a guéri.

L'écoulement sanguin non plus par le rocher, mais directement de la cavité crânienne peut quelquefois être des plus inquiétants par sa quantité. Il y a quelques jours, un homme entra dans mon service avec une fracture du crâne, plaie de tête accompagnée d'issue de matière cérébrale. Il perdait par la plaie beaucoup de sang. J'enlevai deux esquilles, et je vis que le sang venait d'un point éloigné de la surface du cerveau. J'appliquai dans cette direction une couronne de trépan; je fis sauter le pont intermédiaire, et je vis que le sang était fourni par une énorme veine, correspondant à une circonvolution cérébrale. L'hémorrhagie s'arrêta, ou plutôt se réduisit à un suintement dont je vins à bout par l'application de charpie imbibée de perchlorure de fer. Le malade succomba quarante-huit heures après. La substance cérébrale, formant la corne occipitale, était comme broyée.

M. Dolbeau. M. Broca a-t-il des nouvelles de l'enfant qu'il a trépané pour des attaques épileptiques consécutives à un traumatisme du crâne?

J'ai été consulté par un avocat au sujet de ce malade, car le père intente un procès au patron de son enfant, et il paraît, d'après le dire de cet avocat, que l'épilepsie avait reparu comme auparavant.

M. Broca. Mon petit malade est venu à la Pitié me demander des certificats dans le dessein d'obtenir de son patron une indemnité. A cette époque, le souvenir de son épilepsie ne lui était pas revenu à la mémoire; à cette époque aussi, il n'y avait eu aucune attaque d'épilepsie depuis l'opération, et je crains fort que cette prétendue récidive ne soit un argument de plaidoirie; ce qui me fera it presque regretter de ne pas être appelé à éclairer sur ce point la justice.

M. Giraldès. J'ai eu pendant quatre mois dans mon service le malade de M. Broca, et pendant tout ce temps, il n'a eu aucune attaque d'épilepsie.

Ostéite suppurée des extrémités diaphysaires, etc.

(*Voir la Gazette du 9 février.*)

La séance est levée.

Le Secrétaire : Dr Léon Labbé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La *Société protectrice de l'Enfance* a tenu, dimanche 31 janvier, sa quatrième séance annuelle dans le grand amphithéâtre du Conservatoire des Arts et Métiers.

A en juger par la foule sympathique qui remplissait entièrement cette immense salle, il paraît évident que le nombre des protecteurs de l'enfance ne fait que s'accroître d'année en année.

Pourrait-il en être autrement?

Tous les gens de cœur comprennent qu'il ne suffit pas d'exhaler en vaines paroles sa sensibilité, mais qu'il faut agir énergiquement en faveur de tant de pauvres petits êtres, victimes de l'ignorance, de l'incurie, des mauvais traitements ou de l'immoralité de ceux, quels qu'ils soient, qui doivent en prendre soin. Et, comme des efforts isolés seraient impuissants, on se rallie à une Société dont les membres, en dehors de tout parti pris, de toute préoccupation étrangère, et avec le désintéressement le plus absolu, ne peuvent et ne veulent se proposer qu'un seul but, le salut et la protection des enfants.

M. le docteur Barrier, dont le mandat présidentiel, en vertu des statuts, expire cette année, a ouvert la séance par une courte allocution, où il a remercié de leur dévouement ses collaborateurs, et où il a exprimé la plus ferme confiance pour l'avenir de la Société.

Le secrétaire-général, M. le docteur Alex. Mayer, a rappelé ensuite les résultats obtenus, parmi lesquels il convient de noter particulièrement les deux suivants :

Près de deux cents médecins, dans les départements qui entourent Paris, ont accepté la surveillance gratuite des nourrissons recommandés par les familles. — D'autre part, c'est en partie grâce aux efforts persévérants de la Société qu'a été décidée récemment à Paris la *constatation des naissances à domicile*. Après avoir adressé une pétition au Sénat et fait des démarches multipliées près des autorités compétentes, la Société avait résolu, en portant la question devant les tribunaux, de pousser jusqu'au bout sa lutte contre une routine non justifiée par la loi.

A la suite de ce compte rendu, M. le docteur Dally a lu un rapport à propos du concours ouvert sur la question suivante : « *De l'Éducation physique et morale du premier âge.* »

Voici les noms des lauréats :

M. le docteur Gyoux, de Bordeaux (prix de 500 fr. et médaille).

Médailles d'argent *ex-æquo* : à MM. les docteurs Devalz, de Sainte-Foy, et Neveu-Derotrie, de l'Ile-Dieu.

Mentions honorables : à M. le docteur Siry, à Paris, et à un inconnu qui a pris pour devise : « *Ne séparez pas les enfants de leurs mères.* »

Lecture a été donnée ensuite du rapport de M. Schmitt au sujet des médailles d'honneur méritées par les médecins-inspecteurs qui se sont le plus distingués par le zèle et l'exactitude dans leur service. Voici leurs noms :

Médaille d'or : M. Bessières, d'Égreville (Seine-et-Marne).

Médailles d'argent : MM. Boncour (Paul), de Saint-Aignan (Loir-et-Cher); Durand, de Nemours (Seine et-Marne); Marchand, de Montigny-Lencoup (Seine-et-Marne); Monot, de Montsauche (Nièvre); Bellencoutre, de Rouen (Seine-Inférieure).

Médailles de bronze : MM. Berthault, de Sancerre (Cher); Fauché de Bourron (Seine-et-Marne); Boulet, de Sully-sur-Loire (Loiret), Ansaloni, de Romorantin (Loir-et-Cher); Chetlier, de Nogent-sur-Seine (Aube); Brault, de Bourges (Cher); Masson, de Saint-Fargeau (Yonne); Roché, de Pont-sur-Yonne (Yonne); Mercier, de Mer (Loir-et-Cher).

Enfin, M. Ch. Thirion, secrétaire des séances, après avoir raconté sommairement l'histoire des enfants en bas-âge, depuis l'antiquité

jusqu'à nos jours, a exposé les faits qui ont désigné aux suffrages de la Société les nourrices récompensées.

Deux prix *ex-æquo* de 200 francs et médailles d'argent ont été décernés à mesdames : Marie Rodien, de Champigny-sur-Marne (Seine) et Élisabeth Crapart, de la commune du Gault, arrondissement d'Épernay.

Deux mentions honorables à mesdames : Wœhrlé, de Passy-Paris ; Fructidor, de Gournay en Bray (Calvados).

Une simple mention à madame Mangeant, qui a fait preuve de dévouement en élevant, au prix de mille sacrifices, jusqu'à l'âge de dix-huit ans, une petite fille dont les parents étaient trop pauvres pour s'en charger.

La séance a été terminée par le vote pour le renouvellement, par tiers, des Membres du Conseil.

— La *Société de médecine légale* vient de procéder au renouvellement des membres de son bureau.

Ont été élus :

Président, M. Devergie. — Vice-présidents, MM. Béhier, Chevallier père. — Secrétaire-général, M. Gallard. — Secrétaires, MM. Legrand du Saulle, James de Rothschild. — Archiviste, M. J. Falret. — Trésorier, M. Mayet.

— La *Société de médecine pratique* a terminé son enquête dans toute la France, sur les résultats fournis par la médication alcoolique dans le traitement des maladies aiguës. Des documents considérables ont été adressés à la Commission, qui se composait de MM. Terrier, Mattei, Legrand du Saulle, Caron et Alexandre Mayer, rapporteur. — Le rapport général sera prochainement livré à la publicité.

Aujourd'hui, la *Société de médecine pratique* ouvre une enquête sur l'efficacité du bromure de potassium dans le traitement des névroses convulsives. La commission nommée se compose de MM. Berthier, Josias, Léon Duchesne, Duhamel et Legrand du Saulle, rapporteur. Tous les documents, imprimés ou manuscrits, doivent être adressés au rapporteur (boulevard Saint-Michel, 9), avant le 30 avril prochain.

Il sera fait mention, dans le rapport général, de tous les travaux et de toutes les opinions des auteurs.

L'intérêt pratique qui s'attache à l'étude des grandes questions thérapeutiques qui s'agitent en ce moment, n'échappera à personne. Aussi, la *Société de médecine pratique* nous parait-elle être entrée dans une voie sérieuse, féconde, et bien digne des encouragements de la presse médicale.

— Nous sommes heureux d'annoncer que M. le docteur Galligo, directeur de *l'Imparziale*, vient d'être nommé chevalier de la Couronne d'Italie.

— On nous annonce la mort de M. le docteur Charruau, médecin à Paris, officier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Verrier a recommencé son cours d'accouchement et le continue les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à quatre heures, à sa clinique, 6, rue des Quatre-Vents.

Nous recevons au dernier instant la douloureuse nouvelle de la mort de M. le professeur Grisolle.

Les obsèques auront lieu vendredi 12 février, à midi très-précis, à l'église Saint-Roch.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Psychologie naturelle. Etude sur les facultés intellectuelles et morales, dans leur état normal et dans leurs manifestations anormales, chez les aliénés et chez les criminels, par M. le docteur Prosper Despine. — 3 vol. in-8. Prix : 21 francs.

Anatomie descriptive et dissection, avec un précis d'embryologie, la structure des organes et des tissus, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie. Deuxième édition corrigée et considérablement augmentée. 3 vol. in-12. contenant 662 figures. Prix, 25 francs.

De l'urine. Chimie physiologique et microscopique pratique, ou indications nosologiques, pathologiques et thérapeutiques fournies par les urines, par M. Bergeret (de Saint-Léger), membre correspondant de la Société micrographique de Paris. Un volume in-8. Prix, 4 fr. 50.

Traité des maladies de la peau, comprenant les exanthèmes aigus, par le docteur F. Hebra, professeur à l'Université de Vienne, traduit et annoté par le docteur A. Doyon. 1er fascicule. — Prix : 2 francs. — Il paraîtra tous les deux mois une livraison de 112 pages au prix de 2 francs.

Des lipômes et de la diathèse lipomateuse, par M. le docteur Édouard Darbet. Grand in-4. avec planches photographiques. Prix, 3 fr. 50.

Recherches sur la synostose des os du crane, considérée au point de vue normal et pathologique chez les différentes races humaines, par le docteur Pommerol, membre de la Société d'anthropologie de Paris. In-8. avec 2 planches lithographiées. Prix, 2 fr. 50.

De l'emploi de la liqueur de Villate dans le traitement des affections chirurgicales, par M. le docteur A. Notta. Ouvrage récompensé par l'Académie impériale de médecine (Prix Barbier, 1866). In-8 de 170 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Théorie de l'unité vitale, par le docteur Galicier. Première partie : *Physiologie unitaire*. Un volume in-8. Prix, 3 fr. 50.

Études sur les paralysies du membre supérieur liées aux fractures de l'humérus, suivies d'une observation de névroplasie traumatique généralisée avec lésions secondaires des articulations et des muscles, par le docteur Reuillet. In-8. Prix, 1 fr. 75.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 18. — SAMEDI 13 FÉVRIER 1869. 42e ANNÉE. SAMEDI 13 FEVRIER 1869. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal; et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'allongement hypertrophique du col de l'utérus dans les chutes ou procidences de cet organe.

On n'a pas oublié, sans doute, l'espèce de surprise et l'opposition qui accueillirent la proposition d'apparence passablement paradoxale, énoncée il y a quelques années avec un certain éclat par M. Huguier, savoir : que la plupart des cas de lésions utérines désignées jusque-là sous les dénominations d'abaissement, de chutes ou de prolapsus, n'étaient, en réalité, le plus souvent que des cas d'allongement hypertrophique du col. D'où des conséquences pratiques toutes différentes de ce qui était généralement usité en pareil cas. De la discussion très-vive qui eut lieu à cette époque sur cette proposition, il est ressorti ceci, si nos souvenirs ne nous trompent pas, que l'existence d'une hypertrophie du col était, en effet, beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait pensé jusqu'alors, qu'elle pouvait, dans quelques cas méconnus, constituer effectivement, à elle seule, ce que l'on avait pu prendre pour un prolapsus, et qu'elle pouvait exister souvent dans le prolapsus vrai, compliquant ainsi une affection que l'on avait considérée comme plus simple qu'elle ne l'était en réalité. Quant à l'opération proposée par M. Huguier pour remédier à cet état, l'amputation complète ou partielle du col, malgré les avantages qu'il lui attribuait, elle n'a été acceptée qu'avec une très-grande réserve, et nous ne sachons pas qu'elle ait été souvent mise en pratique depuis.

Quelques faits favorables à la manière de voir de ce chirurgien ont été publiés depuis cette discussion. Un exemple qui la confirme, mais partiellement seulement, s'est présenté ces jours derniers dans le service de M. le professeur Gosselin, à la Charité; non pas qu'il s'agisse d'un allongement hypertrophique unique du col qui en aurait imposé pour un prolapsus, mais bien d'un prolapsus vrai avec hypertrophie. Une femme âgée de 54 ans est entrée à la Charité, présentant une tumeur saillante à la vulve, et qu'un examen attentif a fait reconnaître pour l'utérus avec son col dont la surface avait pris les caractères tégumentaires de la peau ; il y a en même temps cystocèle vaginale. La tumeur est facilement réductible. M. Gosselin, voulant s'assurer s'il n'y avait que procidence seulement de l'utérus, s'il n'y avait pas, en même temps, hypertrophie du col, a eu recours à l'exploration par l'hystéromètre. Au premier abord, l'exploration ne semblait pas favorable à l'idée d'un allongement. — C'est là le point particulièrement intéressant de ce fait, sur lequel nous désirons appeler l'attention. — En effet, l'hystéromètre n'a pas pénétré au-delà de 5 centimètres. Mais il y avait une cause d'erreur qu'il importe de signaler, parce qu'elle a pu se présenter souvent et contribuer à faire méconnaître l'hypertrophie là où elle existait réellement. M. Gosselin, en introduisant un doigt dans le rectum, s'est assuré que l'hystéromètre n'avait pas pénétré jusqu'au fond de l'utérus, lequel s'élevait beaucoup plus haut que le point où était arrêté l'instrument. Il existait, sans doute, au niveau de l'union du col avec le corps, un rétrécissement qui empêchait cet instrument de pénétrer plus loin. En effet, ayant retiré l'hystéromètre pour lui substituer un stylet, M. Gosselin a pu, avec ce dernier instrument, pénétrer à 4 centimètres plus profondément; ce qui donnait, en tout, une profondeur de 9 centimètres. Il n'est donc pas douteux que dans ce cas, de même que dans la plupart de ceux qu'a observés M. Huguier, il y a une hypertrophie du col et peut-être du corps de l'utérus lui même.

Mais si cette constatation a de l'intérêt au point de vue de la confirmation partielle des faits énoncés par M. Huguier, hâtons-nous d'ajouter qu'elle n'en pouvait avoir aucun, dans l'espèce du moins, au point de vue pratique. M. Gosselin a pensé très-prudemment, en effet, qu'il n'y avait pas lieu ici de pratiquer l'opération proposée par son collègue, opération qu'il ne repousserait pas entièrement, malgré ses dangers, pour une femme jeune encore, mais qui n'avait dans ce cas-ci, en raison de l'âge de la malade, aucune raison sérieuse en sa faveur.

Expériences sur l'absorption des agents médicamenteux par la peau.

La question de l'absorption par la peau, depuis si longtemps débattue et si diversement résolue, étant de nouveau mise à l'ordre du jour par la communication récente de M. Tardieu à l'Académie de médecine et par la lettre de M. Scoutetten, que nous avons insérée dans l'un de nos précédents numéros (du 9 février), nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion de mettre ici, sous les yeux de nos lecteurs, quelques expériences sur ce sujet, consignées dans un travail publié, il y a un peu plus d'un an, par M. Demarquay (1).

Une première série de recherches avait conduit M. Demarquay à conclure, comme l'a fait M. Roche dans ses *Lettres sur le choléra*, et comme le fait aujourd'hui M. Scoutetten, à la non-absorption. Mais ses dernières recherches, plus multipliées que les premières, le rangent actuellement du côté de l'opinion de M. Willemin. Il admet, comme ce savant hydrologiste, l'absorption dans le bain, mais dans des conditions tout à fait exceptionnelles.

Si on examine le fait au point de vue pratique, dit-il, il est sans valeur. Voici ses raisons : Il a fait prendre seize bains d'eau ordinaire, dans lesquels on a mis, pour les uns 30 grammes, pour d'autres (c'était le plus grand nombre) 100 à 150 grammes d'iodure de potassium; dans un certain nombre de bains, on a ajouté 1 kilogramme de glycérine. Sur ces seize bains, il en a trouvé sept pour lesquels le résultat a été négatif, bien que, dans deux, il y ait eu 100 grammes d'iodure de potassium. Sur les neuf restant, dont un douteux, l'absorption a été constatée par l'examen direct des urines. Mais, parmi ces faits positifs, voici ce qui a été constaté dans les observations : les urines, recueillies une heure après le bain et vingt-quatre heures après, traitées par une solution d'amidon et l'acide nitrique, ont présenté une légère teinte mauve ou violette. Jamais on n'a constaté cette teinte bleu foncé qu'elles présentent quand elles contiennent une certaine quantité d'iode. Il est vrai que souvent (ceci est bon à noter) les urines du lendemain ont offert une teinte plus foncée qu'une heure après le bain. Les bains ont été tous pris dans les mêmes conditions, à la Maison de santé, à une température de 34 à 36° centigrades; leur durée a été d'une à deux heures.

Le fait de l'absorption constaté, il importait de voir quelle quantité d'agent peut être introduite par cette voie dans l'économie. Dans une autre partie de ce travail, M. Demarquay a démontré que chez certains individus qui avaient pris quelques centigrammes d'iodure de potassium et même quelques milligrammes seulement, on retrouvait dans leurs urines des traces d'iode comme on en retrouve à la suite de l'administration d'un bain contenant 100 et 150 grammes de cet agent. D'où l'on voit que la puissance d'absorption par la peau, dans ces circonstances du moins, serait infiniment moindre que par les surfaces muqueuses et presque insignifiante au point de vue de l'application pratique.

Ce n'est pas tout. M. Demarquay s'est demandé encore si cette faible quantité d'iodure absorbée venait bien de la quantité d'eau qui aurait pénétré par imbibition à travers l'épiderme, ou si elle ne viendrait pas d'une autre source.

Dans ses expériences sur l'absorption des muqueuses, M. Demarquay a constaté que si l'on enveloppe le gland avec de la ouate, et si on humecte souvent cette ouate avec une solution de potassium au 5e ou au 10e, il arrive souvent de constater une absorption beaucoup plus puissante que par les bains contenant 150 grammes d'iodure de potassium. La preuve, dit-il, c'est que, dans ce cas, la salive contient de l'iode, tandis qu'à la suite des bains contenant une grande quantité d'iodure de potassium, on n'en a trouvé ni le jour même, ni le lendemain, dans la salive des personnes qui s'étaient soumises à l'expérience. D'où il est conduit à se demander si les traces d'iode qu'il a trouvées, comme celles qui ont été trouvées par M. Willemin, ne viendraient point plus directement, chez l'homme, de l'absorption qui se serait faite dans la cavité glando-préputiale ou même par la marge de l'anus, plutôt que de l'imbibition de l'épiderme? — « Toutefois, ajoute-t-il, il est bien clair que si, expérimentalement, l'absorption d'une faible quantité d'iodure de potassium a lieu dans un bain fortement ioduré, il est aussi démontré qu'au point de vue clinique, ce résultat est sans valeur; et quant au siége de l'absorption elle-même, on peut encore se demander quelle part prennent à cette absorption les muqueuses glando-préputiale et anale, dont nous avons démontré précédemment la puissance d'absorption. Quelle que soit l'opinion que l'on adopte, il faudra toujours reconnaître que si l'absorption par la peau a lieu, cette absorption est tellement faible qu'elle est sans valeur au point de vue thérapeutique. »

Il restait encore une étude au moins aussi importante à faire que celle de savoir s'il y a absorption ou non dans un bain;

(1) *Recherches sur l'absorption des médicaments faites sur l'homme sain*, par le docteur Demarquay. Brochure in8-. Paris, 1867. Chez Asselin.

FEUILLETON

UN REMÈDE ASSURÉ CONTRE LE MAL DE MER

Plus de mal de mer! Quelles promesses attrayantes cachées sous ces simples mots et aussi quelles déceptions jusqu'à présent dans ces promesses trop souvent renouvelées pour avoir été bien remplies, trop souvent aussi trouvées vaines pour être désormais accueillies, au grand désespoir des néophytes ou profanes qui, selon l'expression antique, paient pour la première fois le tribut à Neptune.

Longue serait l'énumération des moyens successivement vantés dont une simple dose, quelques gouttes, ou, tout au moins, une boîte devaient suffire pour faire envisager sans crainte l'initiation si pénible de la vie sur mer; pour calmer les angoisses poignantes que Rabelais décrivit si comiquement au chapitre des infortunes de Panurge se rendant, avec Pantagruel, visiter l'oracle de la dive Bacbue (1).

Je ferai quelques jours un livre des phases théoriques ou thérapeutiques de l'histoire de cette redoutable et souvent dangereuse épreuve nautique, qui anéantit les volontés les plus robustes, triomphe des plus fermes courages, et finit peu à peu par cesser toute seule; singularité contre laquelle échoueront toujours les hypothèses les plus ingénieuses.

J'ai déjà, du reste, écrit partie de ce livre en critiquant et discutant les systèmes proposés pour expliquer et combattre la première maladie des gens qui *montent sur mer* (1), et si j'y reviens ici, pour les lecteurs de la *Gazette*, c'est que je crois pouvoir leur annoncer quelque chose de plus utile que la *cengle* dont Montaigne ne voulait pas user déjà parce que le conseil d'en porter une lui venait des médecins : à savoir, une méthode plus facile à suivre que l'exercice récemment préconisé d'une équitation artificielle sur le sol trop mouvant auquel Panurge préférait le *planchier des vaches* comme *manoir déifique et seigneurial*; un remède plus sérieux, enfin, que toutes les recettes que Rabelais citait aussi fort longuement comme déjà très-recommandées aux navigateurs par les *folz médicins* de son temps.

Ce moyen vient d'être proposé par un fort intelligent médecin de la marine, esprit chercheur et de nature originale, sans cesse en quête de nouveautés. Le simple récit des essais et des résultats de notre confrère sera la meilleure démonstration des avantages de sa découverte.

C'est à la faradisation de la région épigastrique, combinée avec l'usage externe d'une solution d'atropine, que le docteur Leconiat s'est arrêté après plusieurs expériences, et nous laissons ici la parole à notre collègue et ami, qui vient de publier un résumé de ses recherches dans le numéro de novembre dernier des *Archives de médecine navale*.

« Pendant le premier jour nous ne faisons rien, dit-il, pour combattre les vomissements, quand leur fréquence ne dépasse pas une limite aisément appréciable, suivant les individualités. L'expérience nous a démontré que vouloir arrêter immédiatement ces évacuations naturelles, c'est s'exposer à voir survenir une constipation opiniâtre, une céphalalgie persistante, de l'embarras gastrique, accidents auxquels il faudrait ultérieurement remédier. Mais on aurait tort de ne pas intervenir du moment que le mal de mer dépasse les bornes d'une simple indisposition; il serait dangereux de laisser se produire ces convulsions effrayantes qui peuvent survenir chez les personnes éminemment nerveuses. Il faut savoir saisir l'opportunité.

Quand nous jugeons qu'il y a lieu d'agir, voici comment nous procédons :

Nous frictionnons légèrement la région épigastrique avec un linge imbibé d'eau simple et d'eau savonneuse, au besoin; puis nous faisons une lotion sur cette même région avec la solution suivante, que chacun d'ailleurs peut modifier : sulfate d'atropine, 2 à 3 centigrammes; eau, 30 grammes. Nous avions d'abord pensé à faire une injection hypodermique de solution d'atropine, mais la crainte qu'inspire à beaucoup de personnes même une simple piqûre, nous a fait abandonner ce procédé.

Nous appliquons ensuite une plaque de cuivre de 4 centimètres e

(1) L. IV, c. XVIII.

(1) *Revue de Paris*, et *En steamer, d'Europe aux États-Unis; histoire, souvenirs, impressions de voyage*. In-8, 1867.

déterminer ce qui se passe quand on fait une onction avec une pommade chargée d'un principe médicamenteux sur une partie quelconque du corps.

M. Demarquay a fait une série d'expériences pour résoudre cette question. Il a fait préparer, avec de l'axonge très-pure, de la pommade contenant 3 à 4 grammes d'iodure de potassium. Il a fait pratiquer des onctions sur la jambe et une partie de la cuisse d'un malade, puis ce membre était recouvert, depuis les pieds jusqu'au pli de l'aine, avec un taffetas gommé recouvert ensuite de ouate; le tout maintenu en place avec une bande modérément serrée. Les urines du soir et du matin étant recueillies et traitées avec une solution d'amidon et de l'acide nitrique (le pansement restait en place plusieurs jours), on trouvait chaque jour de l'iode dans les urines. Cette expérience a été répétée plus de vingt fois, et toujours on a constaté l'absorption d'une certaine quantité d'iode, quantité faible, il est vrai, mais suffisante pour légitimer à ses yeux l'application des pommades. La même expérience a été répétée avec des glycérolés d'amidon et d'iodure de potassium; le résultat a été le même, toutes les fois qu'on s'est servi d'un glycérolé bien fait; si les glycérolés étaient un peu secs, l'absorption n'avait point lieu.

Thoracentèse capillaire.

L'exposé que nous avons fait dans l'une de nos précédentes Revues (nº du 30 janvier), de la méthode de thoracentèse capillaire de M. le docteur Blachez, a provoqué une légitime attention. On a lu, dans le dernier numéro, la lettre de M. le docteur Picard, de Grubwiller. M. le docteur A. Bois, d'Aurillac, nous transmet à cette occasion la lettre suivante, qui prouve, sans que cela diminue en rien d'ailleurs la part du mérite qui en revient à M. Blachez, que l'idée de se servir d'un trocart capillaire, dans certaines circonstances particulières, était assez rationnelle pour s'être présentée en même temps à l'esprit de plusieurs praticiens. On verra, par l'utile parti qu'en a tiré notre confrère d'Aurillac, la confirmation de quelques-uns des avantages qui lui ont été justement attribués, mais aussi de quelques-unes des restrictions qu'on a cru devoir faire à son égard.

« Je lis dans votre article sur la thoracentèse capillaire appliquée par M. Blachez au traitement des épanchements pleuraux, que le petit trocart capillaire, à ponctions exploratrices, serait très-probablement insuffisant pour cette opération. Permettez-moi de communiquer à vos lecteurs ce que j'ai vu à cet égard. Le 12 février 1864, j'étais appelé auprès d'un homme de 38 ans, se plaignant d'être un peu malade depuis environ sept semaines. Il avait ressenti à plusieurs reprises quelques frissons, surtout du côté droit, et un peu de douleur à la base du thorax. L'état général ne s'améliorait nullement, et le malade était alité depuis trois jours, se plaignant surtout de faiblesse, de manque d'appétit, d'essoufflement et de toux. A l'examen de la poitrine je constatai une matité presque complète dans les quatre cinquièmes inférieurs du côté droit, une absence totale du bruit respiratoire dans la même étendue, et un peu de voussure des côtes. Je songeais à la thoracentèse pratiquée par le procédé ordinaire, mais la répugnance du malade pour l'emploi du trocart à hydrocèle me fit songer à la possibilité de le remplacer par le trocart capillaire qui fut accepté sans difficultés. Le 16 février, je fis avec cet instrument une ponction entre les 7ᵉ et 8ᵉ côtes droites. Il sortit un liquide clair, légèrement citrin, qui se coagulait en partie par le refroidissement. L'écoulement dura trois heures et demie sans qu'il fût pris aucune précaution pour prévenir l'entrée de l'air dans la plèvre, l'étroitesse de la canule ne permettant pas à ce gaz de la traverser en même temps que le liquide. L'inspiration suspendait l'écoulement, mais la canule ne se vidait jamais. (Je regarde néanmoins comme un gage de sécurité plus grande le morceau de baudruche flottante qu'on peut attacher autour de l'extrémité externe de la canule.) La toux, très-modérée pendant l'opération, transformait à chaque secousse l'écoulement en jet. Il sortit 1450 grammes de liquide et pas une goutte de sang. Immédiatement après l'opération, la respiration s'entendait dans tout le côté droit. La reproduction ultérieure d'une certaine quantité de liquide nécessita une nouvelle ponction pratiquée avec le même instrument à quelques jours de distance de la première, et l'application de deux vésicatoires complétèrent la guérison. La grande sécurité inspirée par la complète innocuité d'une piqûre aussi insignifiante put seule faire songer à la seconde ponction qui n'était nullement urgente, et qui n'avait d'autre but que d'abréger le traitement.

« Dans le courant de la même année, j'eus occasion d'appliquer le même procédé à un épanchement pleurétique passif résultant de la gêne circulatoire occasionnée par une grave lésion cardiaque. Je pus ainsi apporter sans danger un notable soulagement à un état d'ailleurs désespéré. Dans ce cas, la thoracentèse ordinaire n'aurait été ni proposable ni surtout acceptée.

« Enfin, depuis lors, j'ai traité par le même procédé un jeune homme de 17 ans, qui par ce moyen fut rapidement guéri d'un épanchement pleurétique aigu.

« Ces ponctions capillaires ont un sérieux inconvénient, je le reconnais : c'est la lenteur de l'écoulement; mais elles sont applicables à des cas où la thoracentèse ordinaire ne saurait l'être pour une raison ou pour une autre, elles sont sans danger, et (raison qui a bien sa valeur) elles peuvent être faites avec un instrument qui est entre les mains de tous les médecins. Rien n'empêcherait d'ailleurs de recourir à une opération plus radicale dans le cas où une ponction exploratrice aurait révélé l'existence d'un liquide trop épais pour être évacué par ce procédé. »

Œdème de la glotte. Trachéotomie.

Nous recevons de M. le docteur B. Martin, médecin de la colonie agricole du Luc (Gard), l'observation suivante de trachéotomie *in extremis*, dans un cas d'œdème de la glotte. Cette opération a été suivie de guérison.

Julie B..., à Compertes (Gard), âgée de 51 ans, bien constituée, éprouve après un refroidissement, de la céphalalgie, de la courbature, un peu d'enrouement et de la difficulté à avaler. Le lendemain, les phénomènes locaux s'aggravent, et de plus dans la soirée, la malade se plaint d'un gonflement sensible à la partie antérieure et supérieure du cou.

Examen de la malade le 27 août 1868, quatrième jour de la maladie. Voix très-rauque, toux sèche, fréquente, dyspnée assez grande, inspiration difficile et sifflante, expiration plus aisée et moins bruyante. Il existe au-devant du cou, au niveau de la partie supérieure de la région laryngée, une tuméfaction considérable, circonscrite aux limites de la région, sans changement de couleur à la peau, très-douloureuse à la pression; persistance de la gêne de la déglutition : état normal de la luette, des amygdales et du voile du palais, épiglotte injectée, sans augmentation de volume; l'exploration avec le doigt de l'ouverture laryngée supérieure est difficile, et n'apprend rien sur les conditions matérielles des ligaments aryténo-épiglottiques. Langue large, rosée, humide, ni nausées, ni vomissements, anorexie, fièvre modérée, peau chaude et sèche, insomnie, céphalalgie, résonnance thoracique bonne, râles sous-crépitants disséminés à la base des deux poumons en arrière. (Sangsues au cou, frictions mercurielles, potion avec l'ipéca, sinapismes aux jambes). Dans la soirée, survient un accès de suffocation qui dure cinq ou six minutes. Je porte un pronostic grave, et avertis la famille que la résistance de l'affection au traitement médicinal, rendra nécessaire une opération chirurgicale. Les jours suivants, les accès se répètent avec la même physionomie une ou deux fois par jour jusqu'au 1ᵉʳ septembre. Ce jour-là, vers midi, se déclare une crise effrayante qui menace prochainement la vie de la malade. A une heure et demie, la mort est imminente; collapsus complet, intelligence anéantie, figure livide, respiration rare, extrémités refroidies, pouls filiforme, net. La tête de la malade étant renversée pour faire saillie, la partie antérieure du cou, le pouls et la respiration s'interrompent. Je procède rapidement à l'opération de la trachéotomie. A mesure que la respiration se rétablit après l'ouverture trachéale, la malade se ranime; elle maintient sa tête, remue ses membres, et fait des efforts pour enlever la canule introduite dans la trachée. La figure a une meilleure expression. Des mucosités sanguinolentes s'échappent en abondance par la plaie, à la suite d'efforts de toux. La respiration reprend sa régularité et le pouls se relève peu à peu. Moins d'une demi-heure après, la réaction est bien établie, peau chaude et moite, visage coloré, assoupissement; la complète intelligence ne revient que vers le milieu de la nuit.

2 septembre. Retour des forces, respiration aisée, mucosités jaunes et épaisses, chassées par l'ouverture de la canule, gonflement et sensibilité du cou manifestement diminués, état général satifaisant, pouls à 104, 108, assez développé, peau de chaleur modérée. La malade n'a gardé aucun souvenir de l'opération; le soir malaise, un peu d'agitation. (Bouillon et vin.)

4 septembre. 20 respirations à la minute, nuit bonne, un peu d'appétit, pas de soif. Je m'assure en obstruant avec le doigt l'orifice de la canule, que l'air introduit par les voies laryngiennes n'est pas encore suffisant pour fournir aux besoins de la respiration.

6 septembre. La canule est retirée; l'inspiration laryngienne exécutée largement est encore un peu rude, voix enrouée; sommeil un peu troublé, pouls à 80, appétit, déglutition un peu génée sans engouement.

8 septembre. Diarrhée avec coliques. Laudanum et bismuth.

12 septembre. Formes du larynx rendues bien évidentes par la disparition complète de la tuméfaction cervicale, un peu de toux, voix presque normale, à peine voilée; la respiration est libre et se fait suffisamment par les voies naturelles, l'air expiré sort avec bruit par l'ouverture fistuleuse, seulement lorsque la malade parle ou tousse; sommeil, pas de fièvre, la malade se lève et mange; pas de douleur en avalant, quatre selles diarrhiques dans la journée. (Opium et bismuth, alimentation légère.)

20 septembre. Vingt jours après l'opération, la fistule trachéale est tout à fait oblitérée; la diarrhée a cessé, et la malade est en pleine convalescence.

On vient de voir le succès qui a suivi la trachéotomie *in extremis*, pratiquée dans un cas d'œdème de la glotte. Voici un nouvel exemple qui prouve combien l'attention de nos confrères est fixée en ce moment sur la valeur et l'utilité de la trachéotomie.

Nous laissons la parole à notre correspondant, M. le docteur Grazais (de Guérande).

Œdème du larynx. — Trachéotomie.

A la fin de novembre 1868, j'ai donné des soins à M. M..., paludier au village de Quéniguen, situé à un kilomètre de Guérande. Cet homme, âgé de 56 ans, d'une bonne constitution, était épuisé depuis deux mois par la fièvre intermittente, que je me suis empressé de faire disparaître au moyen du sulfate de quinine. A la suite de cette fièvre, il est survenu de l'œdème au cou, à la main et au bras gauche. Après avoir constaté l'absence d'albuminurie, l'intégrité du cœur et des principaux organes, j'ai attribué cet œdème à la faiblesse générale, occasionnée par la fièvre. J'ai rassuré le malade inquiet; je lui ai prescrit du vin de quinquina et une alimentation tonique.

Le 1ᵉʳ décembre, à quatre heures du matin, il me fait appeler pour un mal de gorge; je reconnais de l'œdème du voile du palais et de ses piliers, un peu de gêne de la respiration; du reste le pouls est calme, régulier; je fais avec le bistouri quelques incisions aux parties tuméfiées, et j'ordonne un gargarisme astringent, qui n'a pas été employé.

A 8 heures du matin, on m'appelle de nouveau auprès de mon malade que l'on disait mourant. En effet, en ma présence, il est pris de violents accès de suffocation, qui reviennent à de courts intervalles; les mouvements respiratoires sont très-pénibles, les lèvres ont une teinte légèrement violette, le pouls est ralenti, faible; le doigt porté derrière la base de la langue me permet de constater l'œdème des parties supérieures du larynx,

---

demi à 5 centimètres de diamètre, en communication avec l'un des pôles d'un appareil médical de Ruhmkorf, sur l'hypochondre droit, à 5 ou 6 centimètres environ de l'ombilic, suivant une ligne légèrement oblique en haut et en dehors; l'autre excitateur, muni d'une éponge humide, est alors promené depuis le creux épigastrique jusqu'à la plaque, en suivant la direction des courbures de l'estomac. Cinq ou six applications suffisent généralement de chaque côté : on doit les pratiquer le plus près possible des cartilages costaux, sans les toucher toutefois, la faradisation sur les os et sur les cartilages étant fort douloureuse. Quant à l'intensité du courant, on le graduera suivant la susceptibilité de la personne, l'intensité du vomissement, en se servant du régulateur. Dans certains cas, il sera bon d'employer le petit balai métallique, au lieu de la plaque, afin de produire une rubéfaction énergique et une révulsion efficace. Faut-il prolonger la durée de la séance de la faradisation? faut-il y revenir souvent? On ne peut rien dire d'absolu sur ce point. Parfois il suffit d'une séance de trois à cinq minutes pour arrêter les vomissements et provoquer l'appétit; d'autres fois, et c'est ce qui arrive le plus souvent, il faut faradiser le creux épigastrique, un peu avant chaque repas, pendant deux ou trois jours.

« Chez plusieurs dames, l'absorption de l'atropine, dont je constatais l'influence sur la pupille, amenait un sommeil léger; l'appétit se prononçait d'une manière franche.

« Depuis l'année 1865, nos essais ont porté sur plusieurs centaines de personnes de l'un et l'autre sexe et appartenant à toutes les classes de la société. Dans la très-grande majorité des cas, le succès a été très-prompt et évident. »

On ne peut donc avoir de doutes sur les avantages de la faradisation contre le mal de mer.

Ajoutons que ces expériences ont eu déjà quelque retentissement en Amérique. M. Leconiat m'écrit qu'il a fait l'exposition de son système devant une Société médicale de New-York, où l'avait introduit l'un de nos confrères des États-Unis, témoin *directement intéressé* des succès obtenus sur le paquebot *Saint-Laurent*, de la Compagnie générale transatlantique, dans ses nombreuses traversées du Havre à New-York. La méthode nouvelle peut donc être désormais recommandée à un titre tout exceptionnel.

Le docteur Leconiat dit aussi avoir fait cesser par la faradisation, et chez dix dames enceintes de un à trois mois, des vomissements qui tenaient à la fois de la grossesse et du mal de mer. Il suppose que le même moyen serait sans doute utile contre les vomissements opiniâtres dus seulement à la première cause, et le fait mérite d'être vérifié.

Pour nous, nous serions d'autant plus porté à admettre l'efficacité, que nous avons eu l'occasion d'employer aussi la faradisation pour remédier à des vomituritions très-rebelles survenues chez un officier de marine, atteint depuis plusieurs années d'une affection cancéreuse de l'estomac. M. B..., notre regretté commandant, éprouvait chaque jour, et spécialement le matin, des douleurs violentes dans le creux épigastrique, avec nausées incessantes au point de mettre un obstacle presque absolu aux repas. Tout avait été mis en œuvre pour obvier à un état d'autant plus grave que la réparation par les aliments menaçait d'être entièrement arrêtée, quand la faradisation répétée de tout l'épigastre, et surtout de la région stomacale, réussit d'une manière surprenante. Après quelques essais comparatifs, c'est aussi aux petits balais électriques en métal que nous avions donné la préférence. Chaque matin, vers neuf heures, commençait la séance, vivement attendue et désirée par le malade, qui déjeunait solidement peu après. Nous recommencions avec le même succès pour le repas du soir, et si nous n'espérions pas guérir un mal au-dessus des ressources de l'art, au moins pouvions-nous en conjurer l'un des symptômes les plus pénibles, et retarder sûrement ainsi, d'une manière indirecte, une terminaison malheureusement fatale. Ce moyen nous a réussi constamment pendant toute l'année 1854, et notre observation peut ainsi confirmer, à un point de vue particulier, l'excellence contre le vomissement d'une méthode dont le docteur Leconiat vient d'étendre la sphère d'action de la manière la plus inattendue et la plus heureuse.

Docteur Berchon,

Directeur du service sanitaire de la Gironde.

Des lipômes et de la diathèse lipomateuse, par M. le docteur Édouard Darbet. Grand in-4. avec planches photographiques. Prix, 3 fr. 50.

œdème passif, que j'attribue à la débilitation générale. Le malade, incapable de parler, me fait signe de l'opérer au plus vite. Je me décide sur ses instances, vu le danger pressant à pratiquer la trachéotomie, qui fait disparaître immédiatement les accès de suffocation. Cependant la respiration est encore pénible; elle ne devient facile, régulière qu'à cinq heures du soir.

Le 2 décembre, je fais une tentative infructueuse pour supprimer la canule; car dès qu'elle est fermée, la respiration devient difficile.

Le 3 décembre à huit heures du matin, je l'enlève sans inconvénient. Cette fois la respiration est libre; l'œdème du voile du palais et de ses piliers n'existe plus; je rapproche les bords de la plaie.

L'opération et ses suites n'ont rien présenté de particulier; le malade a été soumis à un régime fortifiant et aux préparations de quinquina; des frictions résolutives ont été faites sur la partie antérieure du cou. Le 7 décembre, l'œdème du bras et du cou a disparu, et s'est porté aux membres inférieurs; la santé du malade s'est améliorée.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut.

COQUELUCHE AVEC HÉMORRHAGIE SOUS-CONJONCTIVALE

(Lu à la Société médicale d'observation)

Par M. Bottentuit, *interne des hôpitaux.*

L'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société médicale, a été recueillie dans le service de M. le docteur Bouchut.

La petite malade qui fait le sujet de notre communication, nous a présenté une coqueluche simple au début, avec production d'hémorrhagies localisées aux deux conjonctives, puis compliquée de rougeole avec broncho-pneumonie, dont l'issue, rapidement fatale, nous a permis de constater en outre une tuberculisation en voie de développement, que les antécédents recueillis auprès des parents nous avaient permis de prévoir.

Observation. — Blanche O..., âgée de trois ans, entre le 12 octobre 1868 à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le docteur Bouchut.

Cette petite fille appartient à une famille dont les parents sont habituellement bien portants. Cependant elle a perdu trois frères ou sœurs, plus âgés qu'elle, qui auraient succombé tous à des affections de poitrine. Elle n'a plus qu'un seul frère, âgé de cinq ans, bien portant, et dont la bonne santé contraste avec l'aspect chétif des parents, qui déclarent néanmoins n'être jamais malades. Elle-même a déjà été soignée pendant trois semaines à l'hôpital des Enfants pour une bronchite. Ajoutons que sa famille n'a jamais souffert de la misère et que son père, qui est menuisier, gagne assez d'argent pour maintenir sa famille dans une certaine aisance.

Les parents amenèrent l'enfant à la consultation du 12 octobre.

En l'apercevant, on est frappé immédiatement par l'aspect singulier qu'elle présente.

C'est une petite fille de trois ans, paraissant bien portante et dont les yeux présentent la disposition suivante :

L'iris est d'un bleu assez clair, et de chaque côté de chaque iris, on aperçoit sur la sclérotique une tache d'un rouge brillant, vif, éclatant, bien limitée, et formée par une apoplexie sous-conjonctivale.

M. Bouchut diagnostique immédiatement une coqueluche, et bientôt le récit des parents vient confirmer le diagnostic.

L'enfant était malade depuis trois semaines, elle n'avait pas eu de fièvre, mais elle avait eu presque immédiatement des quintes de coqueluche très-fréquentes (une quinzaine par jour). Ces quintes étaient extrêmement violentes.

A chacune de ces quintes, la dyspnée était très-intense, la cyanose considérable, la face se congestionnait, devenait bleuâtre; les yeux, devenus brillants, s'emplissaient de larmes.

Les accès se composaient de 8 à 10 reprises, et étaient suivis d'expectorations muco-purulentes et quelquefois de rejet de matières alimentaires.

Huit jours avant son entrée, pendant un des accès, il se fit quatre apoplexies conjonctivales donnant lieu à une infiltration sanguine de chaque côté de l'iris, ce qui donnait à notre petite malade l'aspect singulier que nous avons déjà signalé.

Elle eut une seule fois une hémorrhagie par la pituitaire, à la suite d'un accès très-violent.

Enfin, elle présentait au frein de la langue une petite ulcération grisâtre, de 5 millimètres de large environ.

Elle n'avait pas eu d'autre hémorrhagie, ni infiltration sanguine, dans les paupières, ni expectoration sanglante, ni rejet de larmes de sang, signalés par les auteurs.

Chez elle, les hémorrhagies, provoquées par les effets de toux, se sont bornées à une épistaxis et à ces hémorrhagies sous-conjonctivales.

Aussitôt après ces accès si violents, cette petite fille, naturellement gaie, reprenait sa gaieté ordinaire.

Jamais de fièvre.

La malade est venue dans le service le 12 octobre. On lui donne deux potions par jour, avec 0,05 de thymol.

Du 14 au 24, les quintes sont devenues moins nombreuses, sans expectoration, et se sont notablement affaiblies, six à sept par jour.

Les ecchymoses sous-conjonctivales ont un peu diminué d'éclat.

29 octobre. Depuis la veille, l'enfant a été prise de fièvre et éprouve une grande gêne pour respirer. On lui donne un vomitif qui ne produit aucun changement dans son état.

30 octobre. Le lendemain, on constate que la malade a toujours de la fièvre et de la dyspnée. On entend, par l'auscultation, des râles muqueux et sous-crépitants dans les poumons.

On applique 2 sangsues dans le dos de la malade.

1er novembre. Une éruption de rougeole commence à apparaître sur la face, sous forme de papules rosées peu apparentes.

3 novembre. L'enfant tousse beaucoup, soit par quintes de coqueluche, soit autrement. La respiration est très-gênée et accompagnée de râles muqueux et sous-crépitants. L'éruption s'est étendue sur tout le corps, mais elle est blafarde et presque effacée. La chaleur de la peau peu considérable,

160 pulsations.

Abattement énorme.

A partir du 18 octobre, en même temps que les quintes devenaient plus rares et moins intenses, les apoplexies sous-conjonctivales avaient commencé à perdre de leur éclat et à se résorber peu à peu.

6 novembre. — Depuis avant-hier, l'enfant est restée aussi abattue sans que l'éruption se montre davantage.

Les quintes de coqueluche ont cessé et sont remplacées par des quintes catharrales. La gêne de la respiration est excessive, les râles muqueux et sous-crépitants remplissent les deux poumons, et la petite malade succombe dans un état d'asphyxie très-prononcé.

Au moment de la mort, les ecchymoses sous-conjonctivales avaient complétement disparu.

Autopsie, faite le 8 novembre.

Les deux poumons sont remplis de noyaux d'atélectasie pulmonaire, disséminés, et de quelques noyaux de pneumonie lobulaire au deuxième degré.

Dans quelques-uns de ces noyaux on trouvait quelques granulations miliaires.

Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés et tuberculeux.

On n'a pas trouvé d'hémorrhagie sous-pleurale.

Le cerveau n'a pas été examiné.

En résumé, nous avons eu affaire à une coqueluche dont la marche était régulière jusqu'au moment où les hémorrhagies sous-conjonctivales se sont développées.

Nous n'avons pas à faire ici l'histoire des différentes hémorrhagies signalées par les auteurs dans la coqueluche. Constatons seulement que notre petite malade, au milieu des efforts provoqués par ses violentes quintes de toux, n'a eu qu'un seul épistaxis et ces hémorrhagies sous-conjonctivales.

Le deuxième point qui ressort de notre observation est le développement de la tuberculisation chez cette enfant, déjà prédisposée par les antécédents de famille, par une coqueluche, et enfin par une rougeole anomale qui vint terminer la scène.

OBSERVATION D'ÉPILEPSIE.

Emploi du bromure de potassium,

Par M. le docteur O. Saint-Vel.

Au moment où le bromure de potassium est à l'ordre du jour, l'observation d'un cas d'épilepsie ne semblant pas essentielle, et cependant dominée pendant plus d'une année, n'est sans doute pas sans intérêt. C'est un témoignage en faveur du médicament que j'apporte dans l'enquête qui mérite d'être poursuivie. Cette observation peut intéresser aussi par des points accessoires.

M. X..., employé dans une administration, âgé de 66 ans. Habitudes alcooliques très-anciennes. Après quelques vertiges il a eu à son bureau, en décembre 1864, une grande attaque d'épilepsie. Dès ce moment les alcooliques ont été abandonnés, et vers la fin de la maladie ils excitaient un sentiment de répulsion. Le traitement de Bretonneau et de Trousseau par la belladone à doses croissantes est commencé vers les derniers jours de décembre. Le 16 janvier 1865, nouvelle attaque avec cri initial, projection en avant, pâleur, convulsion unilatérale et coma.

Le 19 le malade, dont la constitution est détériorée (il est plus vieux que son âge), accuse un symptôme qui aurait commencé à la première grande attaque et se serait aggravé par la seconde. C'est un sentiment de faiblesse dans le bras droit et surtout dans la main. La sensibilité est intacte, mais comparée à celle de la main gauche, la pression est très-faible. Le traitement par la belladone est continué. En février et en mars surviennent deux grandes attaques.

Dans les premiers jours d'avril, je prescris le bromure de potassium à la dose de 2 grammes, avant les repas.

Bromure de potassium.......	20 grammes.
Eau distillée................	300 —

D'abord deux cuillerées, et successivement le malade augmente d'une cuillerée tous les quatre jours. Je m'arrête à six cuillerées, et au bout d'une semaine je diminue d'une cuillerée tous les quatre jours. Le traitement, descendu à deux cuillerées, est suspendu sur le conseil d'un confrère un peu timoré.

Pendant tout le temps de l'administration du bromure, sauf un ou deux vertiges, l'épilepsie ne s'est pas montrée. Dix jours après la suspension du médicament, une grande attaque a éclaté.

Du 1er juin 1865 à la fin d'août 1866, le traitement par le bromure n'a été interrompu que trois fois. Atteint d'un catarrhe pulmonaire, le malade a été pris de pneumonie en juillet 1865. Sujet à des accidents de diarrhée, il a eu une forte cholérine alors que sévissait le choléra en octobre de la même année. Plus tard, s'affaiblissant de plus en plus et obligé de garder le lit, il a eu en août 1866 un muguet confluent dont il a guéri. Le bromure, dont la dose était alors très-diminuée, fut abandonné dès ce moment. Des mouvements convulsifs de la face et de l'oreille droite se montrèrent presque sans discontinuer jusqu'au jour où le malade s'éteignit, vers la fin de septembre 1866.

En dehors de ces états morbides, le bromure fut constamment administré; la dose la plus élevée étant six cuillerées de la solution; la plus faible correspondant à deux. L'intensité plus grande de certaines manifestations avertissait le malade qu'il fallait augmenter la dose. Le petit doigt ou le pouce de la main droite devenaient le point de départ de l'aura, et le bras était agité de mouvements fibrillaires ou de quelque brusque mouvement d'extension. Il y eut aussi, pendant le traitement, quelques vertiges, et deux fois des douleurs atroces rappelant l'angine de poitrine. Jamais la grande attaque épileptique ne se reproduisit.

Aucun phénomène du côté de l'intelligence; rien du côté de la sensibilité. Le bras droit devint de plus en plus faible; la pression avec la main de moins en moins marquée. Habitué à chiffrer beaucoup, M. X... fut obligé de se servir de la main gauche. Au bout de quelques minutes, la plume s'échappait des doigts de la main droite et bientôt même ils ne purent la saisir. La paralysie du membre supérieur droit augmentait avec l'affaiblissement général qui était très-prononcé, lorsque le malade succomba à des accidents de catarrhe pulmonaire.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 13 janvier 1869. — Présidence de M. Legouest.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine; — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — L'*Union médicale de la Provence*; — Le *Montpellier médical*.

— Un mémoire intitulé : *De la ponction du péricarde envisagée au point de vue chirurgical*, par M. le docteur Balzeau, médecin principal de l'armée, avec une lettre de candidature au titre de membre correspondant.

COMMUNICATIONS.

Hydatides de l'humérus.

M. Demarquay communique le fait suivant recueilli par son interne, M. Sevestre. (*Voir la* Gazette *du mardi 15 février.*)

Phlegmon diffus du bras.

M. Verneuil. — (*Voir la* Gazette *du jeudi 11 février.*)

M. Demarquay. Il est fréquent de voir des phlegmons diffus succéder à des mouchetures faites chez des malades ayant de l'œdème albuminurique. J'ai vu, il y a huit jours, un malade succomber à un phlegmon diffus, survenu dans ces circonstances. Il faut donc s'abstenir de pratiquer des piqûres ou des mouchetures aux malades ayant un œdème des membres, survenu sous l'influence d'une diathèse.

M. Verneuil. Dans le cas de M. Demarquay, il y avait prédisposition à l'inflammation diffuse, puisque les tissus étaient malades ou distendus par l'œdème; chez mon malade, il n'y avait qu'une influence diathésique, puisque la saignée avait été faite dans une région où la peau était saine.

ÉLECTIONS.

La Société procède à l'élection de six membres correspondants nationaux.

Sont nommés ;

MM. Stolz, Dumesnil, Gayet, Dauvé, Thomas et Lannelongue.

Sont nommés membres correspondants étrangers de la Société ;

MM. Brodhurst (de Londres), Krasswski (de Saint-Pétersbourg), Bardelebed (de Berlin) et Gauthier (de Genève).

Le Secrétaire: Dr Léon Lefort.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1869.

1. Reuillet. Étude sur les paralysies du membre supérieur liées aux fractures de l'humérus.
2. Poiteau (Anatole). Des lésions de la portion cervicale du grand sympathique.
3. Geslin (Réné). De la Dilatation des bronches.
4. Mathieu (J.). Étude physiologique et thérapeutique sur le bromure de potassium.
5. Curie (Alban). De la Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

M. LE PROFESSEUR GRISOLLE.

Les obsèques de M. le professeur Grisolle ont eu lieu aujourd'hui, au milieu d'un très-grand concours de médecins et de notabilités scientifiques.

La Faculté avait été convoquée en entier, et s'est empressée de se rendre à cet appel.

Au nom de la Faculté, M. le professeur Béhier, qui occupe actuellement la chaire de M. Grisolle à l'Hôtel-Dieu, a prononcé un discours qui a produit une vive sensation et que nous reproduirons en entier mardi.

M. Chauffard a pris ensuite la parole au nom de l'Académie de médecine. M. Husson a payé un tribut d'hommage à l'ancien membre du conseil des hôpitaux. Enfin M. Millard, au nom de la Société médicale des hôpitaux et des anciens élèves de M. Grisolle, a vivement insisté sur la part qui doit revenir au regretté médecin de l'Hôtel-Dieu dans la revendication de certains droits professionnels.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 1er janvier 1869, sont promus :

1° A la première classe de leur emploi, les professeurs des facultés et des écoles supérieures dont les noms suivent ;

Faculté des sciences. — MM. Blavette, à Besançon; — Abria, à Bordeaux; — Pierre, à Caen; — Aubergier, à Clermont; — Brullé, Billet, à Dijon; — Seguin, Lory, à Grenoble; — Dareste, à Lille; — Jourdan, Faivre, Loir, à Lyon; — Morren, Favre, Aoust, à Marseille; — Chancel, Roche, à Montpellier; — Godron, Nicklés, à Nancy; — Chenou, Trouessart, à Poitiers; — Dupré, à Rennes; — Boch,

Schimper, à Strasbourg; — Molins, Daguin, Filhol, Joly, Leymerie, à Toulouse.

Écoles supérieures de pharmacie. — MM. Bussy, Berthelot, Chatin, Buignet, à Paris; — Planchon, à Montpellier; — Oppermann, à Strasbourg.

2° A la deuxième classe de leur emploi, les professeurs de Faculté des sciences dont les noms suivent :

MM. Grenier, Reboul, Vézian, à Besançon; — Lespiault, Houel, Raulin, à Bordeaux; — Leboucher, Girault, à Caen; — Alluart, à Clermont; — Destocquois, Ladrey, à Dijon; — Valson, Charvet, à Grenoble; — Guiraudet, Hanriot, à Lille; — Dieu, Merget, à Lyon; — Lespès, Derbès, à Marseille; — Lallemand, à Montpellier; — Contejean, à Poitiers; — Sirodot, Gripon, à Rennes; — Liès-Bodard, à Strasbourg; — Gascheau, Despeyrous, à Toulouse.

Faculté de médecine de Paris. — M. Brown-Séquard (Charles-Édouard), docteur en médecine de la Faculté de Paris, est chargé du cours de pathologie comparée et expérimentale à ladite faculté.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Becquerel, professeur au Muséum d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1868-1869, par M. Edmond Becquerel, aide-naturaliste audit établissement.

M. Sénéchal (Louis-Pierre), docteur en médecine, préparateur au laboratoire d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle, est nommé aide-naturaliste, garde des galeries d'anatomie comparée et d'anthropologie (2e classe), dans le même établissement.

M. Gervais (Henri), ancien préparateur d'anatomie comparée à la Faculté des sciences de Paris, est nommé préparateur à la chaire d'anatomie comparée (4e classe) du Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Sénéchal (Charles), démissionnaire.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse. — Un congé d'inactivité, pendant l'année classique 1868-1869, est accordé, sur sa demande, à M. Gaussail, professeur de pathologie interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

M. Bonnemaison, suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à l'école préparatoire de Toulouse, est chargé de la suppléance du cours de pathologie interne à ladite école, pendant la durée du congé accordé à M. Gaussail.

— Une place de membre titulaire est déclarée vacante à la Société de médecine de Paris.

La Société a soin de rappeler aux candidats que pour être admis membre titulaire il faut :

1° Être docteur en médecine;

2° Adresser au président une demande écrite, accompagnée d'un exemplaire ou de l'indication des travaux antérieurs;

3° Faire à une séance de la Société la lecture d'un travail encore inédit.

— La prochaine séance de la Société de médecine de Paris aura lieu le vendredi 19 février, à trois heures et demie très-précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour. — Lecture d'un travail de M. Durand Fardel, sur quelques point de la séméiologie du diabète. — De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la variole, par le docteur Durosiez.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Cours de chimie pratique (analytique, toxicologique, animale), à l'usage des étudiants en médecine, par William Odling. Édition française publiée sur la troisième édition par A. Naquet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1869. 1 vol. in-18 de 280 pages avec 71 figures dans le texte. Prix, 4 fr. 50.

Commentaires sur la structure microscopique du rein des vertèbrés, à l'occasion d'un mémoire de Ch. Gross sur le même sujet, par le docteur Sucquet, ancien préparateur d'anatomie au musée de la Faculté de médecine de Paris. In-8. avec une planche. Prix, 1 franc.

Pathologie des tumeurs, cours professé à l'université de Berlin par M. R. Virchow, traduit de l'allemand par M. Paul Aronssohn, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, etc. Traduction revue par l'auteur. Tome deuxième. 1 vol. in-8. de 554 pages avec 74 figures dans le texte. Prix, 12 francs.

Études sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles, pour servir à l'histoire des évolutions séculaires de la pathologie, par Charles Anglada, professeur de pathologie médicale à la Faculté de Montpellier. 1869. 1 vol. in-8. de 700 pages. Prix, 8 francs.

Aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'accouchements (Vade-mecum du praticien), par le docteur A. Corlieu. 1869. 1 volume in-18 jésus, xx-624 pages avec 439 figures. Prix, cartonné, 6 francs.

Deux observations de grossesse trigémellaire, avec leçons cliniques de M. le professeur Stoltz. rédigées par le docteur Gross, premier interne, aide de clinique. Prix, 1 franc.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale, par M. A. Jamain, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. Deuxième édition revue et augmentée. Tome second (deuxième partie). 1 vol. in-12 de 360 pages. Prix de l'ouvrage complet en deux volumes, 14 francs. — La 3e partie du tome II, complétant l'ouvrage, paraîtra le 1er avril.

Manuel de physique médicale, par le docteur V. Gréhant, préparateur du cours de physiologie à la Faculté des sciences, etc., 1 vol. in-12 de 660 pages avec 469 figures intercalées dans le texte. Prix, 7 francs.

Éléments de pathologie chirurgicale, par M. A. Nélaton. Deuxième édition très-augmentée, publiée sous la direction de M. le docteur Péan, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. Tome deuxième (seconde partie). Avec 84 figures intercalées dans le texte. 1 vol. in-8. de 414 pages. Prix, 7 francs. Prix des tomes I et II parus, 22 francs.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 19. — MARDI 16 FÉVRIER 1869. 42e ANNÉE. MARDI 16 FÉVRIER 1869. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com... le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 15 février 1869.

GRISOLLE

Nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs le discours prononcé par M. le professeur Béhier, aux obsèques de M. Grisolle, professeur honoraire près la Faculté de médecine de Paris.

Messieurs,

Lorsqu'il y a quatre ans à peine, j'eus l'honneur d'être admis dans notre Faculté, j'étais bien loin de penser qu'il me fallût sitôt rendre les derniers devoirs à celui de mes nouveaux collègues qui s'était acquis une si large part dans mon estime reconnaissante et dans mon affection dévouée.

Il semblait à le voir que sa vie dût se prolonger pendant de longues années, et deux ans ne s'étaient pas écoulés, qu'un mal subit le frappait et le laissait dans un état plus cruel pour lui que la mort même, car sa pensée lui restait tout entière et il était incapable d'exprimer les idées qu'il concevait dans toute leur plénitude. Ce fut une abominable douleur morale : ce coup affreux brisait, en effet, la carrière de notre malheureux ami, au moment même où sa vie de labeur incessant recevait une récompense si bien méritée — au moment où il prenait à l'Hôtel-Dieu cette chaire de clinique médicale, que son affection respectueuse pour Chomel, son maître vénéré, lui avait appris à regarder comme le poste médical le plus digne d'envie — au moment où, arrivé à cet enseignement qui convenait si parfaitement à son talent et à son genre d'esprit, il y montrait toute la maturité de ses connaissances cliniques, toute la profondeur des méditations auxquelles il s'était livré sur ces difficiles sujets et la netteté précise et rigoureuse du bon sens plein de tact, avec lequel il savait résoudre les problèmes souvent compliqués qui se présentaient à lui, chaque matin, au lit des malades. C'est en sortant d'une de ces précieuses leçons qu'il fut frappé d'hémiplégie et qu'il dut s'éloigner de sa chaire — et alors commença pour lui ce supplice de chaque jour, se voir survivre à soi-même! supplice qu'il ressentait aussi durement que possible, car M. Grisolle n'a jamais conservé aucune illusion sur l'avenir qui lui était réservé; il était, depuis la première heure, convaincu que tout était fini pour lui, et il semblait qu'il eût toujours devant les yeux cette parole du poète : *Lasciate ogni speranza*... Laissez toute espérance...

Ainsi, cette science à laquelle il s'était donné tout entier avec bonheur, cette haute considération si bien méritée, cette situation médicale prépondérante qu'il avait acquise après tant d'années d'incessants efforts, il voyait tout à jamais perdu, et si l'affection noblement et simplement dévouée de sa femme, si la tendresse de ses filles et du fils qu'il s'était choisi, si les douceurs si vives de l'amour qu'il ressentait pour son petit-fils venaient parfois l'occuper — il n'était pas consolé, et ce n'était que pour un moment qu'il faisait trêve à ses regrets et à l'amer chagrin que lui causait l'impuissance à laquelle il était réduit. Aussi, sa dernière heure n'avait rien qui pût l'effrayer. « Plus tôt tout cela finira, me disait-il, il y a peu de semaines, le mieux cela sera. » Puis, quand, ces derniers jours, il a vu commencer les accidents qui devaient terminer sa vie, il disait à un de ses élèves : « Tout va finir, cette fois; laissez faire; enfin! »

Quelle longue et cruelle agonie! que de douleurs de toutes sortes ont dû traverser l'esprit de notre pauvre ami.

Messieurs, ce n'est pas ici le lieu de vous dire quels furent les travaux de M. Grisolle; ailleurs, j'accomplirai cette tâche aimée, car il m'a légué ce soin pieux, et je ne manquerai pas à ce devoir, qui m'est un grand honneur. Aujourd'hui, mon cœur est trop plein de tristesse pour que mon esprit puisse analyser et apprécier librement les travaux de notre ami. Je vous rappellerai seulement ce qu'était l'homme et quelle place il tenait au milieu de nous.

M. Grisolle (Augustin) était né à Fréjus (Var), le 10 février 1811. Son père, simple bourgeois de Fréjus, amena Grisolle à Paris à 17 ans, et lui traça rigoureusement le programme de sa conduite dans la nouvelle ville qu'il allait habiter. L'influence de son père, pour lequel il avait conservé une vive affection et un profond respect, paraît avoir été pour beaucoup dans la façon dont le caractère de notre ami s'est développé. Ce qui dominait toute sa vie, c'était un goût décidé pour la simplicité et aussi des habitudes de réserve et de retenue dans les rapports qu'il avait avec les hommes.

Il se souciait très-peu de *paraître*, il avait même de la répulsion pour l'éclat et pour le bruit; il voulait *être* et se tenait pour satisfait s'il se faisait efficace, même sans que qui que ce fût put savoir quelle avait été sa part d'action dans ce qu'il venait de faire réussir. Et de même dans sa vie privée, nous l'avons vu toujours sans faste, sans luxe inutile, jouissant avec plénitude, mais trop peu de temps, hélas, des joies de la famille qu'il plaçait avant toutes les joies. Ce goût pour la simplicité, cette répulsion pour l'éclat furent le secret des nombreuses amitiés qu'il s'était faites et de beaucoup des antipathies qu'il soulevait ou qu'il éprouvait autour de lui. Si M. Grisolle, en effet, passait auprès de beaucoup pour un homme froid et rude, c'est que cette réserve, pleine de calme et de simplicité était encore la règle qui le dirigeait dans le choix de ses relations et de ses amitiés. Il n'était pas de ceux qui accablent les gens de protestations et de tendresse. Il ne tendait pas sa main à tout venant et son affection n'avait rien de banal. Mais quand il l'avait donnée, quand la réserve avait fait place à l'amitié (nous le savons, nous autres, qu'il avait bien voulu accepter dans ses affections), c'était l'ami le plus sûr, le plus ferme, le plus dévoué et le plus soigneux des choses du cœur. Alors, cet homme, si rude en apparence, mettait à nu des finesses et des délicatesses d'affection, pleines de charme et de douceur, qui rivaient plus fortement encore les liens de l'amitié qu'il inspirait à ses égaux et ceux du respect affectueux qu'il savait faire naître chez ses élèves. Demandez à ceux qui m'entourent ici ce que M. Grisolle avait de dévouement au service de ceux qu'il aimait; demandez à l'homme distingué qu'il avait pris pour gendre et qu'il aimait comme un fils ce qu'était son cœur, son commerce intime, sa gaieté, son esprit fin et facile, et à ces témoignages, je joindrai celui de mes chagrins et de mes regrets cuisants, car il m'avait ouvert son amitié tout entière; il me l'avait manifestée par son dévouement, par sa sollicitude. Hélas! j'ai joui bien peu de temps de ces liens, dont j'ai connu cependant assez la valeur pour les regretter amèrement.

Oui, c'était *une âme à la vieille marque*, comme disait Montaigne de celui qu'il a tant regretté. Oui, c'était l'ami le plus sûr. On le savait, mais il n'en disait jamais rien; il était dévoué sans fracas, dévoué sans restriction, et bien souvent, à part moi, je l'ai comparé à ces armes précieuses dont la lame n'a aucun brillant, aucun éclat, mais qui sont une sauvegarde sûre et à toute épreuve pour ceux qu'elles défendent et protégent.

Ces traits du caractère de notre ami, que je viens de chercher à vous rappeler, ont décidé du rôle qu'il s'était donné parmi nous. Il se conduisait envers les idées et envers les progrès de la science, comme il se conduisait envers les hommes. Frappé de l'extrême facilité avec laquelle se répandaient les théories brillantes, mais mal assises, les opinions miroitantes, mais peu fondées, il se tenait sur la réserve et ne se livrait pas à l'entraînement qui souvent l'entourait. Il se défendait de l'engouement facile et commode et veillait avec soin à la défense du passé. Mais il faut le dire bien haut, il ne repoussait pas du présent les choses bonnes et démontrées, et comme il acceptait, sans réserve, pour amis, ceux auxquels il ouvrait son cœur après long examen, il acceptait, aussi sans réserve, pour vérités, les idées et les faits auxquels il ouvrait son esprit, après étude longue et consciencieuse. Alors, une fois qu'il avait pris son parti, il mettait, à défendre ces acquisitions nouvelles, la même ardeur qu'il avait employée à les contrôler et à les critiquer avant de les voir acceptées. Ce rôle qu'il accomplissait au milieu de nous, ne doit pas être abandonné; il l'avait choisi par un mouvement naturel, par tempérament, en quelque sorte. Mais là encore, il avait montré ce tact sûr et cette solidité de bon sens qui ne l'abandonnaient jamais. D'autres suivront son œuvre, qui considèrent aussi comme un devoir de veiller à ce qu'il ne soit admis dans notre science, à titre de vérités, que des idées et des connaissances dont la valeur soit nettement vérifiée par le contrôle de la raison et de l'expérience souvent répétée et qui, à l'exemple de M. Grisolle, ne veulent pas que la légèreté et l'inconsistance compromettent le crédit et la réputation de la maison.

C'est là l'exemple, que nous a légué M. Grisolle. Nous l'imiterons avec prudence, mais avec pleine libéralité, et en cela nous témoignerons de toute l'étendue de notre affection pour notre ami et de toute la profondeur de nos regrets. Car nous ne pouvons rien faire de mieux pour nos morts les plus chéris que de garder leur souvenir gravé dans nos cœurs et de pratiquer chaque jour les bons enseignements qu'ils nous ont donnés.

Nulle parole, j'en suis sûr, ne peut être mieux placée sur la tombe de celui que nous pleurons aujourd'hui; nulle promesse ne peut lui être plus agréable que celle que nous faisons ici, d'aimer de toute notre âme la science qu'il a tant aimée, de la défendre et contre la quiétude qui l'attarde et aussi contre les impatiences qui l'égarent et la fourvoient.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

DEUX OBSERVATIONS D'HÉMORRHAGIES

pendant la coqueluche

(lues à la Société médicale d'observation, par M. BLACHE, interne).

OBSERVATION I. — *Coqueluche forte avec vomissement et fièvre Ecchymose sous-conjonctivale. Ulcération du frein. Rougeole qui diminue la coqueluche. Délire. Convulsions. Les quintes reprennent leur intensité après la rougeole. Broncho-pneumonie par poussées alternantes. Otite double. Surdité. Hémorrhagies diverses et persistance des vomissements dans les quintes. Catarrhe bronchique avec sécrétion excessive. Amygdalite. Angine. Diminution de la coqueluche. Guérison complète.*

Pauline E..., âgée de 5 ans. Entrée le 9 mars, salle Sainte-Geneviève, n° 7.

Cette petite fille, d'une forte constitution et d'une bonne santé habituelle, allait à l'asile de la rue Vanneau où elle a pris la coqueluche. Elle tousse par quintes depuis environ quinze jours; mais depuis huit jours elle est plus malade et a dû être alitée, ses quintes étant devenues plus fortes et ayant provoqué des vomissements et de la fièvre. On constate des râles gros et humides dans les deux côtés de la poitrine; le pouls est à 140. La face est injectée. Devant nous, elle est prise d'une quinte extrêmement violente, pendant laquelle sa figure bleuit, et qui se termine par un vomissement de mucosités, qu'accompagne une petite proportion de matières alimentaires.

L'auscultation de la poitrine après la quinte, permet de constater que la respiration se fait bien, sans être accompagnée des gros râles entendus précédemment; les bronches s'étant bien vidées de leurs mucosités par la quinte. On s'aperçoit aussitôt après cette quinte violente qu'une petite ecchymose s'est faite sur la conjonctive gauche, à l'angle interne de l'œil, qui paraît d'un rouge vif, quand on fait regarder l'enfant en dehors. (Café. — Bromure de potassium, 0,25.)

Les jours suivants, même état, quintes fort nombreuses, souvent suivies de vomissements. On voit, au-dessous de la langue, une petite vésicule, qui n'est autre que le début d'une ulcération du frein. En effet, cette petite vésicule ne tarde pas à s'ulcérer en frottant contre les dents incisives inférieures qui sont très-coupantes.

Pendant toute la fin du mois de mars, la coqueluche persista avec la même intensité. Le pouls variant de 124 à 144. Les vomissements se répètent trois, quatre et cinq fois par jour, mais sans amener d'autre complication.

Les traitements mis en usage, bromure de potassium jusqu'à 2 grammes, sirop de tolu, sirop de belladone, administrés successivement, n'amènent aucune modification. Le café noir, qui avait semblé réussir les premiers mois, cessa bientôt de diminuer les vomissements.

Le 3 avril. On a remarqué une légère diminution dans les quintes de la nuit (5 à 7 au lieu de 15 à 16).

L'enfant paraît très-prostrée. La figure est rouge et bouffie. Les yeux très-larmoyants. Le pouls est à 144. On voit sur la face, le menton et le col, un petit pointillé rouge. Dans la journée, une belle éruption de rougeole se manifeste.

Le 4 avril. Délire dans la nuit. Quintes persistantes, mais moins fortes et moins fréquentes. Catarrhe morbilleux, même quelques râles fins aux deux bases. Prostration. Face vultueuse. Pouls 176. — 60 inspirations (Ipéca. Julep. Acétate d'ammoniaque, 3 grammes).

Le 5 avril. L'enfant a eu des convulsions pendant la nuit.

Le 6 avril. Même état. Notable diminution dans l'intensité des quintes. Pouls 148. — 46 inspirations.

Le 7 avril. La dyspnée est un peu moindre, mais les râles persistent à être fins, surtout à gauche; la respiration est toujours rude, sans souffle. Pouls 128.

Le 8 avril. Amélioration notable de l'état général, mais les quintes reparaissent avec le sifflement. Râles fins à droite.

Les jours suivants, la coqueluche reprit beaucoup de son intensité sans cependant être aussi forte qu'avant l'apparition de la rougeole. Le catarrhe pulmonaire persista, offrant des alternatives de congestion tantôt du poumon gauche, tantôt du poumon droit. Le pouls resta à 120. (Sirop de tolu et sirop de belladone.)

Le 16 avril. Otite double qui suppure et rend l'enfant très-sourde. On voit sur son oreiller des traces de pus mêlé de sang provenant des oreilles. Nous pensons que ces petites hémorrhagies par l'oreille ont dû se produire par suite de l'intensité des quintes qui persistent à être assez fortes pendant la nuit.

En effet, on retrouve encore du sang provenant de la bouche ou du nez dans les mucosités rejetées par les vomissements qui apparaissent encore de temps en temps.

Le 25 avril. La surdité persiste; l'enfant conserve comme complication de sa rougeole, outre son otite, une conjonctivite et un coryza. Mais une autre complication que nous ne pouvons rattacher bien spécialement à l'une ou à l'autre de ces maladies, vient de se montrer encore; c'est une angine avec une amygdalite assez forte.

Pendant tout ce temps, la coqueluche continuait à décroître lentement mais le pouls restait toujours fréquent; la bronchite avait presqu'entièrement disparu et l'auscultation ne dénotait que de gros râles qui disparaissaient après les quintes.

Le 12 mai. Il n'y a plus de vomissements et on constate une grande diminution dans la quantité des mucosités rejetées par l'expectoration qui, jusque-là, était très-abondante à chaque quinte.

Le 17 mai. Encore quelques quintes rares.

Le 23. L'enfant sort presqu'entièrement guérie.

OBSERVATION II. — *Coqueluche très-forte. — Ecchymoses sous-conjectivales doubles avec un cercle ecchymotique circum-orbitaire. — Epistaxis. — Crachements de sang. — Rougeole avec augmentation des quintes. — Broncho-pneumonie. — Mort.*

Jean J..., âgé de cinq ans et demi, entré le 6 février, salle Saint-Louis, n° 8.

Cet enfant assez petit mais fortement constitué, est atteint de coqueluche qu'il a contractée de sa sœur; ses quintes sont extrêmement fortes.

Sa mère l'emmène à l'hôpital parce qu'elle est effrayée de lui voir survenir subitement aux yeux de fortes ecchymoses.

Nous constatons en effet deux fortes ecchymoses sur les deux conjonctives dont la coloration blanche a disparu sous l'épanchement sanguin.

Outre ces hémorrhagies sous-conjonctivales, tout le tour de l'orbite est bleu.

Le jour même de son entrée, des quintes très-violentes ramènent autour des yeux une nouvelle poussée ecchymotique si forte, que le cercle bleuâtre dépasse d'un centimètre le dessus des sourcils et descend de trois à quatre centimètres au-dessus de l'œil, en formant des anneaux concentriques de teinte de plus en plus foncée de la périphérie au bord libre des paupières.

Les jours suivants, ces ecchymoses, circum-orbitaires, pâlirent peu à peu en passant par les mêmes phases que les yeux d'un individu ayant reçu de violents coups de poing.

Le 8 février. Diminution des ecchymoses; les quintes sont toujours fortes; pas d'ulcération sublingale; l'usage de la belladone à laquelle on l'a soumis dès son entrée a amené une éruption spéciale. Epistaxis qui amène un crachement de sang. (Bromure de potassium, 50 centigrammes.)

Le 11 février. Légère amélioration dans les quintes; catarrhe bronchique assez intense; pouls, 112.

Le 18 février. Recrudescence des quintes; légère dyspnée; fièvre; pouls, 140.

Le 20 février. Rougeole, dont l'apparition a été précédée d'augmentation des quintes, qui persistent comme nombre et comme intensité; dypsnée.

Le 24 février. Broncho-pneumonie double; vomit dans ses quintes, toujours fortes; il rend du sang par la bouche dans ses efforts.

Le 25 février. Râles crépitants fins dans toute la poitrine; souffle très-fort, surtout au sommet, pouls, 180; respiration, 54; température prise après une quinte, 40°.2.

Le 26 février. La face est très-cyanosée; pouls, 168; température, 39°.8. L'enfant meurt le 27 au soir.

L'autopsie est faite trente heures après la mort.

Forte congestion des deux poumons, distendus par de l'emphysème aux bords antérieurs; nombreuses apoplexies sous-pleurales.

A la coupe, en pressant le poumon, on fait sortir des bronches de la sanie et un liquide muqueux, épais, sanguinolent.

Congestion érythémateuse de l'épiglotte et des replis arythéno-épiglottiques; sommet du poumon droit hépatisé, avec un point gros comme une petite noisette d'hépatisation grise.

A l'examen microscopique, on trouve dans les alvéoles hépatisées des cellules en voie de régression graisseuse avancée; sang fluide dans le cœur; congestion de la rate et du foie; reins normaux; cerveau non examiné.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

HYDATIDES DE L'HUMÉRUS

(Observation lue à la Société de chirurgie et recueillie par M. Sevestre, interne.)

M. T... entra, le 4 juillet 1868, à la Maison de santé, dans le service de M. Demarquay, pour une affection du bras droit, qui fut prise d'abord pour une nécrose de l'humérus, mais que l'on reconnut ensuite être la conséquence du développement d'hydatides dans la cavité médullaire de cet os.

Actuellement âgé de 53 ans, M. T... est né à Marolles-en-Brie (Seine-et-Oise), et est resté dans son pays jusqu'à 22 ans, travaillant à la terre, se nourrissant comme tous les gens de la campagne, mangeant plus de légumes que de viande. Né de parents dont la santé était excellente, il s'est également toujours bien porté. Il a eu deux frères, l'un plus jeune que lui, mort accidentellement, l'autre, son aîné qui vit encore très-bien portant.

A 22 ans, M. T... entra au service militaire et fut envoyé d'abord à Courbevoie, pendant quatre ans, puis à Strasbourg, jusqu'à l'expiration de son temps. Dans cette dernière résidence, il fit, dans des exercices de gymnase, une chute sur le côté droit, chute qui le retint à l'hôpital pendant un mois. A part cela, aucune maladie.

Son temps fini, il revient dans son pays, où il continue à travailler comme par le passé; et en 1856, il entre comme garde-chasse chez le prince de Wagram, à Boissy-Saint-Léger. Depuis lors, son existence se passe en grande partie dans les bois, où il a par moments un service un peu rude; mais, grâce à sa constitution vigoureuse, il supporte très-bien ces fatigues et continue à se porter admirablement.

Le 9 mars 1862, comme il chargeait son fusil, qu'il n'avait pas désarmé, il reçoit dans le bras droit toute la charge. Le fusil était appuyé contre la cuisse droite, et la charge (plomb n° 5) avait pénétré dans le bras, vers sa partie moyenne et au côté interne et postérieur. Grâce à l'extraction presque immédiate des corps étrangers, la plaie se cicatrise en quinze jours, et au bout d'un mois, le blessé peut reprendre ses travaux et chasser comme auparavant.

Quelques mois après, et particulièrement pendant l'automne de 1866, il ressentait dans le bras des douleurs vagues, sourdes et profondes. Enfin, au mois de février 1867, après quelques jours de souffrances plus vives encore, se forma un abcès, qui fut ouvert par un médecin, et dont la cicatrisation fut assez lente. Les douleurs persistaient, sans être très-vives, et le bras avait notablement perdu de sa force. Au mois d'avril, étant occupé à bêcher, M. T... ressentit dans le bras droit une douleur vive, subite et une sorte de craquement. Obligé de suspendre son travail, il rentra chez lui et fut ensuite plusieurs mois sans pouvoir se servir de son bras, qui était devenu douloureux et presque inerte, à ce point qu'il fut assez longtemps sans pouvoir manger de la main droite. Malgré cela, il continuait à chasser, en se servant du bras gauche.

Mais au commencement de cette année (1868), au mois de février, puis au mois de mars, de nouveaux abcès se formaient, les uns en avant, vers la partie moyenne du bras, les autres en arrière, et au lieu de se cicatriser, persistaient, en donnant naissance à des orifices fistuleux. Cinq abcès se formèrent ainsi.

A la fin d'avril, le malade, dont le bras était très-notablement tuméfié et très douloureux, alla consulter M. Ricord, qui croyant une opération nécessaire, l'envoya à M. Demarquay.

Le 3 mai, le malade entra à la Maison municipale de santé, portant quatre orifices fistuleux, qui fournissaient une assez grande quantité de pus.

Sous l'influence du repos absolu et des cataplasmes, le gonflement avait considérablement diminué, et il ne restait plus que deux orifices fistuleux, lorsque le malade s'en alla du service le 12 mai.

Vers la fin de juin, un nouvel abcès se forma à la région postérieure du coude; le pus très-visqueux, peut-être mélangé de synovie, sortait surtout dans les mouvements d'extension de l'avant-bras. Ces mouvements étaient d'ailleurs très-gênés. Le malade se décide alors à revenir trouver M. Demarquay, et il rentre à la Maison de santé le 4 juillet.

A cette époque, on constate, en examinant le bras malade, une tuméfaction générale, depuis le moignon du bras jusqu'au-dessous du coude. Les saillies musculaires et osseuses ont complétement disparu. En avant, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, existent deux orifices, par lesquels s'écoule du pus; l'un admettant l'extrémité du petit doigt, l'autre situé à 3 centimètres plus bas, beaucoup plus petit. Un stylet, introduit dans l'orifice supérieur, pénètre facilement, jusqu'à une profondeur de 4 à 5 centimètres, et se trouve alors arrêté par un obstacle qui donne la sensation d'un os rugueux et dénudé. Par l'orifice inférieur, on arrive aussi sur une partie que l'on peut prendre pour un sequestre. En faisant exécuter à l'un des stylets des mouvements alternatifs en avant et en arrière, on ne communique aucun mouvement à l'autre stylet.

Le pus fourni par ces orifices fistuleux est assez abondant et présente d'ailleurs les caractères ordinaires, mais il a quelquefois renfermé de petits sequestres du volume d'un gros pois, et le malade montre trois de ces sequestres qu'il a conservés. Ils paraissent constitués par une masse de tissu osseux très-fragile, offrant une assez grande analogie avec le tissu spongieux.

Quant à l'abcès ouvert en dernier lieu, près du coude, il est à peu près fermé. On trouve seulement un petit pertuis rouge, duquel on fait écouler par la pression une gouttelette de pus.

Les mouvements du bras sont très-peu étendus; outre la douleur spontanée, qui n'est pas très-vive, il existe une douleur dans les mouvements de l'épaule et du coude, et de plus les mouvements du coude sont eux-mêmes très-limités, soit par le fait du gonflement périarticulaire, soit plus probablement par suite d'un certain degré d'arthrite.

Bien que le bras ait acquis un peu de force, et que le malade n'en soit plus réduit, comme autrefois, à ne pouvoir soulever une cuiller, il est encore très-faible.

L'état général s'est aussi heureusement modifié depuis deux mois. Au mois de mai, le malade mangeait à peine, avait perdu son embonpoint et ses forces. Aujourd'hui, l'appétit est un peu revenu, et si l'on réfléchit à la constitution vigoureuse de cet homme, il semble que, l'opération et la source de la suppuration tarie, il reprendra vite sa bonne santé antérieure.

Résumons en quelques mots l'histoire de la maladie : Coup de feu dans la région du bras, il y a six ans. Pas d'accidents immédiats. Quatre ans après, douleur, puis abcès, soupçon de fracture. Le tout terminé par des fistules, donnant issu à du pus et de petits fragments osseux. Par l'exploration avec le stylet, sensation d'un os rugueux.

Tout semble donc indiquer qu'il s'agit de sequestres invaginés, probablement adhérents en partie; mais, en tout cas, l'opération est indiquée. Il faut enlever ces sequestres. Tel est l'avis de M. Demarquay, aussi bien que de M. Ricord. D'ailleurs, le malade réclame instamment une opération. Elle est donc faite le 10 juillet.

Disons de suite que l'anesthésie complète ne put être obtenue, à cause de la gêne respiratoire que déterminèrent les inhalations de chloroforme.

Dans cet état de demi-sommeil, et tout étant préparé comme pour l'ablation d'un sequestre, M. Demarquay commence par une incision réunissant les deux orifices fistuleux et intéressant tous les tissus jusqu'à l'os. Les parties molles sont, des deux côtés, disséquées et isolées de l'os, et l'on voit alors nettement les deux cloaques sur la face antérieure de l'humérus. L'index pénètre assez bien par l'orifice supérieur jusque dans le canal médullaire, sans rencontrer de sequestres. La portion d'os intermédiaire aux deux orifices est alors enlevée au moyen de la gouge et de la pince de Liston, et de plus, on prolonge en haut et en bas cette ouverture, de façon à lui donner une longueur de 8 à 10 centimètres.

Introduisant alors le doigt dans le canal médullaire, M. Demarquay constate d'abord qu'il est assez notablement élargi, mais il n'y trouve pas trace de sequestre; il retire seulement une matière pulpeuse, grisâtre, qui est qualifiée de « pus concret » et qui est mise dans une compresse mouillée, pour être examinée au microscope.

La cavité médullaire, complétement débarrassée de produits étrangers, est encore explorée, soit avec le doigt, soit avec le stylet. On remarque alors qu'elle est aggrandie, en particulier dans le sens de sa longueur. Le stylet pénètre, en effet, jusqu'à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres de la clavicule, et en bas jusqu'au voisinage de l'interligne articulaire du coude.

Dans les deux sens, mais surtout en haut, on peut lui imprimer des mouvements de latéralité assez étendus, circonstance qui dénote un agrandissement très-notable de la cavité médullaire. Vers le milieu de la face postérieure de l'humérus, existe, dans une étendue comparable à celle d'une pièce de 1 franc, un amincissement de l'os tel que la pression du doigt sur cette lamelle est perceptible à travers les parties molles du bras.

M. Demarquay, afin de débarrasser mieux encore la cavité, rugine ses parois avec divers instruments. Elle est ensuite bourrée de charpie, et la plaie extérieure pansée avec un linge glycériné.

La journée se passe sans accidents. Le lendemain, l'état général est excellent et la plaie peu douloureuse. On renouvelle seulement le pansement extérieur.

Mais avant d'aller plus loin, voyons quels résultats a fourni l'examen des matières enlevées. Lorsqu'on déploya la compresse dans laquelle était conservée la matière pulpeuse qualifiée de pus concret, on trouva des membranes un peu molles, bien que résistantes et tenaces, translucides et opalescentes, ressemblant absolument aux membranes d'hydatides. Quelques-unes formaient la paroi de petites sphères pleines d'un liquide transparent; mais la plupart étaient vides et déchirées. Au microscope, ces membranes parurent composées de plusieurs couches et un peu granuleuses. On n'y trouva point d'échinocoques, mais seulement quelques crochets isolés. C'était plus qu'il n'en fallait pour être édifié sur la nature de ces membranes. Si ce fait n'avait pu être reconnu plus tôt, il faut l'attribuer simplement à ce que les membranes étaient recouvertes de pus, et dans l'espace de vingt-quatre heures, ce pus avait été absorbé par la compresse.

Restaient les fragments osseux enlevés pendant l'opération. Sur deux d'entre eux, on trouvait adhérente à la face interne ou médullaire, une membrane hydatique. Tous ces fragments étaient recouverts d'une couche épaisse de 2 à 3 millimètres et présentant à l'œil nu et au microscope, les caractères de la moelle fibreuse. Cette moelle se détachait facilement de l'os qui, au-dessous d'elle, était rugueux et inégal; ce qui explique la sensation fournie par le stylet. Le périoste était également épaissi. Quant à l'os lui-même, il présentait par places des traînées de substance osseuse de nouvelle formation.

Ainsi donc, la suppuration était entretenue, non point par un os nécrosé, mais par le développement d'hydatides dans la cavité médullaire de l'humérus. Le malade, interrogé alors à ce point de vue, répond qu'à chacun des abcès qui se sont ouverts, il est sorti en même temps que le pus de petites boules du volume d'un pois en moyenne, quelquefois blanches ou noires (?), et des morceaux de peau ressemblant à de la colle. Le médecin, qui l'avait soigné, avait lui-même vu ces petites sphères, et avait probablement reconnu leur nature; mais n'étant point interrogé spécialement sur ce sujet, le malade n'en avait point parlé. Il était donc difficile, en raison des symptômes observés, en raison de la rareté des hydatides des os, d'éviter l'erreur commise.

Le 13 juillet, troisième jour de l'opération, le pansement étant enlevé complétement, il s'écoule une assez grande quantité de pus fétide. La plaie est lavée avec la solution de permanganate de potasse, et la cavité remplie de bourdonnets de charpie introduits jusqu'au sommet. Ce pansement doit être renouvelé tous les matins, et le soir, on change aussi les pièces extérieures du pansement. Le malade est mis au deuxième degré d'aliments et est autorisé à se lever quelques instants.

Le soir, il y a un peu de chaleur de la peau et d'accélération du pouls.

Le 14. L'avant-bras est le siége d'un gonflement assez notable à sa partie supérieure. Douleurs un peu plus vives et fièvre. Cataplasmes sur le coude.

Le 15. Il s'est formé, au-dessus du coude, deux orifices qui donnent issue à du pus et paraissent communiquer avec la cavité médullaire.

Le 16. L'appétit est revenu, la fièvre a notablement diminué. La suppuration est très-abondante.

Les jours suivants, l'amélioration continue.

Le 25 juillet. La suppuration est beaucoup moins abondante, et la cavité, toujours aussi large par en haut, diminue notablement à sa partie inférieure. Les orifices fistuleux du coude sont presque entièrement fermés. Le malade est, d'ailleurs très bien, mange 4 degrés et reste levé la plus grande partie de la journée.

Le 25, au soir, à la suite d'une promenade à pied (6 kilomètres aller et retour), fièvre, un peu de malaise, envie de vomir.

Le 28. Érysipèle déclaré, s'étendant, les jours suivants, jusque dans le dos. Huit jours après, il a disparu complétement.

Dès lors, l'amélioration, un moment suspendue, continue, et le 20 août, la cavité médullaire est complétement oblitérée par sa partie inférieure. En haut, elle se rétrécit peu à peu, mais surtout au voisinage de l'ouverture, tandis que la partie profonde reste presque aussi large. A cette même époque, se forme en arrière, vers la partie supérieure, un petit abcès, qui est vite guéri.

Le 28 août. Le malade part, conservant un trajet fistuleux dans l'humérus, trajet trop étroit pour admettree le doigt à l'orifice, mais encore très-profond. A part cela, l'état local est excellent, ainsi que l'état général. Le coude a considérablement diminué de volume, et bien qu'il soit encore tuméfié, on peut assez facilement apprecier les saillies osseuses.

Les mouvements sont en grande partie revenus et l'avant-bras à un certain degré de force.

Le 11 septembre. La cavité a encore diminué de capacité, et le bras est à peu près complétement revenu à son état normal.

Deux fois déjà, ajoute M. Demarquay, il m'est arrivé de commettre des erreurs semblables, une fois, je crus à un abcès froid et je rencontrai des hydatides, dans le second cas, il s'agissait d'une tumeur de même nature que j'avais cru être un lipôme du bras.

EMPLOI DE L'ÉCORCE DE CHÊNE

comme succédané de l'écorce de quinquina,

Par M. le docteur Bourguet (de Graisessac).

Les médecins de campagne, guidés souvent par la nécessité, sont amenés à chercher hors des officines divers agents thérapeutiques. C'est ainsi que j'ai songé à remplacer l'écorce de quinquina par celle de chêne dans les pansements de certaines solutions de continuité de la peau.

Je n'ai pas la prétention de parler d'un moyen nouveau; attirer l'attention sur lui, indiquer quelques cas particuliers où il m'a bien réussi, tel est le but que je me propose, et cela surtout en vue de ceux de mes confrères qui, comme moi, ont souvent, avant d'employer un remède, cette question à se poser : le malade peut-il se le procurer?

I. — G..., maçon, 55 ans, de constitution robuste, s'est piqué, il y a cinq ou six mois, à une branche d'aubépine, a négligé la petite plaie et continué son travail ordinaire. Une pustule parut et fut le point de départ d'une plaie augmentant toujours, se recouvrant de croûtes et fournissant du pus, du sang ou de la sérosité sanguinolente. Deux ou trois remèdes empiriques furent employés sans résultat.

Un confrère consulté parla d'une opération. Le malade effrayé vint me demander conseil.

La plaie se trouve sur le dos de la main gauche, à la racine des trois doigts externes; la peau est rouge, indurée sur certains points,

comme rongée sur d'autres; à la circonférence l'épiderme soulevé forme un liseré très-distinct.

La pression n'est douloureuse que sur un point (d'autres l'ont été antérieurement), le pus ou le sang s'échappent avec plus d'abondance tantôt sur un point, tantôt sur un autre, divers petits pertuis laissent suinter continuellement de la sérosité roussâtre.

Aucun point n'est fluctuant, la peau est encore légèrement mobile, et affectée d'une sensibilité voisine de la douleur, que l'air extérieur, le soleil, le contact, etc., suffisent à provoquer.

Je prescris la décoction vineuse de quinquina, des manuluves émollients, des cataplasmes la nuit, car le malade déclare qu'il ne cessera pas un instant son travail.

Quarante jours après, une partie du bord interne est seule guérie, tandis que du côté externe le mal a fait des progrès. C'est alors que je fais essayer l'écorce seconde de chêne (une poignée par litre d'eau, réduire de moitié par l'ébullition).

Huit jours après la main est entièrement guérie et le malade peut travailler sans l'envelopper aucunement. Sans doute la guérison était commencée, mais on ne peut mettre en doute dans ce cas la grande efficacité de l'écorce de chêne.

II. — T..., 65 ans, affecté de vitiligo depuis cinq ans. Larges taches décolorées au dos des mains, avec pigment autour, taches au cou et aux parties génitales depuis cette année seulement.

En travaillant aux champs, une pierre l'atteignit sur la tache de vitiligo de la main droite, il se développa en ce point une large phlyctène, mi-partie remplie de pus et de sang; je l'ouvris avec une épingle et pansai à sec, ayant bien soin de conserver l'épiderme.

Quarante-huit heures après, tout le dos de la main était recouvert de croûtes, laissant passer au-dessous d'elles une humeur séro-purulente; le malade vint me trouver fort en souci. Quatre applications de la décoction d'écorce de chêne eurent raison du mal, du jour au lendemain.

III. — Madame B..., 38 ans, scrofuleuse, eut une crevasse à l'extrémité de l'index droit, au côté externe. Elle fut mal soignée, et disparut au bout de quatre mois, laissant tout le côté correspondant du doigt recouvert d'une éruption papulo-vésiculeuse, suintante, et ayant résisté à une foule de moyens variés.

Guérison en huit jours par l'écorce de chêne.

IV. — J..., 45 ans, d'une bonne constitution, mais adonné aux alcooliques, fut égratigné par un lapin à la face dorsale du pouce gauche. Au bout de deux ou trois jours, la plaie devint croûteuse, et il se développa sur l'avant-bras, en arrière, à la réunion du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs, une phlyctène pareille à celle de l'observation II. Le malade en l'ouvrant ne conserva pas l'épiderme.

Guérison de l'égratignure en dix jours et de la phlyctène en trois semaines.

V. — Madame B..., 30 ans, lymphatique. Plaie sur la crête du tibia droit, s'agrandissant toujours, ayant résisté à divers onguents ou cérats, guérie radicalement en dix jours.

VI. — F..., 34 ans, scrofuleux, mordu profondément par un rat au médius droit. Toute la peau de la phalange se mortifia, laissant une une plaie de fort mauvais aspect, rapidement guérie (dix à douze jours) par l'emploi du même moyen.

Je signalerai encore les bons effets de l'écorce de chêne dans le traitement des ulcères variqueux anciens, — plusieurs malades traités d'un côté par ce moyen, de l'autre par l'occlusion en ont retiré un bénéfice à peu près égal, — dans les cas les moins fâcheux, la guérison peut s'obtenir, mais il faut de la persévérance.

Les plaies qui succèdent aux eschares, dans les maladies graves, revêtent fort vite un bon aspect si on les panse avec de la charpie trempée dans cette décoction.

Ces faits, quoique peu nombreux, me paraissent suffisants pour engager d'autres praticiens à expérimenter cette médication, et cela pour trois raisons :

1° La terminaison toujours favorable, souvent rapide;

2° Le point de départ de la lésion qui n'a jamais été le même;

3° La facilité qu'on a à se procurer l'écorce de chêne et la nullité de son prix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 11 janvier 1869. — Présidence de M. BARTHEZ.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et approuvé.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite, comprend :

1° Une lettre de M. Hayem, qui demande à passer membre honoraire;

2° Une lettre de M. Bricheteau, qui donne sa démission de secrétaire-général de la Société, et sollicite le titre de membre honoraire;

3° Une lettre de M. Huchard, interne des hôpitaux, qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société.

MM. Hayem et Bricheteau, remplissant les conditions exigées par le règlement, sont nommés membres honoraires.

Il sera procédé au scrutin, dans la prochaine séance, pour la nomination d'un secrétaire-général.

La correspondance imprimée comprend :

Deux numéros du *Recueil des Actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône.*

LECTURES.

M. HUCHARD lit un mémoire sur l'*Emploi de l'éponge dans les affections utérines.* (Renvoyé à une commission, composée de MM. Sanné, Hemey et Meuriot rapporteur.)

M. BLACHE, lit *deux observations de coqueluche avec ecchymose sous-conjonctivale* (*voir plus haut*). (La discussion est renvoyée après la lecture du rapport de M. Blache, sur la candidature de M. Bottentuit, ce rapport devant avoir trait au même sujet.)

ÉLECTION.

M. Rathery, interne des hôpitaux, est nommé à l'unanimité membre titulaire.

Le Secrétaire, MEURIOT.

CONSEIL DE MÉDECINE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Institution d'un prix de 3,000 roubles pour le meilleur ouvrage sur la vaccination.

Le 12 octobre 1768, l'impératrice Catherine II, voulant frayer à ses sujets une nouvelle voie de salut, contre les terribles ravages des épidémies si fréquentes de la petite vérole, résolut de soumettre sa propre personne, ainsi que l'héritier de son trône, à l'inoculation du venin variolique. Depuis ce temps on peut dater l'introduction de l'inoculation préventive en Russie, qui, vingt ans plus tard, fut changée par l'immortelle découverte de Jenner en vaccination, et bientôt après introduite dans notre patrie.

Le Conseil de médecine, en commémoration de cet important événement et en vue d'éclaircir quelques questions encore douteuses sur cette grave mesure sanitaire, qui pouvaient surtout profiter à la Russie, a sollicité et obtenu, par l'entremise de M. le ministre de l'intérieur, l'autorisation de S. M. l'empereur, de fonder un prix de concours, tant pour la Russie que pour l'étranger, à décerner au meilleur ouvrage sur la vaccination. Cet ouvrage doit indiquer « les meilleurs moyens de « prévenir le retour des épidémies de la petite vérole et de la « mortalité qui en résulte, et donner en même temps un aperçu « des différentes méthodes d'inoculation préventive, avec un « examen critique de leur efficacité. »

A cet effet, le Conseil de médecine propose le programme suivant :

1° Exposer l'histoire des principales épidémies de la variole, ainsi que celle de la vaccination, en indiquant les mesures sanitaires les plus importantes à prendre dans les différents états et les différentes institutions relatives à cette question. Dans cet exposé, l'auteur doit faire preuve d'une critique raisonnée, expérimentale, indépendante, et non se contenter d'une compilation des données consignées dans les traités spéciaux sur la petite vérole.

2° Est-il démontré que la vaccination présente un moyen préventif certain contre la contagion variolique? Faut-il prendre en considération l'opinion émise par quelques médecins, que l'introduction de la vaccination pouvait bien favoriser la propagation d'autres maladies épidémiques?

3° La vaccination exclut-elle pour toujours, ou pour un temps plus ou moins long, la disposition à la contagion variolique? Quelles sont les causes de la différence du degré de l'immunité contre la contagion variolique?

Analyse critique de la statistique de la mortalité, parmi les individus vaccinés.

4° Description du cours normal et des phénomènes locaux de la vaccination, ainsi que de ses anomalies. Preuves expérimentales de la force préventive de l'infection de l'organisme par le vaccin. Morphologie de la lymphe à vacciner et autres investigations de son principe contagieux.

5° Peut-on introduire, avec la vaccination, des germes de maladies dans l'organisme, et nommément lesquels?

6° Aperçu critique de toutes les méthodes d'inoculation préventive, avant et après Jenner et jusqu'à nos jours, sans excepter l'équination et l'ovination? — Il serait à désirer que les conclusions fussent fondées sur des expériences entreprises par l'auteur en personne.

7° Quels sont les meilleurs moyens de recueillir et de conserver la lymphe préventive, avec un exposé des circonstances qui favorisent son inaltérabilité et préservent son inefficacité? Quels sont les moyens les plus sûrs pour la faire arriver intacte à de grandes distances? Procédés techniques et hygiène de la vaccination.

8° Quelles sont les mesures les plus appropriées pour propager et généraliser la vaccination.

9° Quelles sont les preuves de l'utilité de la vaccination et de la revaccination obligatoires?

10° Sur l'introduction d'établissements vaccinatoires, comme moyens de se procurer une bonne lymphe et pour propager la vaccination.

Supplément I. Il serait à désirer que l'auteur indiquât les moyens de perfectionner et de généraliser en Russie la vaccination, d'après l'état actuel de cette importante question sanitaire et en concordance avec les réformes introduites actuellement dans l'empire

Supplément II. L'ordre et la suite dans laquelle seront traitées ces différentes questions, dépendront entièrement de l'auteur.

CONDITIONS DU CONCOURS.

1° Est désigné comme dernier terme pour la présentation des ouvrages au concours le 1er janvier de l'an 1871.

Le prix sera décerné le 12 octobre de la même année.

2° Le grand prix de 3,000 roubles sera décerné à l'auteur dont l'ouvrage aura entièrement répondu à toutes les exigences du programme.

3° Dans le cas où aucun des ouvrages présentés au concours n'aurait entièrement satisfait à ces conditions, mais où, parmi les ouvrages du concours, plusieurs auraient éclairci d'une manière non équivoque et originale les principaux points du programme, la Commission partagerait le grand prix entre les deux meilleurs ouvrages.

4° Sont admis au concours les ouvrages, tant manuscrits qu'imprimés, écrits dans toutes les langues européennes et en latin.

5° Le manuscrit qui aurait obtenu le grand prix reste la propriété de l'auteur et sera imprimé en entier en langue russe aux frais du ministère de l'intérieur, à moins que l'auteur ne préfère l'éditer lui-même. Un manuscrit qui aurait obtenu la moitié du grand prix, sera imprimé en extraits d'après l'indication du Conseil de médecine, à moins que l'auteur ne veuille l'imprimer au complet à ses frais. Un ouvrage étranger qui aurait obtenu l'un des prix, sera traduit en russe, et cette traduction imprimée, aux frais du gouvernement, tout en réservant à l'auteur le droit de traduire son ouvrage dans toute autre langue.

6° Les auteurs d'ouvrages manuscrits envoyés au concours sont invités à y joindre un pli cacheté contenant leurs noms et titres et une devise de leur choix, qui doit être répétée sur leur ouvrage. La commission n'ouvrira que les plis correspondant à un ouvrage ayant remporté un prix.

7° Le compte rendu du concours sera publié dans les journaux russes et étrangers.

8° Les membres du Conseil de médecine sont exclus du concours.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1869.

6. Leguelinel de Lignerolles (Henri). Quelques recherches sur la région de l'ombilic et les fistules hépatiques ombilicales.
7. Caussanel (Louis). Considérations générales sur la kératite.
8. Guihal (Ch.). Étude sur le phlegmon diffus du cuir chevelu.
9. Lecocq (Florent). Question d'identité, de l'âge, du sexe et de la taille en médecine légale.
10. Caumont (G.). Essai sur le traitement des maladies de la moelle et de ses méninges.
11. Dutheil (M.). De l'œdème de la Glotte, consécutif à la fièvre typhoïde.
12. Mahot (François). Des battements du foie dans l'insuffisance tricuspide.
13. Girard (Ernest). Essai sur la curabilité et la prophylaxie de la phthisie pulmonaire.
14. Jeannin (Octave). Des pigmentations cutanés dans la phthisie pulmonaire.
15. Provensal (Hippolyte). De l'Hématocèle rétro-utérine.
16. Troque (Jules). Étude critique sur la dysménorrhée membraneuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les thèses pour le concours d'agrégation ouvert près la Faculté, seront soutenues dans l'ordre suivant :

1er mars. M. Brouardel (Étude critique des diverses modifications employées contre le diabète sucré), argumenté par MM. Lecorché et Cornil.

M. Ferrand (de la médication anti-pyrétique), argumenté par MM. Fernet et Chalvet.

3 mars. M. Olivier (des atrophies musculaires), argumenté par MM. Leveu et Lancereaux.

M. Hayem (de la bronchite, pathologie générale et classification), argumenté par M. Bouchard et Laborde.

5 mars. M. Damaschino (la pleurésie purulente), argumenté par MM. Brouardet et Lecorché.

M. Cornil (des différentes espèces de néphrites), argumenté par MM. Ferrand et Chalvet.

8 mars. M. Chalvet (physiologie pathologique de l'inflammation), argumenté par MM. Olivier et Leven.

M. Lancereaux (de la polyurie, diabète insipide), argumenté par MM. Hayem et Bouchard.

10 mars. M. Laborde (physiologie pathologique de l'Ictère), argumenté par MM. Damaschino et Brouardel.

M. Lecorché (des altérations athéromateuses des artères), argumenté par MM. Cornil et Ferrand.

12 mars. M. Fernet (de la diathèse urique), argumenté par MM. Chalvet et Olivier.

M. Leven (des chories, pathologie générale et classification), argumenté par MM. Lancereaux et Hayem.

15 mars. M. Bouchard (de la pathogénie des hémorrhagies), argumenté par MM. Laborde et Damaschino.

— Par arrêté en date du 12 février 1869, pris de concert entre le garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes, et le ministre de l'intérieur, une commission a été instituée pour étudier divers questions relatives à la loi sur les aliénés, et notamment celles qui ont été renvoyées par le Sénat à l'examen des deux ministères.

Cette commission est composée de :

M. Boudet, premier vice-président du Sénat, président;

MM. Suin, sénateur, Séneca, député au Corps législatif; Lenormant, conseiller d'État, secrétaire général du ministère de la justice et des cultes; Grandperret, conseiller d'État, procureur général près la cour impériale de Paris; de Bosredon, conseiller d'État, secrétaire général du ministère de l'intérieur; Alfred Blanche, conseiller d'État,

secrétaire général de la préfecture de la Seine; le docteur Constans, inspecteur général de première classe du service des aliénés; le docteur Tardieu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de medecine; le docteur Calmeil, médecin en chef de la Maison impériale de Charenton; Durangel, chef de division au ministère de l'intérieur.

Les fonctions de secrétaires sont attribuées à M. Durangel. M. Follet, chef de bureau au ministère de l'intérieur, et M. Burin des Roziers, auditeur de première classe au conseil d'État sont attachés à la commission, en qualité de secrétaires adjoints, avec voix consultative.

— Par décision ministérielle du 26 janvier 1869, M. le docteur Tabouret, médecin-major de première classe, en retraite à Fontainebleau, a été nommé officier d'Académie pour ses conférences d'hygiène populaire.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance vient de faire une perte cruelle dans la personne de M. le docteur Thibault, son secrétaire général depuis de longues années.

Deux discours ont été prononcés sur sa tombe, l'un par M. le docteur Gaide, au nom de la Société médico-pratique; l'autre par M. le docteur Passant, président de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance.

Notre très-honorable et très-distingué confrère est mort à l'âge de quarante-neuf ans, après une courte et douloureuse maladie.

— La Société médicale des Ve et XIIIe arrondissements vient de renouveler son bureau.

Ont été nommés pour 1869 : président, M. le docteur Vollant; vice-présidents, MM. Personne, pharmacien en chef à l'hôpital de la Pitié, le docteur Leroy; secrétaire général, M. le docteur Martin de Gimard; secrétaire annuel, M. le docteur Porcher; archiviste, M. le docteur Allaire; trésorier, M. Buirat, pharmacien.

— Le service médical des hôpitaux de Lille, est modifié de la manière suivante :

Hôpital Saint-Sauveur, MM. Houzé et Morissson, chirurgiens ; M. Ollivier, médecin.

Hôpital Saint-Roch, M. Pilat.

Hospice Sautois, M. Joire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Recherches cliniques sur les modifications de la température et du pouls dans la fièvre typhoïde et la variole régulière, par le docteur Ernest LABBÉE. In-8. accompagné de tableaux dans le texte, de tracés sphymographiques et de courbes thermiques. Prix, 3 francs.

Instruction sur la recherche des poisons et la détermination des taches de sang dans les expertises chimico-légales, par le docteur J. OTTO, médecin consultant et professeur de chimie à Brunswick, traduit sur la troisième édition allemande par M. Ströbl, professeur agrégé de Strasbourg. Un volume in-8. Prix, 3 francs.

Psychologie naturelle. Etude sur les facultés intellectuelles et morales, dans leur état normal et dans leurs manifestations anormales, chez les aliénés et chez les criminels, par M. le docteur Prosper DESPINE. — 3 vol. in 8. Prix : 21 francs.

Études sur les paralysies du membre supérieur liées aux fractures de l'humérus, suivies d'une observation de névroplasie traumatique généralisée avec lésions secondaires des articulations et des muscles, par le docteur REUILLET. In-8. Prix, 1 fr. 75.

Commentaires sur la structure microscopique du rein des vertébres, à l'occasion d'un mémoire de Ch. Gross sur le même sujet, par le docteur SUCQUET, ancien préparateur d'anatomie au musée de la Faculté de médecine de Paris. In-8. avec une planche. Prix, 1 franc.

Cours de chimie pratique (analytique, toxicologique, animale), à l'usage des étudiants en médecine, par William ODLING. Édition française publiée sur la troisième édition par A. Naquet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1869. 1 vol. in-18 de 280 pages avec 71 figures dans le texte. Prix, 4 fr. 50.

Pathologie des tumeurs, cours professé à l'université de Berlin par M. R. VIRCHOW, traduit de l'allemand par M. Paul Aronssohn, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, etc. Traduction revue par l'auteur. Tome deuxième. 1 vol. in-8. de 554 pages avec 74 figures dans le texte. Prix, 12 francs.

Études sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles, pour servir à l'histoire des évolutions séculaires de la pathologie, par Charles ANGLADA, professeur de pathologie médicale à la Faculté de Montpellier. 1869. 1 vol. in-8. de 700 pages. Prix, 8 francs.

Deux observations de grossesse trigémellaire, avec leçons cliniques de M. le professeur Stoltz. rédigées par le docteur GROSS, premier interne, aide de clinique. Prix, 1 franc.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale, par M. A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. Deuxième édition revue et augmentée. Tome second (deuxième partie). 1 vol. in-12 de 360 pages. Prix de l'ouvrage complet en deux volumes, 14 francs. — La 3e partie du tome II, complétant l'ouvrage, paraîtra le 1er avril.

Éléments de pathologie chirurgicale, par M. A. NÉLATON. Deuxième édition très-augmentée, publiée sous la direction de M. le docteur Péan, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. Tome deuxième (seconde partie). Avec 84 figures intercalées dans le texte. 1 vol. in-8. de 414 pages. Prix, 7 francs. Prix des tomes I et II parus, 22 francs.

Déontologie médicale. Devoirs et droits des médecins vis-à-vis de l'autorité, de leurs confrères et du public, par M. le docteur Félix DELFAU (de Collioure). Ouvrage couronné par le Comité médical des Bouches-du-Rhône (Médaille d'or). In-18. Prix, 4 francs.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30

Nº 20. — JEUDI 18 FÉVRIER 1869. [42e ANNÉE. JEUDI 18 FEVRIER 1869. — Nº 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 17 février 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jolly poursuit avec une ardeur et une activité toutes juvéniles son étude de la philosophie dans ses rapports avec l'hygiène et la médecine. Au mois d'octobre dernier, il en communiquait à l'Académie un premier fragment, sur l'instinct. Hier, il a confié, comme de coutume, à l'excellente diction de M. Béclard la lecture d'un deuxième fragment, dont le sujet est l'imitation. Ce n'est pas la première fois que ce sujet, assurément très-digne de toutes les méditations du philosophe et du médecin, a appelé l'attention de M. Jolly. Il nous a rappelé hier, et nous ne l'avions pas oublié, qu'il y a 25 ans, il avait déjà fait une lecture sur ce sujet à l'Académie. Il l'a traité cette fois avec plus de développement et il a pu enrichir la collection déjà riche d'exemples curieux des effets de l'imitation, des faits plus récents qui ont pu lui paraître de nature à étayer sa thèse. On trouvera dans le compte rendu un court résumé de ce travail, que nous pourrons apprécier avec plus de connaissance de cause après sa publication intégrale.

On trouvera aussi dans le compte rendu un extrait d'un mémoire de M. le docteur Delestre sur les accidents de la vision dépendants des altérations des dents, mémoire qui intéresse tous les praticiens, et qu'à ce titre nous signalons à l'attention de nos lecteurs.

Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. RIGAL.

ÉRYSIPÈLE DU PHARYNX

Propagation de l'érysipèle

DANS LES FOSSES NASALES, LES SINUS FRONTAUX, A LA MUQUEUSE OCULAIRE ET A LA PEAU DE LA FACE, SYMPTÔMES DE PHLEGMON ORBITAIRE. GUÉRISON.

(Lu à la Société médicale d'observation.)

M. X..., directeur d'une filature, est un homme âgé de 32 ans, blond, de constitution moyenne, présentant les attributs du tempérament lymphatico-nerveux, avec prédominance du tempérament nerveux; il est très-sensible, très-impressionnable et mène une vie très-active. Ses conditions hygiéniques sont bonnes à tous égards. Il a été très-rarement malade, on ne trouve à noter comme antécédents morbides que des convulsions pendant l'enfance, une fièvre synoque vers l'âge de 20 ans, et peu de temps après, une syphilis caractérisée par un chancre induré et quelques plaques muqueuses de la gorge. Depuis dix ans, cette dernière maladie paraît complétement guérie. M. X... est marié et a un enfant très-bien portant.

Le 10 août 1866, M. X... jouissait de la meilleure santé; dans la soirée de ce jour, par un temps pluvieux, il resta exposé au vent sous un hangar, la tête nue. Quelques heures après, il ressentit des malaises, de légers frissons, qui furent suivis de fièvre avec céphalalgie.

Le lendemain, 11 août, je fus appelé près du malade, que je trouvai dans l'état suivant :

Le facies est bon; la fièvre est modérée; le pouls bat 90 pulsations; au toucher, la température de la peau n'offre rien d'excessif. Il existe une céphalalgie frontale assez vive. Léger enchifrènement. La gorge est le siége d'une douleur vive, surtout pendant la déglutition; la muqueuse gutturale a une coloration rouge foncé, uniforme, répandue sur la totalité de l'isthme du gosier et sur la paroi postérieure du pharynx; la tuméfaction de ces parties est peu considérable. La langue est un peu blanche; l'appétit est perdu; mais il y a absence de tout autre symptôme gastrique, ni mauvais goût, ni fétidité de l'haleine, ni nausées, ni vomissements. Les garde-robes sont régulières. Les autres organes ne paraissent être le siége d'aucun phénomène morbide.

Prescription : Gargarisme émollient. Pédiluve sinapisé. Demi-diète.

Il ne survient aucun changement pendant la journée du 12 août, et je ne vois pas le malade.

Le 13 août, je suis appelé près de lui, à trois heures du soir. L'état fébrile ne s'est pas modifié. La douleur de gorge est plus vive depuis la veille et a empêché le sommeil. Toute la gorge, moins la luette, est parsemée d'un grand nombre de taches, d'un blanc opalin, qui semblent très-nettement résulter de la rupture d'une vésicule et de l'affaissement de l'épithélium. Ces plaques blanches sont de forme irrégulière et ont en général la dimension d'une petite lentille, quelques-unes sont constituées seulement par des points blancs de la grandeur d'une tête d'épingle, on en compte 10 à 12 sur le pharynx et 5 à 6 sur les piliers et les amygdales. La rougeur de la muqueuse est toujours très-intense, presque violacée, la tuméfaction est au contraire peu sensible. De chaque côté, à l'angle de la mâchoire, on trouve un petit ganglion douloureux. L'aspect de la gorge me fait penser à une angine herpétique; j'examine avec soin les lèvres, et je ne trouve aucune trace d'herpès. Traitement : Badigeonnage de la gorge avec un collutoire au borax (5 grammes pour 10 grammes miel rosat). Ce badigeonnage provoque quelques efforts pour vomir. A la suite, le malade éprouve un soulagement notable, la douleur est encore vive, mais la déglutition se fait sans trop de difficulté. Je prescris un gargarisme laudanisé.

La soirée est bonne jusqu'à onze heures, mais alors se déclare un mal de tête violent, avec élancements douloureux et sensation de battements au niveau des sinus frontaux et dans les yeux. Le sommeil est impossible. Le malade est très-agité pendant toute la nuit. Le lendemain, 14 août, je le vois à trois heures du soir. Je le trouve inquiet, se plaignant de douleurs très-vives au niveau de la partie moyenne du frontal, dans les régions sourcilière et inter-sourcilière; dans ces points, la pression est douloureuse. De ces parties, les douleurs s'irradient dans toute la tête; la peau paraît un peu tuméfiée, mais sa coloration est normale. Les yeux sont larmoyants et douloureux; les paupières sont le siége d'un gonflement notable, surtout à droite; elles offrent en même temps une coloration rouge livide peu prononcée. Le gonflement et la rougeur sont plus marqués à la partie interne au niveau des points lacrymaux. Les conjonctives sont un peu rouges et vascularisées. Le malade accuse, en outre, un sentiment de tension, de plénitude dans la partie supérieure des fosses nasales; les douleurs sont peu intenses dans ces parties. Les artères frontales et temporales présentent des battements très-accusés, très-visibles pour l'œil de l'observateur et que le malade perçoit nettement; il se plaint beaucoup de ces battements, qui sont pénibles, et de la tension des parties. De temps à autre, il mouche un peu de sang et manifeste un vif désir d'avoir un épistaxis, convaincu qu'il serait soulagé.

La turgescence des tisssus, les battements exagérés des petites artères, qui étaient très-remarquables, la violence des douleurs, la sensation de tension accusée par le malade, indiquaient évidemment que la partie supérieure des fosses nasales, les sinus frontaux, l'orbite étaient le siége d'une fluxion considérable. L'état fébrile est plus prononcé que la veille : 110 pulsations. Je prescris l'application de dix sangsues aux apophyses mastoïdes, en ayant soin de les appliquer deux par deux. Les sangsues sont appliquées à six heures; elles donnent lieu à un écoulement sanguin considérable; je suis obligé d'intervenir à onze heures pour arrêter le sang avec le perchlorure de fer. Cette émission sanguine affaiblit un peu le malade qui éprouve des bourdonnements d'oreille, de la faiblesse et surtout un grand malaise. Le pouls a un peu faibli, il est surtout peu dépressible : 108 pulsations. Les douleurs sont un peu moins aiguës et le malade ressent un soulagement notable. Depuis la veille, le mal de gorge est allé sans cesse en déclinant; actuellement, la douleur est très-légère : un peu de gène seulement pendant la déglutition. La rougeur de la muqueuse est à peine marquée; les taches blanches ont disparu; la muqueuse semble légèrement exulcérée dans les points qui correspondaient aux phlyctènes.

J'ordonne un verre de bordeaux pour relever les forces et une potion au chlorhydrate de morphine.

15 août. La fièvre est un peu moindre : 100 pulsations. Le malade est très-fatigué; il n'a pu dormir. La céphalalgie est encore vive, quoique moins aiguë que la veille. Il existe toujours un sentiment de tension et de pesanteur très-pénible dans les régions indiquées précédemment. L'angine est guérie; la déglutition se fait avec facilité.

L'œil gauche est sain; le gonflement des paupières, la rougeur de la conjonctive ont disparu; le malade a seulement beaucoup de peine à ouvrir l'œil; l'élévateur de la paupière fonctionne très-mal. Mais si la fluxion s'est dissipé à gauche, elle a augmenté considérablement à droite. Déjà la veille, j'avais constaté un accroissement notable de la tuméfaction; aujourd'hui, les paupières de l'œil sont envahies par un gonflement œdémateux très-considérable, assez dur et douloureux au toucher, surtout à la paupière supérieure; la conjonctive est rouge, boursouflée et forme un chémosis autour de la cornée, qui conserve toute sa transparence; l'œil est immobile; la vue est trouble, le malade voit comme à travers un brouillard. On dirait que le globe oculaire est repoussé hors de l'orbite par la tuméfaction du tissu cellulaire profond. Cette limitation du mal à l'œil droit, la tuméfaction considérable, le trouble de la vue, me firent abandonner mon premier diagnostic : érysipèle des muqueuses pharyngienne, nasale et oculaire, et je pensai, soit à une phlébite des tissus caverneux, soit plutôt à un phlegmon de l'orbite. M. le docteur Cusco, parent de la famille, fut appelé en consultation.

Le 15 août, au soir, M. Cusco constate avec moi les symptômes que je viens d'indiquer. Le gonflement des paupières a un peu augmenté encore et a envahi la tempe, qui est devenue douloureuse et qui a pris une coloration légèrement rosée. Le trouble de la vue est le même. Il est évident que l'œil est sain et qu'il subit seulement une compression. Les douleurs sont un peu moins vives. Le diagnostic du chirurgien consultant est phlegmon orbitaire; l'idée d'un érysipèle des muqueuses est repoussée. Prescription : Cataplasmes laudanisés; calomel à doses fractionnées. Onction avec onguent mercuriel et belladone.

16 août. La fièvre est un peu moindre : 96 pulsations. La douleur a diminué. L'état de l'œil est à peu près le même; de plus, je constate sur la partie supérieure de la joue une rougeur avec tuméfaction légère de la peau qui, partant de la paupière, envahit la région géniale dans l'étendue d'un travers de doigt.

17 août. La rougeur, remarquée la veille, a envahi progressivement toute la joue. Cette large plaque rouge est sensible à la pression; elle est légèrement tuméfiée, et il nous semble difficile de ne pas la considérer comme une plaque d'érysipèle. La tuméfaction des paupières a un peu diminué; la douleur est maintenant très-légère. Même fièvre. Même traitement.

18 août. Le pouls est tombé à 88. Le gonflement des paupières est le même; la sensibilité à la pression est très-vive à la partie externe de la paupière supérieure. L'exploration de l'orbite, faite avec soin par M. Cusco, ne fait reconnaître aucun abcès. L'état de la conjonctive et de la vision n'a pas varié. L'érysipèle de la joue a diminué d'étendue. Il n'existe plus qu'une plaque rouge de la grandeur d'une pièce de 2 francs, au niveau de l'angle de la mâchoire. Le chirurgien consultant refuse d'admettre le diagnostic érysipèle; il trouve que les symptômes inflammatoires sont trop intenses, la phlegmasie trop localisée dans l'orbite pour croire à un érysipèle. Il attribue la rougeur de la joue à l'irritation produite par l'application de l'onguent mercuriel. Je fais cependant remarquer que la rougeur est partie de la paupière et a gagné progressivement la joue pour s'étendre jusqu'à l'angle de la mâchoire, point sur lequel aucune application irritante n'a été faite. Je signale aussi la disparition de la rougeur, qui s'est faite depuis la veille dans les parties les plus voisines de l'œil, et sa persistance, au contraire, dans les parties les plus éloignées. Ces raisons paraissent insuffisantes à l'éminent chirurgien. On supprime les onctions mercurielles. On prescrit deux verres d'eau de Sedlitz et 1 gramme d'iodure de potassium, à cause des antécédents syphilitiques du sujet.

Le 19 août. L'état général reste le même. La plaque rouge a disparu; le gonflement des paupières est moindre; le trouble de la vue a cessé; la vision est redevenue nette. Les douleurs sont aujourd'hui très-supportables; elles sont surtout localisées à la partie externe de la paupière supérieure; on ne trouve cependant par la palpation rien d'anormal dans cette région.

Les jours suivants, l'amélioration continue. Le 22 février, la fièvre avait cessé; mais le gonflement des paupières, la rougeur de l'œil ne diminuent qu'avec une extrême lenteur; jusqu'au 26, la douleur persiste, en perdant chaque jour de son acuité. L'appétit revient; l'alimentation se fait bien, et le malade reprend des forces, mais leur retour est très-lent. Le 3 septembre, seulement, tout phénomène morbide de l'appareil de la vision a disparu; j'envoie M. X... à la campagne, d'où il revient, quinze jours après, complétement rétabli.

Quatorze mois après, le 20 octobre 1867, M. X... me fit appeler. « Ma maladie de l'année dernière est revenue », me dit-il en me voyant. Je constatai, en effet, la présence d'une plaque d'érysipèle, occupant les paupières de l'œil droit, la partie voisine de la joue et du nez. Deux jours avant, le malade avait ressenti du malaise et quelques petits frissons; la veille, il avait eu un peu de fièvre : il en existait encore au moment de ma visite; la peau était chaude : le pouls à 84. La muqueuse oculaire offrait une rougeur légère. Je prescrivis des applications de compresses imbibées d'eau de sureau et un purgatif.

Le lendemain, 22 octobre, il y avait une amélioration sensible : absence de fièvre et de douleur; le gonflement de la paupière avait diminué. Trois jours après, toute trace de cette petite maladie avait disparu.

Un an plus tard encore, le 19 octobre 1868, il y eut une récidive de cette même maladie; les phénomènes morbides furent semblables à ceux que je viens d'indiquer; l'érysipèle fut nettement caractérisé par l'état fébrile, la rougeur, la tuméfaction douloureuse de la peau; seulement, ce fut l'œil gauche qui fut envahi, et l'érysipèle fut localisé au paupières et aux parties voisines de la joue et du front. En six jours, la maladie parcourut toutes ses périodes.

En résumé, un homme, âgé de 32 ans, habituellement bien portant, est pris, au milieu d'une santé parfaite, de malaise, fièvre et douleur à la gorge. Deux jours après, je constate l'existence d'une angine, caractérisée par une rougeur foncée de la muqueuse, un léger degré de tuméfaction et la présence de plaques blanches, paraissant avoir succédé à la rupture de vésicules. Cette angine dure quatre jours, puis disparaît complétement; au moment de son déclin, apparaissent des symptômes indiquant une inflammation des muqueuses nasale, oculaire et des sinus frontaux; en même temps : tuméfaction et rougeur légère des paupières. En trente-six heures, l'œil gauche revient à l'état normal; mais les phénomènes morbides, siégeant sur l'œil droit, acquièrent une intensité remarquable : tuméfaction énorme des paupières, chémosis, troubles de la vision. L'œil semble comprimé par le gonflement du tissu cellulaire de l'orbite; en même temps paraît sur la joue droite une plaque érysipélateuse, qui envahit progressivement toute cette région. L'érysipèle de la peau ne dure que deux jours, mais celui des paupières persiste, et pendant neuf jours, ces organes

restent tuméfiés et douloureux. Les troubles de la vue cessent au bout de qurante-huit heures; mais la tuméfaction des paupières, la tension et la douleur au-dessous de l'arcade sourcilière sont tels que, pendant cinq à six jours, on peut croire à un phlegmon de l'orbite. Enfin, la résolution s'opère, et le malade entre en convalescence, après quinze jours de maladie. Pendant deux années consécutives, à peu près à la même époque, on voit paraître une bouffée d'érysipèle, siégeant sur les paupières et les régions voisines; seulement, dans ces deux récidives, les symptômes sont très-atténués, et la guérison a lieu en six à huit jours.

Réflexions. — Depuis la publication du mémoire de Cornil, dans les *Archives de Médecine*, de 1862, l'existence de l'angine érysipélateuse est admise par l'immense majorité des médecins. Quelques années plus tard, en 186?, M. Civré a rapporté dans sa thèse un certain nombre d'observations tout aussi probantes que celles du mémoire de M. Cornil, et démontrant comme elles que l'érysipèle peut se propager de la face à la gorge et inversement, qu'il peut débuter par le pharynx et gagner ensuite la face, la propagation se faisant, soit par l'orifice buccal, soit par les narines, soit par les points lacrymaux, soit par la trompe d'Eustache et le conduit auditif externe; c'est dans cette dernière catégorie d'un énanthème devenant ensuite un exanthème que se range notre observation; mais il faut remarquer que dans ce fait, l'érysipèle cutané a été si peu prononcé, tandis que les phénomènes du côté des paupières et de l'œil ont été tellement intenses, qu'on a pu mettre en doute l'existence de l'érysipèle et croire à un phlegmon de l'orbite, précédé et accompagné de quelques accidents inflammatoires de la gorge et de la peau à la périphérie de l'orbite. Nous voulons démontrer que notre observation est bien un érysipèle. Les muqueuses ayant seulement présenté, du côte de l'orbite, quelques phénomènes d'une intensité exceptionnelle, nous allons donc examiner successivement les divers actes morbides qui ont constitué cette maladie, sa marche, sa durée, son mode de terminaison, et de cette étude, nous espérons faire jaillir la preuve de l'exactitude du diagnostic. L'angine érysipélateuse est caractérisée par une tuméfaction peu marquée de la muqueuse, par sa coloration rouge foncé, vineux, par une douleur vive, par son siége principal sur la mnqueuse pharyngienne, par la production de phlyctènes de volume variable, se rompant très-rapidement et laissant des taches blanches formées par des débris épithéliaux, enfin, par sa durée, qui est de trois à quatre jours.

Ces caractères sont précisément ceux que nous avons observés chez notre malade; nous n'avons pas vu les phlyctènes : elles étaient rompues lorsque nous avons examiné la gorge du malade pour la seconde fois; mais les plaques blanches, irrégulières, formées par une mince couche épithéliale, avalent un aspect vraiment caractérisque d'une phlyctène rompue. En général, dans l'érysipèle de la gorge, les phlyctènes sont moins nombreuses que chez le sujet de cette observation; mais, cependant, cette multiplicité n'est pas un fait exceptionnel, elle caractérise la forme du mal désignée sous le nom d'érysipèle miliaire, et M. Civré en rapporte un exemple très-probant dans sa thèse.

Sur l'appareil de la vision, l'érysipèle a déterminé chez notre malade une conjonctivite intense, une tuméfaction énorme des paupières et probablement du tissu cellulaire de l'orbite, comme le prouveraient les phénomènes de compression de l'œil, immobilité et troubles de la vision. Ici, nous nous trouvons en présence de symptômes exceptionnels par leur intensité. En thèse générale, la conjonctivite est modérée, le gonflement des paupières n'a rien d'excessif, et le tissu cellulaire de l'orbite paraît épargné; mais cette intensité des symptômes suffit-elle pour admettre un phlegmon orbitaire, terminé par résolution et non un érysipèle? Nous ne le pensons pas : l'acnité des phénomènes locaux varie avec les sujets; ne voyons-nous pas l'angine érysipélateuse être simplement caractérisée par la rougeur et le gonflement dans certains cas, être phlycténoïde dans d'autres, être suivie de suppuration rétropharyngienne et même de gangrène chez des sujets différents, sans que rien puisse expliquer d'une manière suffisante la variété de ces phénomènes? Pourquoi n'en serait-il pas de même pour ceux qui ont leur siége sur la muqueuse oculaire et les paupières? La propagation de l'inflammation au tissu cellulaire de l'orbite est un cas très-exceptionnel; nous n'en connaissons pas d'autre exemple; mais dans d'autres régions, la propagation de l'inflammation de la peau au tissu cellulaire sous-cutané, s'observe et peut donner lieu à la formation d'abcès. En supposant même qu'il se fût formé une collection purulente dans le tissu cellulaire de l'orbite, nous ne persisterions pas moins dans le diagnostic; nous dirions seulement que l'érysipèle a provoqué la formation d'un abcès orbitaire. Sur la peau de la face, l'érysipèle s'est caractérisé par une rougeur qui, partant de la paupière inférieure, a gagné l'angle de la mâchoire progressivement. Cette rougeur était accompagnée de tuméfaction légère et de douleur à la pression; cette localisation de la maladie n'a persisté que pendant quarante-huit heures. Nous ne croyons pas qu'une inflammation de la peau, déterminée par l'application de la pommade mercurielle, eût présenté des caractères semblables, elle n'aurait pas eu cette marche serpigineuse, envahissante, elle ne se fût pas étendue aussi loin du siége de la friction, elle eût persisté plus longtemps.

Mais si les caractères des diverses inflammations locales, qui ont existé chez notre malade, peuvent être rapportés à l'inflammation érysipélateuse, la marche de la maladie nous fournit encore de bien meilleurs arguments. Voilà un mal qui débute par la gorge, qui s'y fixe pendant quatre jours, qui se propage aux fosses nasales, aux sinus frontaux, qui envahit les muqueuses oculaires par les points lacrymaux, qui gagne ensuite les paupières et une partie de la peau de la face? Qu'est-ce que cette inflammation envahissante, présentant les caractères que j'ai signalés, sinon de l'érysipèle? La maladie a duré quinze jours; elle s'est terminé par résolution. Enfin, pendant deux années consécutives, j'ai pu observer sur le même siége une affection semblable, à l'intensité près, aux mêmes époques de l'année : ce sont là tout autant de caractères qui se rapportent à l'érysipèle.

Le diagnostic ainsi établi, j'appelle l'attention sur ces phénomènes de phlegmon orbitaire, qui ont été plus intenses que je n'ai pu l'exprimer dans cette observation, et qui avaient inspiré les craintes les plus sérieuses à la famille et aux médecins, comme je l'ai dit; cette extension de la maladie au tissu cellulaire de l'orbite n'a pas été encore signalée. Il est cependant très-utile de la connaître : le pronostic étant complétement modifié par cette connaissance, le phlegmon érysipélateux de l'orbite devant se terminer, dans la plupart des cas, par la résolution, tandis qu'on sait combien la suppuration est fréquente dans le phlegmon ordinaire.

OBSERVATION DE RAGE

Lysses sublinguales,

Par le Dr César Bazin (de Corbeilles-en-Gâtinais).

Dans la nuit du 11 au 12 novembre 1868, B..., poseur de rails et garde-barrière du chemin de fer, entendant du bruit autour de son habitation, sortit en chemise et sans arme. Un chien de forte taille avait brisé la clôture d'un clapier et était en train d'égorger les lapins. B... essaya de terrasser l'animal, mais voyant qu'il revenait toujours à la charge sur la lapinière, il rentra dans sa maison, s'empara d'un fusil et d'un coup de cette arme abattit la bête obstinée au carnage. Dans cette lutte imprudente, le garde-barrière reçut plusieurs morsures à la main droite; il les lava à l'eau sédative, les laissa saigner longtemps et vint me consulter le lendemain, douze ou quinze heures environ après l'accident. Je cautérisai énergiquement les petites plaies à l'aide de la potasse caustique; les eschares mirent pendant plus de huit jours cet ouvrier dans l'impossibilité de travailler.

Les allures de ce chien, égorgeaut ainsi plusieurs lapins sans les emporter ni les dévorer, me le rendirent suspect, et M. Beaufils, vétérinaire à Corbeilles, partagea mes inquiétudes. Il m'aida toutefois à rassurer la malheureuse victime, en essayant de le persuader que l'animal ne devait pas être enragé.

Nos craintes étaient, hélas! trop fondées.

Le 27 janvier 1869, soixante-seize jours après cet accident, je fus appelé, dans la soirée, auprés de B... « Je suis enragé! » Ce fut sa première parole à mon arrivée. Il était couché; son visage était amaigri; il avait le regard inquiet, de la loquacité, un peu d'agitation.

Il m'apprit que la veille au soir, en soupant, il avait été pris d'une impossibilité absolue d'avaler, dont il n'avait pas fait part à sa femme. Il s'était mis au lit avec des nausées, du frisson; avait eu la fièvre toute la nuit et avait mouillé une chemise. J'ai su depuis, par des personnes qui l'avaient vu dans la journée du 26, que B... avait eu de la peine à avaler un verre de vin qu'on lui a offert.

Il me racouta aussi que dans cette même journée du 26, il *avait ressenti de la douleur dans la main et dans le bras du côté mordu*; les cicatrices ne présentaient rien de particulier.

Pendant quelques jours aussi il avait éprouvé sur la langue une sorte de *gêne causé par des boutons qui*, disait-il, *s'étaient sans doute crevés, car il ne les sentait plus.* L'examen direct de la bouche ne me fit rien découvrir.

Au moment où je l'observe, il se plaint de sentir comme des bouffées de mauvaises odeurs qui lui montent vers le nez.

Il a une hyperesthésie cutanée si prononcée, que lorsqu'on soulève sa couverture, le contact de l'air extérieur détermine immédiatement, par action réflexe, des convulsions dans le diaphragme et le larynx, ainsi qu'un tremblemeut général.

J'exhorte le malade à boire devant moi. Malgré une répulsion violente pour le liquide présenté, le malade, à force de volonté, parvient à saisir le vase entre ses lèvres; mais à peine quelques gouttes du liquide sont-elles arrivées dans sa bouche, qu'un spasme violent s'empare de l'œsophage et que des convulsions surviennent dans le visage, le diaphragme, etc.

Comme ce malade peut encore avaler sa salive, je donne, en vue de calmer l'état spasmodique, 20 gouttes d'une solution titrée de chlorhydrate de morphine (5 centigrammes), qui, mélangées à une petite quantité de tisane sucrée, devaient être avalées par petites prises avec la salive.

La peau est sudorale et exhale une très-mauvaise odeur; le pouls a une fréquence à peu près normale; pas d'érections, pas de sputation; pas d'hyperesthésie de la vue ni de délire.

La langue est saburrale; l'haleine exhale une forte odeur d'embarras gastrique; les sclérotiques ont une teinte ictérique.

28 janvier. Le malade n'a pas dormi de la nuit; il a cessé de prendre la morphine parce qu'il n'en éprouvait aucun soulagement. Je le trouve habillé, accroupi sur les genoux dans son lit; il a le visage plus hagard que la veille, il est plus agité; il a, dit-il, éprouvé le matin une perte de connaissance passagère; il ressent des sensations bizarres dans le ventre; il détache avec ses ongles le tartre accumulé entre ses dents et prétend que c'est la rage qui lui sort par là.

Les hallucinations de l'odorat sont plus marquées que la veille. Les objets brillants ne lui causent pas d'impression pénible.

Il a conscience de son état; il m'avoue que depuis quelque temps il avait un fond de tristesse qu'il dissimulait; que néanmoins il n'a pas cherché à fuir son domicile. Il est décidé à se suicider quand il aura fait ses adieux à tous ses amis; il m'entretient longuement et avec émotion de la misère où vont se trouver réduites sa femme et sa petite fille. De temps en temps, il a des spasmes qui lui coupent la parole, lui font rejeter le corps en arrière, comme s'il était saisi de frayeur, et qui l'obligent à s'appuyer sur les mains.

Comme il est dévoré de soif, j'essaie de lui faire prendre de la glace; mais l'*odeur* seule de cette substance le fait reculer, et il lui est impossible d'en introduire dans sa bouche. La veille au soir il a tenté de boire avec un long chalumeau, mais à l'entrée de la première goutte de liquide, il a été contraint de renoncer à ce moyen. La seule vue d'une cuiller, le bruit de l'eau qu'on verse, le font entrer en convulsions.

Sputation fréquente; pupilles très-dilatées; circulation peu troublée; pas d'érection, ni de frayeur à la vue des objets brillants; même état saburral des premières voies.

Dans la journée du 28, ce malade fut visité par le docteur Penaud (de Malesherbes), médecin de la ligne. Ce confrère m'a raconté que B... avait été pris d'un violent accès de délire, quand on avait ouvert les volets de sa chambre. A partir de ce moment, les accès se reproduisirent de temps en temps, et dans leur intervalle, le malade jouissait d'une parfaite lucidité d'esprit.

La rage d'ailleurs suivit sa marche habituelle et B... succomba lentement asphyxié, le 29 janvier dans la matinée.

Notre malade a présenté un symptôme relaté par beaucoup d'auteurs et mis en doute par d'autres. Je veux parler de la douleur se manifestant, au début de la rage, dans les points par où le virus s'est introduit, ainsi que dans les parties voisines. La divergence dans les opinions doit tenir à l'inconstance du symptôme; il en est sans doute de cette espèce d'*aura* comme de l'*aura epileptica* qui manque chez tant d'épileptiques.

Un autre fait qui rend cette observation intéressante, c'est la production, chez B..., des lysses sur lesquelles l'attention du monde médical s'est reportée aujourd'hui. Car on ne peut voir autre chose dans ces boutons qui gênaient les mouvements de la langue, qui se sont crevés et ont disparu sans laisser de traces quelques jours avant l'*éclosion* de la rage.

OVARIOTOMIE

Obs. LXIX. — Ovariotomie double pratiquée le 1er juin 1868. Mort,

Par E. Kœberlé.

Madame K..., de Paris, âgée de 42 ans, d'une bonne constitution, était affectée depuis une dizaine d'années d'une tumeur abdominale qui s'est accrue lentement et qui n'a donné lieu, que depuis une année environ, à de l'amaigrissement et à des troubles sérieux de la santé.

L'extirpation de la tumeur fut résolue. L'état général était excellent. Menstruation normale. Circonférence du ventre, 1 m. 27. La tumeur était ovarique; elle paraissait être libre d'adhérence à la paroi abdominale et être formée par une grande quantité de loges. Elle se prolongeait dans l'excavation pelvienne en arrière et à gauche. Le col de l'utérus était dévié à droite et refoulé en avant. Il y avait un peu de sérosité ascitique. Une ponction, pratiquée le 29 mai 1868, dans la partie la plus fluctuante de la tumeur, ne donna issue qu'à un litre environ de liquide incolore et filant. Le pronostic était grave en raison des dispositions que présentaient les organes du bassin et des circonstances qui indiquaient des adhérences pelviennes.

L'ovariotomie eut lieu le 1er juin 1868.

L'incision, étendue d'abord du pubis à l'ombilic, dût être successivement prolongée jusque dans le creux épigastrique dans une étendue de 38 centimètres en passant au milieu de l'ombilic, à travers une hernie ombilicale de 6 à 7 centimètres de diamètre. La hernie renfermait une portion de l'épiploon qui adhérait au fond du sac et dont une longue bande se prolongeait en bas où elle se fixait au fond du cul-de-sac vésico-vaginal contre la vessie, en se terminant par deux petits kystes péritonéaux et une petite rate de la grosseur d'une noisette qui furent excisés. Il n'y avait pas d'adhérences abdominales. La tumeur ovarique était formée par une grande quantité de petits kystes d'une grandeur variable, lobulés et disposés en forme de grappes. On fut obligé d'en vider une vingtaine pour arriver à une réduction suffisante de leur masse. Ils renfermaient, les uns un liquide incolore, les autres un liquide grisâtre ou brunâtre. Les deux ovaires étaient ainsi affectés, et de plus la matrice était envahie par des corps fibreux. Le grand amas de kystes provenait de l'ovaire droit. Il n'y avait de pédicule marqué ni de part ni d'autre, et les adhérences étaient tellement intimes dans le bassin que les tumeurs ovariques ne faisaient qu'uue seule masse avec la matrice et les parties voisines. Il me semblait d'abord impossible de mener l'opération à bonne fin; mais à force de persévérance, en divisant peu à peu les adhérences entre deux ligatures, je parvins à me débarrasser de l'ovaire droit. L'ovaire gauche fut attaqué de la même manière; il fut enlevé en deux portions et excisé intégralement. Les masses détachées ainsi pesaient encore 8 kilogrammes et demi. Les deux tumeurs ovariques, avec le liquide qu'elles avaient contenu, pesaient 20 kilogrammes. L'hémorrhagie fut arrêtée soit à l'aide de pinces maintenues momentanément snr les parties saignantes; soit à l'aide du perchlorure de fer concentré appliqué avec le bout du doigt, soit par la cautérisation linéaire au fer rouge par l'intermédiaire d'un clamp, soit enfin par la ligature en masse des gros vaisseaux par du fil de soie de Chine. Une dizaine de ligatures furent faites ainsi. Les extrémités des fils et les tissus liés furent divisés tout près de chaque ligature. Par surcroît de précaution, on cautérisa au fer rouge les tissus des plus grosses ligatures. L'hémorrhagie ayant été arrêtée de toutes parts, la cavité abdominale fut convenablement épongée et la plaie fut entièrement réunie à l'aide de six points de suture profonde et de vingt points de suture superficielle.

Les corps fibreux de la matrice ont été laissés intacts. Ils étaient peu volumineux d'ailleurs et de consistance dure, ce qui indiquait peu de tendance à l'accroissement. L'un des corps fibreux était interstitiel et était compris dans l'épaisseur du fond de la matrice; l'autre était inséré par une assez large base au côté droit, en avant sur le fond. Il était impossible de songer à enlever le corps fibreux à cause de la durée déjà très-longue de l'opération et de l'affaiblissement extrême de l'opérée. L'opération a duré deux heures et demie. La perte du sang peut être évaluée à deux kilogrammes. L'opérée était mourante et l'on eut beaucoup de peine à rétablir la respiration presqu'entièrement abolie.

Après l'opération, Mme K..., resta pendant plusieurs heures toute froide, très-faible, très-pâle avec un pouls filiforme et une respiration embarrassée; mais peu à peu la chaleur revint et le pouls se releva quelque peu. Il ne survint aucun vomissement chloroformique. Soif intense. Narines pulvérulentes.

Le lendemain, le pouls était à 110, assez régulier; l'état général était assez satisfaisant. La peau était un peu moite quoique la soif fût toujours très-vive. Café au lait, eau vineuse, bouillon. Ventre très-sensible peu tuméfié. Urines abondantes.

Le troisième jour, le pouls oscilla de 120 à 105 pulsations. Respiration à 27. Évacuation de gaz et de matières alvines à l'aide de lavements; peau moite; soif peu prononcée. Potages.

Le quatrième jour, le pouls marqua 105 à 90 pulsations; 27 inspirations; plusieurs selles; ventre peu sensible.

Le cinquième jour, le pouls devenu régulier oscilla entre 108 et 86; langue nette; soif nulle; peau moite. Appétit.

Le sixième jour, on enleva les fils des points de suture profonde. État général très-satisfaisant. Pouls de 90 à 105. Respiration à 24.

Le septième jour, la malade ressentit des douleurs très-vives et des coliques à la suite d'un changement de lit. Le ventre se ballonna un peu et le pouls monta à 110.

Le huitième jour, le ventre devint sensible surtout du côté gauche. Pouls à 120 ; peau sèche ; soif ; sueurs par intervalles.

Du neuvième au douzième jour, l'état de la malade s'améliora assez notablement. Le pouls descendit à 90, mais il devint un peu irrégulier.

Le 13e jour, la malade ressentit pendant la nuit une sensation de brûlure dans la partie inférieure et latérale gauche de l'abdomen. Je constatai une matité déclive indiquant un épanchement, sans qu'il y eût néanmoins une fluctuation perceptible. Pouls très-petit; soif prononcée; langue sèche. Je fis, à l'aide d'un trocart, une ponction à gauche, au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, et je donnai issue à 500 grammes de liquide purulent de mauvaise odeur, mêlé de gaz. La canule fut laissée à demeure; le volume du ventre diminua très-manifestement; la collection purulente qui avait été ouverte était circonscrite, mais il était évident qu'il y avait encore d'autres foyers purulents; la peau resta brûlante, très-sèche; la soif ne diminua point d'intensité.

Le 14e jour, pouls faible, irrégulier, de 110 à 120; ventre ballonné; la canule ne laissait écouler que de la sérosité inodore. Un purgatif (30 grammes d'huile de ricin) produisit des évacuations alvines de liquides et de gaz : langue chargée, humide; anorexie.

Le 15e jour, pouls à 100; ventre toujours ballonné. Une ponction à gauche, dans l'intestin, avec un trocart fin, donna beaucoup de gaz; il y eut ensuite plusieurs selles; la canule à demeure, qui ne donnait plus écoulement à aucun liquide, fut enlevée; la chaleur et la sécheresse de la peau diminuèrent, et le ventre devint indolent dans toute son étendue. L'incision abdominale et les trajets fistuleux des points de suture profonde étaient presque entièrement cicatrisés.

Les surfaces suppurantes, qui étaient blafardes les jours précédents, devinrent de plus en plus rosées. La malade avait beaucoup maigri; elle était très-faible, anémique; l'appétit était peu prononcé; le pouls descendit peu à peu à 78, et, le 22e jour, l'état général me parut assez satisfaisant pour que je crusse pouvoir m'absenter pendant quelques jours. Il n'y avait plus qu'un seul point en suppuration, près de l'ombilic, sur ligne médiane, où la réunion n'avait pas encore eu lieu complétement. La surface de la petite plaie était rosée et ne fournissait qu'une petite quantité de pus.

A mon retour, le 28e jour, la malade avait de nouveau perdu l'appétit et avait été prise de diarrhée depuis la veille. Il s'était formé à l'ombilic une petite collection purulente dont l'écoulement libre au dehors n'avait pas été suffisamment maintenu, et le pus s'était décomposé par suite de stagnation. La petite plaie était devenue blafarde, et il y avait des symptômes de résorption purulente. La malade était très-affaiblie par la diarrhée, et ses forces déclinèrent très-rapidement. Elle succomba le 30e jour après l'opération, de faiblesse extrême, en conservant sa connaissance jusqu'au dernier moment. Quelques jours avant sa mort, les extrémités inférieures s'étaient infiltrées jusqu'à la hauteur des hanches.

Il n'y avait plus aucun foyer purulent dans la cavité abdominale; la petite plaie de l'ombilic communiquait par un trajet fistuleux avec le péritoine, où elle formait une petite cavité comprise entre l'épiploon et la paroi abdominale. Cette cavité était limitée de tous les côtés par des adhérences.

Chaque fois que le col de la matrice est refoulé en avant contre le pubis, il faut s'attendre à des difficultés graves, à des adhérences pelviennes, ainsi que je l'ai fait remarquer à plusieurs reprises. Ici encore le diagnostic se trouvera pleinement justifié. Dans ces circonstances les malades ne guérissent que très-exceptionnellement.

Pour amener l'opération à bonne fin, je fus obligé de recourir à des ligatures perdues et à la cautérisation au fer rouge des pédicules des deux ovaires. Cette méthode de traitement du pédicule a donné quelques bons résultats, mais elle est loin d'être sûre et inoffensive et l'on ne saurait en faire une méthode générale, car elle présente de graves inconvénients. Elle expose les opérées aux hémorrhagies, aux épanchements consécutifs et à leurs funestes conséquences. Les chirurgiens expérimentés s'accordent à ne l'admettre que comme un pis aller dans des circonstances exceptionnelles, qui sont du reste assez rares.

La ponction de l'épanchement péritonéal a été suivie d'un heureux résultat; mais il vaut mieux en général recourir à l'incision de la paroi abdominale. Lorsqu'il s'est produit un épanchement inflammatoire dans la cavité péritonéale, la collection séro-purulente est toujours comprise entre des anses intestinales et les parties avoisinantes, lesquelles adhèrent entre elles par un exsudat fibrineux qui limite de toutes parts le liquide épanché. En donnant une issue libre à ce liquide, l'épanchement est enrayé dans sa marche, la sérosité ne se décompose plus et le foyer purulent se rétrécit et disparaît peu à peu.

A la suite de la ponction de l'intestin et de l'évacuation des gaz, les selles se sont produites peu après, parce que les intestins, en quelque sorte paralysés par l'inflammation péritonéale et par leur distension extrême, étant alors revenus sur eux-mêmes, les liquides, qui remplissent toujours dans ces cas les anses intestinales dans les parties déclives, ont pu être mis en mouvement par les contractions péristaltiques, lesquelles étaient impossibles ou très-incomplètes auparavant. Dans ces circonstances, les purgatifs demeurent inefficaces; l'issue naturelle des gaz par le rectum ou leur évacuation artificielle par une ponction peuvent seulement mettre l'intestin à même de fonctionner régulièrement.

La malade était presque guérie; si elle n'avait pas été aussi affaiblie par la perte de sang, la péritonite et une anorexie assez prolongée, les accidents des derniers jours n'auraient probablement pas eu une suite funeste.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 16 février 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Monot (de Mont-Sauche), Desfossés-Lagravier (de Boussac), Tondut (de Niort);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Maine-et-Loire et des Vosges (Comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur J.-F. Larcher, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie;

2° Un mémoire de M. le docteur Clément Ollivier (de Tours), sur l'étiologie physiologique et le traitement des affections utérines (Comm. : MM. Gosselin, Danyau et Huguier).

— M. Gosselin présente à l'Académie une hrochure en brésilien, de M. le docteur Pires Ferreira (de Rio de Janeiro), ayant pour titre : *Courtes considérations sur les applications de l'iridectomie au traitement de la cataracte*. (Nous publierons prochainement une courte analyse de ce travail.)

M. Larrey communique, au nom de M. Kœberlé (de Strasbourg), la relation d'un cas de tumeur fibro-plastique de la matrice, de 14 kilogrammes et demi, qu'il a extirpée au mois d'août

Voici le résumé de la communication de M. Kœberlé :

Cette observation est particulièrement remarquable à cause de l'exactitude du diagnostic, et de la difficulté exceptionnelle de l'opération qui a été néanmoins suivie d'un plein succès.

Les tumeurs fibro-cystiques de la matrice ont été observées assez rarement et leur diagnostic a été considéré comme impossible jusqu'à présent. On n'en trouve que 14 cas dans la science, dont deux, ceux de Kiwisch et de M. Cruveilhier, ont été reconnus après la mort et n'ont donné lieu à aucune intervention chirurgicale. Le cas de M. Kœberlé, est le seul dont le diagnostic ait pu être déterminé avant l'opération. Les autres cas, à l'exception des deux opérations qui lui sont personnelles, ont été pris pour des kystes de l'ovaire et opérés comme tels. Les observations sont actuellement au nombre de 12, y compris celle qui fait l'objet de la communication. Quatre fois l'opération est demeurée inachevée, et a provoqué la mort dans trois cas. Une malade chez laquelle on n'avait fait qu'une simple incision exploratrice s'est rétablie. Sur les 8 opérations qui ont pu être terminées 4 ont été suivies de mort et 4 ont donné lieu à une guérison complète,

Opérations inachevées :

Rétablissement: 1 cas. — M. V.-L. Atlée (1849).

Mort : 3 cas. — MM. B. Brown (1860); B. Brown (1862); S. Wells (1864).

Opérations terminées :

Guérison : 4 cas. — MM. Lane (1844); Fletcher (1862); Storer (1865); Kœberlé (1868).

Mort : 4 cas. — MM. Hakes (1863); S. Wells (1863); Kœberlé (1863); Demarquay (1868).

M. Kœberlé joint à cette communication, la relation d'un cas de tumeur fibro-graisseuse, du poids de 5 kilogrammes, développée à la face interne de la cuisse. Malgré son volume énorme, cette tumeur a pu être enlevée sans accidents consécutifs et la cicatrisation complète a été obtenue 15 jours après l'opération.

Ses opérations d'ovariotomie sont aujourd'hui au nombre de 87. Les résultats généraux se sont encore améliorés depuis sa dernière communication à l'Académie. Sur les 11 derniers cas, un seul a été suivi de mort.

M. Béclard présente, au nom de M. Trélat, l'éloge de Velpeau, prononcé à la séance annuelle de la Société de chirurgie.

M. Blache annonce à l'Académie la mort de M. Grisolle.

La parole est à M. Chauffard, pour la lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Grisolle.

Discours prononcé au nom de l'Académie aux obsèques de M. Grisolle.

M. Chauffard lit le discours suivant, qui est accueilli par les applaudissements unanimes de l'assemblée.

Il y a près de trois ans, une lugubre nouvelle vint douloureusement retentir parmi nous : Grisolle était frappé d'un coup subit et qui laissait tout à craindre pour sa vie. Ce fut comme le triste prélude des pertes qui depuis se sont accumulées, et qui ont atteint l'Académie et la Faculté dans leurs plus illustres représentants. Cette existence, menacée à son apogée, ne céda pas cependant à ce premier ébranlement: mais elle ne résista que pour joindre de longues douleurs et d'amers regrets à la violence brutale du choc qu'elle venait de subir. Aujourd'hui, tout est fini : une ombre de vie qui subsistait encore, les douleurs, les regrets amers qui couvaient au fond de cette intelligence, dont la maladie n'avait pu effacer l'impitoyable sûreté, la tombe ouverte devant nous va tout recouvrir. Grisolle n'est plus; il ne reste désormais de lui que l'exemple de sa vie, que les œuvres qui l'ont remplie, et qui en perpétueront la mémoire.

Augustin Grisolle naquit à Fréjus, le 10 février 1811, 58 ans, presque jour pour jour avant la date de sa mort. En 1831, à peine âgé de 20 ans, il était nommé interne des hôpitaux de Paris; ce premier succès, que l'on eût pu croire prématuré, tant celui qui l'obtenait était jeune, devint le prélude d'une carrière où les succès allaient se suivre rapidement, et devaient pousser Grisolle en avant de tous ceux de sa génération. Médaille d'or de l'École pratique, docteur en médecine à 24 ans, il devenait aussitôt après chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, et bientôt le concours lui ouvrait les portes des hôpitaux. En 1844, il conquérait le titre d'agrégé; moins de dix ans après, en 1853, la Faculté l'appelait au professorat. L'Académie de médecine, au nom de laquelle j'ai l'honneur de porter la parole, distingua de bonne heure le lauréat de tant de concours. Elle lui accorda, en 1842, le prix *Itard*, pour son *Traité de la pneumonie*; en 1849, elle le nomma l'un de ses membres titulaires dans la section de pathologie médicale; enfin, en 1864, elle lui conféra les honneurs de la présidence. Grisolle occupa donc successivement les plus hautes situations de l'enseignement et de la carrière médicale. L'assentiment unanime du corps médical le porta et le soutint à chacune de ces situations; il les devait au seul mérite, à la valeur incontestée de ses travaux.

Ces travaux, en effet, sont marqués d'un tel cachet d'observation sûre et précise, qu'ils sont devenus tous classiques, et il semble difficile qu'ils puissent jamais être oubliés, ni sortir de l'enseignement des écoles. A ne mentionner que les principaux, l'*Essai sur la colique de plomb* fera toujours le fond de l'étude symptomatique et diagnostique des maladies saturnines; à peine a-t-on pu lui ajouter quelques traits nouveaux et peu importants. Le *Traité de la pneumonie* restera comme un modèle de monographie médicale. Quelle pénétrante et sage étude de l'une des maladies les plus variées dans ses formes, quelle fermeté et quelle prudence dans la discussion des moyens thérapeutiques! Le *Traité de pathologie interne*, enfin, a une fortune telle, qu'il en est peu de comparables dans les publications contemporaines, et elle suffit à témoigner de la valeur et de l'utilité de l'œuvre. Cet ouvrage considérable en est aujourd'hui à sa dixième édition, et on peut dire qu'il a fait, pour une grande part, l'éducation des générations médicales depuis vingt ans.

Inébranlablement attaché à cette sobre et forte médecine, qui s'ouvre à tous les progrès réels, mais ajourne tout ce qui n'est que le produit éphémère de l'esprit d'hypothèse, le *Traité de pathologie interne* demeure un type d'exposition claire, de description exacte, de discussion pratique. Livre vraiment français, tout ce que consacre l'observation du malade y est admis, et s'y trouve mis en lumière avec un admirable bon sens. Ce fut l'œuvre favorite du maître. Il y travaillait sans relâche, et chaque nouvelle édition apportait un témoignage de ce travail incessant. Aussi, dans le court *avertissement* mis en tête de la neuvième édition, la dernière, hélas! qu'il ait pu revoir, Grisolle inscrivit-il ces mots : « Le devoir de celui qui écrit un livre comme le mien est de travailler sans cesse, d'examiner toutes les idées nouvelles, pour les contrôler par l'observation, pour les juger sans parti pris et avec une complète indépendance. Je crois n'avoir jamais failli à cette obligation. » Ces paroles retracent avec une simplicité élevée les vrais devoirs du savant; Grisolle avait en toute sincérité le droit de les appliquer à son œuvre; nul de ceux qui connaissaient l'homme et qui lisaient le livre n'y aurait voulu contredire; tous se seraient levés pour affirmer que le progrès clinique, que les efforts heureux de ceux qui se vouent à la science n'avaient pas de plus équitable juge et de plus sympathique interprète.

Grisolle avait occupé d'abord, dans l'enseignement officiel, la chaire de thérapeutique; il s'empressa d'aborder, dès que cela lui fut possible, l'enseignement clinique. C'était sa véritable voie. Il fut sans doute heureux, le jour où il entra, comme professeur, dans cette grande salle de l'Hôtel-Dieu, où, jeune, il avait suivi le maître vénéré dont il fut le plus cher disciple, le jour ardemment désiré et longtemps attendu où il lui fut donné de renouer les traditions un peu effacées de Chomel. Il réalisait à son tour un type accompli du professeur de clinique. Sa physionomie grave et sérieuse, qu'un sourire ironique déridait par moments, sa taille imposante, ses allures un peu impérieuses, tout en lui dénotait et commandait l'autorité. La sûreté presque infaillible de son diagnostic, le suprême bon sens qui dictait tous ses jugements, la solidité de ses déductions subjuguaient bientôt tous ceux qui l'approchaient et l'écoutaient. Un dévouement absolu à ses élèves, à ceux chez qui il découvrait un rayon de ce feu sacré, de cet amour de la science qui l'animaient, avaient fait de lui l'un des maîtres préférés de la jeunesse, de cette jeunesse déjà forte et qui porte en elle nos futures destinées. Il jouissait pleinement de cette haute influence, que de longs et importants travaux lui valaient. Hélas! ce bonheur si mérité devait bien peu durer. La maladie brisa avant l'heure une existence si bien conduite, et qui semblait promettre un avenir plus fécond encore que le passé.

Grisolle pressentait depuis longtemps le mal qui devait le frapper. Un voile de tristesse assombrissait parfois le caractère déjà rude de sa mâle figure. Il se sentait intérieurement menacé. Le devoir à remplir, l'exercice de son art qu'il aimait par dessus tout, l'approche du malade avaient seuls le pouvoir de dissiper ces sombres nuages. Un jour vint où ses pressentiments sinistres se réalisèrent; il fut foudroyé, et ne se releva que pour mesurer le déclin irrémédiable, la ruine prochaine de sa puissante organisation. Il ne se dissimula pas l'avenir, et il sut trop bien éloigner de lui les illusions que tant d'autres, moins pénétrants, nourrissent. Il se vit lentement mourir; mais sans doute, en cette fin désolée, son esprit sut retrouver, comme une consolation suprême, cette pensée, que son passage ici-bas n'avait été ni stérile, ni sans gloire, que sa vie médicale resterait comme un grand exemple dans nos mémoires fidèles, que ses œuvres nous léguaient des enseignements qui ne périraient pas avec lui. Il a pu voir le vide qu'il laissait, et mesurer l'étendue de nos regrets; et, plein de ces pensées, il a pu se dire avec l'orateur de Rome : *Mors mea ne careat lacrymis; linquamus amicis mœrorem, ut celebrent funera cum gemitu.*

LECTURES.

Troubles de la vue consécutifs aux altérations des dents. — M. Auzias-Turenne est appelé à la tribune, pour lire au lieu et place de M. Delestre, inscrit et momentanément empêché, un mémoire intitulé : Des troubles de la vision consécutifs aux altérations des dents et aux opérations pratiquées sur ces organes.

Voici un résumé de ce travail :

Les altérations des dents ou les opérations pratiquées sur ces organes peuvent déterminer des troubles de la vision.

Ces troubles consistent ordinairement en un affaiblissement de la vue pouvant aller jusqu'à son abolition complète, ordinairement accompagné de dilatation de la pupille et sans altérations organiques apparentes.

Dans d'autres cas, l'altération de la vue a lieu par troubles de la nutrition de l'œil, déterminés par paralysie ou contracture reflexe des nerfs vaso-moteurs.

Les sujets jeunes en sont principalement affectés.

Les dents de la mâchoire supérieure et parmi celles-ci les dents molaires paraissent être presque exclusivement la cause de ces troubles.

Les accidents disparaissent avec une rapidité remarquable après l'extraction des dents et sans qu'il soit nécessaire de recourir à aucun autre traitement.

D'où nous croyons pouvoir conclure que l'on aurait tort de regarder comme un préjugé populaire les rapports qui existent entre les affections dentaires et les organes de la vision.

De nombreuses observations prouvent la réalité de ces rapports et

les découvertes récentes de la physiologie peuvent en fournir une explication plausible.

Notre travail a eu surtout pour hut de réunir des faits épars, dont quelqus-uns sont anciens et dont un grand nomhre a été publié à l'étranger.

Nous regardons l'ensemble de ces observations comme de nature à entraîner la conviction sur un fait que nous considérons comme parfaitement établi et d'une très-grande importance au point de vue de l'étiologie et de la thérapeutique de certaines affections oculaires.

Nous serions heureux si nous pouvions attirer l'attention du corps médical sur ce sujet intéressant, qui nous paraît mériter de nouvelles recherches, et nous ne doutons pas que l'observateur prévenu du retentissement que les maladies du système dentaire peuvent avoir sur la vision, n'accorde plus d'importance à la recherche des altérations de ces organes, sachant qu'une simple extraction de dents peut quelquefois mettre fin à des trouhles ambliopiques contre lesquels toutes les ressources thérapeutiques avaient échoué. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Barth et Gosselin.)

L'Imitation.

M. J. Béclard lit pour M. Jolly un travail intitulé: *Introduction à l'étude de la philosophie dans ses rapports avec l'hygiène et la médecine. — Imitation.*

M. Jolly rappelle qu'il y a bientôt vingt-cinq ans il a lu à cette tribune un fragment d'étude sur l'imitation. C'était, dit-il, une simple et rapide esquisse d'un travail qu'il avait à cœur de poursuivre dans ses instants de loisir, comme pouvant intéresser également la philosophie, la morale et la médecine. C'est ce même sujet qu'il vient reprendre aujourd'hui devant l'Académie avec les développements qu'il lui a été permis de lui donner en vue de le rattacher au plan d'études qu'il s'est imposé.

M. Jolly, après un court préamhule dans lequel il a cherché à faire comprendre toute l'importance de l'imitation au double point de vue philosophique et médical, l'étudie succcssivement aux diverses époques de la vie; dans l'ordre physique et moral, dans la vie privée et commune, dans les sciences, les arts et les lettres, dans les conditions de santé et de maladie.

Il résume son travail en ces termes :

« Comme on le voit, l'influence de l'imitation au douhle point de vue moral et médical, est immense; elle s'exerce sur tout; elle règne et domine partout. Elle tient également sous sa dépendance l'homme physique, l'homme moral, l'homme physiologique, l'homme pathologique, et aucun n'a le pouvoir de s'en affranchir; car elle le modifie, le transforme le plus souvent à son insu. C'est donc à la médecine autant qu'à l'éducation de l'avertir de sa puissance, de le prémunir contre ses effets; de lui montrer tout ce qu'il doit craindre, tout ce qu'il peut espérer d'elle; c'est à la médecine de comprendre la haute et nohle mission que lui impose son alliance intime avec la philosophie et la morale. »

M. Jolly, après cette leeture, reçoit les félicitations d'un grand nombre de ses collègues.

La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Copie d'une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique,

Paris, le 3 février 1869.

Monsieur le Doyen,

J'ai l'honneur de vous informer que par décret du 30 janvier 1869, et conformément à l'avis de la Faculté, la chaire de *Médecine comparée* prend le titre de chaire de *Pathologie comparée expérimentale.*

La Faculté n'ignore pas que le cours de médecine comparée n'a jamais été fait, et qu'aucun agrégé n'était spécialement attaché à cette chaire ; elle comprendra donc les motifs qui me déterminent à pourvoir immédiatement au nouvel enseignement, en désignant pour le représenter un savant dont elle apprécie les travaux.

Par arrêté du 30, j'ai cn effet nommé M. Brown-Sequard chargé du cours de pathologie comparée ; je ne doute pas que la situation provisoire faite à M. Brown-Sequard n'obtienne le suffrage de MM. vos collègues, puisqu'en leur assurant la collaboration d'un docteur de la Faculté, lauréat de l'Institut, je complète le cadre de l'enseignement sans porter atteinte à aucun intérêt.

M. Brown-Sequard, recevra le traitement fixe de la c aire; mais il ne prendra point part aux examens.

Recevez, monsieur le Doyen, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Le Ministre de l'Instruction publique,

Signé: Duruy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale d'observation de Paris tiendra sa prochaine séance, le 22 février.

Ordre du jour : Lecture de M. Rathery : rhumatismes avec caillot cardiaque; — Lecture de M. Thierry : pemphigus aigu, consécutif à l'administration du copahu ; — Lectures de rapports.

— La prochaine séance de la Société de thérapeutique aura lieu vendredi prochain, 19 février.

Ordre du jour : Communication de MM. Pélissard, Jolyet et Cahours sur la différence physiologique entre les alcaloïdes naturels et ces mêmes alcaloïdes éthylés.

Recherches sur la synostose des os du crâne, considérée au point de vue normal et pathologique chez les différentes races humaines, par le docteur Pommerol, membre de la Société d'anthropologie de Paris. In-8. avec 2 planches lithographiées. Prix, 2 fr. 50.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Pouparl-Davyl, rue du Bac, 30

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes.

Le dernier rapport de la commission des maladies régnantes à la Société médicale des hôpitaux, pour le mois de décembre, a soulevé une question intéressante, qui se rattache à la doctrine générale des maladies saisonnières. Tout le monde a été frappé de la température tout à fait exceptionnelle du mois de décembre, durant lequel le thermomètre s'est élevé jusqu'à 16 et près de 17 degrés (16° 9), et a donné pour moyenne 8, 6, moyenne qui a dépassé de 4 degrés celle du mois de novembre. Il était intéressant, en effet, de rechercher l'influence qu'elle avait pu avoir sur la manifestation et la fréquence des maladies habituelles de cette saison et sur la mortalité générale. L'événement n'a pas répondu, à cet égard, aux prévisions que l'on aurait pu concevoir *à priori*.

« Malgré la clémence de la saison, dit le rapport, la mortalité générale, dans les hôpitaux et hospices civils, a continué en décembre le mouvement ascensionnel commencé en septembre : 965 décès en septembre; 1,010 en octobre; 1,051 en novembre; 1,067 en décembre. » D'un autre côté, cherchant les rapports qui existent entre le mois de décembre dernier et celui des deux années précédentes, 1866 et 1867, le rapporteur n'a trouvé aucun indice du prétendu bienfait de la douceur exceptionnelle de la température de la fin de l'année. On voit, en effet, par le tableau de la mortalité comparée de quelques-unes des principales affections internes dans les hôpitaux de Paris pendant le mois de novembre des années 1866, 1867 et 1868, que la phthisie pulmonaire, les pneumonies, les pleurésies et les bronchites ont donné à très-peu près le même chiffre de décès dans ces trois périodes correspondantes; ce chiffre est même un peu plus élevé pour la phthisie et pour les pneumonies en 1868 qu'en 1866 et 1867; il en est de même pour la fièvre typhoïde et pour les affections diphthéritiques; le chiffre des bronchites seul est un peu inférieur.

M. le rapporteur fait remarquer à cette occasion que l'influence, incontestable d'ailleurs, des saisons sur la fréquence de quelques affections, ne s'exerce pas dans des limites aussi étendues qu'on est en général porté à le croire. « Assurément, dit-il, si l'on compare le mois d'août au mois de janvier, la différence est grande au moins pour certaines affections; mais si l'on met en parallèle deux saisons entières, la saison d'hiver et la saison d'été, représentées chacune par un semestre, on est étonné des limites restreintes dans lesquelles se maintient l'écart pour un grand nombre de maladies. » Cette proposition est appuyée sur un tableau comparatif dressé à l'aide des documents contenus dans le tome III de la *Statistique médicale des hôpitaux*, dont nous avons récemment entretenu nos lecteurs tableau indiquant, pour l'année 1863, le nombre des malades admis pour des affections de nature à être influencées par la constitution atmosphérique, la nature de ces maladies et le nombre de cas par mois et par saison. Il ressort, en effet, de ce tableau que les différences sont peu considérables entre les maladies des deux semestres d'hiver et d'été.

Ajoutons aux réflexions, très-judicieuses d'ailleurs, de M. Besnier, moins pour en atténuer la portée que pour en faire mieux saisir le sens, qu'il ne faudrait pas prendre au pied de la lettre l'expression chiffrée du mouvement des hôpitaux de Paris pendant une année, cette année pouvant différer sensiblement à cet égard des années qui l'ont précédée et de celles qui la suivent. C'est seulement un renseignement utile, mais qui n'aura sa valeur qu'autant qu'il porterait sur une série d'années.

Relativement au fait particulier de la température exceptionnelle du mois de décembre, il n'a pas échappé à M. Besnier que la température n'est qu'un des éléments de ce que l'on appelle la constitution atmosphérique, et que si, sous ce rapport, on peut être surpris que la température si clémente du mois de décembre n'ait eu aucune influence atténuante sur le chiffre de la mortalité générale de cette époque de l'année, il ne faut pas oublier — sans parler des autres éléments connus ou inconnus de la constitution atmosphérique — que cette température douce était accompagnée d'une humidité constante dont l'effet pernicieux a pu très-bien neutraliser l'effet favorable qu'aurait pu avoir la qualité purement thermométrique de l'air.

A ce sujet, nous signalerons ici, à l'appui de ce que nous venons de dire, l'observation qu'a faite M. le docteur Vacher dans la revue sanitaire de la *Gazette médicale de Paris*, du 30 janvier, relativement au caractère principal de la constitution médicale des deux derniers mois de l'année, qu'il rapporte précisément à l'état hygrométrique de l'atmosphère pendant cette même période. « Trois grandes épidémies, dit-il, règnent en ce moment sur notre continent : la fièvre puerpérale, la scarlatine et la diphthérie. A Paris, la fièvre puerpérale a commencé à sévir au mois de novembre et a régné épidémiquement pendant le mois de décembre et dans la première quinzaine de janvier, c'est-à-dire pendant toute cette période de temps marquée par un état hygrométrique spécial; elle s'est brusquement éteinte du 15 au 20 janvier, quand l'abaissement subit de la température a changé les conditions d'hygrométricité de l'air... » A Londres, d'après les renseignements recueillis par notre confrère, on constate une aggravation notable de la mortalité des femmes en couches pendant les trois derniers mois. Une autre maladie plus meurtrière sévit dans cette capitale, c'est la scarlatine, qui, dans les sept dernières semaines, a fait 598 victimes... En Allemagne, on constate également la prédominance de quelques maladies zymotiques (le typhus pétéchial à Breslau, la diphthérie et la fièvre puerpérale à Berlin, etc.); toutes maladies qui paraissent se lier dans leur développement à la constitution météorologique des derniers mois.

Enfin, et nous terminerons pour le moment par les deux réflexions suivantes sur un sujet qui prêterait encore à tant d'autres considérations : 1° Parmi les maladies auxquelles peuvent donner lieu certaines conditions atmosphériques, il en est qui ne se manifestent qu'assez longtemps après l'impression qui les a produites, pour qu'on puisse se méprendre quelquefois sur leur origine réelle. 2° Il ne faut pas perdre de vue, dans l'appréciation de l'influence des qualités saisonnières sur les maladies populaires, que le relevé de la mortalité des hôpitaux ou même du mouvement des entrées et des sorties de ces établissements ne saurait donner tous les caractères et tous les traits de la physionomie réelle d'une constitution médicale, beaucoup d'affections essentiellement liées aux influences des saisons n'étant point ou étant peu représentées dans la population des hôpitaux, soit à cause de leur peu de gravité, soit qu'elles sévissent plus particulièrement sur d'autres éléments de la population.

Cela dit, passons rapidement en revue le rapport sur les maladies régnantes pour le mois de décembre.

Maladies des voies respiratoires. — Le rapport déclare de nouveau, après les réserves ci-dessus indiquées, que la seule différence réellement accentuée entre le mois de décembre de cette année et ceux des années précédentes consiste dans la diminution de la gravité, sinon du nombre des bronchites, mais surtout dans l'absence à peu près complète de l'épidémie de grippe. Quant à la fréquence des autres affections des voies respiratoires, elle a été sensiblement aussi grande.

Dans les hôpitaux civils, la pneumonie a donné en décembre un total de 68 décès sur un mouvement de 199 pneumoniques, soit 34,18 p. 100, chiffre supérieur à la moyenne pour l'année entière.

La fréquence et la léthalité de la phthisie pulmonaire a subi dans cette période une augmentation absolue et relative.

Affections éruptives. — La variole a continué à régner épidémiquement. Il y a eu une recrudescence évidente à Cochin. Il a été reçu beaucoup de varioles, surtout dans la seconde quinzaine du mois, au Val-de-Grâce.

La mortalité due aux varioles a atteint, en 1868, dans les hôpitaux, un chiffre beaucoup plus élevé que les années précédentes : 224 décès sur un mouvement de 1,771 varioleux (non compris 405 individus atteints de varioloïde); tandis qu'il a été de 109 décès pour 948 varioleux ou varioloïdiques en 1867, et 108 décès pour 1,288 sujets atteints de l'une ou l'autre affection en 1866.

La *scarlatine* a fourni pour tous les hôpitaux civils de Paris réunis, dans l'année 1868 entière, une mortalité de 14 sur un mouvement total de 152 malades, chiffres très-minimes, comparés surtout à l'énorme mortalité que paraît donner cette maladie en Angleterre cette année notamment.

La *rougeole* a régné épidémiquement pendant toute l'année dans les hôpitaux d'enfants; elle a donné lieu à 95 décès sur un mouvement de 532 rubéoleux. En 1867, il y avait eu 91 décès sur 632 malades, et en 1866, 107 sur 518 malades.

Fièvre typhoïde. — L'épidémie de fièvre typhoïde de l'année 1868, dans les hôpitaux de Paris, a été un peu plus grave que celle des années précédentes : 358 décès sur 1,681 typhiques (21 p. 100), tandis que la proportion pour l'année 1866 avait été de 334 décès pour 1,771 malades (18/80 p. 100), et en 1867, de 324 décès pour 1,731 malades (18/72 p. 100). Toutefois, la mortalité a un peu diminué dans le mois de décembre; elle a été dans la proportion de 17/24 p. 100, la moyenne de l'année ayant été 21/17 p. 100.

Fièvres intermittentes. — A l'hôpital du Val-de-Grâce, MM. Villemin et Colin ont observé, dans le cours du mois de décembre, un nombre considérable d'accès de fièvres à types réguliers ou irréguliers survenus chez des individus qui avaient séjourné dans des foyers palustres (soit en Afrique, en Italie, en Cochinchine ou dans les colonies), et qui en étaient débarrassés depuis longtemps, mais qui conservaient presque tous une hypertrophie de la rate et du foie. Les conditions exceptionnelles de la température et de l'état hygrométrique de l'atmosphère, pendant le mois de décembre, sembleraient, d'après ces deux savants médecins, avoir réalisé des conditions climatériques analogues à celles qui avaient engendré ces fièvres, et expliqueraient ainsi cette sorte de réveil d'un état morbide incomplètement éteint.

Voici un résumé récapitulatif du mouvement des hôpitaux civils généraux et spéciaux de Paris pour l'année 1868 :

Fièvre typhoïde	1333	sorties	358	décès
Grippe................	383	—	»	—
Variole	1547	—	224	—
Varioloïde.............	405	—	»	—
Scarlatine	138	—	14	—
Rougeole..............	437	—	95	—
Rhumatisme articulaire..	2420	—	44	—
— musculaire.	718	—	4	—
— s. a. d. (1).	143	—	1	—
Choléra	47	—	8	—
Laryingte.............	198	—	8	—
Coqueluche............	136	—	37	—
Croup	108	—	192	—
Bronchite	1190	—	210	—
Pneumonie............	1537	—	722	—
Pleurésie.............	1088	—	226	—
Phthisie..............	2806	—	3028	—
Angine................	534	—	22	—
Embarras gastrique.....	2808	—	1	—
Dyspepsie	143	—	2	—
Gastrite..............	87	—	3	—
Entérite..............	342	—	201	—
Diarrhée..............	775	—	92	—
Dysentérie............	196	—	21	—
Ictère................	299	—	42	—
Érysipèle (s. a. d.)......	734	—	84	—
Intoxication saturnine...	471	—	8	—
Accouchements	8183	—	332	—
Mortalité générale en 1868......			13,052	

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques

La Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans sa séance du 4 janvier 1869, a reçu une communication de M. le docteur Oscar Max-Van Mons, médecin de l'hospice de Pachéco, dont le sujet nous paraît de nature à intéresser nos lecteurs. A l'occasion d'un mémoire italien adressé pour un concours ouvert par cette Société, et ayant pour objet l'exposition d'une méthode hypodermique pour la cure de la syphilis constitutionnelle, M. le docteur O. Max, a exposé en ces termes les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de cette méthode.

Cinq individus ont été traités par la méthode hypodermique, c'est-à-dire par les injections sous-cutanées de calomel. (Il n'est rien dit dans cette communication ni de la dose, ni du *modus faciendi*. Espérons que dans une communication nouvelle et prochaine, ces lacunes seront comblées.)

« Mon premier opéré, dit M. Max est un musicien italien, âgé de 18 ans. Le malade a une syphilis caractérisée par des papules isolées sur différentes parties du corps (lichen) et un

(1) Abrév. pour sans autre désignation.

chancre induré placé transversalement à la face interne et antérieure du prépuce, et mesurant en largeur 2 1/2 centimètres et d'avant en arrière 1 1/2 centimètre. Le malade a subi trois injections : une au bras droit, le samedi 28 novembre 1868; une au bras gauche, le 7 décembre 1868; une à la cuisse gauche, le mardi 22 décembre 1868. Aujourd'hui, 4 janvier 1869, toutes les papules ont disparu; l'induration est réduite au volume d'un petit pois et considérablement ramollie eu égard à la dureté primitive. Il ne reste plus avec cela qu'une plaque muqueuse (ou tubercule muqueux) à la fesse gauche vers l'anus, qui s'était développée pendant le traitement, et qui nous a déterminé à pratiquer l'injection à la cuisse.

L'inexpérience inséparable d'une première opération nous confirme dans l'idée que nous n'avons pas injecté à chaque opération la dose complète de 0,20 centigrammes.

Le second malade a 21 ans; c'est un coupeur de poils. Il est atteint d'une syphilis caractérisée par des ulcères indurés autour du gland, dans la rainure; et une éruption papuleuse confluente, qui masque en quelque sorte toute l'enveloppe cutanée. Engorgement d'une glande lymphatique, située vers l'angle inférieur du triangle de Scarpa, à la cuisse droite.

Première injection au bras droit, le samedi 12 décembre 1868. — Deuxième injection au bras gauche, le jeudi 24 décembre 1868.

Aujourd'hui, 4 janvier 1869, le gland est net; on n'y sent plus d'induration manifeste, les papules ont toutes disparu; il ne reste plus comme traces de ces papules que quelques taches sur diverses parties du corps. La peau reprend son état normal.

Le troisième malade a l'aspect d'un vieillard précoce et n'est âgé que de 38 ans. Il est cordonnier. Il est atteint d'une syphilis datant, dit-il, du mois de juillet, et caractérisée par des ulcères indurés, couverts d'une pellicule blanchâtre, et régulièrement rangés autour de la couronne du gland; le corps, surtout le dos, le ventre et la poitrine, présentent une éruption à forme de roséole; sur la tête, chauve depuis longtemps et sur le front, il y a des taches rouges-cuivrées, dont quelques-unes sont recouvertes d'une croûte jaune-verdâtre. Enfin, il y a à la commissure labiale droite, et sur le trajet du sillon naso-labial gauche, une petite production végétante, épidermique, multilobée, et encapuchonnée par une croûte jaunâtre; au menton une croûte jaunâtre cache une plaque de productions analogues, qui s'étalent sur l'étendue d'une pièce de 2 francs, formant une plaque à convexité marquée qui peut avoir un peu plus d'un demi-centimètre d'épaisseur au centre.

Il a subi une première injection le 16 décembre 1868 ; le 25, la verge est en bon état, sauf qu'on constate une induration légère à la partie moyenne et antérieure de la rainure.

Le 29 décembre, deuxième injection au bras gauche.

Le 4 janvier 1869, dix-neuf jours après le commencement du traitement, plus de roséole, toutes les croûtes ont disparu, sauf un peu au menton; les tâches sont décolorées et presque effacées; les productions condylomateuses se flétrissent manifestement et tendent à disparaître. L'induration préputiale, bien que diminuée, existe encore.

C'est dans le service de M. le professeur Thiry que j'ai traité ces trois malades.

Viennent maintenant deux cas, dont je poursuis la guérison dans le service de M. le docteur Van Hoeter, et qui, pour être plus récents, n'en sont pas moins intéressants.

Une jeune fille de 18 ans, malade depuis deux mois, atteinte de syphilis, caractérisée par des ulcères au col utérin, durs au toucher, principalement à la lèvre inférieure ; plusieurs petits ulcères taillés à pic près de l'anus, un ulcère à l'amygdale droite, intéressant les piliers; de petits ulcères aphtheux à la luette et sur l'autre amygdale ; quelques papules à squames sur le tronc; et des plaques muqueuses ulcérées à la grande lèvre droite, face interne. Enceinte de cinq mois.

Première injection au bras droit, le 27 décembre 1868.

Le 4 janvier 1869, les plaques muqueuses des grandes lèvres sont complétement guéries, laissant comme traces de leur contenu une muqueuse cicatricielle plus pâle que la muqueuse ancienne, et un peu déprimée. Les ulcères du col utérin sont guéris; nous ne retrouvons pas ceux que cachaient les replis du vagin. La gorge est encore peu modifiée.

Le deuxième cas traité dans le service de M. Van Hoeter concerne une jeune fille de 19 ans, malade depuis deux mois et demi; traitée il y a deux mois pour un ulcère qui fut guéri, l'état actuel consiste dans un psoriasis palmaire au début; c'est-à-dire que la paume de la main présente les maculatures à coloration rouge cuivrée, ou jaune cuivrée qui précèdent la desquamation épidermique; psoriasis annulaire du menton et de la lèvre inférieure (les anneaux incomplets sont réunis par groupes de deux ou trois, et même quatre, et des groupes rapprochés les uns des autres environnent toute la bouche et contournent même le menton. En outre, il y a à la grande lèvre droite un groupe de trois plaques muqueuses ulcérées, et donnant une sensation d'induration lorsqu'on les presse sous les doigts.

Une première injection est pratiquée le dimanche 27 décembre 1868. Le lundi 4 janvier 1869, les manifestations cutanées ont complètement disparu autour de la bouche, et ne sont plus décelées que par un reste de desquamation furfuracée; les taches de la paume des mains ont disparu, la paume de la main est nette. Les plaques muqueuses ulcérées de la vulve sont en voie de disparition. Tel est le résultat d'un traitement datant de huit jours. »

Ces indications générales donnent déjà une idée assez satisfaisante de la méthode de traitement, introduite en Italie par le docteur Scarenzio, et destinée à combattre la syphilis par un moyen dont l'application est simple et facile, qui s'exécute à peu de frais (quelques centimes) et qui donne, si ces premiers résultats continuent à confirmer les assertions des médecins italiens, une guérison plus rapide que tous les autres remèdes usités auparavant; d'où résulterait un séjour bien moins prolongé des malades dans les hôpitaux, et une diminution considérable dans les dépenses.

Nous attendrons de nouveaux faits avant de nous prononcer définitivement sur les avantages réels de cette méthode.

FAIT POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'EMPOISONNEMENT

Par les tissus anglais de couleur carminée.

Par le Dr A. Viaud-Grand-Marais,
Professeur à l'École de médecine de Nantes.

Le 28 décembre 1868, M. B..., capitaine au long-cours, était envoyé par les assureurs de Nantes, à Yarmouth, sur la côte est de l'Angleterre pour régler différentes questions se rattachant aux avaries éprouvées par le steamer *Loire-et-Bretagne*. Cette mission ne s'exécuta pas sans beaucoup de fatigues de tout genre ; ceci arrivait d'autant plus mal pour le capitaine B... qu'il était resté un peu souffrant du foie (douleur sourde et augmentation de volume), à la suite de fièvres rémittentes, contractées à Mayotte au mois de mars précédent.

Manquant de linge à cause de la précipitation de son départ et de la prolongation de son séjour à Yarmouth, M. B... acheta au milieu de la ruelle de Broad-Row, dans un magasin de vêtements confectionnés pour la marine et au prix de 10 shellings (soit 12 fr. 50), une chemise de laine d'un beau rose amarante, rayé de violet très-foncé. Pressé de s'en servir, il s'en revêtit immédiatement sans l'avoir fait laver, et la porta du 5 au 10 janvier 1869; il la quitta ce dernier jour au moment de son départ pour la France, parce qu'elle déteignait sur sa peau.

Du reste, il se souvient qu'à cette époque il éprouvait du malaise, de l'anorexie et de la diarrhée.

Du 15 au 18 janvier, le capitaine B... dut entreprendre un voyage de Nantes à Orléans et dans d'assez mauvaises conditions, les deux trajets s'étant effectués de nuit. Il avait au retour entr'ouvert la glace du wagon pour fumer plus à l'aise ; il eut froid, et dès le lendemain se sentit pris de bronchite.

A son arrivée à Nantes, il passa deux autres nuits blanches au chevet de sa fille atteinte de croup. Le 21 au matin, nous le trouvâmes au lit avec une fièvre de 120 pulsations, beaucoup de toux et de l'oppression. Il nous dit avoir éprouvé de nouveaux frissons la nuit et s'être enrhumé davantage en passant de la chambre chauffée outre mesure, où se trouvait l'enfant, dans les pièces voisines.

Nous constatâmes la présence de râles bronchitiques (sibilants et sous-crépitants), disséminés dans les deux poumons, et quoique le malade se plaignît d'un peu de gêne et même d'une douleur sourde au-dessous du sein droit, l'auscultation ne nous donna aucun signe particulier et la percussion ne nous révéla pas à cette première visite de différence de sonorité entre les parties similaires du thorax.

La langue large et légèrement saburrale avait ainsi que tout l'intérieur de la bouche une teinte vineuse, mais sans aucun rapport avec la coloration écarlate de la scarlatine et sans inflammation des amygdales, ni du voile du palais.

Cette teinte de la muqueuse nous fit cependant reporter notre attention sur la peau que nous trouvâmes légèrement rosée à la poitrine, au cou, et sur les bras, caractère surtout marqué au cou, aux poignets, et au pli du coude, c'est-à-dire dans les points où la chemise offrait un contact plus intime avec la peau. La coloration était continue et nullement par petites taches séparées ; elle ne disparaissait qu'incomplétement à la pression du doigt, et n'offrait point alors d'élevures.

Nous rejetâmes bien vite l'idée d'une fièvre éruptive, *quoique la rougeur de la peau ne fût pas enlevée par le lavage* ; l'absence de pharyngite excluait la scarlatine, et les caractères mêmes de la coloration anormale écartaient la rougeole. Le malade n'ayant pas mangé de moules depuis assez longtemps, l'empoisonnement par ces mollusques se trouvait aussi éliminé. Nous nous ralliâmes donc à l'avis de M. B..., qui attribuait cette teinte à la chemise anglaise reprise par lui la veille.

Julep gommeux avec 2 cent. de kermès et 8 cent. d'extrait thébaïque; tisane de polygala sénéga. Bouillon. Séjour au lit.

Les premières cuillerées de potion furent mal supportées ; elles provoquèrent d'atroces nausées et des vomissements bilieux.

Nous revîmes le malade à 10 heures du matin et nous le trouvâmes dans un état déplorable. Pouls à 180; oppression très-grande augmentée par de continuelles envies de vomir. Toux quinteuse, presque sèche; agitation extrême. Un peu de matité existe à la percussion à droite et en arrière, et des râles crépitants profondément placés s'étendent vers le même point, c'est-à-dire à l'angle inférieur du scapulum. Pas de souffle ni de bronchophonie. Nous avions donc sous les yeux une pneumonie centrale du poumon droit au premier degré, mais avec symptômes généraux graves.

Les antimoniaux étant contre-indiqués, nous prescrivîmes six sangsues aux malléoles, comme saignée dérivative; elles donnèrent en abondance un sang diffluent et de couleur très-foncée. Un vésicatoire de 11 centimètres sur 12 fut placé à la partie antérieure et droite de la poitrine et l'on édulcora la tisane avec du sirop de Briant. Des compresses imbibées d'eau sédative furent maintenues sur le front, et le malade éloigna les vomissements par l'usage d'un peu d'eau de seltz.

A 3 heures, M. B... souffre encore considérablement de la tête et a de 128 à 130 pulsations. Il compare sa fièvre et son état général à ce qu'il a éprouvé à Mayotte. Pour nous mettre en garde contre toute éventualité, la fièvre pernicieuse péripneumonique n'étant pas du reste extrêmement rare à Nantes, nous ordonnons 1 gr. 50 de sulfate de quinine, 8 cent. d'extrait théhaïque, et du miel q. s. pour 10 pilules à prendre par deux de deux heures en deux heures.

A la nuit le pouls ne peut plus se compter, les nausées continuent, le malade s'agite de plus en plus sur son lit, et se plaint d'une douleur intolérable. La pneumonie occupe le tiers moyen du poumon, et là où l'on avait peine le matin à reconnaître du râle crépitant, on perçoit déjà du souffle et de la hronchophonie. L'expectoration est difficile et se compose de *crachats* très-visqueux et *d'une teinte lie de vin*.

Pilules de 6 cent. de musc, à prendre une par une de deux en deux heures dans l'intervalle des pilules de quinine.

Nous faisons part à la famille de nos craintes basées sur l'agitation et sur la force de la fièvre.

Le lendemain 22 janvier, le malade est un peu plus calme; le musc a amené une détente dans les phénomènes généraux et des sueurs profuses. La céphalalgie persiste, le pouls est à 140 ; l'oppression est moindre ; la toux plus grasse, mais les crachats conservent leur coloration. Les signes fournis par la percussion et l'auscultation permettent de constater que l'inflammation du parenchyme pulmonaire a gagné en étendue.

Nouveau vésicatoire à droite et en arrière : continuation des pilules musquées: potion avec: Eau, 90 grammes, eau de laurier cerise, 10 grammes, sirop diacode, 30 grammes. Diète ahsolue.

23 janvier. Diaphorèse de plus en plus ahondante. La chemise dont le malade est revêtu est plusieurs fois traversée par la sueur; elle déteint sur la peau et sur les ohjets de literie, en particulier sur l'oreiller et la couverture de laine qu'elle colore en rose amarante. Pouls à 120; agitation et céphalalgie moindres, mêmes crachats ; la pneumonie est stationnaire. Pilules musquées, même potion.

24 janvier. Exacerbation des symptômes généraux sans cause appréciable; le pouls remonte à 160. Agitation très-grande, céphalalgie reprenant l'intensité des premiers jours; envie de vomir. L'état du poumon n'explique point cette aggravation des symptômes, car les signes locaux sont sensiblement les mêmes. Même traitement. Le musc est donné plus régulièrement que la veille, des sinapismes sont appliqués aux membres inférieurs.

25 janvier. Le pouls est retombé à 120; la céphalalgie, l'agitation et les nausées diminuent. La pneumonie suit son cours, avec tendance à la décroissance; on commence déjà à percevoir des bulles de râle crépitant rédux aux points occupés par le souffle ; l'expectoration conserve ses caractères et sa couleur, les urines sont fortement colorées en rouge foncé et très-épaisses, ce que nous attribuâmes alors à de l'acide urique et à des urates en excès. Le soir M. B... se plaint d'ischurie et de chaleur dans le canal; il est mis à la tisane de graine de lin. Le musc et la potion calmante sont continués.

28 janvier. Pouls à 108 ; les symptômes généraux s'améliorent. Les urines sont toujours d'un rouge vineux et déposent. L'expectoration reste visqueuse, mais elle est moins colorée; la pneumonie suit son cours vers la résolution. L'enduit suburral de la langue conserve toutefois sa teinte violacée et la peau du tronc et des bras offre toujours la coloration que nous avions remarquée dès le début de l'affection. Cette teinte est devenue plus vive depuis les sueurs provoqués par le musc. Elle se montre même aujourd'hui sur la figure.

Les ongles sont recouverts d'un enduit carminé que le lavage à l'eau chaude et savonneuse n'enlève pas, et qui ne cède qu'au grattage renouvelé plusieurs fois.

La malade éprouve depuis deux jours des démangeaisons sur toute la peau du tronc, de la face et des bras. Aujourd'hui commence à se montrer aux mêmes points une éruption d'apparence papuleuse. Les houtons les plus avancés siégent à la base du cou, là où la chemise a été le plus fortement en contact, puis sur le premier vésicatoire, et enfin au front, où ont été faites les applications d'eau sédative. Le point le plus coloré de la peau est l'emplacement du premier vésicatoire, dont tout l'épiderme a été enlevé.

27 janvier. Pouls de 96 à 104. Les symptômes généraux vont en décroissant. L'expectoration n'est plus colorée et des bulles de râle de retour s'entendent seules daus le côté malade. Les urines reprennent aussi leur aspect normal.

M. B... change la chemise de Yarmouth pour une vieille chemise de laine violette ne déteignant pas sur la peau. La couverture de laine qui le couvrait est aussi enlevée. Bouillons, potages, simple potion calmante.

28 et 29 janvier. La pneumonie se résoud sans laisser de traces; la fièvre disparaît presque entièrement. La potion calmante est continuée. Quelques aliments légers sont donnés au malade, et les derniers objets de literie tâchés par la chemise rose sont remplacés.

Cependant l'éruption a pris les caractères de l'*acne indurata*, et se compose de pustules contenant un pus blanc, épais, bien formé, et reposant sur une base indurée d'un violet foncé. Elle se fait par poussées successives, et l'on ohserve à la fois des boutons à tous les degrés de leur évolution. Quelques-uns sont de véritables furoncles et contiennent un bourbillon; l'un d'eux, situé sur le côté gauche, peut être comparé par son volume à un petit anthrax.

L'exanthème s'étend de plus en plus sur le buste, les bras et la figure; il envahit même le cuir chevelu, qui s'était trouvé en contact sur l'oreiller; en has, il paraît pour le moment limité au niveau du bord inférieur de la chemise. Les pustules sont le siége d'une grande démangeaison et amènent des retours de fièvre.

Le 2 février. L'éruption est à son apogée. M. B... nous demande du musc pour combattre l'agacement général dans lequel il se trouve; à l'état de souffrance produit par les boutons est venu se joindre une névralgie du côté gauche de la face, accompagnée d'un mouvement fluxionnaire de la joue. Une dent cariée, prise pour la cause de cette nouvelle douleur, est extraite sans grand soulagement. Le malade perd, dans cette petite opération, du sang en notable quantité et d'un noir de jais.

Des gargarismes laudanisés, un peu de laudanum sur des cataplasmes et un liniment chloroformé amènent de l'assoupissement, mais sans véritable amélioration. Le pouls est remonté à 120.

La journée du 3 février se passa de la même façon.

4 février. Les crises névralgiques persistent sans que rien paraisse indiquer la formation d'un abcès gengival. 8 centigrammes d'extrait de Datura, divisés en 5 pilules, sont administrés pilule par pilule et d'heure en heure. Ce médicament apporte un peu de calme; mais le mieux apparent est interrompu par des crises nouvelles.

Deux sangsues sont appliquées sur les gencives du côté malade;

elles donnent lieu à un abondant écoulement de sang, d'une couleur très-foncée et qui force à recourir au perchlorure de fer. Il affaiblit le malade mais amène une grande diminution dans la douleur de la joue.

5 février. M. B... présente un peu de rémission dans la fièvre et la névralgie, mais il reste très-accablé, et les crises, qui reviennent de temps à autre, forcent à continuer l'emploi des calmants. La muqueuse buccale et gengivale se fonce de plus en plus en couleur carminée. Aucune tendance à la formation d'abcès.

Que pouvait signifier un pareil ensemble de symptômes? Evidemment nous avons sous les yeux autre chose qu'une pneumonie simple, suivie d'une éruption critique. Les caractères de cette éruption, l'état du sang, les symptômes généraux, la coloration de la muqueuse locale, la névralgie si rebelle aux moyens ordinaires employés contre elle, tout ceci indiquait une affection spéciale à laquelle la couleur laissée par la chemise sur la peau ne nous semblait pas étrangère.

Nous cherchions la clef du problème quand la lecture du rapport lu à l'Académie de médecine, le 2 février dernier, par notre savant maître M. le professeur Tardieu, sur l'empoisonnement par la coralline, a été pour nous un trait de lumière. Evidemment, nous avions là quelque chose de bien voisin, sinon d'identique.

Nous dirigeâmes donc nos recherches dans cette voie et aidé de M. Porson, préparateur des cours de chimie, d'histoire naturelle et de pharmacie à l'école de médecine de Nantes, nous traitâmes la chemise incriminée avec de l'alcool bouillant. Nous eûmes par ce procédé une belle couleur carminée analogue à celle connue dans les arts sous le nom de *solferino*. La chemise, au dire de la blanchisseuse, n'avait pas déteint pendant le lavage à l'eau bouillante qui avait précédé de quelques jours notre opération.

Le liquide par le repos laisse déposer une substance violacée bleuâtre, fournie par les raies foncées de la chemise, et qui nous a paru être un violet d'aniline. Le reste de la liqueur conserve sa belle teinte solférino.

La benzine et le sulfure de carbone n'enlèvent pas à l'alcool le principe colorant rouge et d'autre part ne le précipitent pas.

L'éther s'unit à la solution alcoolique en toutes proportions. Les alcalis (soude et potasse) font passer la teinte carminée au vermillon qui s'affaiblit de plus en plus et se décolore.

L'ammoniaque transforme la couleur liquide en un violet de Parme qui passe au gris de lin (1). La solution ainsi colorée reprend à la longue, au contact de l'air, une teinte cerise qu'une goutte d'acide du reste rend instantanément à la liqueur.

Les carbonates alcalins agissent comme les solutions basiques, mais donnent en même temps lieu à une effervescence d'acide carbonique, preuve que la substance colorante contient un acide d'une certaine puissance.

Ces réactions sont celles des sels rosaniline, dits rouges d'aniline ou de goudron. Une base puissante chasse la rosaniline et donne naissance à un sel alcalin incolore. La réaction de l'ammoniaque est plus complexe; l'alcali chasse d'abord la base organique de sa composition saline; puis, au contact de l'air, dont l'acide carbonique vient reprendre l'ammoniaque, le sel de rosaniline se régénère peu à peu.

Le chlore et les acides puissants troublent le liquide et donnent lieu à un précipité laiteux : jaune pour le chlore, jaune orangé pour l'acide azotique, jaune de bile pour l'acide chlorhydrique, jaune gomme-gutte pour l'acide sulfurique; phénomènes fort rapprochés aussi des réactions des composés de rosaniline dont les proto-sels sont rouges et les trisels plus ou moins jaunes ou verdâtres.

L'acide phosphorique colore la solution en rouge brun et l'altère à la longue.

Les acides sulfhydrique, tannique, phénique et le sulfhydrate d'ammoniaque laissent à la liqueur sa coloration.

La teinture d'iode, le brome et le permanganate de potasse donnent à froid une couleur intermédiaire aux deux teintes des substances mélangées.

L'acide sulfureux fait passer le liquide à la teinte violet évêque; le perchlorure de fer au rouge garance.

Le sulfate de cuivre précipite abondamment en violet, la liqueur reste rose au-dessus.

Le nitrate d'argent présente un phénomène analogue.

Le précipité pulvérulent devient couleur terre de sienne brûlée ponctuée de points blancs (chlorure d'argent?).

Le bi-chlorure de mercure colore le liquide en beau violet; le chlorure de platine en violet foncé avec précipité brun.

La plupart des rouges anglais d'aniline sont obtenus dans l'industrie à l'aide de l'acide arsénique par le procédé Nicholson. Le traitement de la liqueur par l'appareil de Marsh ne nous a donné que de faibles traces du dangereux métalloïde, et nous ne croyons pas que d'aussi minimes quantités d'arsenic aient pu jouer un rôle dans les accidents éprouvés par M. B...

La substance colorante sur laquelle nous avons fait les essais qui précèdent est-elle bien la coralline? N'ayant point comme terme de comparaison le beau produit de M. Persoz, nous laissons à MM. Tardieu et Roussin la réponse à faire à cette question, et nous leur envoyons une partie du vêtement incriminé. *En tout cas, elle nous paraît appartenir au même groupe des rouges aniliques et être un sel de rosaniline* (1). On sait que les Anglais utilisent principalement pour leurs teintures l'acétate de cette base, tandis qu'en France c'est l'hydrochlorate qui est le plus employé.

Ces recherches chimiques nous ayant montré que les alcalis et leurs carbonates (2) étaient les meilleurs moyens de décoloration et de destruction de la substance à laquelle nous attribuions une partie des accidents éprouvés par le malade, nous fîmes plonger celui-ci, le 7 février, dans un bain d'eau de Vichy, malgré la desquamation qui commençait à se faire sur tous les points où avait porté la chemise. Ce bain procura tellement de bien-être et d'amélioration que nous en prescrivîmes un second pour le lendemain.

7 février. Nous crûmes bien faire en remplaçant, pour ce nouveau bain, le sel de Vichy par trois litres d'alcool; cette substance étant un excellent dissolvant de la matière colorante. L'eau ne fut point colorée en rouge, et la peau conserva au contraire sa teinte; pour la première fois nous remarquâmes, à la sortie du bain, que tous les poils blancs des aisselles et de la poitrine étaient teints en carmin, non pas extérieurement, mais dans leur propre substance. Ce bain alcoolique fatigua le malade, lui porta à la tête et ramena une crise névralgique.

Un panaris superficiel existe à l'annulaire droit; des boutons à base très-large et à tête plate se montrent dans la paume de la main; une éruption tardive commence sur les jambes et sur les pieds.

Une potion ammoniacale opiacée est donnée par cuillerée d'heure en heure, comme excitant diffusible et comme alcalin. Elle amène un peu de moiteur et fait disparaître la crise névralgique.

8 février. Nouvelle poussée de boutons; la desquamation furfuracée de la peau se fait maintenant par plus larges squames, sur les mains surtout; ces squames ne sont point teintes par la couleur rose, qui paraît plus profondément placée et occuper les follicules. M. B... nous prie de supprimer la potion ammoniacale; il craint la sueur, chaque gouttelette traversant sa peau lui donnant une sensation de piqûre.

Eau de Vichy des Célestins à prendre aux repas; nouveau bain alcalin pour demain.

Ce bain eut le même effet que le premier et soulagea beaucoup le malade, qui fit sa première sortie le 10 février, malgré sa desquamation, et quoique le temps fût humide et froid. Cette sortie n'eut pas de suite fâcheuses.

Aujourd'hui, 13 février, M. B... va de mieux en mieux; la teinte anormale de la peau n'est plus apparente que sur l'emplacement des vésicatoires; le carmin des poils tend à disparaître et la coloration de la muqueuse buccale s'affaiblit. L'éruption se dissipe et la desquamation suit son cours, se rapprochant de celle de la scarlatine. Le malade est resté sans forces; il éprouve des douleurs dans les muscles, surtout dans ceux du mollet. Il est levé tout le jour, mais n'ose sortir qu'une heure ou deux et quand il fait beau. Il continuera quelque temps l'usage des boissons et des bains alcalins.

Quelle a été, dans toute cette affection, le rôle de la substance colorante?

L'empoisonnement n'eut pas à ce moment d'autre suite, probablement parce que le vêtement ne fut pas porté assez longtemps, puis parce que cette substance n'agit peut-être qu'à un certain intervalle.

La pneumonie est-elle due à l'empoisonnement par la matière rouge? Assez de causes banales sont là pour expliquer son apparition en dehors du port de la chemise. Elle a été causée par un refroidissement; mais le composé anilique a manifestement modifié ses symptômes généraux et occasionné les épiphénomènes. Rappelons la teinte de la muqueuse buccale, la coloration des crachats différente de celle qu'affectent d'ordinaire les crachats pneumoniques, l'agitation très-grande, la force de la fièvre, etc.

Les sueurs profuses dues au musc, crise heureuse, ont eu aussi un résultat malheureux, celui de dissoudre et d'introduire dans la peau une nouvelle quantité de rouge, cause de l'éruption spéciale.

Malgré les conditions de fatigues extrêmes éprouvées antérieurement par le malade, on ne saurait avoir de doute sur la valeur de l'éruption. Elle est de même nature que celle déjà observée sur les jambes d'individus portant des chaussettes anglaises; elle a commencé à se faire aux points colorés, c'est-à-dire sur ceux où le contact avec la chemise imbibée de sueur a été le plus intime, et la desquamation de tout l'épiderme qui lui fait suite a aussi commencé par les mêmes endroits.

La coloration de la peau et des poils n'était pas un simple dépôt superficiel, mais bien une véritable teinture ne cédant ni au lavage à l'eau savonneuse bouillante, ni à celui fait à l'aide de l'alcool.

Les parties de la peau les plus fortement affectées par le poison nous ont paru être les follicules et en particulier les glandes sébacées; ainsi s'expliquent les caractères de l'éruption et ses rapports avec l'acné.

En résumé, l'absorption par la peau de la couleur de la chemise dissoute par la sueur, a failli, en venant compliquer une pneumonie, être la cause de la mort d'un homme dans la force de l'âge et d'une belle constitution; et le poison, par les accidents secondaires auxquels ils a donné lieu, a laissé le malade dans un état de débilitation qui peut se prolonger quelque temps, l'élimination de la matière rouge n'étant pas encore complète trois semaines après le début de la pneumonie.

Ce fait vient compléter ceux que M. Tardieu a recueillis et exposés d'une manière si intéressante à l'Académie. Il n'y a plus ici un simple empoisonnement local sur une petite surface telle que les pieds et le bas des jambes avec légers phénomènes gastriques concomittents, mais bien une intoxication très-grave due à l'absorption d'une grande quantité de matière colorante par une surface aussi étendue que celle qui est en rapport avec la chemise, alors que les conditions de sueurs abondantes favorisaient la dissolution de cette substance.

Puissent d'autres accidents de cette nature n'être pas survenus en mer, sur des marins tentés par les couleurs voyantes des tissus anglais, et n'avoir pas eu de terminaisons funestes!

(1) La teinte signalée dans cette réaction tient au violet d'aniline restée dans la liqueur, car elle ne se présente plus si on essaie par l'ammoniaque la solution après dépôt complet. V. G. M.

(1) La *rosaniline*, tout à fait incolore quand elle est récemment préparée, prend une teinte de plus en plus rouge foncé par son contact avec l'air en passant à l'état de carbonate. Ses sels rouges présentent à la lumière réfléchie les teintes vert doré des élytres de certains coléoptères. C'est ainsi que certains sont vendus dans l'industrie française sous le nom de *fuschine*, où ils servent non-seulement pour la teinture, mais aussi pour colorer les cidres et les liqueurs. Plusieurs fuschines employées à ce dernier usage renferment de notables quantités d'arsenic. Nous ne connaissons pas d'accidents causés par des boissons ainsi colorées. Certains chapeaux en plumes à teinte vert doré, portés par les dames, doivent leurs reflets à des sels de rosaniline et déteignent sur la peau en couleur amarante. Il y a, du reste, une grande différence entre les divers rouges d'aniline, et quelques-uns paraissent assez inoffensifs. V. G. M.

(2) Il y aurait ici une étude fort curieuse à entreprendre sur l'action de la source Dominique de Vals, dans un cas semblable. Sa composition la plaçant au-dessus de toutes les sources alcalines connues. (Note du rédacteur.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 25 janvier 1869. — Présidence de M. Barthez.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Rigal lit une observation intitulée : *Érysipèle du pharynx ; propagation de l'érysipèle dans les fosses nasales, les sinus frontaux, à la muqueuse oculaire et à la peau de la face ; symptômes de phlegmon orbitaire* ; guérison. (*Voir notre dernier numéro*.)

DISCUSSION.

M. Martineau. J'aurai peu d'objections à faire au sujet de l'observation fort intéressante que M. Rigal vient de nous lire. Cependant je ne saurais admettre le titre qu'il lui a donné. M. Rigal a intitulé son observation : Angine érysipélateuse...., etc; je crois qu'il serait préférable de dire : Érysipèle du pharynx, car le mot angine n'indique pas assez exactement la nature de la maladie. M. Rigal ne nous a pas dit si son malade avait eu des rhumatismes, si dans ses ascendants il y avait des goutteux ou des rhumatisants. L'érysipèle à répétition est toujours le fait d'une diathèse. Bazin l'a démontré suffisamment, et après lui d'autres auteurs l'ont confirmé. M. Rigal a avancé que c'était depuis les travaux de Cornil que l'érysipèle du pharynx était bien connu. Je crois qu'il est plus juste de rendre cet honneur à Édouard Labbé, qui, dans son excellente thèse, avait fait connaître le premier, que l'érysipèle de la face pouvait gagner le pharynx, les fosses nasales et même les bronches. Quant au diagnostic porté par M. Rigal à propos de son malade, je le crois très-certain et très-prouvé. C'est évidemment pour ne pas avoir tenu compte de la marche de la maladie que l'on a été tenté de soupçonner un phlegmon.

M. Rigal. L'objection faite par M. Martineau au sujet du titre de mon observation est très-fondée. Ce titre doit être modifié, et je dirai volontiers : *Érysipèle du pharynx*, plutôt qu'*Angine érysipélateuse*. Quant aux antécédents rhumatismaux de mon malade et de ses ascendants, je ne suis pas exactement fixé. Je puis affirmer que mon malade n'est pas rhumatisant, que sa mère n'est pas rhumatisante; mais à l'égard de ses autres ascendants, je ne puis rien dire.

L'érysipèle à répétitions est bien, en effet, une affection diathésique; mais dans le cas que j'ai observé, je le crois plutôt lié au lymphatisme.

L'érysipèle a eu une courte durée; on observait peu de rougeur, il y avait peu de douleur : ce sont là les signes d'un érysipèle scrofuleux. Quant à ce que j'ai dit de Cornil, je répondrai à M. Martineau que je n'ai nullement avancé que c'était Cornil qui avait décrit et fait connaître le premier l'érysipèle du pharynx. Je conais les travaux antérieurs au mémoire de Cornil, et ces travaux sont d'ailleurs signalés par Cornil lui-même; mais j'ai tout simplement dit que le mémoire de ce dernier avait surtout contribué à faire accepter l'érysipèle du pharynx de la majorité des médecins. Quant au diagnostic, il a été, en effet, discuté, non par moi, mais par M. Cusco; mais au moment où M. Cusco vit le malade, les symptômes oculaires étaient tels qu'on pouvait aisément croire à un phlegmon. Il existait des douleurs atroces, des battements artériels intenses; l'œil était très-dur, considérablement tuméfié, comprimé et immobilisé. La marche de la maladie était seule capable de faire éviter cette erreur.

M. Martineau. M. Rigal nous a dit qu'il avait reconnu un érysipèle scrofuleux chez son malade, parce que cet érysipèle avait été de courte durée. Tous les érysipèles à répétions ne sont graves que la première fois qu'ils se montrent; ils durent alors, en général, une vingtaine de jours; mais toujours les autres poussées sont moins graves et durent moins longtemps.

M. Barthez. Tous les érysipèles à répétitions ne sont pas arthritiques. Il y en a également qui sont de nature scrofuleuse, et ceux-là se conduisent comme les pneumonies à répétitions qu'on observe chez les enfants; ils sont d'autant plus légers, qu'ils se répètent plus souvent.

M. Martineau. Il ne faudrait pas confondre l'érysipèle avec l'érythème, que l'on observe chez certaines femmes à leurs époques menstruelles.

M. Rigal. Dans ce cas, le diagnostic est toujours facile; la marche de ces deux affections n'est pas la même. Dans l'érythème, on n'observe jamais cette marche envabissante, qui est propre à l'érysipèle.

M. Blache lit un rapport sur la candidature de M. Bottentuit.

DISCUSSION.

M. Martineau : Le rapport de M. Blache, quoique consciencieusement fait, ne me paraît pas complet. A propos des hémorrhagies observées dans le cours de la coqueluche, il eût pu chercher à en établir la pathogénie, or celle-ci diffère essentiellement suivant la période de la maladie. Ainsi, dans une première période, les hémorrhagies ont lieu par suite des efforts musculaires occasionnés par les quintes de toux; il se produit des stases sanguines et des ruptures vasculaires; mais, dans une période plus avancée de la maladie, dans laquelle les malades ne toussent plus et dans laquelle on observe pourtant encore des hémorrhagies, on ne peut plus invoquer les efforts musculaires ni aucune cause mécanique pour expliquer la formation de ces hémorrhagies; celles-ci se rattachent alors à une altération du sang. Par suite des vomissements si fréquents dans la coqueluche, la nutrition s'altère, il se fait une anémie par inanition, et le sang,

profondément modifié, s'épanche hors des vaisseaux. Or, je crois que beaucoup des hémorrhagies viscérales dont nous a parlé M. Blache doivent être rangées parmi ces dernières, les efforts musculeux ne me paraissant pas pouvoir les expliquer.

M. Blache : Je n'ai voulu parler que des hémorrhagies que l'on observe dans le cours de la coqueluche et non de celles qui succèdent à cette maladie. Je n'ai pas voulu discuter ces hémorrhagies secondaires que l'on rencontre chez les enfants qui ont eu la coqueluche et qui se rattachent à une altération du sang, comme l'œdème, les convulsions, etc. Mon but était d'établir que des hémorrhagies pouvaient se faire dans le cours d'une coqueluche, sous l'influence seule des quintes de toux, et cela même dans l'intérieur des viscères.

Les conclusions du rapport de M. Blache sont mises aux voix et adoptées.

M. Bottentuit est inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

On procède ensuite au scrutin pour la nomination d'un secrétaire général.

M. Rigal est nommé secrétaire général de la Société.

Le secrétaire, Meuriot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. — M. Guérineau, professeur de pathologie externe à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé professeur de clinique externe à ladite école, en remplacement de M. Gaillard, décédé.

M. Delaunay, professeur adjoint d'anatomie et physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé professeur de pathologie externe à ladite école, en remplacement de M. Guérineau.

M. Jallet, suppléant pour les chaires d'accouchements, de pathologie et de clinique chirurgicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à ladite école, en remplacement de M. Delaunay.

M. Chédevergne, suppléant pour les chaires de médecine à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé suppléant pour les chaires d'accouchements, de pathologie et de clinique chirurgicale de ladite école, en remplacement de M. Jallet.

M. Alhan de la Garde, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de médecine et de pharmacie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, en remplacement de M. Chédevergne.

École pratique des hautes études. — M. Alphonse-Milne-Edwards, docteur ès-sciences naturelles, docteur en médecine, aide-naturaliste de la chaire de zoologie (mammalogie et ornithologie) du Muséum d'histoire naturelle, est nommé directeur adjoint du laboratoire d'anatomie zoologique et physiologique annexé à l'École pratique des hautes études.

— Le Muséum d'histoire naturelle possède, en dehors du Jardin des Plantes, un grand terrain situé rue de Buffon, où l'on a, depuis longues années, installé la pépinière. Plus tard, on y a bâti le magnifique laboratoire de physiologie végétale et celui d'anatomie comparée. Ces laboratoires sont placés sur la rive gauche de la Bièvre, qui coule au milieu des terrains. Sur l'autre bord de la petite rivière, on met en ce moment la dernière main à de vastes corps de bâtiments destinés à recevoir les ateliers de serrurerie, de menuiserie, de peinture et de vitrerie, actuellement dans l'enceinte du jardin des Plantes, et qui vont être démolis sous peu de temps.

L'emplacement laissé vacant par ces ateliers verra surgir, durant la campagne prochaine, un splendide pavillon de fer et de cristal qui, par son élégance et sa richesse, laissera loin derrière lui le célèbre *Palais des Singes*. Les reptiles, si tristement logés aujourd'hui, deviendront les hôtes de ce nouveau et somptueux palais.

Il est très-probable que l'on construira aussi cette année sur les mêmes terrains de la rue de Buffon le nouveau laboratoire de manipulations chimiques pour remplacer celui qui se trouve sous les galeries d'anthropologie, dans la *cour de la Baleine* et qu'on a reconnu insuffisant.

Beaucoup d'autres améliorations sont encore projetées et ne tarderont pas non plus à être réalisées.

Ainsi le café-restaurant situé au milieu du Jardin des Plantes va disparaître dans un très-bref délai, et le terrain qu'il occupe sera rendu à la culture. Disons en passant que c'est dans le petit jardin qui entoure ce restaurant que se trouve le doyen des végétaux du Jardin des Plantes, âgé de trois cents ans.

On est en train de faire également de grandes améliorations au laboratoire de zoologie, situé rue Cuvier, dans l'ancienne maison de M. Serres; mais ces travaux ne sont que provisoires, et dans une époque plus ou moins rapprochée tous les laboratoires qui restent encore aujourd'hui dans l'enceinte du Jardin des Plantes seront tranférés sur le terrain de la rue de Buffon. Le jardin deviendra ainsi le domaine exclusif des animaux, des plantes et des collections anthropologiques, zoologiques, botaniques et minéralogiques.

Les professeurs eux-mêmes n'auront plus à l'avenir de logements au Jardin des Plantes. Cette mesure, adoptée depuis quelques années, n'a pas atteint ceux d'entre eux qui y avaient alors leurs appartements. Il continueront à y résider jusqu'à leur mort; mais les successeurs de ceux qui sont morts ont dû se pourvoir de logements au dehors. Tel a été déjà le cas de MM. d'Anchiac, Blanchard, Daubrée, Lacaze-Duthier, Gervais, etc., etc.

Tous les appartements seront désormais convertis en galeries.

Théorie de l'unité vitale, par le docteur Galicier. Première partie : *Physiologie unitaire*. Un volume in-8. Prix, 3 fr. 50.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL MILITAIRE DE CONSTANTINE. — M. DAUVÉ.

FRACTURES PAR ÉCRASEMENT

des deux os de l'avant-bras.

FRACTURE EXPOSÉE DU TIERS SUPÉRIEUR DU CUBITUS. — RÉDUCTION IMPOSSIBLE PAR LES APPAREILS ORDINAIRES. — SUTURE OSSEUSE MÉTALLIQUE. — GUÉRISON.

(Société de chirurgie. — Séance du 27 janvier 1869.)

Le nommé C....., civil européen, âgé de 51 ans, entre à l'hôpital le 6 juin 1868 pour une plaie contuse de l'avant-bras droit.

Le malade est charretier. Huit jours auparavant, la roue de sa voiture chargée de 2,000 kilog. lui a broyé l'avant-bras droit. Depuis ce jour, il se fait soigner chez lui au moyen d'applications de compresses imbibées d'eau blanche.

Le jour de son entrée, le malade a peu de fièvre. Le thermomètre, placé sous l'aisselle, indique 38°,5. Le pouls est à 85. On ne constate aucun symptôme soit de septicémie, soit de pyohémie. Il n'y a là qu'une fièvre traumatique dans la période phlegmoneuse.

L'avant-bras est raccourci, comme tassé sur lui-même dans sa longueur. Une vaste plaie à surface mamelonnée occupe les deux tiers supérieurs de la région dorsale de l'avant-bras. Cette plaie a succédé à la chute d'une escharre. Sa surface est formée de fibres musculaires et de débris aponévrotiques. Une fente profonde occupe le milieu de cette vaste ulcération et permet au stylet d'arriver sur le cubitus fracturé à son tiers supérieur. L'avant-bras, le coude et la main sont œdématiés. Une fluctuation profonde est perçue en plusieurs points de l'avant-bras, mais il n'y a pas d'arthrite. On constate deux fractures du radius; une supérieure, à trois centimètres de l'apophyse styloïde. Ces deux fractures ne communiquent pas avec la plaie. Le fragment supérieur du cubitus, déplacé en arrière et en dehors, fait une saillie considérable au milieu de l'ulcération, et n'est séparé de l'extérieur que par une mince couche de tissu musculaire déjà sphacélé. Au dire du blessé, ce fragment sortait par la fente médiane le jour de l'accident. Cette pointe rentra dans les premières manœuvres de réduction, et s'engagea dans l'épaisseur des muscles extenseurs. Probablement tiré en arrière par le triceps, le fragment supérieur n'est plus maintenu par le radius fracturé, et entraîne avec lui le fragment radial médian. Je fis de vains efforts pour réduire ce déplacement, et rendre au membre sa longueur. L'état phlegmoneux de l'avant-bras et l'étendue de la plaie dorsale s'opposaient à l'application de toute espèce de bandage. Je n'obtenais de coaptation à peu près acceptable qu'en mettant l'avant-bras dans une position verticale sur une gouttière à châssis, et en pratiquant sur le poignet une extension continue. Le lendemain, la main était énormément gonflée, et des escharres s'étaient formées autour du poignet au niveau des lacs d'extension. Le pouls était à 90, le thermomètre à 39 degrés. Je dus renoncer à cet appareil, et devant l'état phlegmoneux du membre (je dirai presque l'œdème purulent de Pirogoff), je ne vis plus de ressources que dans une amputation immédiate. Tel fut l'avis de notre médecin divisionnaire, M. le docteur Vital. Le malade nous opposa un énergique refus.

Ayant constaté une fluctuation profonde au niveau de la fracture du cubitus, et superficielle à la face antérieure de l'avant-bras, je résolus de donner une large voie au pus, et de juger *de visu* de l'état des fragments déplacés. Après avoir endormi mon malade, je fis deux longues incisions à la région antérieure; j'obtins une énorme quantité de pus, venant surtout de la région du poignet. Me guidant ensuite sur la saillie du cubitus et profitant de l'ancienne plaie de sortie je fis une incision dorsale qui me permit d'arriver sur les deux fragments du cubitus, que je dégageai des fibres musculaires dans lesquelles ils étaient enfoncés.

Un flot de pus s'écoula des parties profondes.

J'essayai vainement, au moyen d'appareils divers, de maintenir la coaptation des deux fragments du cubitus. L'idée me vint alors de tenter la suture osseuse au moyen de fils d'argent. Les deux fractures du radius ayant produit un raccourcissement dans le diamètre longitudinal de cet os, le cubitus me parut trop long, et je dus réséquer avec la scie à phalanges les pointes des deux fragments. Au moyen d'un perforateur à mèche très-fine, mis en mouvement par une vis sans fin, je fis deux trous aux extrémités osseuses, trous dans lesquels je passai du fil d'argent double, qui, par la torsion, rapprocha et maintint les deux fragments. Les bords de la plaie se fermèrent d'eux-mêmes, et les fils d'argent servirent de voie à la suppuration. La plaie fut lavée à l'alcool. Trois tubes à drainage furent placés dans les plaies. Un linge enduit de styrax, quelques gâteaux de charpie imbibée d'eau phéniquée, une légère couche de ouate soutenue par deux valves en toile métallique fine, une large gouttière bien matelassée de ouate, enfin quelques lacs fixant le membre dans la gouttière, tel fut le pansement, tel fut l'appareil employé jusqu'à la guérison.

Pendant huit jours l'état général resta le même. Le thermomètre ne dépassa pas 39 degrés. Il n'y eut ni lymphangite, ni frissons. Des injections phéniquées faites par les tubes à drainage lavaient les plaies deux fois par jour.

Le huitième jour, après la ligature, les fils se rompirent, le déplacement se reproduisit, et il fallut remplacer cette ligature par un fil quadruple.

Dans les premiers jours du mois d'août, la plaie dorsale avait diminué de moitié, et une large surface bourgeonnante entourait les fils d'argent. Le membre me paraissant assez solide, je crus devoir enlever ces fils, en leur faisant faire quelques tours de torsion. Le déplacement ne se reproduisit plus, et je dus croire à une guérison prochaine.

Le 24 août, de nouveaux abcès survinrent à la région antérieure et au pli du bras. Une dyssenterie aiguë vint encore aggraver l'état général de mon blessé, et ce dernier me supplia de l'amputer.

Je dus cette fois m'opposer à ses désirs. Notre hôpital était encombré. Les cours étaient pleines de malades sous la tente. Le service de chirurgie comptait deux cent vingt malades; la salle de cent lits où se trouvait ce blessé contenait quelques opérés atteints de fièvres septicémiques et de pourriture d'hôpital. Je n'osais plus donner un coup de bistouri. Je me contentai d'ouvrir les points phlegmoneux et de traverser l'avant-bras par deux longs tubes à drainage, à travers lesquels on fit deux fois par jour des injections phéniquées. Après trente jours de traitement, mon malade guérit de sa dyssenterie et de ses phlegmons. Dès le 25 septembre, tout se réduisit à trois fistules qui donnèrent du pus pendant plus de deux mois. Le 1er décembre, tout était terminé. Dès le mois d'août, on imprima des mouvements fréquents aux articulations du coude et du poignet, et nous n'eûmes jamais à craindre d'ankylose. Les lésions musculaires multiples et l'œdème persistant de la main avaient amené une paresse notable dans les mouvements des doigts.

Grâce aux douches sulfureuses et au massage, ces raideurs articulaires diminuèrent sensiblement, et le malade put sortir le 13 décembre de l'hôpital.

Aujourd'hui, 5 janvier 1869, l'état général est excellent, et le blessé commence à se servir de son bras.

HOPITAL DE BAR-LE-DUC. — M. BAILLOT.

NÉCROSE D'UNE PORTION DE L'HUMÉRUS

Dégagement spontané d'un sequestre invaginé.

(Société de chirurgie. — Séance du 27 janvier 1869.)

H... (Alphonse, âgé de 15 ans, sabotier, d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, ne se rappelle pas avoir jamais été malade avant le 18 décembre 1862, où étant à jouer avec des camarades, il reçut des coups de talon sur différentes parties du corps et notamment sur le bras et l'épaule du côté gauche.

Ses nombreuses meurtrissures, le gonflement énorme dont son bras devint le siége, et l'impossibilité où il s'est presque aussitôt trouvé de le mouvoir sans y ressentir de très-vives douleurs, l'obligèrent à se mettre au lit et à le garder pendant six mois au moins. Plusieurs abcès ne tardèrent pas à apparaître, tant au bras qu'à l'avant-bras, et donnèrent lieu à une suppuration plus ou moins abondante, suivant les moments, et qui ensuite n'a jamais tari un seul instant.

La douleur et la tuméfaction du bras ayant considérablement diminué, à partir des premiers jours de juillet 1863, ses mouvements sont devenus plus libres. On envoya alors l'enfant à l'école, et on s'est borné, pour tout traitement, à panser avec du linge sec les trajets fistuleux qui avaient succédé aux abcès de son bras et de deux desquels il a été extrait dans la suite, à des époques différentes, plusieurs petites esquilles.

A son entrée à l'hôpital, le 15 décembre 1867, six trajets fistuleux existent à la partie supérieure et antérieure du bras gauche : cinq en avant, et un un peu en dedans.

En comprimant le bras dans son tiers supérieur, on sentait, au lieu et place de l'humérus, un corps dur, volumineux, le double au moins en grosseur de cet os.

Pendant plusieurs mois, on fit inutilement plusieurs tentatives pour extraire le sequestre, et ce ne fut que le 20 juin qu'on constata qu'il était devenu mobile. Une nouvelle tentative d'extraction fut faite.

Après avoir réuni par une incision les deux trajets fistuleux les plus

FEUILLETON

—

On ne peut pas se défendre d'un sentiment de douleur, quand on parcourt le martyrologe de la science. Combien d'hommes ont consacré leur vie à la défense d'idées combattues à outrance d'abord, qui sont devenues plus tard lois de la science. Combien sont morts au champ d'honneur, disent les optimistes; à la peine, disent les réalistes. Morts avant l'heure, morts avant d'avoir mis la dernière main à l'œuvre de leurs veilles.

Ces sentiments de douloureuse sympathie sont bien ceux que fait naître la vie d'un célèbre membre de l'Institut que la mort vint frapper au milieu de son œuvre.

C'était le 6 février 1836 que l'illustre Gaudichaud reprenait la mer, et, monté sur la corvette *la Bonite*, allait de nouveau faire le tour du monde. Son navire allait toucher à Cadix, au Brésil, à Montevideo, à Valparaiso, à Calaja, à Callao, à Payta, à Guayaquil, aux îles Sandwich, aux Philippines, en Chine, en Cochinchine, à Singapour, Malacca, Pulo-Pinang, à Calcutta, à Pondichéry et à l'île de la Réunion. Sainte-Hélène fut le dernier point de relâche, et le 6 novembre 1837, *la Bonite* rentrait au port de Brest.

Pendant ce voyage, Gaudichaud recueillait de nombreux documents à l'appui de son système organogénique. Immédiatement il se mettait à l'œuvre. Le dessin et la gravure rivalisaient pour créer ce magnifique atlas où se trouvent reproduits les éléments de l'important herbier formé pendant la campagne.

Avant d'écrire la description de ces planches, Gaudichaud ouvrait la publication de la partie botanique du voyage de *la Bonite* par une introduction magistrale où il développait toutes ses théories, puis ses luttes célèbres avec les puissants de la science du jour. Testament scientifique d'un observateur illustre, cette introduction qui forme deux volumes, est le recueil le plus précieux pour suivre et comprendre le grand mouvement des idées de l'époque.

Les cryptogames cellulaires et vasculaires (lycopodinées) avaient trouvé dans nos savants confrères, MM. Montagne, Léveillé et Spring, les descripteurs les plus autorisés. Ce volume donne le dernier mot de la science sur ce sujet, au moment de sa publication.

Mais hélas! tout à ces luttes, Gaudichaud ne pouvait donner à la description de son atlas le temps que lui dérobait son ardent désir de convaincre ses adversaires. A ce feu dévorant des combats scientifiques, les plus fortes natures ne peuvent résister, Gaudichaud succomba.

Son œuvre restait incomplète, mais le ministère de la Marine ne laisse pas perdre les trésors de science recueillis par les siens, et sous ses auspices, M. Ch. d'Alleizette et le confrère même de M. Gaudichaud, le savant M. Decaisne de l'Institut, ont donné leur soin à l'explication et à la description des planches de l'Atlas.

Aujourd'hui l'œuvre est complète.

C'est cette bonne nouvelle que nous voulons porter à la connaissance des nombreux amateurs d'histoire naturelle que renferme notre corps médical. Nous voulons de plus leur donner une preuve nouvelle de toute notre sollicitude pour leurs intérêts. L'empressement avec lequel nos abonnés ont profité des facilités que nous leur avions offerte pour acquérir l'album du Consulat et de l'Empire, nous a conduit à traiter avec l'éditeur du Voyage de *la Bonite* et à obtenir des conditions tout exceptionnelles en faveur de nos lecteurs.

La partie botanique du Voyage de *la Bonite* représente une valeur de 324 francs. Nous avons obtenu que tous ceux qui nous adresseraient une somme de 75 francs, recevraient *franco* ce magnifique ouvrage.

Nous avons voulu faire un pas de plus pour alléger les charges de nos confrères désireux d'acquérir ce grand ouvrage (4 volumes et atlas in-folio de 150 planches gravées) : le prix de 75 francs sera porté à 80 francs, pour ceux qui préféreraient payer en quatre fois. Il leur suffirait alors de nous adresser quatre billets de 20 francs, payables de trois mois en trois mois à partir du jour de la livraison. L'honorabilité parfaite du corps médical nous a permis d'obtenir ainsi des conditions complètement exceptionnelles.

A vous maintenant, chers confrères, de vous former peu à peu une bibliothèque considérable à peu de frais. User de notre influence, à votre bénéfice, voilà tout notre désir, et nous sommes heureux de voir — par les remerciments qu'ils nous adressent — que nos confrères apprécient le soin que nous prenons à leur rendre service.

Nous ne voulons pas clore cette causerie sans recommander aussi à nos lecteurs un superbe album, tout à fait digne de parer la table du salon d'attente de nos confrères. L'album de Rubens, reproduit dans 25 planches la célèbre galerie dite du Luxembourg. Un superbe portrait de l'auteur ouvre le volume. C'est encore un livre de prix très-élevé (300 fr.) que, profitant des progrès de l'art moderne, nous pouvons obtenir à un prix très-abordable pour nos lecteurs. Digne frère et pendant de l'album du Consulat, l'album de Rubens sera délivré dans nos bureaux au prix de 22 francs, et envoyé *franco* à tous nos souscripteurs au prix de 25 francs, dans toute la France.

Ces occasions ne sont pas communes, nous cherchons à les faire naître; mais réussirons-nous longtemps encore, nous l'ignorons : que nos confrères de France ne se laissent point trop dépasser par ceux de l'étranger : la Belgique, la Suisse, et jusqu'à la Finlande sont venues prendre leur part des albums du Consulat, et surpris ainsi dans nos calculs, il nous a fallu obtenir un second tirage.

Mais, encore un coup, nous nous applaudissons de ces demandes si nombreuses; elles nous prouvent que nous avons raison de faciliter à nos lecteurs des acquisitions auxquelles il leur faudrait renoncer dans d'autres conditions.

Dr E. Le Sourd.

élevés, et avoir prolongé cette incision de près d'un centimètre en haut, en la rapprochant de l'acromion, j'ai pu extraire, sans trop de difficulté, ce sequestre, ayant près de 9 centimètres de long, 5 de circonférence, et comprenant dans une étendue de 6 centimètres une portion complète de l'humérus avec son canal médullaire.

L'opération était à peine terminée que ce jeune homme faisait avec son bras les mêmes mouvements qu'auparavant, et cela sans éprouver la moindre gène ni la plus faible douleur. Il s'est ensuite levé presqu'aussitôt après, malgré la défense qui lui en avait été faite, et ne s'est astreint à porter une écharpe que pendant trois jours seulement.

Un mois plus tard, les deux bras donnaient exactement les mêmes mesures qu'au moment de l'opération, et les mouvements du bras malade étaient à peu près semblables à ceux du bras sain, à l'exception toutefois du mouvement d'élévation qui laissait encore un peu à désirer.

CLINIQUE DE VALS. — M. Clermont (de Lyon.)

SOURCE LA *DOMINIQUE* (SULFO-FERRO-ARSENICALE).

III

La quatrième et dernière observation de fièvre intermittente guérie par l'eau de la *Dominique*, et dont nous voulons entretenir le lecteur, mérite à plus d'un titre de fixer son attention. Elle lui montrera qu'il ne suffit pas d'avoir percuté et mesuré un organe malade, d'avoir reconnu des lésions physiques et constaté des troubles fonctionnels et des réactions générales morbides pour porter un diagnostic exact, mais qu'il faut encore de nombreux éléments de recherches pour parvenir à connaître le processus morbide ou la cause première qui a, par des modifications pathologiques successives, déterminé l'affection présente.

Le commémoratif est donc un des éléments qu'il faut le moins négliger, et il est bien rarement donné exact par les malades, beaucoup plus préoccupés des causes prochaines que des faits morbigènes qui les ont précédées. Aussi n'est-il pas rare à Vals, tout comme ailleurs, de faire fausse route, et cela surtout alors que les lésions sont le plus apparentes; bienheureux sommes-nous quand une explosion diathésique, ou un retour d'anciennes crises, viennent nous remettre sur la voie du véritable traitement à suivre.

Il est souvent facile de constater une dyspepsie, une entéralgie, une hypertrophie du foie ou de la rate, et tant d'autres symptômes auxquels, faute de plus amples renseignements, on donne un nom d'après l'organe le plus affecté ou la fonction la plus altérée : il est au contraire souvent mal aisé d'arriver à la connaissance des faits primordiaux qui ont engendré la succession de phénomènes morbides dont l'état présent n'est qu'une phase, et c'est là, croyons-nous, ce qui fait la plus grande difficulté de la thérapeutique. Vals n'échappe pas à cette difficulté et l'observation suivante, dont le sujet nous a été adressé par l'éminent praticien d'Aix en Savoie, M. le docteur Davat, en est un exemple frappant.

Quatrième observation. — *Fièvre larvée. Hépatite et crises hépatalgiques.*

Le 20 juillet 1868, M. F. d'Aix, en Savoie, âgé de 56 ans, vient à Vals dans un état de débilité qui se confond avec la cachexie. Les pieds sont enflés, et il ne marche que si on le soutient sous les bras. Le foie douloureux forme une grosse tumeur qui descend jusqu'à l'ombilic et offre 12 centimètres de largeur. La région épigastrique est aussi très-sensible au toucher. La langue du malade est d'un blanc sale, sa bouche amère, pâteuse, son pouls petit, fébrile, et toute sa peau d'un jaune pâle ictérique. L'œil est terne, la sclérotique jaune. Les fonctions digestives se font mal; il y a anorexie, dyspepsie et constipation; enfin le cours naturel de la bile est troublé, car les selles sont blanches et les urines d'un brun foncé. Le malade nous dit avoir éprouvé chez lui, quelquefois à des intervalles de quinze jours, plus de vingt-cinq crises hépatalgiques. Leur durée était de douze à vingt-quatre heures; la plus forte avait eu lieu deux mois auparavant; c'était surtout depuis cette époque que M. F... était tombé dans le triste état où nous le voyions.

Dans une note concise et très-claire, M. le docteur Davat nous indiquait la diathèse rhumatismale sous l'influence de laquelle M. F... « avait été frappé d'un engorgement du foie et était devenu passible de crises épigastriques violentes.

La maladie complexe de M. F..., sa diathèse rhumatique et l'engorgement hypertrophique du foie nous décident à le soumettre d'abord au traitement par les eaux alcalines, et nous lui conseillons l'eau de la *Précieuse* en boissons, quatre verres par jour, et des bains carbo-sodiques.

Au bout de trois ou quatre jours, il y avait déjà de l'amélioration; mais au huitième jour, un violent accès de fièvre se manifeste à onze heures du matin et dure jusqu'à dix heures du soir. Le frisson, la chaleur sèche, enfin la sueur, marquent les trois stades de cet accès, que nous attribuons à un bain trop froid. Cependant le mardi, à la même heure, le même phénomène morbide reparaît, et, comme la première fois, les stades sont accompagnés d'une violente douleur à l'épigastre et au foie, sans provocation cette fois; car on avait supprimé les bains, et le malade était resté au lit. Ce fut pour nous un trait de lumière, et en interrogeant M. F..., nous apprîmes que dans ses chasses et ses pêches, près du lac du Bourget, il avait contracté des fièvres intermittentes dont il avait été débarrassé avec beaucoup de peine, et non sans de fréquentes récidives. Nous jugeâmes donc qu'à travers la diathèse goutteuse et les autres éléments de son affection gastro-hépatique, le génie larvé de la fièvre intermittente pouvait bien compter pour quelque chose. Aussi, après avoir mis le malade à l'abri d'une récidive d'accès par des prises et des lavements de quinine, nous avons fait passer le malade à l'usage de la *Dominique*, demandant à celle-ci acte de ses propriétés anti-périodiques plus certaines et plus persistantes que celles de l'écorce du Pérou. De quatre verrées par jour nous sommes allés à huit; à partir de ce moment, le mieux s'est manifesté et s'est de plus en plus affirmé. Tous les symptômes se sont peu à peu évanouis; c'était, comme on le disait à Vals, une véritable résurrection. Enfin, le 29 juillet, après vingt-sept jours de traitement, dont quinze par l'eau de la *Dominique*, le bon M. F.. vint nous faire ses adieux. La couleur de sa peau était encore légèrement chlorotique, mais non ictérique; il restait un peu d'empâtement du foie, mais toutes les fonctions se faisaient bien; l'enflure des jambes était complétement dissipée; il avait un grand appétit et il se sentait, disait-il, redevenu plein de force et de santé.

Si nous insistons quelque peu sur ce fait, ce n'est pas qu'il soit rare à Vals; mais bien parce qu'il montre comment il peut arriver qu'un malade, envoyé à nos sources pour y être traité par l'eau carbo-sodique, ne trouve le véritable remède à son état morbide que dans l'eau sulfo-ferro-arsenicale; c'est aussi pour appuyer ce que nous disions tout à l'heure de l'importance du commémoratif.

Certainement, longtemps avant nous, l'eau de la source *Dominique* avait été vantée par les médecins de Vals pour son efficacité contre les affections caractérisées par une débilité générale, contre les fièvres d'accès et notamment contre celles parvenues à leur période la plus avancée, voire même dans la cachexie palustre ; mais aucun de nos prédécesseurs, que nous sachions, n'a cherché à déterminer les causes de ses propriétés anti-périodiques et reconstituantes. On a bien timidement répété après nous que cette eau agissait par son arséniate de fer (3 à 4 milligrammes par litre) comme la liqueur de Fowler, celles de Pearson ou de Boudin; mais une opinion n'est pas une explication, et aujourd'hui on n'ose plus guère, et avec raison, s'aventurer dans l'inconnu et édifier des théories uniquement basées sur l'action physiologique isolée d'un des éléments chimiques souvent nombreux et tous actifs d'un remède complexe.

D'autre part, les symptômes morbides ne nous sont pas non plus assez clairement connus dans leur cause réelle, leur nature intime et leurs lésions matérielles, pour que nous puissions comprendre avec certitude le pourquoi et le comment s'effectue la guérison; et ce que nous disons ici d'une manière presque générale, peut certainement s'appliquer à la fièvre intermittente chronique et à l'eau sulfo-ferro-arsenicale de la source *Dominique*. En effet, pour qu'il nous fût permis d'entrevoir les procédés thérapeutiques mis en œuvre par l'eau de la source *Dominique*, pour guérir si heureusement et si promptement ces énormes engorgements viscéraux et les phénomènes de réaction générale qui les précèdent d'abord, et les accompagnent le plus souvent ensuite, il nous faudrait connaître plus intimement l'état du sang, des humeurs, des tissus dans les organes engorgés des malades atteints d'infection palustre. Or, à ce sujet, de grandes expériences sont promises par l'avenir (car jamais l'émulation n'a été plus grande pour la recherche de la vérité dans les sciences médicales), mais à l'avenir seul, nous le reconnaissons volontiers, appartient l'espoir de voir combler ces nombreux desiderata, contre lesquels nous nous heurtons constamment, quand nous essayons actuellement de comprendre l'action thérapeutique des eaux minérales.

Néanmoins, si l'on voulait donner quelques raisons à peu près plausibles des faits cliniques que nous avons constatés si souvent, on pourrait commencer à les baser sur les expériences récentes de M. le docteur Salisbury de New-York.

Ce médecin a trouvé des spores ou palmelles dans les eaux des marais; il a pu les isoler et, au moyen de ces corps organiques, reproduire la fièvre intermittente dans des lieux où elle n'avait pas existé. Or, ce fait remarquable étant reconnu exact: que la fièvre intermittente comporte la présence dans l'économie de produits epigénétiques; on admettra sans peine, au moins théoriquement, que l'eau de la source *Dominique* avec son acide sulfurique libre (1 gr. 30 par litre), lequel est considéré depuis longtemps comme destructeur des ferments, puisse devenir un antidote de l'infection palustre. On le comprendra mieux encore si on se souvient que dans l'eau de la *Dominique* l'arséniate de fer, quoique pris à petites doses, doit puissamment venir en aide à l'acide sulfurique, en sorte que ces deux agents médicinaux, stéatogènes par excellence, non-seulement désintoxiquent le sang, les humeurs et les tissus, les débarrassent des principes morbifères qui ont résisté à la médication quinique, guérissent en un mot le sujet, d'abord en l'assainissant et ensuite en le reconstituant.

Mais d'ailleurs qu'importe la manière dont agit un remède, pourvu qu'il guérisse. Dans le brouillard d'incertitudes qu'ont traversé tant de générations, renversant hypothèses sur hypothèses, disant vérité la veille, erreur le lendemain, le but du médecin a toujours été le même : *soulager ou guérir*. Aussi, empirique ou raisonné, le moyen préférable est celui qui réussit, et, dans la pratique de notre art, on ne peut malheureusement pas toujours dire avec le poëte : *Felix qui rerum potuit cognoscere causas.*

GASTROTOMIE

Extirpation d'une tumeur fibro-cystique de la matrice, du poids de 11 et demi kilogrmmes. Guérison,

Par E. Kœberlé,

professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Mademoiselle O..., de Wiesbaden, âgée de 34 ans, au teint coloré comme les personnes affectées de tumeurs fibreuses de l'utérus, amaigrie, a joui d'une excellente santé jusqu'en 1863. Depuis lors, elle a éprouvé des indispositions passagères que l'on peut attribuer à une obstruction pelvienne, la malade souffrant déjà, à cette époque, d'une constipation fréquente, qui a parfois été assez prononcée dans ces derniers temps pour donner lieu à l'aplatissement des selles. Ce n'est guère qu'en 1866 que le développement du ventre attira pour la première fois son attention.

Depuis 1867, l'abdomen a augmenté rapidement de volume. Il est distendu jusqu'au rebord des côtes par une tumeur assez régulièrement arrondie, en partie très-dure, en partie fluctuante et formée de loges plus ou moins larges, ce qui avait fait croire que la malade était affectée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. L'excavation pelvienne est aussi envahie par une tumeur qui s'étend jusqu'à 3 centimètres de l'orifice externe du canal génital. Cette tumeur fait corps avec la partie postérieure du col utérin, qui est refoulée à gauche et en avant contre la face postérieure du pubis. Le cathétérisme utérin est impossible à cause de l'étroitesse de l'orifice de l'hymen.

Deux ponctions pratiquées dans les deux plus grandes loges de la tumeur fournirent 3 litres d'un liquide presque identique de part et d'autre, séreux et très-riche en cholestérine. Je diagnostiquai une tumeur fibro-cystique de la matrice. L'état multiloculaire de la tumeur, son développement rapide pouvaient, il est vrai, faire songer tout d'abord à un kyste de l'ovaire; mais le facies de la malade, la consistance de la tumeur très-dure en plusieurs points, la nature du liquide extrait par la ponction, et d'autre part, la résistance de la tumeur intra-pelvienne, ses rapports avec le col militaient en faveur d'une tumeur fibro-cystique de l'utérus.

Préoccupée par l'accroissement rapide et menaçant de sa tumeur, par les incommodités qui en résultaient et par la perspective de traîner quelque temps encore une vie misérable, la malade désirait que l'on recourût à une tentative suprême. Tous les traitements qu'on lui avait fait subir ayant complétement échoué, elle considérait l'opération comme sa dernière ressource et elle voulait en subir la chance, quelque hasardeuse qu'elle fût. En face de ces instances de la malade et de la fermeté qu'elle manifestait, je ne crus pas devoir lui dissimuler la gravité de la situation.

L'opération me paraissait devoir être aggravée outre mesure et rendue très-difficile par l'existence de la tumeur de l'excavation pelvienne. Je pensais, en effet, que l'extirpation serait impraticable, même en enlevant la matrice tout entière, si les ligaments larges étaient envahis; car, selon toute probabilité, la tumeur fibro-cystique était interstitielle et développée dans le fond de l'utérus. J'exposai toutes ces considérations à mademoiselle O..., et je cherchai à la détourner d'une opération, en lui faisant part de mes doutes et de mes inquiétudes. Mais la malade, extraordinairement courageuse et résignée à toutes les éventualités, persista dans sa résolution avec l'assentiment de sa famille. Soutenue par l'espoir qu'il lui restait encore une chance de guérison, elle voulait au moins se ménager le bénéfice d'une tentative même incertaine, se résignant d'ailleurs à ce que je déciderais si, en définitive, je déclarais l'opération absolument impossible. Je me résolus alors, non sans regret, je l'avoue, à pratiquer la gastrotomie, sauf à laisser l'opération inachevée si l'extirpation de la tumeur ne pouvait avoir lieu, ce qui me paraissait malheureusement à peu près certain.

L'opération eut lieu le 31 août 1868, en présence de MM. Maslowsky (de Saint-Pétersbourg), Herrenschmidt, Jœssel et Kien. Incision de 30 centimètres environ, qui dut être prolongée jusqu'à 3 centimètres de l'appendice xyphoïde. On put alors à grand'peine amener la tumeur hors de la cavité abdominale à l'aide de pinces à griffes. Des ponctions pratiquées préalablement dans une dizaine de loges, pour en réduire autant que possible le volume, n'avaient donné que 3 à 4 litres de liquide. Le fond de la matrice, ainsi que son col, étaient indépendants de la tumeur, bien que celle-ci fût en connexion intime avec la paroi postérieure de l'organe. La portion intra-pelvienne de la tumeur, très-peu volumineuse eu égard au développement énorme de sa portion abdominale, servait en quelque sorte de pédicule à cette dernière. Une hémorrhagie assez abondante avait lieu par l'orifice des ponctions. On plaça une ligature en fil de fer, aussi bas que possible, sur la base d'implantation de la tumeur. Cette ligature avait primitivement 40 centimètres de diamètre et laissait le corps de la matrice en dehors; elle limitait un plan circulaire obliquement dirigé de la partie postérieure et supérieure de la symphyse pubienne vers l'angle sacro-vertébral. Toute chance d'hémorrhagie sérieuse ayant été ainsi momentanément conjurée, la portion supérieure de la tumeur fut divisée en deux parties latérales, lesquelles furent excisées pour dégager le détroit supérieur et aller à la recherche des limites inférieures de la tumeur.

On put constater alors que les deux ovaires étaient sains, ainsi que les oviductes. Le corps de la matrice n'offrait égalemnt rien de particulier, sauf un petit corps fibreux dur, d'un centimètre de diamètre environ.

La tumeur intra-pelvienne semblait, de prime abord, absolument inextirpable. On ne pouvait l'attirer hors de l'excavation, et il était impossible de passer les doigts entre elle et les parois du bassin pour aller reconnaître les obstacles à son extraction. Heureusement cette tumeur était également fibro-cystique, et une ponction permit d'en réduire un peu le volume. Je pus m'assurer alors que sa base descendait jusqu'au fond du cul-de-sac recto-vaginal, auquel elle adhérait par sa partie inférieure; tandis que sa partie antérieure était adhérente à toute l'étendue limitée par les parois postérieures du vagin et du col de l'utérus. Sa partie postérieure était libre d'adhérences et recouverte par le péritoine.

La situation était des plus embarrassantes : on ne pouvait laisser l'opération inachevée sans vouer l'opérée à une mort certaine. D'un autre côté, la grande ligature en fil de fer était devenue insuffisante par suite de la ponction de la tumeur pelvienne. Pour parer à l'hémorrhagie déjà très-grave, il fallut placer une nouvelle ligature. Ce danger ayant été de nouveau écarté, j'incisai le péritoine à la partie postérieure de la tumeur; en le décollant ensuite sur ses parties latérales et vers sa base, je parvins à énucléer la tumeur, et à l'attirer hors de l'excavation, après avoir déchiré les adhérences qui la reliaient au vagin, sans blesser aucun vaisseau important. La dernière partie de la tumeur qui adhérait à la surface postérieure du col, et à la partie moyenne du corps de l'utérus, fut détachée avec des cautères tranchants jusqu'à la limite des gros vaisseaux qui furent solidement

étreints dans une anse de fil de fer à l'aide d'un serre-nœud. Une adhérence utérine donnait du sang en assez grande abondance. Elle dut être liée avec un fil de soie qui fut coupé ras sous forme de ligature perdue. Le pédicule des vaisseaux fut alors divisé à quelques millimètres au-dessus du serre-nœud, et la surface de la ligature, ainsi que les parties encore saignantes, furent touchées avec le cautère actuel ou avec la solution concentrée de perchlorure de fer.

L'ablation de la tumeur avait laissé la matrice intacte. Il ne fut donc pas nécessaire de l'enlever. Le péritoine décollé s'appliquait contre la face postérieure du vagin et du col. A la partie moyenne du corps de l'utérus correspondait la ligature en masse des gros vaisseaux, qui avait à peu près la grosseur du doigt. A 1 centimètre du fil de fer à droite, se trouvait la ligature perdue. Le serre-nœud plongeait de 8 centimètres dans la cavité du bassin.

La réunion eut lieu par cinq points de suture profonde et douze points de suture superficielle. La trace de l'incision fut ainsi réduite à 22 centimètres de longueur. L'opération avait duré deux heures et demie. L'hémorrhagie, très-considérable en raison des connexions pelviennes de la tumeur, avait donné lieu à une perte de sang de 1 et demi kilogramme environ. Il n'y eut point de vomissements chloroformiques; mais la malade était très-affaiblie et s'était refroidie. Le pouls demeura petit, misérable, et la respiration très-accélérée durant le reste de la journée. La nuit fut assez bonne cependant et la malade reposa avec calme.

Le lendemain, les forces se relevèrent un peu et il y eut une réaction très-marquée. Le pouls oscilla entre 120 et 140 dans la matinée. Peau sèche, respiration à 21. Le soir, pouls à 92, respiration à 18. Il s'écoule par l'orifice de la plaie environ 80 ou 100 grammes de sérosité sanguinolente, en partie extraite par la sonde. Une transpiration abondante se déclare. Du reste, le ventre est très-plat et indolent.

Le 3e jour, pouls à 104, respiration à 23. La malade a dormi toute la nuit. La peau est moite, l'urine claire, le ventre plat et indolent comme la veille. Le soir, pouls à 120, un peu irrégulier; respiration à 23. La transpiration, toujours abondante, a provoqué une éruption de sudamina sur le ventre et sur la poitrine. Il suinte encore un peu de liquide par l'angle inférieur de la plaie. Quelques gaz sont rendus par l'anus. Écoulement sanguinolent par le canal génital, provenant de la congestion utérine consécutive à l'opération.

Le 4e jour, pouls à 102, assez régulier; respiration à 21. Transpiration. Le soir, pouls à 90. Les urines sont un peu chargées.

Le 5e jour, lavement : évacuations alvines. Pouls à 100, très-large. La transpiration continue et les sudamina envahissent tout le corps, sauf le visage et les mains. Quelques-uns deviennent purulents, tandis que d'autres se dessèchent simplement. Cette éruption n'avait d'ailleurs rien d'inquiétant. Elle s'expliquait tout naturellement par la chaleur excessive qui régnait alors et par les sueurs profuses de la malade. Les urines sont encore un peu chargées. Suintement noir très-abondant, en partie hémorrhagique, par l'angle inférieur de la plaie. Injection de sulfate de soude et d'eau de Pagliari. On enlève les points de suture profonde.

Rien de particulier le lendemain et le surlendemain.

Le 8e jour, le pouls, qui s'est maintenu à 92 depuis l'avant-veille, descend à 88 le soir. Le serre-nœud qui plongeait à 8 centimètres de profondeur, devenu libre, est enlevé. Il est remplacé par un tube de verre.

Le 13e jour, un amas de tissus mortifiés affleure aux bords de la plaie; il est extrait avec une pince. État excellent, du reste. Les sudamina se flétrissent et se dessèchent de plus en plus. Pouls à 88. Quelques détritus sont encore expulsés le lendemain à l'aide d'une injection.

Le 27e jour, il n'y a plus de suppuration par le tube, qui est supprimé le lendemain. Depuis quatre ou cinq jours, la région hypogastrique s'était un peu tuméfiée. Le ventre était devenu sensible pour la première fois depuis l'époque de l'opération, et il y avait un peu d'empâtement dans l'excavation. A la suite de ces symptômes, il y eut, pendant quelques jours, un léger écoulement séro-purulent par le canal génital. Cet écoulement provenait sans doute d'un petit abcès qui s'était formé entre le vagin et le péritoine, qui avait été décollé lors de l'opération. La collection purulente s'était ouverte spontanément à travers la paroi postérieure du canal génital.

Le 28 septembre, 29 jours après l'opération, la malade, qui se levait déjà depuis plusieurs jours, avait recouvré assez de forces pour se promener dans sa chambre. Le ventre était souple et tout à fait plat, la cicatrisation presque complète.

Quelque temps après, mademoiselle O... rentra dans sa famille, parfaitement guérie. Depuis cette époque, il n'y a eu ni douleur ni trouble d'aucune espèce, et la guérison ne s'est point démentie.

Examen de la tumeur. L'examen de la tumeur est venu confirmer le diagnostic. Elle était, comme nous l'avons déjà dit, composée de deux parties, l'une abdominale, l'autre pelvienne, pesant ensemble 14 kilogrammes et demi. Ces deux masses rappelaient assez bien, à première vue, la conformation des kystes multiloculaires de l'ovaire. L'une et l'autre étaient constituées par une multitude innombrable de loges et de sinus dont la capacité variait depuis 1 à 2 décimètres de diamètre jusqu'à quelques millimètres seulement. La plupart des cavités étaient contiguës et séparées par des cloisons très-minces, incomplètes, ce qui donnait à la masse un aspect aréolaire analogue à l'éponge. D'autres, au contraire, étaient isolées au milieu d'une couche épaisse très-dense de tissu fibroïde. Un grand nombre d'entre elles communiquaient par des canaux irréguliers, plus ou moins dilatés sur divers points de leur trajet.

Le liquide contenu dans ces cavités, à l'exception des deux loges qui avaient été ponctionnées avant l'opération et où l'on rencontrait des caillots sanguins en voie de transformation régressive, était limpide, citrin, analogue à la lymphe et se coagulait spontanément, comme cette dernière au contact de l'air. Le coagulum était presque exclusivement composé de fibrine. Tous ces caractères me confirmèrent dans l'opinion, déjà énoncée par moi, que ces kystes sont dus très-probablement à des ectasies lymphatiques, provoquées par la compression du néoplasme sur le réseau lymphatique de l'utérus. Chose digne de remarque, ce liquide qui se coagulait si rapidement lorsqu'il était exposé au contact de l'air, conserva sa fluidité jusqu'au surlendemain, dans les loges demeurées intactes après l'opération. Il se prenait encore en masse dès que ces loges étaient ouvertes. La coagulation spontanée et la séparation progressive de la fibrine sous forme de caillot flottant dans la sérosité, rendent compte des aspects variés que le liquide peut présenter dans ces tumeurs suivant l'époque de l'examen.

Les veines étaient très-dilatées, variqueuses, énormes.

L'analyse microscopique démontra que la masse solide de la tumeur était composée de fibres-cellules de dimensions variables et plus ou moins granuleuses. On y rencontrait aussi quelques capillaires sanguins épars au milieu de la trame fibro-celluleuse. La structure était, en un mot, identique à celle des corps fibreux de l'utérus.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 20 janvier 1869. — Présidence de M. LEGOUEST.

—

Séance annuelle.

1° Allocution de M. le président (*Sera publiée*);

2° Compte rendu des travaux de l'année 1868, par M. Léon Labbé, secrétaire annuel (*Sera publié*);

3° Élogc de Velpeau, par M. Trélat, secrétaire général. (Cet éloge sera inséré dans les mémoires de la Société).

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, Dr LÉON LABBÉ.

Séance du 27 janvier 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. VERNEUIL, en prenant place au fauteuil de la présidence, adresse à ses collègues une allocution, dans laquelle il les remercie de l'honneur qu'ils lui ont fait en lui confiant la mission de diriger les travaux de la Société.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — La *Revue médicale de Toulouse*.

— *Essai sur les décollements de l'épiphyse inférieure du radius*, par le docteur E. Parent, médecin-major.

— De *l'uréthrotomie externe dans les rétrécissements uréthraux graves ou compliqués*. — *Contribution à l'histoire de la résection totale du poignet*, par Eug. Bœckel, membre correspondant.

— *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques ou de l'angine phlegmoneuse*, par le docteur Gauthier (de Genève), membre correspondant.

— *Traité des opérations des voies urinaires*, par le docteur Reliquet. Première partie. In-8°, 1869.

— M. le docteur Léon Bezard adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse intitulée : *Recherches sur l'emphysème traumatique*.

— MM. Dumesnil, Dauvé, Brodhurst et Bardeleben écrivent à la Société pour la remercier de leur récente élection.

— M. DAUVÉ, membre correspondant, envoie de Constantine l'observation suivante : *Fractures par écrasement des deux os de l'avant-bras. Fracture exposée du tiers supérieur du cubitus. Réduction impossible par les appareils ordinaires. Suture osseuse métallique. Guérison.* (Voir plus haut.)

— M. DEMARQUAY remet à la Société, de la part de M. Baillot (de Bar-le-Duc, l'observation suivante : *Nécrose d'une portion de l'humérus. Dégagement spontané d'un sequestre invaginé.* (Voir plus haut.)

M. le docteur ABEILLE, médecin à Paris, à propos d'une récente communication de M. Verneuil, envoie à la Société une lettre dans laquelle il réclame la priorité de l'emploi du tube de caoutchouc souple dans l'opération de la thoracenthèse, pratiquée dans la pleurésie purulente, comme moyen d'empêcher l'introduction de l'air. Un appareil déjà présenté à l'Académie de médecine est joint à sa réclamation.

M. VERNEUIL admet comme fondé dans son principe général la légitimité de cette réclamation, qui sera déposée aux archives.

M. HARDON adresse à la Société deux pinces à pansement, dont il a aplani la face interne des mors, afin de faciliter le nettoyage de l'instrument.

COMMUNICATION.

Anévrysme. — Compression digitale.

M. LEGOUEST. Un homme de 52 ans entra dans mon service, portant un anévrysme dans le creux poplité droit; la tumeur était limitée au bas par l'interligne articulaire et elle était placée en haut dans la moitié supérieure du losange poplité. Je crus qu'il y avait lieu d'employer la compression digitale et j'eus recours à la compression intermittente, dix heures par jour. Au bout de huit jours, la tumeur n'avait subi aucun changement; cinq ou six jours après, sans que rien de nouveau eût été fait, la tumeur se mit à durcir, mais il y avait sur les côtés des mouvements d'expansion; trois ou quatre jours plus tard, la tumeur se mit à diminuer et l'on n'y trouvait plus de battements. Pendant un mois, nous crûmes à une guérison, quoiqu'on trouvât encore du bruit de souffle et des battements obscurs. Je tentai la compression avec un appareil; elle ne put être tolérée. Je revins à la compression digitale pendant deux heures; quatre ou cinq jours après, nouvelle diminution de la tumeur et des battements; mais là s'arrêta le succès. Aujourd'hui, après deux mois écoulés, on retrouve encore des battements sur la périphérie de la tumeur.

Je me propose d'essayer la compression totale pendant douze à quinze heures de suite, en surveillant moi-même l'exécution de la méthode thérapeutique. Quant à la flexion, qui passe pour donner de brillants résultats, je ne crois pas devoir y revenir de nouveau; je l'ai déjà tentée chez ce malade, mais elle occasionnait de telles douleurs, qu'elle ne put être supportée. Ce qui me paraît rendre cette observation intéressante au point de vue de la pratique, c'est cet espoir toujours ravivé et toujours déçu d'une guérison complète, et surtout cette circonstance que la diminution de la tumeur n'avait lieu que quelques jours après, alors que l'on avait procédé à des tentatives de guérison par la compression digitale.

M. CHASSAIGNAC demande si la compression arrêtait les battements de la pédieuse et si il n'y aurait pas utilité à aider l'action des aides, et à diminuer la fatigue qu'ils éprouvent en appliquant sur les doigts appuyés sur l'artère un sachet rempli de plomb de chasse.

M. LEGOUEST a essayé un moyen analogue; il avait appliqué sur l'artère la pelotte d'un appareil compresseur, et les aides glissaient leurs doigts sur cette pelotte, qui venait faire l'office du sac de plomb, conseillé par M. Chassaignac; mais, loin de trouver cet adjuvant utile, M. Legouest l'a trouvé nuisible, car la pression engourdissait les doigts des aides et nuisait à la netteté des sensations tactiles.

Quant aux battements des artères périphériques, on ne les constatait ni dans la pédieuse, ni dans la tibiale.

M. VERNEUIL, dans un cas difficile d'anévrysme poplité, a obtenu la guérison par la flexion; mais comme ce moyen était douloureux dans son application, il ne fit faire que des séances de vingt-cinq minutes.

Une commission de cinq membres, désignée par le sort, est chargée de vérifier les comptes du trésorier. Cette commission se compose de MM. Labbé, Tillaux, Guyon, Guéniot et Perrin.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. HORTELOUP. J'ai l'honneur de vous présenter un homme entré à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Richard, que je remplace actuellement. Cet homme porte dans la région inguinale gauche une tumeur ayant 13 centimètres de long sur 7 de large; elle a la forme d'un ellipsoïde et siége au devant du canal inguinal.

Cet homme, qui se nomme L..., âgé de 30 ans, est camionneur en vins, donne à la tumeur une étiologie fort intéressante, mais dont malheureusement on doit beaucoup douter.

L... a toujours eu le testicule droit arrêté dans l'anneau inguinal; en effet, son scrotum droit est vide; lorsqu'il y a trois mois, en serrant le câble de son camion, il y aurait eu un déroulement trop rapide et le treuil serait venu frapper son testicule droit, il aurait ressenti une douleur vive, comparable à la douleur que donne la pression du testicule. Il aurait continué son travail. Le soir, il se serait couché, et le lendemain, il aurait trouvé son côté gauche très-gonflé, déterminant assez de douleurs pour exiger le repos au lit avec l'application de cataplasmes. La douleur aurait disparu, mais il serait resté du gonflement, qui se serait accru sans interruption, pour arriver au volume que nous avons indiqué.

Cette tumeur présente une consistance quasi-liquide, qui rappelle un peu celle du lipome. Lorsqu'on percute, on obtient un son mat, et lorsqu'on donne des petits coups secs, on voit un tremblottement analogue à celui des hydrocèles sous-cutanés.

En palpant, on constate plusieurs parties différentes; en dehors, près de l'épine iliaque, on reconnaît un petit corps ovalaire (une grosse amande), mou, dont la pression développe les douleurs testiculaires, et qui est bien manifestement le testicule. De l'extrémité interne de ce petit testicule, part un cordon du volume d'une plume d'oie, qui n'est autre que le canal déférent, que l'on peut suivre jusqu'à l'anneau inguinal, qui est élargi et dans lequel on peut sentir une pointe de hernie.

Entre le testicule et l'anneau inguinal, au-dessus du canal déférent, se trouve alors une masse pâteuse, qui forme la saillie que l'on distingue à la région inguinale. Cette masse pâteuse est composée principalement d'une partie volumineuse, bosselée, dure, non douloureuse à la pression, qui donne la sensation de l'épiploon. Mais on ne trouve nullement la corde épiploïque, et il est impossible de sentir dans le canal inguinal un prolongement de cette masse pâteuse.

La peau est saine, de couleur normale, et peut se laisser plisser sur la tumeur. Lorsqu'on fait lever le malade, on sent parfaitement que la tumeur est située au-dessus des muscles de l'abdomen.

Comme je l'ai dit plus haut, il y a beaucoup à douter de l'étiologie que donne ce malade, parce que plusieurs membres de la Société de chirurgie assurent connaître ce malade depuis plusieurs années et qu'alors il présentait déjà cette tumeur, peut-être un peu plus petite.

Quoi qu'il en soit, la tumeur n'en est pas moins difficile, car elle se compose d'un testicule anormal, déplacé, soit lentement par le développement de la tumeur, soit d'une façon brusque, si on accepte le dire du malade, et qui serait une espèce de luxation du testicule. En outre, il existe une tumeur, pour laquelle je demande l'avis de la Société de chirurgie, soit comme diagnostic, soit comme traitement.

M. TILLAUX. Je connais ce malade depuis sept à huit ans; il était à cette époque dans le service de M. Nélaton, qui avait regardé la tumeur comme une dilatation lymphatique.

M. DESPRÈS croit qu'il y a là un lipome herniaire ou hernie épiploïque adhérente, n'ayant plus de communication avec l'abdomen; dans tous les cas, aucune intervention active ne saurait avoir lieu.

M. DEMARQUAY pense qu'il s'agit d'une masse graisseuse d'origine épiploïque, dont le trajet vers l'extérieur a été modifié par suite de l'ectopie testiculaire. On ne sent pas l'épiploon hernié se continuer avec celui contenu dans l'abdomen, mais on sait que dans les circonstances analogues, l'épiploon s'effile, s'efface et semble avoir disparu dans l'étendue du canal inguinal.

M. HOUEL reconnaît également le malade, qu'il a vu dans le service de M. Nélaton et à la Charité, dans celui de Velpeau; la tumeur lui paraît avoir augmenté de volume depuis trois ans; M. Nélaton la regardait comme une tumeur lymphatique, M. Velpeau comme un lipome.

M. LE FORT avait cru reconnaître le malade comme un de ses anciens infirmiers du service de la Charité, alors qu'ils suppléait M. Denonvilliers; il doute maintenant de l'identité du malade, car la tumeur aurait présenté à cette époque des caractères différents de ceux qu'elle présente actuellement.

M. TRÉLAT doute qu'on ait affaire à une tumeur lymphatique, car ces tumeurs siégent vers le pli de l'aine et non dans la région qu'occupe celle-ci; de plus, la maladie date de neuf ans au moins et les tumeurs lymphatiques ne sont pas stationnaires; aussi croit-il qu'il s'agit d'une ectopie testiculaire, accompagnée de hernie épiploïque.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : LÉON LEFORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 15 février 1869, M. le docteur Albert Moitessier, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé professeur de physique médicale à ladite Faculté.

— Le courrier du Sénégal nous annonce que l'épidémie de choléra a cessé de régner dans la colonie et dans les contrées avec lesquelles elle est en relation. Les postes échelonnés sur le cours du fleuve ont été complétement épargnés.

— Le typhus fever, qui vient de désoler Bruxelles, semble diminuer. Une enquête scientifique va avoir lieu sur les causes de cette épidémie; aussitôt que les résultats nous en seront connus, nous en ferons part à nos lecteurs.

— L'Académie des sciences vient de présenter pour la chaire de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes) vacante au Muséum :

En première ligne : M. Desbayes.

En seconde ligne : M. L. Vaillant.

— L'*Imparziale* nous apporte de meilleures nouvelles de la santé du célèbre Skoda. Le mieux se soutenait, et le grave accès de goutte qui mettait en danger la vie du professeur de Vienne avait un peu cédé.

— La Société de médecine de Louvain, en séance du 8 janvier dernier, a arrêté d'ouvrir un concours, laissant aux concurrents le choix d'un sujet quelconque de la médecine, de la chirurgie ou de l'art des accouchements.

Les manuscrits lisiblement écrits en français devront être adressés *franco* avant le 1[er] décembre 1869, au secrétaire de la Société, le docteur Malcorps, rue des Vaches, 5.

Il est interdit aux auteurs des mémoires de se faire connaître, soit directement, soit indirectement; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté, contenant le nom et le domicile de l'auteur.

Les membres effectifs et les membres honoraires de la Société ne peuvent prendre part au concours.

Des médailles en or et en argent, aux armes de la ville, ainsi que le titre de *Membre correspondant*, seront décernés aux auteurs des meilleurs mémoires adressés à la Société.

— Dans la séance publique de 1870, la Société protectrice de l'enfance décernera un prix de 500 francs à l'auteur de l'ouvrage qui, sous le titre de : *Guide des Mères et des Nourrices*, résumera, sous la forme la plus élémentaire, la plus concise, la plus pratique, et en même temps la plus attrayante, les avantages de l'allaitement maternel, les conséquences déplorables de l'industrie nourricière et de l'allaitement artificiel, les préceptes de l'hygiène de l'enfant jusqu'à l'époque du sevrage, et les instructions les plus utiles aux mères et aux nourrices pour l'accomplissement de leur mission. Cet ouvrage devra réaliser les conditions nécessaires pour populariser dans les campagnes, aussi bien que dans les villes, les idées et les habitudes les plus propres à former, dès leur entrée dans la vie, des générations saines et vigoureuses.

Cet ouvrage, destiné à être répandu dans toutes les familles, devra former un petit volume in-12.

Les mémoires, *écrits en français*, doivent être adressés, francs de port, avant le 1[er] novembre 1869, au Secrétaire général de la Société, M. le docteur Alex. Mayer, rue Béranger, 17.

Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs.

Les membres du Conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents accompagneront leur envoi d'un pli *cacheté*, contenant leur nom et leur adresse, avec une devise qui sera répétée en tête de leur travail.

— La Société protectrice de l'Enfance a reconstitué son bureau pour 1869 comme suit :

Président : M. Boudet (F.), membre de l'Académie impériale de médecine.

Vice-présidents : M. Lafitte (Philippe), inspecteur général des dons et secours privés de S. M. l'Empereur; — M. Seguin (Paul), ingénieur.

Secrétaire général : M. Alexandre Mayer, médecin de l'inspection générale de la salubrité et de l'hospice impérial des Quinze-Vingts.

Secrétaires des séances : M. Thirion, professeur au lycée Bonaparte; — M. Allix (Émile), docteur en médecine.

Trésorier : M. Blanc, fabricant d'instruments de chirurgie.

— Il vient d'être créé une Société de bienfaisance sous la dénomination d'Assistance aux mutilés pauvres. Les fondateurs de cette œuvre ont l'intention de combler une lacune qui existe dans la charité publique. Elle a pour but d'assister les amputés nécessiteux, en leur procurant des appareils appropriés à leur mutilation, ou en les secourant par les moyens ordinaires de la charité. La cotisation annuelle des sociétaires est de 1 fr. La modicité de la cotisation sera rachetée, nous n'en doutons pas, par le plus grand nombre. Chaque membre peut acquérir le titre de souscripteur perpétuel en donnant la somme de 20 francs en une seule fois. Les personnes qui désirent concourir à la propagation de cette œuvre de bienfaisance sont priées d'en informer le secrétaire général, M. le comte de Beaufort, 43, rue de Verneuil.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

De l'emploi de la liqueur de Villate dans le traitement des affections chirurgicales, par M. le docteur A. Notta. Ouvrage récompensé par l'Académie impériale de médecine (Prix Barbier, 1866). In-8 de 170 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Manuel de physique médicale, par le docteur V. Gréhant, préparateur du cours de physiologie à la Faculté des sciences, etc., 1 vol. in-12 de 660 pages avec 469 figures intercalées dans le texte. Prix, 7 francs.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 24 février 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La communication faite par M. Tardieu, dans l'une des précédentes séances sur les effets toxiques de la coralline, a eu du retentissement. Aux faits qu'il a produits sont venus se joindre depuis de nouveaux faits confirmatifs, tels entre autres celui qu'a rappelé séance tenante M. Cerise et celui de la petite fille que M. le docteur Michalski lui a adressée. Mais à côté de ces faits, il s'en est produit d'autres qui, malgré d'apparentes analogies, dit M. Tardieu, ont une toute autre origine. Tel est en particulier, le fait de M. le docteur Viaud-Grand-Marais, qui a été publié dans nos colonnes. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° de samedi dernier 20 février). Dans ce dernier cas, en effet, ce n'était pas de la coralline qu'il s'agissait, mais de l'aniline. M. Tardieu a pris occasion de cette circonstance pour se livrer à une étude comparative des différentes couleurs rouges organiques employées dans la teinture, afin d'éviter à l'avenir la confusion qui pourrait être faite de leurs effets respectifs. Tel a été l'objet de la nouvelle communication qu'il a faite hier à l'Académie.

Entre autres résultats intéressants, il ressort en particulier de cette étude que les accidents produits par le rouge d'aniline seraient dus, non pas à l'action de cette substance qui est inoffensive par elle-même, mais à l'action d'une certaine quantité d'arsenic qu'elle contient, par suite de son mode de préparation qui réclame le concours de l'acide arsénique ; tandis que pour la coralline, l'action est tout à fait directe et propre à cette substance elle-même. De là l'importance d'avoir devers soi des caractères distinctifs des diverses substances colorantes rouges.

On trouvera dans la note de M. Tardieu, que nous reproduisons dans le compte-rendu, l'indication de ces caractères distinctifs et de la manière différente dont se comportent les tissus teints avec les différents rouges connus.

L'Académie a entendu après cette communication deux lectures, une de M. le docteur Galezowski sur les amauroses syphilitiques, oculaires, orbitaires et cérébrales, et la seconde de M. le docteur Mattei sur quelques erreurs relatives aux causes de la rétention d'urine chez les nouvelles accouchées. Elle s'est formée ensuite en comité secret pour une affaire d'intérieur.

Dr Brochin.

MAISON DE CHARENTON. — M. DEGUISE.

INTOXICATION PAR L'ALCOOL.

Lésions anatomiques viscérales.

Observation recueillie par M. Edmond Dupouy, Interne de Service.

Le nommé D..., âgé de 47 ans, artisan habile et intelligent, d'une constitution très-robuste, entre le 29 avril dernier à l'hospice de Charenton, salle du Canton, lit n° 11.

Depuis le 13 avril, ce malade est atteint d'un hoquet continu, accompagé de nausées, d'une soif ardente et d'anorexie. Il est dans un profond état de prostration. Ces symptômes sont consécutifs à ce qu'il appelle « *une noce*. » C'est-à-dire qu'il a absorbé en un seul jour environ dix litres de vin, plusieurs tasses de café, et une assez forte quantité d'alcool sous les noms d'absinthe, de cognac, etc. Cet homme a d'ailleurs des habitudes alcooliques invétérées. Les renseignements que nous avons pris sur lui nous ont appris, qu'après ses libations, il faisait des excès de travail pour réparer le temps qu'il avait perdu ; il passait souvent des nuits entières dans ce but. M. Deguise lui prescrit d'abord de la glace à l'intérieur, et à l'extérieur sur la région épigastrique; limonade vineuse, eau de seltz, bouillons.

Le 4 mai. Le hoquet persiste encore, le malade est très-affaibli ; teinte sub-ictérique de la peau. Éméto-cathartique.

6 mai. État stationnaire, le hoquet a cependant diminué un peu. Frissons, pupilles inégalement dilatées; potion avec alcoolature d'aconit.

10 mai. Mêmes symptômes ; affaiblissement progressif ; anesthésie générale, intelligence affaiblie; contraction des membres inférieurs. Le malade a la tête rejetée en arrière ; il répond difficilement aux questions qu'on lui adresse. Vésicatoires à la nuque et le long de la colonne vertébrale. Même régime.

11 mai. Nous trouvons le malade dans un profond état de collapsus, le hoquet a cessé; évacuations alvines involontaires ; rétention d'urine ; sueurs profuses, pouls plein et régulier, refroidissement des extrémités. Il peut boire le bouillon et la limonade qui lui sont prescrits.

12 mai. Mêmes symptômes avec un plus grand degré d'intensité, dyspnée, anesthésie complète, paroles inintelligibles, quoique cependant on puisse par moments constater la netteté de son intelligence.

13 mai. Respiration embarrassée, stertoreuse; peau chaude, commencement d'agonie.

15 mai. Mort à onze heures du matin.

Autopsie faite vingt-six heures après la mort :

Encéphale, sérosité dans la cavité de l'arachnoïde et dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; pie-mère très-vasculaire se séparant facilement du cerveau, mais ayant quelques adhérences avec la substance corticale dans l'hémisphère droit. Au niveau de la scissure de Sylvius de ce côté, le cerveau présente une apparence ulcérée et tous les caractères de la péri-encéphalite. Le cerveau est exsangue et ramolli, les circonvolutions sont atrophiées. Le cervelet est dans le même état.

Poumons privés d'air, infiltrés de sang, laissant échapper par des incisions une sérosité spumeuse et sanguinolente.

Foie, hypertrophié pesant trois kilogrammes, fortement ramolli à la face inférieure, aspect granuleux à la coupe.

Rate, volumineuse, friable, contenaut quelques foyers hémorrhagiques.

Estomac, très-dilaté.

Reins, le rein droit est considérablement hypertrophié ; il contient un grand nombre de foyers hémorrhagiques. Le gauche a en partie subi la dégénérescence graisseuse.

Cœur, petit, parois fortement amincies. La péricarde contient un peu de sérosité.

Réflexions. — On voit dans cette observation, que les symptômes qui dominent la scène pathologique dont le dénouement funeste avait été prévu tout d'abord, c'est le hoquet, le tremblement et l'anesthésie. Or, il y a un lien commun, une connexité évidente entre ces trois phénomènes morbides que la physiologie pathologique doit rattacher à une lésion des centres nerveux et consécutivement à un trouble grave de l'innervation.

Les récents travaux de MM. Lallemand, Perrin et Duroy ont établi que l'alcool introduit dans l'organisme gardait sa composition chimique et s'y comportait comme une matière non assimilable ; de plus, ils ont démontré expérimentalement que l'alcool injecté dans les veines s'accumulait dans certains tissus par une sorte d'affinité spéciale. Voici les proportions que ces auteurs ont trouvées :

Le sang renfermant 1, le foie renferme 1,75 et le cerveau renferme 3.

La localisation de l'alcool dans ces organes nous explique donc bien l'influence pathologique de cet agent sur les maladies constitutionnelles et organiques.

Pour l'encéphale, l'ivresse, l'épilepsie, la folie.

Pour la moelle, le tremblement, les convulsions, l'anesthésie.

Pour l'estomac, la dyspepsie.

Pour le foie, l'ictère, la cirrhose.

Pour le rein, la maladie Bright.

Si maintenant nous revenons aux symptômes sur lesquels notre observation s'est particulièrement arrêtée, et si nous les rapprochons des travaux des physiologistes modernes, nous verrons une coïncidence parfaite avec les révélations de l'anatomie pathologique.

M. le docteur Marey a en effet démontré que la contraction musculaire se compose d'une série de secousses qui se produisent successivement et avec rapidité dans la continuité des fibrilles musculaires et dont l'ensemble constitue la contraction.

Mais ces secousses peuvent avoir plus ou moins d'intensité, suivant que l'incitation motrice doit être plus ou moins grande. Quand, par conséquent, un élément morbide viendra amoindrir ou augmenter le stimulus du tissu nerveux, ou la contraction décomposée en ses éléments successifs se transformera en tremblement, ou les oscillations devenant extrêmement rapides, il se manifestera une exagération de la contraction musculaire. Or l'alcool a, comme on le sait, une similitude complète d'action, sous le rapport des modifications qu'il imprime à la sensibilité avec le chloroforme, et comme ce dernier il possède la même action stupéfiante sur les centres nerveux.

Cette modification de l'innervation dans l'empoisonnement par l'alcool nous explique donc rationnellement le tremblement et les troubles de la sensibilité que nous avions mentionnés dans notre observation. Mais l'analogie n'existe pas seulement entre ces deux phénomènes : l'affaiblissement de la puissance motrice des centres nerveux déterminera, par le même mécanisme, par la même lenteur et la même amplitude des oscillations nerveuses, un état convulsif du diaphragme, c'est-à-dire le hoquet.

Telles sont du moins les conclusions que la physiologie et l'anatomie pathologique nous permettent de tirer de l'observation clinique.

DE L'EMPLOI DE LA TOILE DE CAOUTCHOUC VULCANISÉE

dans les maladies dartreuses,

Par M. COLSON, *médecin-chirurgien en chef des hospices de Beauvais.*

Les heureux effets que j'avais obtenus depuis plus de 12 ans de l'application de la toile de caoutchouc vulcanisée dans le traitement des maladies de la peau, m'avaient porté à la recommander à M. le professeur Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis, lors d'une visite qu'il faisait en 1866 à un de mes malades qui habitait les environs de Beauvais.

Plus tard, j'ai su par les revues cliniques publiées dans la *Gazette des hôpitaux* que M. Hardy l'avait mise en usage à l'hôpital Saint-Louis, mais j'ignorais encore son appréciation, lorsque je reçus de lui, le 24 novembre, la lettre suivante :

« Je suis heureux de l'occasion que vous me donnez de vous dire que j'ai expérimenté, ainsi que je vous l'avais promis, l'application de la toile vulcanisée, et que je m'en suis bien trouvé dans plusieurs maladies de la peau et en particulier dans l'eczéma.

« J'ai vérifié l'exactitude des résultats que vous m'avez annoncés, et, depuis 15 mois, j'ai presque toujours remplacé les cataplasmes employés pour combattre les phénomènes inflammatoires de la peau par des applications de la toile de caoutchouc et cela au grand avantage des malades. Dans mon service d'hôpital, les cataplasmes ont presque complétement disparu maintenant.

« Je n'ai rien publié jusqu'à présent sur ce moyen, j'en ai seulement parlé avec éloge dans mes cliniques, et j'ai eu soin à plusieurs reprises de proclamer que cette méthode de traitement ne m'appartenait pas, et que je n'en étais que le vulgarisateur. Mais je vous engage à ne pas attendre que j'aie l'occasion d'écrire quelque chose sur la toile vulcanisée, et il vaudrait mieux, pour vous, faire un mémoire ou publier quelques observations pour mettre en lumière ses propriétés, en vous appuyant même sur les bons effets que j'en ai obtenus.

« Quoique vous fassiez, d'ailleurs, soyez bien persuadé que je me ferai toujours un devoir de proclamer votre priorité dans la question dont il s'agit. »

On n'est pas plus gracieux ! M. Hardy y met une délicatesse qui me touche infiniment, et je tiens à lui en témoigner toute ma gratitude.

Je ne suivrai cependant pas son conseil, car je n'ai pas l'intention de faire un mémoire sur ce sujet, et quoique j'aie recueilli quelques observations, je m'abstiendrai de les publier par le motif que toutes les observations de maladies de la peau se ressemblent quand elles appartiennent au même genre et à la même espèce. Je ne suis d'ailleurs pas à même de prouver, ce qui serait ici le point capital, que la durée des maladies dartreuses soit plus courte à la suite de l'application de la toile vulcanisée. Il faudrait, pour arriver à un pareil résultat un bien plus grand nombre de cas que ceux que je puis alléguer ; tout ce que je puis dire c'est que, suivant mon appréciation, la durée des cas semblables m'a paru abrégée.

Je me contenterai donc de raconter dans une simple note ce que j'ai vu.

La toile de caoutchouc vulcanisée est connue aussi dans le commerce sous le nom de toile d'hôpital. Son prix n'est pas très-élevé. L'enduit qui la recouvre est très-solide et résiste longtemps à l'usage et au lavage à l'eau froide. Elle est très-supérieure à la toile gommée qui est comme elle imperméable, mais qui se déchire à chaque pansement.

Je l'emploie en simples compresses que j'applique sur la partie malade, recouvertes d'une bande roulée ou d'un bandage de corps, ou bien je lui donne la forme de la partie, celle d'une calotte à la tête, d'un masque à la figure, d'un gant à la

main, d'un chausson ou d'un demi-chausson au pied, ou bien encore je la fais faufiler à la surface interne d'une camisole ou d'un caleçon.

Ce qu'il importe c'est que la toile de caoutchouc intercepte toute communication avec l'air et maintienne la partie dans un bain de transpiration continuelle.

Son premier effet est de provoquer la chute des squammes et des croûtes qui se sont concrétées à la surface de la peau. Comme elles sont soulevées de dedans en dehors par l'abondante transpiration qui se produit, ces concrétions sont détachées sans excoriation et le plus souvent en un ou deux jours.

L'humeur de la transpiration qui est claire et qui ne fait que raidir le linge quand il n'y a à la surface de la peau ni fistules ni ulcérations, est le plus souvent louche, et tâche le linge en jaune quand la peau est exulcérée ou fendillée. Elle s'amasse en gouttelettes à la surface interne de la toile en quantité d'autant plus grande que la maladie est plus intense et que la peau est plus épaisse. Son abondance m'a paru généralement s'accroître après les premiers jours de l'application de la toile, de telle sorte qu'alors la sécrétion cutanée s'exagère au point de ruisseler de toutes parts et de s'écouler sur les parties voisines. Plus tard elle diminue, et cette diminution est un signe d'amélioration.

Mais le plus grand bienfait de la toile vulcanisée est le calme qu'elle procure. Dès que la partie commence à être baignée par la transpiration, la chaleur, la tension de la peau et la démangeaison disparaissent. On observe cet effet à toutes les époques de la maladie aussi bien dans sa plus grande intensité, lorsque ces symptômes si fatigants sont en permanence, qu'à la fin, lorsqu'une guérison prochaine menace d'échapper à chaque instant par la réapparition du prurit. Combien de fois n'ai-je pas vu les malades interrompre d'eux-mêmes les autres moyens pour reprendre à mon insu l'usage de la toile qui les soulageait toujours, au point que sous ce rapport rien ne peut lui être comparé, surtout dans le traitement de l'eczéma. Je crois avoir prévenu bien des rechutes en revenant pour quelques jours à l'application de la toile, lorsque la démangeaison m'annonçait qu'une nouvelle transpiration était nécessaire, et ces faits me disposent à admettre l'opinion de M. Cazenave qui place le siége de l'eczéma dans les glandes sudoripares et dans leurs conduits enflammés.

Cependant, l'épaississement de la peau et la perte de son élasticité annoncent que le tissu du derme participe lui-même à l'inflammation. C'est là ce qui la rend cassante, et qui fait qu'elle se crevasse, surtout dans les plis articulaires. Le bain physiologique de sueur qui l'humecte continuellement est le meilleur résolutif de cette inflammation. On voit peu à peu la peau diminuer d'épaisseur, les crevasses du derme se cicatrisent, la peau reprend sa souplesse, l'épiderme cesse d'être soulevé, il devient perméable à la sueur, il ne se détache jamais en laissant à nu les papilles du derme comme cela arrive par l'effet des cataplasmes. Enfin, lorsqu'en soulevant un pli de la peau malade, on s'aperçoit qu'elle a repris ses qualités normales, il est temps de suspendre l'application de la toile pour avoir recours aux moyens astringents et toniques de la peau qui seuls peuvent procurer une guérison durable, mais qui employés avant que la peau n'ait repris son épaisseur et sa souplesse ne donnent que des déceptions.

Parmi ces moyens, l'eau très-légèrement sulfureuse, les lotions très-faibles de sublimé, l'huile de cade étendue dans une grande quantité de glycérine, me paraissent mériter la préférence. — Je m'abstiendrai du reste de m'étendre sur leur emploi comme sur le traitement interne des dartres dont les applications locales ne peuvent pas dispenser, mais qui ne doit être commencé que quand, par l'emploi de la toile de caoutchouc, l'inflammation a disparu.

C'est surtout dans les formes humides des maladies dartreuses que la toile vulcanisée rend des services ; l'eczéma simplex, de sa nature éphémère, en exige à peine l'emploi.

J'ai eu principalement à m'en louer dans les formes graves de l'eczéma rubrum, fendillé et impétigineux. Les effets qu'elle produit sont les mêmes, quel que soit le siége de la maladie. Elle dégorge la peau par l'écoulement abondant qu'elle provoque, et elle prépare à merveille l'action des remèdes spécifiques. La commodité de son application permet d'en prolonger l'usage sur les parties recouvertes de poils plus longtemps que celui des cataplasmes, et elle diminue beaucoup la gravité et la persistance de ces affections toujours si tenaces quand elles viennent à envahir les parties pileuses.

Quand l'épiderme est très-épais, comme aux mains et aux pieds, l'application de la toile vulcanisée lui rend la perméabilité qu'il a perdue ; il peut être de nouveau traversé par la sueur au lieu d'être soulevé par des vésicules qui donnent à la peau l'aspect rugueux. Un gant de caoutchouc conservé pendant quelque temps, ne serait-ce que la nuit, pourvu que le malade mette pendant le jour des gants de peau, favorise la cicatrisation des crevasses des plis articulaires, et la peau, reprenant bientôt son élasticité, cesse d'avoir la disposition à se crevasser.

Depuis que j'emploie ce moyen, la durée des eczémas aigus graves n'a généralement pas été de plus d'un mois à six semaines. Il ne faut pas un temps beaucoup plus long dans l'eczéma chronique pour rendre à la peau son épaisseur et sa souplesse ; mais la guérison est à chaque instant retardée par de nouvelles poussées eczémateuses. Ces recrudescences qui tiennent probablement aux qualités irritantes qu'acquiert le sang chez les sujets dartreux sont souvent déterminées par un simple refroidissement. Aussi est-il nécessaire de bien garantir des courants d'air et du froid humide surtout la peau des parties eczémateuses qui est devenue très-*susceptible*.

Ces poussées sont annoncées par le retour des démangeaisons ; une nouvelle application de toile imperméable les modère souvent. Dans un cas de pemphygus à forme eczémateuse généralisée, le malade ne trouvait de soulagement à ses cruelles démangeaisons qui le privaient de tout repos que lorsqu'il était enveloppé dans son vêtement imperméable. M. Hardy qui l'a vu avec moi ayant craint que la déperdition considérable de transpiration n'affaiblisse le malade et ne précipite la mort inévitable, l'avait remplacé par des pansements secs et pulvérulents, mais le malade revenait de temps à autre à son caoutchouc pour calmer le prurit qui lui était insupportable.

Tout le monde connaît les bons effets du serre-tête de toile gommée dans l'impetigo de la tête chez les enfants. Ils sont les mêmes que dans l'eczéma. La forme où j'ai été le plus satisfait du résultat obtenu est l'impetigo de la barbe, et particulièrement celui qui a son siége au-dessous du nez, dans la rainure médiane de la lèvre supérieure qui est si rebelle. Après avoir fait raser les moustaches, et après avoir coupé les poils de l'endroit malade le plus courts possible, je maintenais sur la lèvre supérieure un morceau étroit de toile imperméable au moyen d'une bandelette de papier Fayard qui était collée sur les joues. Un jour ou deux suffisait pour détacher les croûtes, et il ne fallait que peu de temps pour la résolution du durillon sur lequel elles reposent ordinairement. Si l'induration tardait trop à disparaître, je l'excitais à deux ou trois reprises avec la pommade de chloro-iodure de mercure, après laquelle je revenais toujours avec succès à l'application de la toile de caoutchouc.

Le pityriasis n'est le plus souvent que le premier ou le dernier degré de l'eczéma, dans lequel il est aussi facile d'obtenir la chute des pellicules et la disparition du prurit. On se trouve encore bien d'un serre-tête imperméable dans les maux de tête occasionnés par un refroidissement, chez les individus atteints de pityriasis capitis. Mais il ne faut pas en continuer trop longtemps l'usage, dans la crainte d'affaiblir la tonicité de la peau et de la rendre trop sensible au froid. Il vaut mieux y revenir de temps à autre si c'est nécessaire, en même temps qu'on fait suivre un traitement général s'il existe un principe dartreux.

Je n'ai jamais eu occasion de traiter de lichen dans lequel la peau était très-épaissie, mais j'ai beaucoup amélioré la position d'un malade atteint depuis vingt-cinq ans d'un psoriasis inveterata général, qui avait en vain couru tous les hôpitaux.

Cet homme a d'abord obtenu une diminution très-remarquable de l'hypertrophie du derme, par une application de toile vulcanisée prolongée pendant plusieurs mois avec persévérance. Mais la secrétion de squammes minces et transparentes persistait avec opiniâtreté dès que j'en cessais l'usage, lorsque j'eus l'idée d'employer les onctions de glycérine pour rendre à la peau l'élasticité qu'elle n'avait pas entièrement recouvrée. Ce moyen a fait merveille, et cet homme est aujourd'hui presque guéri d'une maladie que j'avais regardée d'abord comme incurable.

Je devais naturellement être conduit à expérimenter la toile vulcanisée dans le prurit de la vulve. Je ne l'ai cependant pas fait dans un assez grand nombre de cas pour arriver à une conclusion. Chez une femme le succès a été presque immédiat et complet. Dans d'autres circonstances, je n'ai obtenu qu'un soulagement, ce qui pouvait tenir à ce que l'application de la toile avait été défectueuse. En effet, les femmes ne consentent pas toujours à introduire dans le vagin, comme c'est nécessaire, le milieu de la compresse et à l'y assujettir avec un peu d'ouate et un bandage pour qu'elle reste appliquée sur l'orifice des conduits des follicules et des glandes vulvaires, dont l'inflammation est la cause probable du prurit, en maintenant écartées les grandes et les petites lèvres.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 23 février 1869. — Présidence de M. Blache.

—

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Marey, qui se présente comme candidat dans la section d'anatomie et de physiologie.

M. Vernois présente un exemplaire du mémoire lu par M. Gallard, dans la séance du 4 août 1868, sur la gymnastique et les exercices corporels dans les lycées.

M. Larrey présente une étude de voitures d'ambulance par M. le docteur Vercamer, et plusieurs bulletins des sociétés de médecine de Bordeaux, de Marseille, d'Angers, du Haut-Rhin et de la Moselle.

M. Boudet présente le dernier bulletin de la Société protectrice de l'enfance.

LECTURES.

Empoisonnement par la coralline.

M. Tardieu lit une note pour faire suite au mémoire sur l'empoisonnement par *la coralline*.

Voici cette note :

Depuis que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie mes recherches sur la coralline et sur le danger que présente l'emploi de cette substance dans la teinture des vêtements destinés à être portés sur la peau, plusieurs faits nouveaux m'ont été transmis, qui confirmaient pleinement mes premières observations. Mais, de plus, un grand nombre de personnes se sont adressées à moi à l'occasion de faits d'une nature toute différente et dans des termes qui m'ont paru nécessiter des éclaircissements que je demande la permission de donner daus cette courte note.

Pour les premiers, qui sont bien réellement des exemples d'accidents produits par des bas, des chaussettes teints à la coralline, je me bornerai à rappeler que M. Cerise en a cité un des plus frappants devant l'Académie, immédiatement après la lecture de mon mémoire.

Il m'a été assuré quc M. le docteur Despaulx-Ader en avait observé un de son côté ; mais jusqu'ici ce distingué confrère n'a rien publié à ce sujet. Enfin, il y a quelques jours, le docteur Michalski (de Vierzon) m'adressait un de ses clients, dont la fille, âgée de 5 ans, après avoir porté des bas de soie rouge, sur lesquels j'ai constaté la présence de la coralline et qui provenaient d'un des plus riches magasins anglais de Paris, était depuis trois mois atteintc de l'éruption caractéristique.

Mais à côté de ces faits, qui viennent s'ajouter à ceux que j'ai primitivement cités, il en est d'autres qui, malgré d'apparentes analogies, ont une toute autre origine et doivent en être soigneusement distingués, telle est une observation fort curieuse que m'avait fait l'honneur de m'adresser M. le docteur Viaud Grand-Marais, professeur à l'école de dc médecine de Nantes, et quc j'aurais été heureux de soumettre en son nom à l'Académie, si une absence forcée ne m'avait empêché d'assister à la séance dernière, et si, il y a trois jours, la *Gazette des Hôpitaux* ne l'avait publiée en entier.

Il suffit de lire la relation de ce fait, tracée d'une manière saisissante par l'excellent observateur que je viens de nommer, pour rester convaincu qu'il s'agit là d'un exemple incontestable d'absorption par la peau de matière colorante qui teignait un gilet de flanelle. Mais en même temps que cette matière, c'était non pas la coralline, mais le rouge d'aniline, dont nous avons pu d'ailleurs, M. Roussin et moi, reconnaître la présence par un échantillon qu'avait bien voulu me transmettre M. Viaud Grand-Marais.

Le meilleur moyeu d'éviter à l'avenir toute confusion, c'est, d'une part, de rappeler quels sont les différents rouges employés dans la teinture, et, d'une autre part, d'indiquer un procédé facile et sûr de reconnaître la couleur sur les tissus à la coloration desquels elle a été employée.

Sans parler des rouges minéraux vermillons et autres, qui ne sont pas en cause, je me contenterai des indications relatives aux principales couleurs rouges organiques, qui peuvent être fixées sur les fibres textiles, et qui sont au uombre de six : 1° la garance ; 2° la cochenille ; 3° la murexide ; 4° la carthame ; 5° la fuchsine dite aussi rouge d'aniline ; 6° la coralline.

Les trois premières ne peuvent se fixer sur les étoffes qu'au moyen d'acides métalliques dits mordants ; c'est ainsi que le rouge garance est à base d'alumine ou d'alumine et d'étain ; le rouge cochenille à base d'étain, et le rouge de murexide à base d'oxydes de mercure ou de plomb. Les trois dernières de ces matières colorantes rouges se fixent sur les tissus sans aucun mordant.

Mais il importe de faire remarquer que ce rouge d'aniline est préparé exclusivement aujourd'hui à l'acide arsénique, et que malgré les transformations et purifications que subit l'arseniate de rosaniline foncée, les rouges d'aniliue du commerce renferment presque toujours une certaine quantité d'arsenic. C'est à ce poison qu'il faut attribuer les accidents observés sur les ouvriers employés à la fabrication de la fuchsine, et dont M. le docteur Henri Charvet à donné une excellente description. C'est à lui que devaient être vraisemblablement rapportés les troubles, soit locaux, soit généraux, résultant du contact sur la peau de tissus teints au rouge d'aniline, dont l'observation de M. Viaud Grand-Marais serait un curieux exemple. Mais rien de pareil pour la coralline, dont l'action est tout à fait propre et ne pourrait, sans inconvénient, être confondue avec celle d'aucune autre substance vénéneuse.

Cette confusion sera d'ailleurs facilement évitée, si l'on veut bien tenir compte des caractères distinctifs très-simples que je vous indique et de la manière différente dont se comportent les tissus teints avec les différents rouges, quand on les traite ainsi qu'il suit :

1° Le rouge de garance ne se laisse pas altérer par des solutions contenant trois ou quatre pour cent d'acide chlorhydrique ou d'ammoniaque. Les liquides ne se colorent pas sensiblement. C'est le plus résistant dcs rouges organiques ;

2° Le rouge de cochenille, plongé dans un liquide ammoniacal, vire au violet et communique au liquide une teinte violette très-vive ;

3° Le rouge de murexide blanchit rapidement au seul contact d'acide citrique.

4° Le rouge de carthame est complétement décoloré par une courte ébullition dans une solution de savon à un demi p. 100.

5° Le rouge d'aniline se décolore très-rapidement par le contact de l'ammoniaque.

7° Le rouge à la coralline ne se dissout pas dans l'eau froide et cèdc un peu de sa couleur à l'eau bouillante, mais se décolore beaucoup plus rapidement et plus complètement dans l'alcool bouillant. Les liquides alcalins ne font pas virer la couleur ; les acides précipitent la matière colorante en flocons jaunâtres. M. Ridard de Rouen a la bonté de m'informer que l'on emploie pour la teinture des indiennes, de la coralline que l'on a réussi à rendre soluble dans l'eau, mais ces tissus ne se portant pas sur la peau n'offrent aucun danger.

Pour reconnaître un tissu teint ou rougi par la coralline il suffit donc de détacher quelques fibres ou de couper un petit fragment, que l'on soumettra pendant quelques instants à l'action d'une petite quantité d'alcool à 85 degrés, bouillant. La liqueur alcoolique se colore en rouge vif, et le tissu presque complétement décoloré prend une teinte jaune abricot ; l'addition d'ammoniaque ou de potasse rouge caustique au liquide rouge alcoolique, ne fait qu'aviver la couleur, caractère essentiel qui différencie nettement la coralline de rouge d'aniline, car dans ces conditions les liquides ou les tissus teints par cette dernière substance se décolorent rapidement et d'une manière complète.

La publicité bienveillante qu'a reçu ma première communication me faisait un devoir de la compléter par ces nouvelles données, qui m'ont paru nécessaires, pour répondre d'une façon à la fois nette et pratique aux questions qu'avaient pu soulever les effets singuliers produits par la coralline.

M. Colin demande à faire une simple communication à l'appui des observations de M. Tardieu, au sujet de l'absorption des matières colorantes par la peau. Il a remarqué en effet que la murexide est par-

faitement absorbée par la peau, de même qu'elle est absorbée dans l'intestin où elle teint le chyle.

M. Chevallier fait remarquer que les confiseurs qui avaient commencé à teindre les bonbons avec du rouge d'aniline, ont reçu l'ordre de se servir d'autres matières colorantes, depuis qu'on a reconnu les dangers de l'aniline.

Amauroses syphilitiques.

M. le docteur Galezowski lit un travail sur les amauroses syphilitiques oculaires, orbitaires et cérébrales. Ce travail est le résultat de recherches sur plus de 90 cas.

Les affections de la rétine et du nerf optique peuvent se développer sous l'influence de la cause syphilitique, sans que les autres membranes de l'œil y prennent part. Mais ces cas sont exceptionnels. Si on regarde de près, on constate facilement que dans la syphilis, le plus souvent plusieurs membranes de l'œil se prennent à la fois. Ainsi, rien n'est plus fréquent que de trouver une iritis avec une rétinite ou une névrite, et cette dernière, avec la choroïde ou hérolite.

Après avoir étudié d'une manière très-détaillée toutes les différentes formes d'amblyopies et d'amauroses syphilitiques, M. Galezowski arrive aux conclusions suivantes :

1° La rétinite et la névrite syphilitiques peuvent exister sans altération de la choroïde ou de l'iris ; mais ces cas ne sont qu'exceptionnels. Dans ces cas, elles sont caractérisées par des exsudations plastiques et des apoplexies, et diffèrent peu d'autres rétinites.

2° Dans la majorité des cas, la rétinite et névrite optique syphilitiques, sont accompagnées soit d'iritis ou de choroïdites, soit de deux affections simultanément. Il n'y a que la syphilis qui puisse donner lieu à ces désordres simultanées dans la membrane vasculaire et nerveuse de l'œil.

3° Les troubles de la faculté chromatique sont constants dans la rétinite et névrite syphilitiques.

4° La chroroïdite syphylitique est une des formes les plus fréquentes parmi les amauroses syphilitiques. Les signes de cette affection sont très-caractéristiques et pathognomoniques, comme cela avait déjà été démontré par M. Desmarres père, et plus tard par mes recherches. Ces signes sont:

1° Trouble ou perte de la vue arrivant par accès; 2° nuage devant les yeux sous forme de toile d'araignée flottante; 3° phosopies; 4° photopbobie; 5° héméralopie à une période avancée de la maladie; 6° conservation pendant longtemps de la vision centrale, avec diminution du champ périphérique; 7° papille nuageuse voilée; 8° rétinite pigmentaire à une période plus avancée; 9° atrophie des vaisseaux centraux avec conservation de la teinte rosée.

5° La rétinite pigmentaire se développe très-souvent à la suite d'une chroïdite syphilitique.

6° Les taches pigmentaires se grappent le plus souvent en cercles, en forme d'herpès circiné.

7° La rétinite pigmentaire syphilitique acquise, ne diffère que très-peu de la rétinite pigmentaire congénitale, de celle que l'on attribuait jusqu'à présent à tort, selon nous, à la cause congénitale.

8° La rétinite pigmentaire congénitale est une affection syphilitique héréditaire.

9. La rétinitite pigmentaire congénitale de même que la rétinite acquise, doit être combattue par le traitement mixte anti-syphilitique.

10° Les enfants nés de parents syphilitiques doivent être soumis à l'examen ophthalmoscopique, et soumis au traitement anti-syphilitique aussitôt qu'une rétinite pigmentaire serait découverte.

(Comm., MM. Ricord, Alphonse Guérin et Richet.)

Causes de la rétention d'urine sur les nouvelles accouchées.

M. le docteur Mattei lit un travail ayant pour titre : *Quelques erreurs relatives aux causes de la rétention d'urine chez les nouvelles accouchées.* Voici les conclusions de ce travail :

1° La rétention de l'urine chez les nouvelles accouchées est assez fréquente et quelquefois assez grave pour qu'on doive apporter la plus grande attention à la prévenir ou à la combattre dès les premières heures qui suivent l'accouchement.

2° On attribue cette rétention à deux causes, le boursoufflement de l'urèthre, suite de contusions, et l'atonie vésicale.

3° Ces causes peuvent exister quelquefois, en effet, mais elles ne sont pas les plus fréquentes; ainsi on ne peut pas admettre des contusions là où le travail a été prompt et faible, comme on ne peut pas admettre l'inertie là ou la femme a des contractions vésicales bien caractérisées. Tout au plus si l'atonie peut être admise pour les muscles des parois abdominales, lesquels par l'accouchement, passent subitement de la tension au plus grand relâchement.

4° Le cathétérisme pratiqué dans des cas pareils, m'a indiqué une cause autrement importante que celle dont je viens de parler; c'est le froncement brusque de l'urèthre.

5° Pendant les derniers temps de la grossesse, la vessie étant entraînée en haut avec la matrice, le canal uréthral est obligé de s'allonger, tandis qu'après l'accouchement la matrice descendant tout à coup la vessie descend avec elle, et le canal uréthral est obligé de se raccourcir en se tordant et en se repliant sur lui-même; de là la rétention de l'urine.

6° Il est difficile de prévenir cet accident d'une manière constante. En administrant cependant un à deux grammes de seigle ergoté après l'accouchement pour provoquer la rétraction utérine ou augmenter la rétraction vésicale, de manière à rendre la rétention urinaire moins fréquente.

7° Le cathétérisme qu'on serait obligé de pratiquer en cas d'insuccès du seigle, demande à ce qu'on laisse l'instrument libre de suivre dans sa course les tortuosités momentanées du canal de l'urèthre.

8° Le cathétérisme, là où il est nécessaire, redresse si promptement le canal, que pratiqué une ou deux fois on n'a plus besoin d'y revenir. S'il faut le continuer pendant plusieurs jours consécutifs et surtout jusqu'aux relevailles, c'est qu'on avait affaire, non à un froncement de l'urèthre ou à des contusions de ce canal, ni même à une inertie de la vessie, mais bien à une paralysie de cet organe, qui demande plus que le cathétérisme.

(Comm., MM. Jacquemin, Blot et Devilliers.)

A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 15 janvier 1869. — Présidence de MM. Chausit et Lagneau.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Duchenne (de Boulogne) demande la parole à propos du procès-verbal. — Un de nos collègues, dit-il, avait fait observer que M. Pierreson, dans son étude sur la diplégie, avait considéré cette affection et la paralysie glosso-laryngée comme une seule et même maladie. C'est au contraire Wastmuth qui admet l'identité de ces deux affections, les considérant toutes deux comme une paralysie bulbaire progressive. M. Pierreson, au contraire, combat cette identité par les raisons suivantes : les bronches du facial atteintes dans la paralysie glosso-laryngée sont toujours celles qui président aux mouvements des lèvres et du voile du palais à l'exclusion de toutes les autres; de plus, ces phénomènes s'associent constamment à des troubles fonctionnels de même nature dans les autres nerfs qui président aussi à l'articulation des sons et à la déglutition.

M. Duchenne partage et soutient les idées émises par M. Pierreson, et, à l'appui, il fait passer sous les yeux de la Sociétété deux photographies représentant un sujet atteint de paralysie double de la septième paire. Dans l'une le sujet rit, mais il semble rire derrière un masque, tous les muscles sont immobiles; dans l'autre il est sérieux, il veut fermer les paupières, mais rien n'indique leur contraction. Une troisième photographie représente un sujet atteint de paralysie glosso-labio-laryngée; la dissemblance avec les deux premières photographies indique immédiatement que l'on n'a plus affaire à la même affection. Du reste, ajoute M. Duchenne, la confusion n'est pas possible; dans la diplégie faciale la langue n'est pas paralysée. Un symptôme de la paralysie glosso-laryngée sur lequel insiste M. Duchenne, c'est l'abolition des mouvements de déduction de la mâchoire inférieure, annonçant la lésion de la branche mobile de la cinquième paire.

M. Chausit, président sortant, prononce d'une voix émue l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Voici le terme de mes fonctions de président, fonctions que m'ont rendues bien faciles et bien douces votre constante bienveillance et le concours empressé des membres du bureau. Je vous en exprime toute ma reconnaissance, et, chez moi, ce sentiment ne faiblira jamais; car, je vous prie de croire que, dans le cours de ma carrière médicale, je considérerai désormais comme mon plus précieux titre le droit de dire : et moi aussi, j'ai été président de la Société de médecine de Paris.

Avant de quitter ce fauteuil, et sans empiéter sur les devoirs de notre secrétaire général, permettez-moi de rappeler en quelques mots le mouvement d'ensemble de la Société pendant l'année qui vient de finir.

C'est d'abord le douloureux tribut que la mort a prélevé dans nos rangs; vous n'avez pas perdu le souvenir de la perte inattendue et regrettable de deux de nos collègues, les docteurs Loir et de Soyre, que leur assiduité aux séances, l'aménité de leur caractère avaient rendus sympathiques à chacun de nous. Par une heureuse compensation vous avez déjà comblé ces vides, en admettant parmi vous deux honorables confrères, MM. Antonin Martin et Mercier; praticiens pleins d'activité, d'expérience, et que leurs précédents vous désignent comme des coopérateurs fructueux pour vos travaux.

Il reste encore d'autres vacances dans nos rangs. La démission d'un de nos collègues, deux demandes d'honorariat portent aujourd'hui à six le nombre des places de membre titulaire que vous aurez à décerner. La Société, dans sa sagesse, fixera l'époque de ces élections successives.

Quant à vos travaux, je puis dire, sans vous adresser une flatterie, que par leur nombre, leur variété, leur importance, ils peuvent soutenir la comparaison avec ceux qui sont insérés dans vos précédents bulletins. En sorte que pour vous, contrairement au proverbe, les années scientifiques se suivent et se ressemblent.

Enfin, je ne saurais passer sous silence la louable émulation qui s'est manifestée autour de l'urne électorale, où le triomphe des uns ne veut pas dire défaite pour les autres. Non, Messieurs, dans cette lutte scientifique la Société doit voir la preuve, qu'en sollicitant les fonctions de membre de bureau, les candidats prennent ainsi l'engagement moral et formel d'en remplir toutes les obligations; obligations dont ils comprennent l'étendue et l'importance puisqu'elles ont pour but le progrès et l'activité intérieure de nos travaux.

Pour mon compte, Messieurs et chers collègues, je serais bien heureux si, par la manière dont j'ai rempli mes fonctions, je pouvais me dire que je suis parvenu à mériter votre estime et vos sympathies.

M. Lagneau en prenant place au fauteuil de la présidence, s'exprime ainsi :

Messieurs et chers collègues,

Avant de prendre place au fauteuil de la présidence, je désire vous remercier de l'honneur que vous avez bien voulu me faire en m'appelant à remplacer notre estimé confrère, qui l'année dernière a dirigé avec un zèle si constant, une parole si précise, une aménité si parfaite vos savantes discussions.

Ce titre de président de la Société de médecine de Paris, que vos bienveillants suffrages m'ont conféré, m'est d'autant plus précieux que depuis longtemps j'ai pu apprécier, dans nos réunions, mes prédécesseurs immédiats, et que comme vous, Messieurs, j'ai présent à la mémoire les noms des anciens présidents de notre Société, aussi distingués dans l'exercice de notre profession que dans l'étude des diverses connaissances médicales.

Que de souvenirs scientifiques éveillent en notre esprit les noms des savants qui sous le Directoire, le 2 germinal IV de la république, fondèrent la Société de santé de Paris? Au nombre de ces savants, la plupart jouissant d'une réputation méritée, la plupart ayant leur place dans l'histoire de la science, se trouvent Hallé, Fourcroy, Desormaux, Baudelocque, Antoine Dubois, les Brasdor, Vauquelin, Bouillon, Lagrange, Portal, Sabatier, Pelletier, Deyeux, Pinel, les deux Sédillot, Pelletan...

Lors de sa fondation, la Société de santé de Paris réunissait la plupart des sommités médicales.

Toutefois, dès cette même année, environ deux mois plus tard, dès prairial an IV, se créait la Société médicale d'émulation.

Moins d'une année s'était écoulée, que la Société de santé de Paris, d'abord réunie au Palais-Égalité (Palais-Royal), le 14 frimaire an V, venait tenir ses séances au Louvre, dans la salle dite des Ducs et Pairs, et le 27 pluviôse suivant prenait le nom de Société de médecine de Paris, qu'elle porte encore actuellement. Les plus hautes questions de médecine et d'hygiène lui étaient alors soumises.

Le préfet du département de la Seine s'adressait à elle pour la désignation des médecins attachés à son administration. Lorsqu'en 1801, sous le Consulat, notre Société cessa de se réunir au Louvre, l'Hôtel-de-Ville devint le siége de ses séances.

Quoique, dès le 20 octobre 1803, une nouvelle Société médicale ait été fondée sous le titre d'Académie de médecine de Paris, quoique plus tard cette même Société se soit divisée en deux sections distinctes pour se réunir de nouveau le 29 décembre 1818 sous le titre de Cercle médical, ci devant Académie de médecine de Paris, ce ne fut que le 20 décembre 1820 que l'Académie de médecine actuelle fut réellement fondée.

Mais, antérieurement comme postérieurement à cette époque importante de l'histoire de la médecine contemporaine, la formation de la Société médicale des hôpitaux en 1849, de la Société médicale d'observation, de la Société médico-pratique, et de beaucoup d'autres, a forcément divisé les médecins laborieux et éloigné de nos réunions de distingués confrères.

Dans une même ville, les personnes qui s'adonnent à un même genre d'études, loin de se diviser en Sociétés multiples, sembleraient cependant devoir préférer se réunir en un centre scientifique commun : l'union fait la force. Pour élucider les difficiles et obscures questions qui ne cessent de surgir à l'horizon médical, le concours des intelligences ne peut qu'être avantageux. Se suppléant, se complétant les unes les autres, elles viennent apporter à la discussion leur contingent de connaissances, d'expérience et d'érudition.

Les études spéciales et limitées motivent la création de Sociétés distinctes, telles sont les Sociétés de chirurgie, d'anatomie, de biologie, d'anthropologie. Les travailleurs qui se livrent à une étude circonscrite, en se réunissant peuvent mieux ainsi approfondir tels ou tels sujets de leurs laborieuses investigations.

Les études générales de médecine pratique paraissaient-elles motiver la création de si nombreuses Sociétés? Ayant un but commun et identique, ces Sociétés ne se différencient que par la diversité des conditions exigées pour y être admis.

La plupart n'exigent que des conditions d'admission nulles ou minimes. Néanmoins la multiplicité illimitée de ces Sociétés nuit à leur prospérité. La vie scientifique y est généralement peu active.

D'autres, parmi lesquelles la Société de médecine de Paris se place en première ligne, tout au moins par son ancienneté, posent à l'admission de tous candidats certaines conditions probatoires, exigent des travaux imprimés, des mémoires manuscrits. Ces Sociétés, moins facilement accessibles, composées d'hommes instruits et expérimentés, voient de jour en jour s'accroître le nombre des confrères qui briguent l'honneur d'en faire partie. Elles jouissent d'une notoriété scientifique justement méritée. Néanmoins, quand on se reporte au commencement de ce siècle, alors que notre Société concentrait en elle toute l'activité laborieuse des médecins les plus notables de Paris, on voit avec regret la dispersion actuelle dans tant de Sociétés médicales, sœurs puînées de la Société de médecine de Paris.

Enfin, au-dessus des autres Sociétés médicales, se trouve maintenant l'Académie de médecine, qui dans le principe fut composée pour près d'un tiers de membres de notre Société. Réunissant les hommes les plus marquants dans les différentes branches des sciences médicales, l'Académie, dès sa fondation, non-seulement prit le rôle prépondérant qu'avait antérieurement la Société de médecine de Paris, mais devint immédiatement le centre véritable du monde médical.

Si la création successive de trop nombreuses Sociétés de médecine générale, en nous privant de distingués confrères, peut motiver nos regrets, pour les tempérer, il est juste de faire remarquer que bon nombre de nos collègues, quoique appartenant à d'autres Sociétés médicales, n'en prennent pas moins une part active à nos discussions. Et si l'Académie, par sa haute position scientifique, continue à attirer vers elle un grand nombre de collègues, si actuellement encore plus de vingt académiciens sont ou ont été membres de la Société de médecine de Paris, leur admission dans cette docte assemblée témoigne assez du rang élevé qu'a su conserver notre Société dans les sciences médicales.

Depuis l'année 1796, depuis le jour où Désessartz, l'ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, porta le premier le titre de président de la Société de santé, parmi les médecins appelés à lui succéder, on remarque Chaussier, le réorganisateur de l'enseignement médical sous la Convention nationale; Desgenettes, l'héroïque chirurgien de Jaffa; Cullerier, le syphiliographe de l'ancien *Dictionnaire des sciences médicales*; Larrey, le chirurgien en chef des armées impériales, qui prodigua ses soins à tant de victimes de la guerre; Descemet, l'habile anatomo-ophthalmologiste; Roux, le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu; Esquirol, l'aliéniste renommé; Mélier, l'inspecteur général des épidémies, et tant d'autres collègues émérites.

Dans notre Société, où les fils tiennent à honneur d'être admis pour inscrire leurs noms à la suite de ceux de leurs pères justement respectés, la tradition des vertus professionnelles, et des travaux scientifiques sérieusement élaborés et sévèrement discutés n'a jamais cessé de se transmettre depuis trois quarts de siècle.

Dès son origine, notre Société s'est fait connaître par la valeur scientifique de ses publications. Nos nombreux travaux sont généralement appréciés. Qu'avant chaque séance, l'ordre du jour soit régulièrement envoyé à tous les membres de la Société, que dans nos discussions, riches de faits intéressants, chacun s'astreigne à préciser, en termes concis, ses remarques et ses observations. L'importance de nos travaux ne fera que s'accroître. Et la Société de médecine de Paris restera digne de son ancienne et savante origine.

M. Charrier, secrétaire général élu :

Messieurs et chers collègues,

Je ne veux pas prendre possession de la charge de secrétaire gé-

néral sans adresser à la Société et à tous mes collègues qui m'ont appelé à ces fonctions importantes mes profonds remerciments et l'expression de ma vive gratitude.

La charge de secrétaire général n'est pas une sinécure, elle demande une activité constante, une assiduité et une exactitude exemplaires; aussi avez-vous vu se succéder deux secrétaires généraux à une année d'intervalle. Mes prédécesseurs et amis, MM. Gros et Blachez, n'ont pas pu continuer à remplir les fonctions de secrétaire général quand ils ont vu que, pressés par des devoirs de toute sorte, ils ne pouvaient plus donner à la Société tout leur temps et tous leurs soins. Ils ont préféré se démettre de leurs fonctions que de s'en acquitter mollement et à la hâte.

On l'a dit souvent, ici comme ailleurs, le secrétaire général est la force agissante d'une Société savante, c'est de lui que dépend en grande partie du moins l'activité d'une Société; il doit, d'accord avec le président, stimuler le zèle de ses collègues, encourager les communications et les travaux étrangers, et tâcher, quand il le peut, de solliciter des mémoires originaux. La Société de médecine de Paris a de grands éléments de succès; il suffit, messieurs, de jeter les yeux sur la liste de ses membres, eh bien! messieurs, chacun devrait faire dans l'année un mémoire sur un point quelconque de la pathologie humaine. Voyez, messieurs, si seulement la moitié d'entre nous accomplissait le vœu que je viens de former, quels bulletins intéressants nous publierions à la fin de chaque année; et, si cette idée pouvait être mise en pratique, la Société de médecine de Paris prendrait alors la place qu'elle devrait avoir dans le monde scientifique, et, permettez-moi de vous le dire, qu'elle n'a pas encore.

Nous ne sommes pas assez connus, et c'est notre faute, car ce ne sont pas les éléments de succès qui manquent à notre Société, mais l'activité et le désir de produire.

Eh bien, messieurs, secouons cette mollesse, faisons appel à notre expérience, à notre pratique, à nos lectures, faisons des mémoires, travaillons, en un mot, et donnons à la Société de médecine de Paris une splendeur toute nouvelle et par le nombre et par l'importance de nos publications.

Messieurs, un mot encore, et je termine; je connais parfaitement la responsabilité qui m'incombe. Je sais à quoi je m'engage en acceptant les fonctions de secrétaire général, vous pouvez compter sur mon zèle, sur mon exactitude, sur mon dévouement, et si je ne remplissais pas mes devoirs à la satisfaction de la Société tout entière, n'en accusez pas mon bon vouloir et le désir de bien faire, mais ma propre insuffisance.

M. le Président désigne MM. Mercier, Lunier et Dolbeau pour faire partie de la Commissions des pensions de retraite à accorder aux employés de l'Hôtel-de-Ville.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 février 1869, M. Deshayes (Gérard-Paul) a été nommé professeur de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes) au Muséum d'histoire naturelle.

— La Société médicale du sixième arrondissement vient de renouveler de la manière suivante son bureau pour 1869 :

Président : M. le docteur Brochin;
Vice-président : M. le docteur Dumas;
Secrétaire général : M. le docteur Léon Duchesne;
Secrétaires annuels : MM. les docteurs Landur et Allix;
Trésorier : M. le docteur Focillon père.

— Bonne clientèle de médecin à céder, à Anizy-le-Château (Aisne). S'adresser à M. le docteur Harpin, titulaire.

— On demande un médecin, à Wignehies, arrondissement d'Avesnes (Nord). — Population actuelle, 3,000 habitants. — Traitement de la csmmune.

AVIS

Les collections remises dans nos bureaux du 1er janvier au 2 février — pour être reliées — sont prêtes. On peut donc les faire retirer. Le prix de la reliure est de 3 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies de l'utérus, de ses annexes et des organes génitaux externes, par le docteur NONAT, médecin de la Charité, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. — 2e édition refondue et considérablement augmentée, avec la collaboration du docteur LINAS. — 1re partie, 1 vol. in-8 de 543 pages avec figures dans le texte. — Prix de l'ouvrage complet : 15 francs.

Éléments de pathologie chirurgicale, par M. A. NÉLATON. Deuxième édition très-augmentée, publiée sous la direction de M. le docteur Péan, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. Tome deuxième (seconde partie). Avec 84 figures intercalées dans le texte. 1 vol. in-8. de 414 pages. Prix, 7 francs. Prix des tomes I et II parus, 22 francs.

Pathologie des tumeurs, cours professé à l'université de Berlin par M. R. VIRCHOW, traduit de l'allemand par M. Paul Aronssohn, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, etc. Traduction revue par l'auteur. Tome deuxième. 1 vol. in-8. de 554 pages avec 74 figures dans le texte. Prix, 12 francs.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 24. — SAMEDI 27 FÉVRIER 1869. 42e ANNÉE. SAMEDI 27 FEVRIER 1869. — N° 24

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL, — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'absorption cutanée dans l'eau.

La question de savoir si la peau absorbe ou non dans l'eau intéresse trop directement la clinique et la médecine pratique, pour que nous ne croyions pas devoir lui donner une large place dans ces colonnes. Nous continuerons donc volontiers l'enquête commencée, donnant alternativement la parole à tous ceux de nos confrères qui nous apporteront des faits, des expériences, soient qu'ils tendent à conclure dans un sens ou dans l'autre.

Voici deux lettres qui nous sont transmises, l'une par M. le docteur Dupuy (de Frenelle), auteur de l'observation qui a soulevé cette discussion, et qui répond, sous notre couvert, à la lettre de M. le docteur Scoutetten, insérée dans le numéro du 9 courant; la seconde, par M. le docteur L. Chesnais, de Lohéac (Ille-et-Vilaine).

Nous donnons d'abord la parole à M. le docteur Dupuy :

« Dans ma communication, j'ai consigné succinctement les symptômes d'un cas d'empoisonnement par un bain arsenical à 12 grammes d'arseniate de soude. Les phénomènes observés ont été si décisifs et si complets que le doute, même après la lecture de votre document, n'ébranle en rien ma certitude.

Malgré les trois ordres de faits que vous invoquez pour démontrer l'impossibilité de l'absorption cutanée dans l'eau, la lumière ne me paraît pas faite autant et si clairement que vous le proclamez.

Tout le monde sera d'accord avec vous sur ce point, que la peau se prête à l'absorption des huiles, des graisses simples ou médicamenteuses, ainsi qu'à celle des gaz; c'est indiscutable. Quant à l'absorption dans le bain, qu'il me soit permis d'en redire ici les conditions élémentaires, empruntées à un de nos plus éminents auteurs, M. J. Béclard :

« Lorsque le corps est plongé dans un bain, l'eau imbibe et ramollit l'épiderme, puis elle passe par absorption dans les vaisseaux qui circulent dans les couches superficielles du derme, et de là dans le torrent de la circulation.

« Ce fait de l'absorption établi au moyen de pesées rigoureuses avant et après l'immersion, a trouvé de nombreux dissidents. Les uns ont affirmé qu'on augmentait de poids dans le bain, les autres ont dit que le poids du corps ne varie point; les autres, enfin, que loin d'augmenter, le corps diminue de poids. Toutes ces observations sont exactes.

« Lorsque la température du bain est supérieure à celle du corps, celui-ci lutte contre l'élévation de température par la sécrétion de la sueur; la sortie du liquide du dedans au dehors devient prédominante et le corps perd. Lorsque la température du bain est inférieure à celle du corps, l'absorption cutanée l'emporte sur l'évaporation pulmonaire, et le corps gagne en poids, l'eau du bain s'introduit dans l'économie. Enfin, lorsque le bain est à peu près à la température du corps, il y a balance : le corps n'augmente ni ne perd en poids. »

Mais ce n'est point de là que vous déduisez vos négations. Le seul argument par lequel vous semblez triompher est celui-ci : — il est tiré de vos *preuves chimiques*.

« Tout liquide qui n'est pas miscible à la graisse ou ne peut la dissoudre n'est point absorbable. La science démontre que la graisse et les liquides aqueux ne sont pas miscibles : or, toute la surface de notre peau est enduite d'une couche graisseuse protectrice, produite par la sécrétion des glandes sébacées, qui empêche complétement que nous soyons mouillés quand nous sommes dans le bain; donc, il n'y a pas d'absorption possible. » Ce fait ainsi énoncé, vous vous écriez que, par lui, la lumière se fait aussitôt.

Vous admettez l'exhalation ou perspiration, par les pores de la peau, du gaz acide carbonique, de la vapeur d'eau et de diverses matières organiques : mais il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée, et, puisque vous admettez que l'eau sort, comment lui refuser la possibilité d'entrer?

Je me demande si cette multitude de pores qui crible l'enveloppe cutanée est bien littéralement recouverte de l'enduit gras sébacé, et, cela étant, comment cette couche qui permet tout à la sortie, refuse tout à l'entrée, surtout à l'eau qui, de tous les liquides, favorise le plus l'imbibition et entre le plus aisément dans les tissus.

Personne n'ignore le procédé si simple de préserver les vins en flacons, les conserves, etc., du contact de l'air au moyen d'une couche d'huile, si mince qu'elle soit; mais cette couche forme une nappe continue qui ne laisse libre aucun réseau poreux et n'est point en présence d'activités physiologiques diverses.

Aussi doit-on penser que, de toute nécessité, pour que la perspiration et l'absorption cutanées s'accomplissent, il faut que l'enduit sébacé ne soit pas complet; qu'il existe des interstices, des sortes d'îlots ou de vacuoles qui permettent et favorisent ces fonctions physiologiques. Admis pour les liquides simples, ces deux ordres de phénomènes ne sauraient être refusés aux substances qui s'y trouveraient à l'état de mélange ou de dissolution.

D'autre part, vous établissez, d'après la belle expérience qui démontre la *force épipolique*, qu'il suffit d'immerger au moyen d'un filet d'eau continu le vase dont on se sert, pour que la dilution, secondée par la différence de poids spécifique et l'immiscibilité, entraîne complétement les parcelles de graisse attachées à ses parois. Pourquoi l'immersion dans l'eau d'un bain, nous plaçant dans des conditions en quelque sorte identiques, n'entraînerait-elle pas, par lavage, en grande partie du moins, les corpuscules gras sébacés, donnant ainsi plus de prise à l'absorption du liquide et des substances qu'il peut tenir en dissolution.

Enfin, oublierez-vous l'action de ces influences électriques dans tout bain minéralisé, influences dont la découverte et la démonstration suffiraient amplement au bagage d'un savant qui, comme vous, n'aurait pas tant d'autres titres à la gloire. Or, le bain seul d'eau distillée n'est pas minéralisé, et les bains de votre limpide Moselle le sont aussi bien que ceux de notre Seine limoneuse.

Vous m'objectez que ma malade présentait 30 auréoles de lèpre vulgaire qui ont pu favoriser l'absorption? Je n'ai pas dit autre chose moi-même, ne connaissant pas la qualité épidermique acquise dans cette maladie. Cependant, je le répète, à la loupe on n'y voit aucune éraillure, aucune solution de continuité. Le tissu épidermique des taches est desséché, il semble mort, et se rapproche en cela du tissu soulevé par une vésicule cantharidienne qui, dites-vous, est imperméable à la sérosité qu'elle renferme. Il y a là, sans doute, un désiratum que la micrographie ou la dermatologie nous dévoileront peut-être un jour.

Je terminais ma lettre ici, quand, parcourant la *Gazette des Hôpitaux* du 9 février courant, j'y trouve une notice sur les expériences d'un de nos plus laborieux et de nos plus distingués confrères, M. le docteur Demarquay, un converti à l'absorption cutanée.

Admettre l'absorption dans des limites restreintes et la prouver, ainsi que le fait M. Demarquay, c'est trancher la question, et la plus habile dialectique ne prévaudra jamais contre les faits.

A priori, et quoi qu'en dise M. Demarquay, si la peau possède la capacité absorbante dans son ensemble, il en est de même pour chaque point; dès lors, il est impossible qu'avec une surface absorbante si étendue, l'absorption soit insignifiante.

Le savant expérimentateur ne me paraît pas non plus s'être placé dans les conditions les plus favorables au but qu'il se proposait. Ses expériences pèchent sous deux chefs importants : le premier, c'est que ses bains, donnés à la température de 34 à 36° centigrades, offraient précisément les conditions les moins favorables à l'absorption, puisque à cette température le mouvement sudoral et l'exhalation de vapeur aqueuse de dedans en dehors s'accentuent avec énergie, l'emportent et contrarient singulièrement le mouvement du liquide entrant ou l'absorption. En second lieu, le médicament mis en dissolution dans ces bains, l'iodure de potassium, est un irritant de la peau, ce qui fait qu'il est si avidement absorbé en frictions sous forme de pommades; mais en solution très-diluée (100 grammes dans un bain de 100 litres ne donnant qu'un milligramme pour un gramme d'eau), il ne peut qu'exciter légèrement et crisper la peau, et, par là, contrarier les phénomènes d'absorption.

Toutefois, pour se retrouver en traces appréciables dans l'urine une heure après le bain, il faut que le liquide dépasse de beaucoup le poids admis par M. Willemin; car, à un milligramme par gramme, un seul centigramme d'iodure de potassium, introduit par absorption dans l'économie, représenterait dix grammes de liquide absorbé, et il doit y en avoir davantage puisque, après un tel bain, on en retrouve encore dans l'urine pendant plusieurs jours. Le bain que j'ai prescrit n'était qu'à un peu plus d'un dix millième par gramme; or, un centigramme d'arseniate de soude administré par l'estomac, c'est-à-dire donnant directement et immédiatement tout son effet toxique, ne troublant pas notablement l'économie, je laisse à penser qu'elle a dû être l'absorption pour dépasser ce poids.

Quant à la part imputable à la muqueuse glando-préputiale, si tant est que le prépuce, en la recouvrant, ne l'isole du liquide, elle n'entrera que bien peu en ligne de compte quand l'on songe à la minime quantité de l'iodure en contact sur une surface de quelques centimètres. Du reste, vous la nieriez d'autant plus que nulle région n'est aussi constamment enduite de sécrétion graisseuse sébacée que celle-là.

Dans l'expérience tentée par M. Demarquay pour éclairer ce point, expérience qui consiste à appliquer autour du gland et sur tout le prépuce une solution aqueuse fortement iodurée, notre confrère se place dans les conditions du maximum d'absorption *par irritation*, et, d'un autre côté, il met l'organisme, malgré cette petite surface, en contact avec une plus grande quantité d'iodure que ne s'y trouve le corps tout entier dans un grand bain à 100 grammes.

Ne serait-il pas préférable, dans ces sortes d'expériences, d'employer des substances moins altérantes pour la peau et plus sensibles dans leur réaction, telles que la belladone, la digitale, etc.

Quoi qu'il en soit de ce débat, en attendant de nouvelles démonstrations contradictoires, et, ce qui vaudrait mieux, une bonne loi physiologique de l'absorption cutanée, force reste encore à l'expérience des faits. »

— Passons maintenant à la lettre de M. Chesnais.

M. Chesnais n'a pas eu l'intention de traiter la question de l'absorption par la peau; le but de sa lettre se borne à examiner si l'obstacle à cette absorption, signalé par M. Scoutetten (l'enduit graisseux qui recouvre la peau), existe réellement.

Voici en quels termes s'exprime notre confrère :

« Tout d'abord, je dirai que cette imperméabilité existe dans une mesure très-restreinte, et qu'elle est loin d'être absolue, comme le dit M. Scoutetten. Pour cela, il faudrait que la couche huileuse, qui existe du reste, fût suffisamment épaisse et continue, pour n'être pas traversé mécaniquement; il faudrait, surtout, qu'elle fût à l'abri de toute action chimique de l'eau.

Or, il n'en est rien, les corps gras sont pénétrés, mécaniquement, par l'eau : une cuvette en papier, imbibée de cire fondue, d'huile ou de suif, laisse assez rapidement suinter l'eau qu'elle contient; de même, une vessie de porc, corps enduit, au moins, d'autant de graisse que notre épiderme, est cependant mouillée par l'eau, tellement, qu'elle se ramollit et se gonfle dans ce liquide. C'est surtout une très-grave erreur de croire que l'eau n'a aucune action chimique sur les corps gras : l'eau l'oxyde d'hydrogène, comme tous les oxydes métalliques, saponifie très-facilement les corps gras. Pour le prouver, il n'est pas besoin d'avoir recours à aucune expérience de laboratoire, on n'a qu'à remplir d'eau un flacon, jusqu'à la moitié de sa capacité, puis d'y laisser tomber quelques gouttes d'huile d'olive ou autre; on bouche le flacon et on l'agite très-fortement, et à diverses reprises, jusqu'à ce que toute l'huile soit divisée en gouttelettes très-fines, qui donnent à l'eau une apparence laiteuse; on laisse reposer pendant une nuit, et l'on voit alors, à la surface de l'eau, une poudre blanche, qui est un savonule à base d'eau. Autre expérience : une gouttelette d'huile, déposée à la surface d'un verre d'eau, est d'abord parfaitement transparente; au bout d'un certain temps elle devient opaline, puis opaque. L'enduit sébacé, qui couvre souvent tout le corps de l'enfant à sa naissance, n'est lui-même que le produit de l'action de l'eau de l'amnios sur le liquide graisseux sécrété par la peau : l'analyse y démontre une grande quantité d'eau. Cet enduit sébacé exposé à l'air, abandonne, par l'évaporation, l'eau qu'il contient, se dessèche, et perd complétement son aspect ordinaire.

Quant à la séparation en stries, sur la peau, de l'eau qui y est attachée, au sortir d'un bain, cela ne prouve nullement l'imperméabilité de la peau, car c'est la même chose qui se produit, lorsqu'on imbibe d'alcool une feuille de papier, que l'on plonge aussitôt dans l'eau, et qu'on relève aussitôt après l'immersion; l'eau n'adhère pas à ce papier, et cependant l'alcool est parfaitement miscible à l'eau.

L'action physique et chimique de l'eau sur les corps gras étant prouvée, toute l'argumentation de M. Scoutetten, contre l'absorption de la peau, tombe complétement.

Du reste la meilleure preuve que la couche de graisse qui enduit la peau n'empêche pas la pénétration de l'eau, c'est que dans une bain l'épiderme, non-seulement, des pieds et des mains, comme l'accorde, lui-même, M. Scoutetten, mais de tout le corps, est ramolli et macéré. De plus, si sur le porte-objet du microscope on place un fragment d'épiderme, puis une goutte d'eau, on voit celle-ci, non-seulement adhérer à l'épiderme, mais encore l'imbiber complétement.

Ce qui fait, je crois, le dissentiment des savants sur l'absorption des liquides aqueux, par la peau, c'est la différence d'action physiologique, sur la peau, des diverses substances avec lesquelles on expérimente; d'où il résulte que telle substance est absorbée, tandis que telle autre ne l'est pas; et en outre la difficulté de reconnaître physiquement ou chimiquement cette absorption. Il ne suffit pas, en effet, de ne pas rencontrer, dans les sécrétions, la présence du corps mis en expérience, pour nier qu'il ait été absorbé. Mais cette absorption est évidente, lorsqu'à la suite de la mise en contact de la peau avec une solution, il en résulte des actions physiologiques prononcées, sur toute l'économie. C'est ainsi qu'il est démontré que le cyanure de potassium dissous dans l'eau est absorbé, puisque souvent des photographes ont éprouvé des symptômes d'empoisonnement après avoir trempé leurs mains intactes dans des solutions de ce sel. Il en est de même pour beaucoup d'autres substances, tandis qu'il en est d'autres qui ne produisent aucune action physiologique appréciable, et dont il est impossible de trouver la preuve de l'absorption dans les sécrétions, soit que celles-ci en contiennent normalement en certaine quantité (et tel est le cas du sel marin), ou que la substance expérimentée n'ait aucun réactif sûr, ou qu'elle ne soit pas éliminée par les voies ordinaires et dans un temps connu. Si M. Scoutetten a expérimenté avec de ces dernières substances, je ne suis pas surpris qu'il ne croie pas à l'absorption des solutions aqueuses. »

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques.

Dans notre dernière Revue (numéro du 20 février), en reproduisant le contenu d'une communication de M. le docteur Oscar Max-Van-Mons à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, nous avons signalé une lacune dans cette communication et fait un appel à notre confrère belge, qui a bien voulu y répondre avec un empressement dont nous nous plaisons à le remercier. Voici la note complémentaire qu'il nous transmet et qui satisfait aux *desiderata* que nous exprimions.

« L'instrument dont on se sert pour pratiquer les injections hypodermiques, d'après la méthode de Scarenzio, nous écrit notre confrère, est non la petite seringue de Pravaz, un peu compliquée pour cette opération, mais toute espèce de seringue qui en dérive, dont la canule soit simple, en métal résistant, et taillée en bec de flûte, dont le corps puisse admettre de sept à dix gouttes de liquide, ou plus.

Le médicament à injecter est le calomel; celui-ci étant insoluble, on le maintient suspendu dans quelques gouttes de mucilage de gomme arabique très-étendu; il faut bien triturer et agiter le mélange pour que tout le calomel soit aspiré dans la seringue, avec la solution de gomme arabique, lorsqu'il s'agira d'opérer.

La dose de calomel injectée sera de 10 centigrammes à 40 centigrammes. Je me suis généralement arrêté à 20 ou 25 centigrammes.

Les injections se font généralement aux bras, aux cuisses et aux fesses.

On commence fréquemment par la partie latérale et postérieure du bras droit; la seringue étant chargée, on forme un pli transversal à la peau, on enfonce la pointe de la canule à la base de ce pli et on pénètre dans le tissu cellulaire sous-cutané à une profondeur d'environ deux centimètres. Le pli est relâché et le contenu de la seringue est injecté dans les mailles du tissu cellulaire. Badigeonnage au collodion riciné.

Cette opération est suivie de la formation d'un abcès, sous forme de tumeur du volume d'un œuf, abcès que le chirurgien ouvre du huitième au dixième jour après l'injection, le dixième jour le plus souvent, la fluctuation étant alors le plus marquée. Il convient de surveiller de près la marche de cet abcès, jusqu'à sa complète cicatrisation.

Une seule injection suffit parfois pour la guérison; sinon, on en fait une seconde, d'après les mêmes principes, au bras gauche, un ou deux jours après l'ouverture du premier abcès du bras droit; une troisième est, dit-on, rarement nécessaire.

Tout traitement local est supprimé.

Telle est la méthode de Scarenzio dans toute sa simplicité.

J'ajoute un mot pour nos confrères de France, qui, avec les renseignements ci-dessus, peuvent sans crainte répéter nos essais. La méthode n'offre aucun danger; au point de vue des abcès provoqués, et sur vingt-deux cas, je n'ai vu qu'une seule salivation. » (Le chiffre des essais de M. O. Max, qui n'était que de cinq lors de sa première communication, s'est élevé, depuis, à vingt-deux.) — Nous n'aimons pas ces abcès; mais il faut voir.

Épilepsie provoquée par la frayeur.

Voici un petit fait de clinique vétérinaire que nous transmet M. le docteur Soffray, d'Ambérieux, et qui n'est pas sans intérêt au point de vue de l'histoire étiologique de l'épilepsie. Il se rattache, d'ailleurs, comme on va le voir, à la communication de M. Brown-Séquard sur l'épilepsie provoquée.

« J'habitais l'Algérie, à Mostaganem, en 1850, nous écrit M. Soffray, lorsque M. le docteur Bauchet me fit présent d'un jeune caracal ou lynx d'Afrique, âgé de deux mois environ. Je le laissai libre dans ma chambre, et, pour mieux l'apprivoiser, je lui donnai un compagnon de son âge, mais bien moins gros que lui; c'était un jeune chat élevé par les infirmiers de l'hôpital militaire.

A peine dans ma chambre, le jeune chat s'approcha du lynx, sans crainte, et au moyen de gestes gracieux, qui sont communs et naturels aux jeunes félins, l'engagea à jouer. Loin de recevoir ces avances avec aménité, le caracal se mit à lui cracher à la figure, tout en faisant entendre un grondement sourd qui imitait en petit le roulement du tonnerre; toutefois, sans faire usage de ses dents ni de ses griffes, qui étaient déjà respectables.

Sensible à une pareille réception, le jeune chat n'insista point et se retira sans faire paraître beaucoup de frayeur. Néanmoins, une heure n'était point écoulée que des convulsions épileptiformes très-intenses, précédées de cris aigus, firent rouler le chat du canapé sur le parquet où il se débattit pendant une minute. Il eut quatre accès pareils en quatre heures.

Renvoyé le même jour à l'hôpital, auprès de sa mère et de ses frères, il fut soigné par les infirmiers, qui lui coupèrent tantôt la queue, tantôt une oreille. Cette médication assez énergique échoua complétement; le patient continua à éprouver tous les jours de nombreuses crises épileptiques, qui amenèrent sa mort au bout de huit ou quinze jours.

L'autopsie n'ayant pas été faite, je n'ai pu constater l'état du cerveau et de la moëlle épinière.

Les infirmiers qui avaient élevé le jeune chat m'ont assuré que jamais, avant sa présentation au lynx, il n'avait éprouvé le moindre symptôme d'épilepsie.

Il est donc probable que l'épilepsie a été provoquée, dans ce cas, par une simple petite frayeur. »

La frayeur est, en effet, une cause assez commune de la manifestation des premiers accidents épileptiques chez l'homme. On trouve, dans le Traité de l'épilepsie de M. Delasiauve, ouvrage devenu depuis longtemps classique, un grand nombre d'exemples d'épilepsie survenue sous l'influence d'impressions morales diverses, et en particulier de la frayeur.

Il n'est pas de praticien qui n'ait eu l'occasion d'en voir, et, en ce moment même, nous avons sous les yeux une jeune fille devenue épileptique à la suite d'une vive frayeur, sans qu'il ait été possible de lui assigner d'autre cause. »

ALBUMINURIE AVEC ANASARQUE

Essai de l'acide nitrique;

EFFETS THÉRAPEUTIQUES OBSERVÉS. — GUÉRISON COMPLÈTE PAR L'EMPLOI SIMULTANÉ DE REMÈDES DIVERS,

Par M. le docteur MATTON, de Bouzonville (Moselle).

Homme de 36 ans, S..., natif de Prusse, habite Bouzonville, où il est marié et père de famille. État de santé antérieur satisfaisant, malgré son tempérament lymphatique et sa constitution assez délicate, à en juger par la blancheur de sa peau, par l'absence de barbe, et par la lenteur de sa parole et de tous ses mouvements. Conditions d'aisance médiocre. Habitation étroite, peu aérée. Usage fréquent de l'eau-de-vie, dont il abuse quelquefois, à l'exemple des Prussiens sur nos frontières.

Le 1er octobre dernier, S... vient me consulter; il me raconte que, il y a environ quinze jours, il a fait à pied une longue course, dans laquelle il a eu un chaud et froid, et que dès le lendemain, il a ressenti des douleurs profondes dans les lombes, principalement du côté droit, qui ont augmenté tous les jours et sont devenues permanentes; les jours suivants, ses pieds, puis ses jambes se sont infiltrés. Voici, du reste, l'état dans lequel se trouvent ses principaux organes :

Œdème des membres inférieurs remontant jusqu'au-dessus des genoux; ventre tendu, ballonné; face pâle, un peu bouffie; respiration accélérée; oppression, épanchement pleurétique en arrière et à droite, constaté par l'auscultation et la percussion dans les trois-quarts inférieurs de la cavité pleurale; pouls plein, fébrile; soif; inappétence; organes digestifs en bon état; rien du côté du cœur; miction difficile: il n'urine que par gouttes.

Croyant avoir affaire à une affection de la plèvre, compliquée d'un œdème, par suite de la gêne causée par l'épanchement dans la circulation cardiaque, je prescris :

Vésicatoire sur le côté latéral droit de la poitrine;

Looch blanc nitro-stibié, à prendre par cuillerées à café toutes les heures;

Tisane d'orge pour boisson;

Repos au lit. Transpiration.

Huit ou dix jours après, S... voyant son état s'aggraver au lieu de s'améliorer, se fait transporter chez un confrère des environs, qui lui prescrit des pilules hydragogues. Ces dernières sont prises religieusement, suivant l'ordonnance, pendant les huit ou dix jours suivants, et sans aucune amélioration, ou plutôt avec aggravation.

Le 19 octobre, S... se décide enfin à se confier à mes soins, et me fait appeler. Ce qui me frappe cette fois et attire mon attention, c'est sa face considérablement bouffie par l'œdème et son teint cachectique. L'anasarque est telle, qu'il ne peut plus se mouvoir, ni s'asseoir sans aide sur son lit. Depuis qu'il prend les pilules que je viens de nommer, il a trois selles par jour, et il urine plus, mais l'infiltration augmente encore et se généralise. Les seules parties du corps où l'œdème distend le moins la peau, sont : la partie gauche et le bras du même côté. Le bras droit, infiltré depuis l'extrémité des doigts jusqu'à sa racine, repose sans mouvement à ses côtés. Appétit chaque jour diminué. Mouvements de fièvre fréquents. Oppression très-grande, malgré l'état stationnaire de l'épanchement pleurétique, oppression qui s'explique par le gonflement énorme du ventre et par la gêne causée par l'œdème dans la contraction des muscles respiratoires. A la palpation de l'abdomen, je constate de l'empâtement et un endolorissement considérable dans le flanc droit, que je retrouve, mais à un degré moindre, dans le flanc gauche. Les urines sont pâles, incolores; soumises à l'ébullition dans un tube fermé par un bout, elles donnent un précipité blanc, floconneux et fort abondant d'albumine. Même précipité par l'acide nitrique, qui ajouté en excès le redissout lentement.

Dès lors, plus de doute sur le diagnostic : néphrite albumineuse, plus avancée à droite qu'à gauche.

Le 20, je prescris :

Vésicatoire sur le bras droit.

Mêmes pilules hydragogues, à prendre de manière à obtenir quatre selles par jour.

Du 21 au 24, il y a encore accroissement de l'anasarque, qui nécessite à plusieurs reprises des scarifications (pratiquées avec la pointe d'une lancette) sur les cuisses et sur la peau du scrotum et de la verge, malgré l'écoulement de la sérosité par la plaie du vésicatoire. Prescription :

Potion à l'extrait de quinquina : quelques cuillerées à café par jour.

Le 25, la plaie du vésicatoire est guérie, et les points de scarifications complétement fermés. Le malade va en s'affaiblissant. L'anasarque présente encore les mêmes proportions que le 19 octobre. C'est alors que je commence le traitement suivant :

Acide nitrique..................	4 grammes.
à prendre dans les vingt-quatre heures, dans :	
Uva ursi........................	10 —
Racine de raifort sauvage........	5 —
Pour un litre d'infusion.	

Continuer les mêmes pilules hydragogues (quatre ou cinq selles tous les jours.)

J'essaie les urines. Même précipité que le 19. Conservation du précipité en lieu sûr.

Le 26, nouvel essai des urines; point de changement appréciable dans le précipité comparé à celui d'hier. Même état général. Insomnie toutes les nuits.

Prescription comme le 25.

Le 27, le précipité, à peu près aussi abondant, paraît un peu moins dense que celui de la veille. Le malade a eu une légère transpiration; c'est la première fois, depuis son alitement, qu'il a senti ses jambes en moiteur.

Prescription comme le 26, en augmentant de 1 gramme la dose d'acide nitrique.

Le 28, le précipité est moins compact que celui du 27.

Prescription comme le 27, en portant à 6 grammes la quantité d'acide nitrique.

En plus que les deux autres jours, deux badigeonnages par jour avec la teinture d'iode, sur des places de la grandeur d'une main, en commençant au niveau du rein droit; de sorte que tout l'abdomen et la face antérieure des cuisses ont été recouverts successivement de teinture d'iode.

Le 30, précipité plus long à se former et moins dense que la veille. Transpiration générale pendant la nuit. Et pourtant l'anasarque n'a pas encore diminué d'une manière appréciable. Nouvelles scarifications sur les cuisses et sur la peau de la verge.

Prescription comme le 28 et le 29.

Le 31, nuit meilleure. Moins d'oppression. A l'examen de la poitrine, je suis tout étonné de ne plus trouver aucune trace de l'épanchement pleurétique. L'appétit revient. Sueurs plus abondantes et générales. Anasarque un peu diminuée, sur les parois du ventre notamment. Précipité des urines moins abondant.

Prescription comme le 30, en diminuant de 1 gramme la dose d'acide nitrique.

Le 1er novembre, les parois du ventre sont moins tendues, et le teint de la face légèrement coloré. Appétit insatiable : on a été obligé de lui donner à manger pendant la nuit. Je n'examine pas les urines.

Prescription comme le 31 octobre, en diminuant encore de 1 gramme la dose d'acide nitrique.

L'acide nitrique, à la dose de 4 grammes, est encore administré pendant les deux jours suivants.

Le 4 novembre, le bras droit n'est plus infiltré, les parois de l'abdomen s'affaissent tous les jours d'une manière sensible.

Le 9, urines colorées. Plus de précipité par l'acide nitrique. Sueurs copieuses toutes les nuits.

Prescription :

Régime tonique. Vin de Bordeaux.

Uva ursi, 10 grammes, pour un litre d'infusion.

Pilules purgatives (extrait de coloquinte et scammonée), pour maintenir le nombre des selles à deux ou trois par jour.

Le 11, le malade n'a plus d'infiltration que sur les jambes; le reste du corps se montre amaigri. Sommeil calme toutes les nuits. L'infiltration des jambes disparaît rapidement les jours suivants, et le 1er décembre, S... reprenait ses occupations ordinaires.

Inutile d'ajouter qu'il ne lui reste plus aucune trace de son œdème, que la guérison complète se maintient, et qu'il jouit jusqu'à ce jour d'une santé parfaite.

L'hydropisie de la plèvre a suivi de si près les premiers symptômes de cet état morbide, que plus d'un praticien aurait pu prendre cet épanchement pour la maladie essentielle, dont l'albuminurie n'aurait été que la conséquence. Mais la marche progressive de l'œdème, malgré le traitement dirigé contre l'affection de la plèvre, dont l'épanchement est resté stationnaire, prouve bien que cette dernière n'était que secondaire et

passive, comme l'a prouvé, d'autre part, le résultat du traitement dirigé exclusivement contre la néphrite albumineuse.

Quelles sont les causes de cette néphrite albumineuse? Ce sont : un tempérament prédisposé à la cachexie séreuse, des conditions hygiéniques défavorables, l'usage fréquent de l'alcool; et la cause déterminante, c'est le refroidissement, le corps étant en sueur. Cette néphrite ne peut être autre chose que la maladie de Bright à son début, car c'est la même étiologie d'après Rayer; et Christison, en Angleterre, y rapporte les trois quarts des cas observés.

Quels sont les éléments que nous avons eu à combattre simultanément? Ce sont :

1° La néphrite comme le point de départ de tous les autres accidents;

2° La cachexie séreuse, résultat d'un ralentissement de la sécrétion rénale et de la suppression des fonctions de la peau;

3° La perte exagérée d'albumine sous forme d'albumine caséiforme, résultat de la cachexie séreuse.

Contre le premier élément, il n'y avait pas à songer à une émission sanguine qui eût infailliblement tué le malade. Nous n'avions en réalité, pour la combattre, que les révulsifs cutanés, vésicatoire, teinture d'iode, etc., et les révulsifs intestinaux, purgatifs salins, pilules hydragogues.

Les frictions de teinture d'iode, que nous n'avons vues indiquées nulle part, nous paraissent avoir produit un effet merveilleux, non-seulement contre l'engorgement inflammatoire des reins, mais encore contre l'hydropisie interne et externe; en effet, c'est à partir du moment de leur emploi que nous avons observé la résolution rapide de l'épanchement sous-cutané, précédée par celle de l'épanchement de la plèvre et du péritoine.

Pour diminuer la pléthore séreuse, il fallait donc chercher à activer les fonctions des reins et celles de la peau, d'une part, par les diurétiques, et d'autre part, au moyen des diaphorétiques. Parmi les premiers, indépendamment de la scille et de la digitale faisant partie des pilules hydragogues, nous avons fait usage de la busserole (uva ursi) en infusion. L'uva ursi, pour avoir été autrefois trop vanté comme diurétique, même comme spécifique dans toutes les maladies des reins, est aujourd'hui abandonné; il a subi le sort de tous les remèdes qui n'ont pas justifié complétement le renom de l'empirisme.

L'uva ursi, indépendamment de sa propriété diurétique vantée par Bright lui-même, n'exerce-t-il pas en même temps un effet astringent sur l'épithélium des conduits urinifères? effet utilisable dans une phlegmasie qui passe si vite à la dégénérescence. Parmi les diaphorétiques, en existe-t-il de plus efficaces que les crucifères, racine de raifort, par exemple, sur une cachexie qui ne peut céder qu'aux stimulants les plus énergiques? Quoi de plus stimulant que le principe soufré des crucifères pour réveiller les fonctions de la peau? Rayer reconnaît aussi, à la racine du raifort sauvage, une propriété diurétique qu'il recommande dans la maladie de Bright.

Nous avons combattu la perte exagérée d'albumine par l'administration de l'acide nitrique dans l'infusion d'*uva ursi* et de *raifort*.

La dose de 4 à 6 grammes nous paraît suffisante pour obtenir l'effet désiré, s'il se trouve associé à l'effet astringent de l'uva ursi. Quel est le mode d'action de l'acide nitrique sur l'albumine caséiforme? Il n'est pas douteux que l'acide nitrique passe en nature dans le torrent circulatoire, à la manière de l'alcool et de l'ammoniaque. Or, s'il passe en nature dans le sang, il doit tendre à agir sur son albumine comme sur l'albumine des urines; autrement dit, il tend à la coaguler, lui donne plus de consistance, la rend moins endosmotique.

Soustraire l'albumine du sang aux lois de l'endosmose, en la rapprochant le plus possible de l'état globulaire qui est son état normal dans un sang non altéré, avant de devenir *albuminose*, tel nous paraît être le mode d'action de l'acide nitrique dans la cachexie séreuse. En effet, dans notre observation, les progrès du mal ne se sont arrêtés qu'à partir du 26 octobre, malgré l'usage antérieur et longtemps prolongé des pilules hydragogues. A partir du 26 octobre, nous avons observé que l'albumine des urines perdait tous les jours de sa quantité, par sa lenteur à se précipiter, jusqu'à son entière disparition vers le quinzième jour de l'emploi de l'acide nitrique.

Ces effets de l'acide nitrique seraient certainement restés sans résultat sur la maladie, si nous n'avions pas employé simultanément les diurétiques et les diaphorétiques stimulants, car l'anasarque n'a décliné qu'avec l'accroissement d'activité de la miction et de la diaphorèse. Sans ces adjuvants, nous aurions vu une légère amélioration, mais pas de guérison. Et sans les révulsifs, la cause matérielle du mal persistant, nous n'aurions eu qu'un temps d'arrêt, peut-être bien court, dans la marche de cette maladie de Bright, et notre malade ne serait pas rentré en possession complète de son état de santé antérieur.

L'indication des toniques dans cette maladie est incontestablement liée à l'amendement des trois éléments principaux qui la constituent.

C'est encore pour avoir voulu faire de l'acide nitrique un spécifique de l'albuminurie qu'on l'a abandonné dans un oubli complet. Quand le docteur Haussen (*Gazette des Hôpitaux*, 1846) rapportait 16 guérisons sur 18 albuminuriques par l'usage interne de l'acide nitrique, on le soupçonnait d'erreur de diagnostic, tandis qu'il fallait s'enquérir des moyens accessoires qu'il avait pu joindre à l'action de l'acide nitrique.

De ce que Forget cite un cas de guérison complète d'un albuminurique par l'emploi exclusif de l'acide nitrique, et de ce qu'il cite autre part un insuccès, il faut conclure que cet acide n'est pas le spécifique de l'albuminurie, mais reconnaître qu'il répond à une indication importante dans cette maladie.

Dans les maladies à éléments complexes dépendants les uns des autres, il ne saurait exister des spécifiques, il ne peut y avoir que des indications à remplir, et souvent, pour arriver à la guérison, il faut battre en brèche et simultanément les principaux éléments constitutifs de l'état pathologique.

OVARIOTOMIE

Obs. LXX. — Ovariotomie pratiquée le 6 août 1868. Guérison.

Par E. Kœberlé.

Mademoiselle N... d'Unna (Westphalie), âgée de 24 ans, d'une bonne santé habituelle, éprouvait depuis 1863 environ des douleurs très-vives, revenant par accès dans la cuisse et dans la région rénale, du côté droit. Ces douleurs furent calmées à plusieurs reprises par des injections hypodermiques de morphine. Depuis cette époque, le ventre a grossi progressivement, surtout à partir de 1867.

Au moment de l'examen, la région hypogastrique était distendue par une tumeur en partie fluctuante, en partie dure qui s'étendait jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. Elle était mobile et ne présentait point d'adhérences abdominales. D'après la nature des douleurs éprouvées par la malade, le pédicule devait être tordu sur son axe. L'utérus était central, mobile et son col était dévié à droite.

Il s'agissait, selon toute probabilité, d'un kyste de l'ovaire droit; mais la fluctuation peu prononcée et difficile à percevoir, à cause de la couche épaisse de tissu adipeux de la paroi abdominale, la dureté de la tumeur en certains points ne permettaient pas de déterminer sa nature d'une façon tout à fait positive. Le diagnostic, bien que justifié par l'ensemble des symptômes, laissait cependant à désirer. L'état de la malade était du reste excellent.

L'opération eut lieu le 6 août 1868, en présence de MM. Blankenstein (de Dortmund), Kien, Kuhn et Tixier.

Incision de 14 centimètres, s'étendant jusqu'à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. Adhérence épiploïque très-vasculaire qui nécessita une ligature en masse. La tumeur fut d'ailleurs facilement extraite après la ponction de l'une des loges, qui donna issue à 3 litres 1/2 de liquide hémorrhagique de couleur brune très-foncée, en partie purulent, et à une masse considérable de graisse concrète mêlée de cheveux. Le pédicule, très-long et tordu sur lui-même, d'une circonférence et demie, correspondait à l'ovaire droit. L'ovaire gauche était sain. La ligature épiploïque fut fixée au-dessus du pédicule, à l'angle inférieur de la plaie. L'opération, prolongée par l'hémorrhagie de l'épiploon et de la paroi abdominale, avait duré une heure et quart. La malade avait perdu 150 grammes de sang.

Il y eut quelques vomissements chloroformiques. Le pouls, d'abord petit, accéléré, ne tarda pas à se relever. Crampes utérines assez prononcées.

Le deuxième jour, pouls de 100 à 128 parfois irrégulier; les crampes persistent toujours; il y a un peu de sensibilité dans la région hypogastrique à droite; soif vive. — Acétate de morphine, sulfate de quinine.

Le troisième jour, pouls à 95; soif moins prononcée; urines normales; céphalalgie. Extraction du premier point de suture profonde; ventre très-plat.

Le quatrième jour, pouls à 88; état très-satisfaisant, épistaxis utérine.

L'état de l'opérée s'améliora de plus en plus et il n'y eut rien de particulier les jours suivants, sauf des accès de rire nerveux, du huitième au dixième jour, qui n'eurent pas de suites fâcheuses en raison de la cicatrisation déjà avancée et de la bonne contention des parois abdominales. La guérison était parfaite le vingt-septième jour. La cicatrice était un peu irrégulière au niveau de l'angle inférieur de la plaie. Ses bords furent avivés, et la réunion eut lieu par première intention au bout de deux ou trois jours. La malade rentra chez elle parfaitement guérie.

Examen de la tumeur : La tumeur était en majeure partie de nature dermoïde. Sa masse tout entière, y compris le liquide extrait pendant l'opération, pesait 7 kilogrammes. Elle était composée d'une loge principale et de plusieurs autres plus petites. Ces dernières contenaient tantôt du liquide séreux ou gluant, tantôt de la graisse mêlée de cheveux. La grande loge, ponctionnée au moment de l'opération, était la seule qui contînt du liquide hémorrhagique. Elle était complétement dermoïde et sa surface interne était tout à fait semblable à la peau. On y distinguait très-bien à l'œil les glandes sébacées et les follicules pileux. Elle renfermait une assez grande quantité de cheveux, de la graisse concrète et des détritus épidermiques. Le derme y avait été déchiré en plusieurs endroits et comme vergeté sous l'influence de la pression du liquide intérieur. Les traces de ces déchirures étaient encore saignantes ou colorées en jaune par des caillots plus ou moins anciens en voie de transformation regressive. Dans l'épaisseur de la cloison qui séparait cette loge des loges voisines, on sentait une grande masse osseuse très-dure, ayant la forme d'un fer à cheval. Entre les deux branches de cette pièce osseuse, faisait saillie une tumeur lobulée. Une petite portion d'intestin terminée par deux extrémités borgnes, ayant à peu près le diamètre du petit doigt et une longueur de 9 à 10 centimètres, était en quelque sorte appendue à cette masse par un véritable mésentère où l'on voyait ramper des vaisseaux. Cette anse intestinale avait la structure normale. Elle présentait deux couches musculeuses, l'une externe longitudinale, l'autre interne circulaire composées de fibres musculaires lisses. La tunique muqueuse offrait des villosités très-apparentes et la cavité renfermait une matière blanchâtre semblable à du mucus.

Toutes les loges de nature dermoïde contenaient en plus ou moins grande quantité les éléments de la peau. Quelques-unes renfermaient dans l'épaisseur de leurs parois du tissu connectif graisseux et un certain nombre de fragments osseux dont l'un supportait une petite dent molaire.

Le diagnostic des tumeurs dermoïdes de l'ovaire présente presque toujours des difficultés, à moins d'une ponction préalable qui donne issue à de la graisse. Cette dernière est tantôt fluide, tantôt plus ou moins concrète, et offre cette particularité très-curieuse, qu'il faut une température relativement très-élevée pour la fluidifier après son figement. Cette graisse provient des glandes sébacées qui ont pris quelquefois un développement extraordinaire. Elle est mêlée ordinairement à des cheveux et à des détritus épithéliaux de la couche épidermique. Les tumeurs dermoïdes simples, non accompagnées de kystes albumineux, ce que l'on observe le plus souvent, s'accroissent en général d'une manière très-lente et elles restent indolentes, à moins qu'il ne survienne, comme dans l'observation qui vient d'être relatée, des ruptures internes et des hémorrhagies. Dans ce cas, l'hémorrhagie a été provoquée par la torsion du pédicule, par suite de la gêne de la circulation de retour.

DES PIGMENTATIONS CUTANÉES.

Dans la phthisie pulmonaire (1).

Par M. le docteur O. Jeannin.

Les phthisiques sont assez souvent atteints de pigmentations cutanées qui, surtout à la face, rappellent le masque des femmes enceintes.

Ces pigmentations peuvent être distinguées du lentigo, du hâle, de la nigritie, des pigmentations déterminées par les épispatiques, du vitiligo, des crasses parasitaires. Le diagnostic différentiel avec le masque des femmes enceintes est moins facile lorsque la pigmentation se borne à la face ; le diagnostic avec la maladie d'Addison est épineux, lorsque la pigmentation des phthisiques se généralise à toute la peau.

Parmi les circonstances concommitantes, la plus frappante est l'absence souvent constatée d'accidents hémorrhagiques chez les phthisiques atteints de pigmentation.

La sécrétion des urines et des sueurs, la menstruation, la température du corps et l'état du pouls ne présentent que des particularités secondaires.

Le sang examiné à une époque qu'on peut juger éloignée de la mort, a paru à peu près physiologique chez les malades atteints de pigmentation ; au contraire, chez les phthisiques sans colorations anormales et ayant eu des hémorrhagies, il semblait avoir un excès de globules blancs, en même temps que pâlissaient les globules rouges.

L'autopsie tend à démontrer l'intégrité des capsules surrénales dans le cas de pigmentations chez les phthisiques, tandis que la rate et les ganglions lymphatiques sont souvent malades. Les thromboses sont plus fréquents que dans la phthisie ordinaire.

La coloration anormale de la face n'est pas due à la présence de quelque parasite.

L'examen microscopique de la peau démontre, dans les colorations qui se bornent au visage, une accumulation de granulations pigmentaires qui ne dépasse pas le réseau de Malpighi. Dans les cas de colorations un peu plus étendues, on trouve quelquefois les mêmes granulations dans les parties superficielles des papilles; mais, lorsque la pigmentation se généralise dans toute l'épaisseur de la peau, ces granulations se montrent et quelquefois se rassemblent en amas.

Sur la nature de ce pigment, deux théories peuvent être soutenues avec des preuves ; on peut le considérer comme pigment *graisseux*, et comme pigment provenant de la décomposition de l'*hématine*.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 15 janvier 1869. — Présidence de MM. Chausit et Lagneau (2).

—

M. Auguste Voisin. A propos de la communication de M. Duchenne (de Boulogne), je désire présenter à la Société l'observation d'une malade de 77 ans, entrée le 16 mars dernier, dans mon service de la Salpêtrière

Trois semaines avant son entrée, perte de la parole. Ce symptôme va ensuite en diminuant, de façon qu'un mois plus tard elle n'avait plus que l'amnésie de certains mots, des noms propres. Elle était depuis trois mois dans le service lorsqu'elle fut prise, sans perte de connaissance, et après une vive émotion, de l'impossibilité de prononcer un seul mot, de siffler, de cracher (paralysie des lèvres). Il y avait abolition des mouvements de latéralité, de propulsion en avant et d'élévation de la langue.

La mastication, la déglutition des solides étaient impossibles, il s'écoulait de la bouche une bave continuelle. (Paralysie de la langue.) La luette était immobile, la glotte n'a pas été examinée, l'inspiration était ronflante et la respiration évidemment gênée. Le goût et l'ouïe étaient abolis.

L'intelligence était conservée ainsi que la mobilité des membres.

On fut dans la nécessité d'alimenter la malade avec la sonde. Trois mois après, elle fut trouvée morte subitement dans son lit, nouveau point de ressemblance avec la terminaison de la paralysie glosso-laryngée, dont cette observation nous a présenté les caractères. En effet, les symptômes indiquent que les lèvres, la langue et la glotte étaient plus ou moins paralysées.

A l'autopsie, on rencontra un petit foyer de ramollissement ancien, jaune ocreux, situé dans la partie la plus externe du noyau extra-ventriculaire du corps strié gauche et s'étendant à une très-petite portion de l'insula gauche, lésion qui expliquerait l'amnésie.

A la partie antérieure et inférieure de chacun des deux lobes du cervelet, juste au-dessous de chaque pédoncule cérébelleux supérieur, s'observaient deux tumeurs, qui n'étaient autres que des épithéliomas

(1) In-8° de 80 p. avec une planche et six figures intercalées dans le texte. — Paris 1869, prix 2 francs.

(2) Fin. Voir notre dernier numéro.

de l'arachnoïde viscérale. Celle de gauche, du volume d'une noisette, s'étendait jusque entre le bulbe et le cervelet, sous forme étalée, de façon à comprimer les nerfs auditif, facial, hypoglosse, spinal, glosso-pharyngien, qui étaient grêles et moitié plus petits que les nerfs du côté droit. Le facial était même ramolli.

A droite, la tumeur était beaucoup moins étendue; elle ne s'étalait pas jusqu'au bulbe. Les nerfs étaient à l'état normal, sauf l'hypoglosse qui paraissait aminci. Il n'existait pas de sclérose du bulbe, ni de protubérance.

Ainsi donc, nous rencontrons dans cette observation des phénomènes de paralysie analogues à ceux de la paralysie glosso-labio-laryngée, liés à des tumeurs comprimant les nerfs dévolus aux fonctions de la langue, des lèvres, de la luette.

De plus, le trouble de la respiration et le genre de mort rapprochent encore singulièrement cette maladie de celles dont M. Duchenne (de Boulogne) a si bien tracé l'histoire.

Je vous ai présenté cette observation, ajoute M. Voisin, afin de vous faire voir que la paralysie glosso-labio-laryngée n'est pas absolument et toujours liée à la sclérose du bulbe, comme M. Duchenne et d'autres auteurs recommandables tendent à le faire admettre.

M. Briquet. Il y a dans cette observation quelque chose de singulier. Une tumeur ne s'annonce pas habituellement par des troubles si brusques. N'y avait-il pas eu épilepsie, ou aliénation mentale antérieure?

M. Voisin. Rien de semblable n'existait antérieurement.

M. Duchenne. J'ajouterai au fait de M. Voisiu deux faits analogues, l'un, observé dans le service de M. Vigla, l'autre dans le service de Trousseau. Dans le premier, le malade avait perdu tout à coup la parole; ce n'était pas une amnésie par hémorrhagie cérébrale; l'intelligence était parfaite, mais il y avait abolition des mouvements de la langue et des lèvres. Le malade avait perdu connaissance.

Ce fait était très-embarrassant. M. Duchenne pensa à une hémorrhagie dans le siége anatomique de la paralysie glosso-labio-laryngée. Mais ici la maladie a marché en sens inverse de cette dernière. Le sujet a repris la parole au bout de deux mois, sans être paralysé. Quelques mois plus tard une autre hémorrhagie considérable l'ayant tué, on n'a pas pu vérifier le siége anatomique de la première hémorrhagie. Le malade n'avait perdu ni le goût, ni l'ouïe, pas de trouble de la respiration. Au contraire chez le malade de M. Voisin cette perte a eu lieu. Chez ce dernier malade, il y a eu très-probablement hémorrhagie sur un point voisin de l'origine du nerf auditif, à la partie inférieure de la protubérance. La lésion ici a frappé complétement tous les nerfs du bulbe; ce n'est que progressivement que cela a lieu dans la paralysie glosso-labio-laryngée. Dans les cas de tumeurs ou d'hémorrhagies agissant de haut en bas, comprimant ce qui est au-dessous, l'ouïe, la sensibilité gustative de la langue sont abolies, parceque les racines réelles ou les noyaux du glosso-pharyngien ou de l'acoustique sont atteints. La sclérose du bulbe marche de bas en haut. Or, les noyaux du glosso-pharyngien et du nerf auditif qui sont au-dessus du nerf vague, ne peuvent être atteints, puisque la lésion de celui-ci qui leur est inférieur, entraîne la mort

Dans le diagnostic d'une maladie, il faut tenir compte non-seulement de la symptomatologie de la maladie, mais encore du processus morbide.

M. Durosiez demande si M. Voisin n'a pas divisé son observation en deux temps; il semble qu'il y ait eu deux faits à séparer : une embolie et deux tumeurs.

M. Voisin. Le foyer de ramollissement était ancien, lié à des altérations artérielles athéromateuses.

M. Durosiez. Cependant cette instantanéité des symptômes est le fait d'une embolie.

M. Voisin. Il n'y avait pas d'embolie. De plus, l'aorte et le cœur ne présentaient aucune de ces lésions qui sont l'origine des embolies.

M. Duchenne fait hommage à la Société des photographies qu'il lui a présentées.

La séance est levée à cinq beures et quart.

Le Secrétaire annuel en exercice,
Dr Antonin Martin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Semmola, professeur à l'Université de Naples, vient de recevoir, avec une lettre très-flatteuse, les insignes d'officier de la Couronne d'Italie.

L'Institut royal des sciences de Lombardie, la plus illustre Académie italienne, vient d'élire notre savant confrère comme membre associé national.

Ces deux bonnes nouvelles seront bien accueillies en France, où M. le professeur Semmola compte de nombreux amis.

— Un arrêté municipal vient de nommer M. Hurteaux médecin inspecteur de l'établissement des bains de mer de Dieppe.

Les circonstances dans lesquelles s'est produite cette nomination ont donné lieu à une protestation de tout le corps médical de Dieppe.

AVIS

Les collections remises dans nos bureaux du 1er janvier au 2 février — pour être reliées — sont prêtes. On peut donc les faire retirer.

Le prix de la reliure est de 3 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Étude sur les déchirures de la vulve et du périnée pendant l'accouchement, par le docteur Montfort. In-8. de 100 pages. Prix, 2 francs. Paris, 1869.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 1er mars 1869.

La question des aliénés est mise à l'ordre du jour.

Nos lecteurs savent combien l'opinion publique s'est émue du régime actuel des aliénés : cette émotion s'est accusée sous toutes les formes scientifique et littéraire. L'exagération même des récriminations a conduit à la révision d'une loi, bonne à l'époque où elle fut faite, mais qui maintenant ne saurait que gagner à un remaniement.

Aujourd'hui, nous faisons appel à nos confrères pour jeter dans le creuset quelques idées pratiques : pas de mémoires que nous ne pourrions que résumer, mais un résumé fait par l'auteur, ce qui vaut infiniment mieux.

Déjà les médecins des services d'aliénés de Paris et des départements ont été invités, par M. le ministre de l'Intérieur, à déposer, isolément, dans un délai de huit jours, un avis motivé sur la question des aliénés.

Nous ne croyons pas commettre actuellement d'indiscrétion, en disant que nous savions que l'Empereur se préoccupait depuis longtemps des améliorations à introduire dans le sort et le régime des aliénés. Le 20 mai dernier, notre excellent ami, M. le docteur Legrand du Saulle, médecin de Bicêtre, était reçu aux Tuileries et longuement questionné par Sa Majesté.

Notre savant confrère profita de cette heureuse circonstance pour formuler tout un programme. Il demanda le maintien de la loi de 1838, mais avec des mesures libérales complémentaires, à prendre par voie de décrets impériaux.

L'Empereur désirant connaître ensuite les différents modes d'assistance, de traitement et de législation, en vigueur aujourd'hui à l'étranger, M. Legrand du Saulle, après un rapide examen comparatif des divers systèmes européens et américains, dut rédiger, sur le désir de Sa Majesté, une série de mémoires sur cette question si pleine d'actualité.

Nos lecteurs liront avec intérêt le rapport suivant, pièce importante et première des débats. Laissons la parole à M. de Bosredon.

RAPPORT

A SON EXCELLENCE M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

Monsieur le Ministre,

L'attention publique s'est portée depuis 1863 sur la législation relative aux aliénés et sur le régime intérieur des asiles. Des critiques, isolées d'abord, puis se manifestant en plus grand nombre et avec plus de vivacité, ont emprunté, pour se faire jour, le secours de la presse ou la forme de pétitions au Sénat.

En 1867 et en 1868, sur le rapport de M. Suin, le Sénat, tout en reconnaissant l'injustice ou l'exagération de la plupart de ces critiques, avait cru devoir préciser les parties de la législation qui appelaient, à ses yeux, un perfectionnement, et il avait indiqué plusieurs mesures ayant pour but, non de modifier la loi du 30 juin 1838, mais d'en assurer l'application, en en développant les principes.

Devançant ces recommandations, l'Administration avait déjà réalisé plusieurs améliorations qui répondaient à la pensée du Sénat. C'est ainsi que deux circulaires du Ministre de l'Intérieur et du Garde des sceaux, en date des 16 et 17 janvier 1866, avaient rappelé aux préfets et aux magistrats de l'ordre judiciaire les prescriptions de la loi de 1838, qui les obligent à visiter personnellement les asiles et à se faire rendre un compte fréquent des réclamations des malades ; c'est ainsi encore que les médecins, chargés de contrôler les placements volontaires, ont reçu l'ordre de consigner leur avis sur les registres matricules de la maison ; que depuis plus de dix ans, l'autorité supérieure s'efforce de propager, dans les asiles, l'organisation de grands travaux de culture et la création de fermes où sont réunis et occupés les aliénés paisibles ; que la plus grande somme de liberté, surtout dans les exploitations agricoles, est laissée aux malades et que, pour éviter l'encombrement, plusieurs départements ont essayé, à l'égard des aliénés inoffensifs, le mode d'assistance à domicile.

Resterait l'examen des dispositions destinées à fortifier par certaines formalités complémentaires les garanties que la loi du 30 juin 1838 avait déjà pris soin d'assurer à la liberté individuelle. Le Ministre de l'Intérieur et celui de la Justice y ont consacré le soin et l'attention que commande toujours un vœu du Sénat. Mais le moment est venu d'embrasser plus étroitement la question, et, pour en dégager la solution pratique, de faire appel aux lumières et au concours d'une commission spéciale.

La loi du 30 juin 1838 est une œuvre considérable. « Pure dans l'intention qui l'a inspirée, bonne dans son principe, sage dans ses dispositions », comme l'a déclaré l'éminent rapporteur du Sénat, elle n'a été votée par la Chambre des députés et la Chambre des pairs, qu'après avoir subi l'épreuve d'une triple discussion. Plusieurs États de l'Europe, la Belgique, la Suisse, l'Italie, l'Allemagne, en ont adopté les dispositions principales, et le vote récent du Sénat en a confirmé le système général. Mais, dans une matière aussi délicate, alors qu'il s'agit de la liberté individuelle, de la sécurité des familles et d'un grave intérêt social, l'Administration ne doit hésiter devant la recherche d'aucune amélioration ; son devoir est, au contraire, de s'efforcer de les réaliser toutes et de chercher à perfectionner, s'il est possible, la législation actuelle.

Dans cet ordre d'idées, il semblerait opportun d'examiner, par exemple, les questions suivantes :

Ne devrait-on pas exiger, sauf dans les cas d'urgence et d'impossibilité absolue, deux certificats médicaux, au lieu d'un certificat unique ?

N'y aurait-il pas lieu d'imposer au médecin l'obligation du serment ?

Ne pourrait-on pas, pour les interdits et les mineurs, faire intervenir le conseil de famille, et dans les cas ordinaires, subordonner la séquestration aux résultats d'une enquête locale dont serait chargé le juge de paix du canton ?

N'y aurait-il pas utilité à demander à la magistrature une plus large intervention et des visites plus fréquentes ?

La loi ne devrait-elle pas autoriser les procureurs impériaux à exercer un contrôle plus étendu et plus actif ?

Faut-il admettre, comme on l'a proposé, que, lorsqu'un placement, volontaire d'abord, sera transformé en séquestration d'office, l'arrêté du préfet ne puisse devenir exécutoire qu'après décision du tribunal ?

La question du traitement des aliénés inoffensifs et des idiots pourrait être également soumise à un nouvel examen. Bien que les tentatives poursuivies, depuis plusieurs années, dans les départements de l'Isère, du Rhône, de la Savoie, de la Seine-Inférieure, de Tarn-et-Garonne, des Vosges, etc., soient demeurées à peu près infructueuses, on ne saurait les considérer comme définitives, et le système de secours à domicile présenterait notamment, au point de vue financier, des avantages qu'il est sage de ne pas négliger.

Ces considérations ont déterminé Votre Excellence à instituer près son ministère, de concert avec M. le Garde des sceaux, une commission composée de membres appartenant aux grands corps de l'État, à la magistrature, à l'administration et à la science. J'ai préparé, dans ce but, un projet d'arrêté que j'ai l'honneur de soumettre à son approbation.

La commission devra nécessairement jouir d'une grande latitude. Elle n'aura donc point à renfermer ses travaux dans le cadre sommaire que je viens de tracer. Ce sont là des indications générales, non un programme défini.

Pour lui assurer tous les moyens d'information, il conviendra de lui laisser aussi la faculté de recevoir oralement ou par écrit les observations des hommes spéciaux, des magistrats, des administrateurs ou des publicistes, dont elle pourrait avoir intérêt à recueillir le témoignage. Le gouvernement ajoutera ainsi à l'autorité de ses propositions.

Veuillez agréer, monsieur le Ministre, l'hommage de mon profond respect.

Le conseiller d'État, secrétaire général,
Signé : DE BOSREDON.

Approuvé :
Le Ministre de l'Intérieur,
Signé : DE FORCADE.

Nous avons donné récemment la composition de la Commission instituée pour la révision de la loi de 1838.

Voici donc la question nettement posée et soumise à la discussion publique. Que sortira-t-il de ce qui se prépare ? Nous désirons sincèrement que l'intérêt des malades soit sérieusement sauvegardé ; mais on nous permettra de demander aussi que la dignité du médecin soit désormais affranchie des imputations calomnieuses des romanciers.

Avant d'être un savant, le médecin est un honnête homme. On ne devrait pas l'oublier.

Dr E. Le Sourd.

Un fait des plus graves s'est passé mardi dernier dans le comité secret de l'Académie.

Le sous-bibliothécaire, M. Guardia, a été déclaré déchu de cette position purement honorifique. — Cette motion a été prise à l'unanimité des membres présents.

Nous n'avons pas à rechercher si les articles publiés dans la *Gazette médicale*, par M. le docteur Guardia, jugeaient avec trop de vivacité les membres de l'Académie.

Blessée dans ses susceptibilités, il était de la dignité de l'Académie de mettre M. Guardia en demeure d'offrir sa démission, et chacun connaît trop l'indépendance de notre honorable confrère pour mettre en doute qu'il ne se fût immédiatement exécuté.

Le comité secret de l'Académie aura — aux yeux de tous les gens désintéressés dans la question — le tort grave d'avoir donné lieu à une mesure prise *ab irato*.

Il aura de plus un enseignement qu'il eût été bon de ne pas mettre en pleine lumière, c'est qu'un sous-bibliothécaire ne peut pas être indépendant.

Cette conclusion frappe d'avance de déconsidération celui qui acceptera une semblable situation.

Ce que l'Académie perd en M. Guardia, chacun le sait ; et jamais la poussière des nobles cartons académiques n'avait rencontré un plus vaillant ennemi.

On ne trouve pas tous les jours un talent de premier ordre pour une place gratuite de sous-bibliothécaire.

Dr E. L.

HOPITAL COCHIN. — M. Léon Le Fort.

DÉCHIRURE COMPLÈTE DU PÉRINÉE ET DE LA CLOISON RECTO-VAGINALE

Périnéoraphie par dédoublement des débris de la cloison. Guérison complète.

La déchirure du périnée, lorsqu'elle n'intéresse que la partie du plancher périnéal comprise entre l'anus et la vulve, même lorsqu'elle comprend le sphincter anal, est une lésion à laquelle la périnéoraphie remédie avec assez de facilité, et la guérison peut être obtenue par plusieurs procédés qui comptent en leur faveur un bon nombre de succès. Mais il n'en est plus de même lorsque la cloison recto-vaginale est déchirée dans une certaine étendue. Il s'agit alors, non plus seulement d'aviver et d'affronter deux surfaces parallèles, il faut reconstituer par la suture une portion de cloison dont la direction se rapproche du plan horizontal, rapprocher l'une de l'autre les deux lèvres verticales de la plaie périnéale et combiner l'avivement et la suture de manière que ces deux lignes de réunion, perpendiculaires l'une à l'autre, se joignent et se confondent au point où la cloison recto-vaginale se perd dans le plancher périnéal. Aussi, quel que soit le procédé employé, il reste presque toujours dans ces circonstances une fistule, soit au centre du périnée, soit à la jonction de la cloison restaurée et du périnée de nouvelle formation. Sur 12 femmes guéries par Roux, 7 gardaient une fistule recto-vaginale, et sur 7 malades opérées par Diffenbach, 4 conservaient de semblables fistules. Langenbech, Béraud, Demarquay ont tenté avec succès d'appliquer à la restauration de la cloison la méthode du dédoublement des deux muqueuses vaginale et rectale. Le procédé que j'ai imaginé et suivi se rapproche des précédents, dont il diffère par les modifications apportées au mode de jonction de la cloison vaginale avec le périnée nouveau. Il a beaucoup plus d'analogie, sinon même d'identité, avec une opération publiée déjà par M. Richet dans la *Gazette médicale*, mais postérieure de deux mois à celle que j'ai pratiquée en 1868 à l'hôpital Cochin.

OBS. — B. Lucie, âgée de 31 ans, entre à l'hôpital Cochin le 19 novembre 1868, salle Saint-Jacques, n° 8. Cette femme, de taille ordinaire, bien constituée, porte depuis neuf ans une déchirure périnéale complète, survenue dans un accouchement laborieux. Depuis neuf années, elle est atteinte d'une incontinence complète des matières fécales. Pour peu que les fèces aient une certaine fluidité, elles s'écoulent incessamment au fur et à mesure qu'elles descendent dans l'ampoule rectale ; lors même qu'il y a de la constipation, l'incontinence subsiste, mais elle n'est pas absolue. Si la malade éprouve alors le besoin de la défécation, elle a le temps de faire quelques pas et de saisir son vase de nuit, mais si elle tarde une minute ou s'il lui faut gagner les cabinets, les excréments, quoique durs, tombent sur le sol. Par crainte d'une opération, par un sentiment exagéré de pudeur, la malade a supporté pendant neuf ans les ennuis incessants que lui cause cette grave infirmité ; enfin, elle se décida à venir réclamer les secours de la chirurgie.

Le périnée se présente dans l'état suivant : la vulve se prolonge en bas jusqu'à l'anus (A) dont la demi-circonférence existe

seule; si on écarte les grandes lèvres, on n'aperçoit pas tout d'abord la cloison recto-vaginale, car le cloaque (B) a sa paroi postérieure formée à ce niveau par la muqueuse de la face postérieure du rectum. En écartant davantage les grandes lèvres, on découvre la cloison qui se termine par un bord tranchant, formé par une bride cicatricielle mince dépendant de la muqueuse vaginale, et débordée sur quelques points par des bourrelets de membrane muqueuse rouge, tomenteuse, appartenant au feuillet rectal de la cloison. Cette déchirure se présente sous la forme d'une fente très-écartée en avant et dont les bords se perdent dans l'épaisseur de la peau de la fesse, se réunissent en arrière en formant comme une sorte de triangle à sommet postérieur. Pour combler cette large ouverture, il faut reconstituer la partie inférieure de la cloison et réunir la face interne des fesses dans la partie qui correspond à l'intervalle compris entre la vulve et l'anus.



Les opérations de fistule vésico-vaginale nous ont appris qu'il fallait, autant que possible, adosser des surfaces et non des bords, en dédoublant la cloison et en adossant l'une à l'autre par leur face profonde, avivée par la dissection même, les deux parties latérales de la muqueuse vaginale et les deux parties de la muqueuse rectale; on pouvait alors mettre en rapport des surfaces et non des bords. De plus, il fallait que la muqueuse vaginale vînt répondre à la pointe supérieure de l'avivement vertical fait sur la face interne de la fesse et des grandes lèvres, tandis que la muqueuse rectale devait venir répondre au sommet inférieur de ce même avivement; en un mot, il fallait aviver à droite et à gauche une surface triangulaire dont la base répondît au périnée nouveau et dont les bords, fuyant en arrière et très-écartés en avant, allassent, l'un reformant le vagin, l'autre reformant le rectum, se rejoindre en arrière en n'ayant en cet endroit d'autre écartement que celui qui répond à l'épaisseur de la cloison normale qu'ils devaient continuer. Cette pratique avait, de plus, l'avantage de former deux plans inclinés sur lesquels les liquides vaginaux et intestinaux devaient glisser, au lieu de venir s'accumuler entre la barrière verticale formée par le périnée nouveau et s'engager entre les lèvres de la plaie dont ils eussent empêché la réunion.

L'opération fut pratiquée le 25 novembre de la manière suivante :

La malade étant placée dans le décubitus dorsal et les cuisses et les fesses tenues écartées par les aides, j'introduis les quatre premiers doigts de la main gauche dans le rectum et tends ainsi la cloison, en même temps que je la fixe avec l'ongle du pouce, appuyant sur le bourrelet que forme la muqueuse rectale. Une incision antéro-postérieure d'un 1/2 centimètre de long est faite sur la partie moyenne de la muqueuse vaginale, depuis le point C jusque vers le milieu du bord libre, et je la prolonge à droite et à gauche le long des bords cicatrisés de la cloison rompue, à la jonction dans la cicatrice des muqueuses rectale et vaginale. Arrivée au niveau de la vulve, cette incision C. D se bifurque en deux branches, l'une D. E qui monte en dehors vers les grandes lèvres et le pli génito-crural, l'autre, D. G, qui descend également en dehors, mais vers l'ischion. Une troisième incision verticale, E. I. G, réunissant les deux précédentes, forme la base du triangle H dont le sommet, très-allongé, répond au milieu du bord libre de la cloison et à la rencontre des deux incisions pratiquées sur ce bord. Après avoir opéré ainsi à gauche, je répète à droite les mêmes manœuvres.

Ceci fait, saisissant et soulevant avec des pinces à griffes la lèvre vaginale de l'incision, je décolle avec le bistouri, je sépare la muqueuse vaginale de la muqueuse rectale, depuis le bord libre ou déchiré de la cloison jusqu'à la ligne indiquée par des points. On a ainsi deux lambeaux; l'un, D, formé par la muqueuse vaginale, s'étend jusqu'au sommet du triangle H, l'autre se divise en deux portions : la première, la plus reculée, répondant au vagin et au rectum, devra fournir les éléments d'une nouvelle muqueuse rectale; l'autre qui répond au triangle H, c'est-à-dire à la face interne des fesses, devra reconstituer l'anus et le plancher périnéal. Après qu'on a disséqué et enlevé la peau qui forme le triangle H, si on soulève la muqueuse vaginale décollée au niveau du lambeau D, on a de chaque côté une surface cruentée de forme triangulaire, dont la partie la plus large formera le périnée, et dont la partie la plus étroite et la plus reculée devra reconstituer la cloison par l'adossement réciproque, par leur face profonde, des muqueuses vaginale et rectale.

L'avivement terminé, il ne s'écoule que fort peu de sang, et l'on peut immédiatement passer au deuxième temps de l'opération le placement des points de suture.

Cinq points de suture métallique sont placés d'abord le long des bords G. G. L'aiguille, enfoncée de bas en haut, traverse la muqueuse rectale sur le bord gauche (par rapport à la malade) de l'incision, ressort sur la face profonde de la muqueuse, avivée par le décollement du feuillet vaginal et traverse ensuite en sens inverse, dans un point correspondant, le bord droit de la cloison déchirée. Les trois premiers points de suture répondant à ce qui devra être la muqueuse rectale sont immédiatement serrés, les deux autres, qui répondent au triangle H et qui devront reconstituer l'anus, ne seront serrés que plus tard. Les anses des fils sont donc placées dans l'épaisseur de la nouvelle cloison, leurs extrémités tordues l'une sur l'autre se trouvent dans le rectum.

Il faut alors reconstituer la partie vaginale de la cloison, ainsi que la commissure inférieure de la vulve. Pour ce faire, six points de suture sont placés le long des bords C. D. E. L'aiguille, enfoncée de haut en bas, traverse le lambeau D du côté gauche de la face vaginale à sa face cruentée, puis retraverse de bas en haut et en sens inverse, le lambeau du côté droit, de manière à ce que les extrémités des fils se trouvent dans le vagin. Lorsque les six points de suture ont été appliqués, on serre les quatre derniers, ceux qui, placés de C en D, devront aider à la formation de la nouvelle cloison vaginale. Les deux autres fils ne seront serrés que plus tard.

Le rapprochement des parties latérales de l'avivement, l'adossement des triangles H est effectué par trois points de suture métallique placés de la façon suivante : une aiguille légèrement courbe, pénétrant dans la peau de la fesse gauche, à deux millimètres en dehors du triangle H et dans la partie supérieure de la ligne E. I. G, est menée obliquement d'avant en arrière, de manière à venir ressortir vers le point C, mais au-dessous du lambeau D, c'est-à-dire dans l'épaisseur même de la cloison nouvelle; l'aiguille ayant été retirée, on coupe près du chas le fil métallique qu'elle entraînait avec elle, et on a ainsi un demi point de suture, mesurant toute la longueur antéro-postérieure de la surface avivée, depuis le point I jusqu'au point G. Comme il serait difficile de réintroduire l'aiguille d'arrière en avant le long du bord droit de l'avivement, on a recours à une manœuvre très-simple pour lever cette difficulté. On charge l'aiguille d'un fil de soie enfilé non par une extrémité, mais par une anse; l'aiguille est introduite à droite de la même façon qu'à gauche, elle ressort également au point G, on la retire, et lorsqu'on la dégage du fil on a ainsi, dans la profondeur de la cloison, une anse de fil en travers de laquelle on engage le fil métallique qui avait été déjà placé à gauche, et il suffit alors de tirer à soi les extrémités libres du fil de soie pour entraîner d'arrière en avant le fil métallique. Lorsque ce fil est venu ressortir le long de la ligne E. I. G du côté droit, on a alors un point de suture qui agira efficacement pour rapprocher les deux lèvres de l'avivement, aussi bien dans la profondeur de la cloison que vers le périnée. Deux autres points de suture sont placés de la même manière, l'un à la partie moyenne, l'autre à la partie inférieure de la ligne E. I. G.

Un dernier fil reste à placer, c'est celui qui devra relever la cloison vaginale au niveau du bord supérieur E, lequel répondra à la commissure vaginale et qui fera de cette partie de la cloison une sorte de plan incliné qui supprimera le sinus qui dans les autres procédés subsiste en cet endroit, retient les mucosités vaginales et, en permettant leur infiltration entre les lèvres de la plaie, amène trop souvent et presque toujours une fistule recto-vaginale. L'aiguille enfoncée au travers de la peau, au point E, ressort à deux millimètres de ce point sur la face cruentée du triangle H, puis on la réintroduit au point D de bas en haut, c'est-à-dire de la face libre à la face avivée de l'angle du lambeau formé par le décollement de la muqueuse vaginale; puis l'aiguille traverse en sens inverse et au même point le lambeau D du côté gauche, pour traverser enfin l'angle E du triangle H du côté droit de sa face saignante, vers la peau de la fesse.

Il ne reste plus qu'à serrer les points de suture, et on effectue le dernier temps de l'opération de la manière suivante. Les deux sutures placées sur le bord inférieur du triangle H et devant reconstituer l'anus, sont tordues à la façon ordinaire; puis on serre les deux sutures qui, placées de D en E, doivent reformer la fourchette. On passe ensuite au fil placé le dernier et qui doit relever la cloison vaginale au niveau de la fourchette, et l'on termine par la striction des trois sutures profondes placées le long des bords E. I. G.

L'opération terminée, le périnée était reconstitué, et la déchirure semblait devoir ne laisser d'autre trace qu'une cicatrice linéaire; malheureusement le tiraillement exercé par les fils devait amener la section de la peau et des lambeaux, et, lorsqu'au bout de huit jours je voulus m'assurer de l'état exact des choses, tout avait cédé et l'infirmité s'était reproduite exactement comme avant l'opération.

Malgré cet insuccès complet, le procédé opératoire me parut remplir si bien les indications que je n'hésitai pas à recommencer de la même manière, mais en ajoutant une précaution essentielle : inciser profondément la peau de la fesse pour relâcher les parties serrées et diminuer la tension des fils.

La seconde opération fut pratiquée le 14 décembre 1868. Après avoir opéré de la même façon que lors de la première tentative, on fit sur la face interne des fesses deux incisions curvilignes, K. K, qui relâchèrent d'une façon remarquable les parties tendues par la suture. La malade prit chaque jour cinq centigrammes d'extrait thébaïque en cinq pilules; pendant dix jours elle n'eut aucune garde-robe; le huitième jour, les fils furent retirés; la réunion était complète. La malade fut maintenue en observation pendant plusieurs jours; malgré des évacuations abondantes de matières fécales durcies, la réunion persista complète. Et lorsqu'elle sortit de l'hôpital, le 31 décembre, l'opérée était absolument guérie, ne présentant aucune solution de continuité sur aucun point de la réunion, et ne portant comme trace de déchirure complète qu'un raphé périnéal un peu plus marqué que dans l'état normal et les cicatrices linéaires des incisions curvilignes pratiquées sur les fesses afin de relâcher la tension des parties pendant la cicatrisation.

Le 10 février, deux mois après l'opération, j'ai revu la malade qui est rentrée auprès de son mari et de ses enfants. La réunion s'est exactement maintenue, le périnée laisse à peine apercevoir la cicatrice qu'on prendrait facilement pour le raphé médiannormal. La malade conserve à volonté les matières fécales, quelle que soit leur consistance. En un mot, le succès est absolument complet.

DE L'INFLUENCE DE L'ALIMENTATION SUR L'INCUBATION DE LA RAGE CHEZ LES ANIMAUX.

Expériences (1)

Par le docteur C. Ménécier (de Marseille),

Chirurgien du Dispensaire central.

Dès le début de nos expériences (1863) sur les animaux enragés recueillis par le service municipal et amenés au dépôt Mempenty, nous avions été frappé des signes physiques de bonne santé, de l'embonpoint même, dont jouissaient les chiens que l'on nous présentait atteints de l'affection rabique.

Étudiant *l'influence des privations* sur le développement de la rage, nous avions repris les expériences faites déjà bien souvent par les médecins vétérinaires les plus autorisés. — Ainsi, plus de 160 chiens ont été entretenus avec de l'eau pourrie, des viandes infectées, les laissant reposer sur des litières humides, privés alternativement de boissons et d'aliments au point de les obliger à se nourrir de leurs excréments ou de planches de sapins, excitant leur colère au milieu de ces tortures qu'un but scientifique seul peut excuser. Tous ces pauvres animaux, dont on a parfois soutenu la vie prête de s'éteindre pour prolonger chez eux l'agonie, ont succombé à des entérites typhoïdes, des dyssenteries, des péritonites traumatiques, à l'épilepsie, aux rhumatismes, aux affections de poitrine, à la faim... mais jamais nous n'avons eu à relever un cas de rage.

Nous avons alors entrepris les mêmes expériences sur des chiens *inoculés*, afin d'examiner qu'elle pourrait être *l'influence de ces mêmes privations sur l'incubation de l'affection rabique*.

Voici les observations détaillées de nos premières expériences :

Expérience I. — Le 25 avril 1864, avec la bave d'un chien enragé apporté au dépôt, nous inoculons trois chiens et deux chiennes poils ras. (Ces inoculations furent faites aux oreilles, entre les épaules et aux organes génitaux). De ces cinq animaux, tous en parfaite santé, de même corpulence, à peu près du même âge, nous prîmes au basard un chien et une chienne, que nous plaçâmes dans une même cage, étroite et obscure. Leur nourriture consistait, deux fois par jour, en une ration très-faible, de pain de soldat trempé dans les eaux grasses de la caserne qui avoisine le chenil. Il leur fut donné de l'eau à discrétion. Les deux autres chiens, ainsi que la chienne, furent logés dans une cellule commune plus vaste, bien aérée, munie d'une couche de paille toujours fraîche, leur nourriture fut mieux choisie. Nous donnâmes ordre de tenir constamment des vivres dans cette seconde cage.

On comprend aisément que sous l'influence de ce régime les premiers animaux maigrirent rapidement, tandis que les derniers prenaient plus d'embomboint. Qu'advint-il? Le 4 juin 1864, c'est-à-dire 38 jours après l'insertion du virus, l'un des chiens bien nourris demeurait accroupi au fond de la cage, il happe l'air et cherche à mordre ses compagnons, lorsqu'ils passent trop près de lui en se promenant, la voix devient saccadée, déchirante, il ne se meut que péniblement, serre la queue en marchant, ne boit pas et sort légèrement la langue. L'animal essaye de manger, mais il laisse tomber aussitôt les aliments qu'il ne peut saisir que faiblement entre les lèvres. Dès l'apparition des premiers symptômes, nous séparons très-vite ce chien des deux autres. Le lendemain l'animal s'acharne à vouloir mordre les bûches de chêne placées à dessein près de lui. Il a répandu sur le parquet les aliments qu'on lui avait donné sans paraître en avoir mangé. Il se précipite avec fureur sur la tige que nous lui présentons; son intelligence n'est pas complètement abolie. Commandé d'une voix forte, il répond à notre appel; la pupille est dilatée, fixe, les yeux ternes. Le jour suivant l'animal a un accès en entendant les chiens voisins gratter aux parois de sa cellule; il se précipite sur la cloison de planches qui les sépare, et épuise toutes ses forces dans cette lutte inégale; après quelques instants, en effet, on le voit glisser sur ses pattes sans plus pouvoir se relever. La paralysie des membres postérieurs gagne rapidement; il demeure étendu sur le flanc et fait

(1) Extrait d'un Mémoire inédit couronné par la Société des sciences naturelles d'Alger.

entendre des sons gutturaux tout particuliers. La matinée suivante, à sept heures, le chien succombe (7 juin); nous en faisons l'autopsie bientôt après. Les poumons sont affaissés et ont une coloration normale; la vessie est remplie d'urine; l'estomac, vide d'aliments, renferme des poils de la robe surnageant au milieu d'un liquide bilieux; rien du côté du cerveau, tous les organes sont sains, le tissu adipeux domine; il n'y a pas de lysses sous la langue.

Cinq jours plus tard (13 juin) la chienne, son ancienne compagne, était prise des premiers symptômes de la rage confirmée. La maladie s'est annoncée par une grande agitation. L'animal s'acharne contre sa litière, qu'il mordille et repousse, pendant les accès, d'un coin à l'autre de la cellule. La bave est abondante; le premier accès a dû se manifester pendant la nuit, car notre appariteur a été réveillé par les hurlements caractéristiques de l'animal, auxquels se joignaient les aboiements de son compagnon de chaîne. Il y avait eu lutte entre les deux animaux et notre enragé avait essuyé quelques bons coups de dents sans avoir pu rendre la moindre égratignure. Dans cet état, la chienne ne prend aucune nourriture, refuse de boire et succombe le lendemain (15 juin).

A la nécropsie, nous avons trouvé un demi-centimètre de graisse sous la peau, le cœur et les autres organes sont en bon état; il existe sous la langue, et à droite, une petite vésicule à laquelle nous hésitons de donner le nom de lysse; les ganglions sous-maxillaires sont légèrement engorgés du même côté.

L'estomac contient des matières bilieuses mélangées à des poilss formant bouchon à l'orifice pylorique; la vessie renferme quelque, gouttes d'urine; du côté du cerveau, il y a un peu d'injection des vaisseaux, ainsi qu'un léger piqueté rouge de la substance grise.

Treize jours s'étaient écoulés depuis les premiers symptômes de l'affection rabique notés chez la chienne qui a fait l'objet de l'observation précédente, sans que le chien braque qui nous restait ressentît les premières atteintes de la maladie, lorsque, le 25 juin, l'animal refusa tout à coup la nourriture, son aboiement ne fut plus le même, et le lendemain, 26 juin, en notre présence, il eut un accès. Trois heures après il en avait un deuxième, au milieu duquel il succomba comme foudroyé, en se jetant, la tête la première, contre les barreaux de fer de la cage, cette fin subite nous fit songer aussitôt à quelque rupture de vaisseaux ou à une commotion violente : il n'en était rien.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin, nous ne découvrîmes aucune lésion anatomique ou pathologique capable de l'expliquer. Le cœur et les vaisseaux abdominaux étaient fortement injectés d'un sang noir diffluent; les reins volumineux, la vessie vide, rien dans l'ectomac, si ce n'est quelques fragments de pailles et un morceau de dent qu'il s'était brisée lors du premier accès en se précipitant sur la barre de fer que nous lui présentions. Le sujet était excessivement gras.

Ainsi, voilà trois animaux parfaitement nourris et entretenus qui ont vu se déclarer la rage et ont succombé 30, 40, et 67 jours après l'insertion du virus.

Pendant ce temps, que devenaient nos deux autres inoculés? Ils dépérissaient à vue d'œil, nous l'avons dit leur nourriture n'était que suffisante pour ne point les laisser mourir de faim.

Vingt-six jours s'étaient écoulés depuis la mort des inoculés de la série précédente et au aucun symptôme propre à l'affection rabique ne pouvait être signalé chez ces derniers. Le 1er août arriva; je fis alors augmenter par gradation rapide la ration d'aliments. Onze jours plus tard, les deux chiens reprenaient une certaine vigueur et leur maigreur commençait à disparaître. A ce moment, la diarrhée s'empare de l'un des animaux (12 août.) Huit jours plus tard le deuxième chien perd de son appétit et va se blottir dans le fond de la cage dès qu'on s'approche de lui; pendant deux jours l'animal demeure ainsi; l'émission des urines est fréquente; il a des érections; trois fois il rejette une salive filante et spumeuse; sa voix devient caractéristique du chien enragé.

L'après-midi du troisième jour (21 août), il est tout haletant, sort légèrement la langue entre les mâchoires de devant, qui s'écartent naturellement, ce qui lui donne une physionomie grimaçante.

L'eau de son abreuvoir, très-sale, tient en suspension une bave sanguinolente brune particulière à un grand nombre d'enragés. Dès lors, nous faisons surveiller très-soigneusement l'animal, et on le sépare de son compagnon malade pour lui en donner un autre en parfaite santé.

Aussitôt il se précipite sur le nouvel arrivant; la lutte s'engage et ne peut cesser qu'en les séparant de vive force. Ce combat a considérablement surexcité notre enragé; il va et vient dans la cage, plongeant de temps à autre le museau dans son abreuvoir. Nous lui présentons une tige de fer devant laquelle il fuit d'abord et qu'il mord ensuite tout en donnant de la voix. Ne voulant point hâter la mort de ce malheureux animal en trop le tracassant, je fais renouveler les aliments et je défends expressément que quiconque l'approche. Abandonné à lui-même, le chien ne mange pas, il se tient allongé et passe par intervalle les deux pattes de devant sur les côtés de son museau, comme s'il voulait en détacher un corps étranger qui se serait attaché à la mâchoire. Il donne de la voix et se lève pour boire, sa marche est titubante.

Le cinquième jour, nous l'appelons; il essaye en vain de se relever. Sa respiration est courte; toute l'habitude du corps humide et sale. Le sixième jour, le chien succombe. L'autopsie en est faite à cinq heures et demie du soir : sang noir, vessie pleine; langue avec enduit sanieux qui la recouvre; traces de lysses; amas de poils dans l'estomac; vésicule biliaire volumineuse; rien autre de particulier à signaler. L'incubation avait duré près de quatre mois.

Quant au deuxième chien, il a conservé la diarrhée seize jours, avec quelques alternatives de mieux et de plus mal. Nous n'avons rien employé pour l'arrêter. Le chien a subi un nouvel amaigrissement, mais une fois rétabli il a bien vite repris son ancien embonpoint. Cette indisposition l'aurait-elle *purgée* du virus rabique. Nous ne pouvons rien affirmer. Il est de fait que ce chien n'a jamais eu depuis la plus légère indisposition qui ait pu nous le rendre suspect.

Ces expériences méritaient d'être répétées, aussi les avons-nous renouvelées dans ces derniers temps.

Expérience II. — Les 6 et 8 juillet, nous livrions, d'une part, un chien lévrier croisé, de haute taille, et, d'autre part, un chien braque, de stature moyenne, à un chien enragé, encore au début de la maladie, et qui les a mordus d'une manière terrible sur toutes les régions du corps.

Le premier de ces inoculés a vu la rage se développer le 27 du même mois, et il a succombé le 29. Les aliments lui avaient été donnés à profusion. Le second, auquel j'avais fait donner, dès le 10, une très-faible ration afin de le laisser maigrir, n'est mort enragé que le 11 août.

La différence a été moins sensible dans cette deuxième expérience, cependant elle a existé. Nous nous promettons d'ailleurs d'expérimenter à nouveau, et notre exemple sera suivi.

L'observation directe n'est donc pas en faveur des chiens trop bien nourris et souvent dits de luxe. C'est d'ailleurs ce que l'on avait remarqué depuis longtemps chez ces animaux pour le développement de la rage spontanée. Une alimentation trop succulente, trop abondante, en un mot, mal dirigée, est plus funeste qu'une nourriture mal réglée, serait-elle à peine suffisante et de mauvaise qualité. — Aussi ne rencontre-t-on qu'exceptionnellement des chiens enragés au milieu des grandes meutes où tous les animaux sont astreints et accoutumés au même régime à une bonne hygiène. Par contre, les chiens de petites maîtresses ou ceux dits de luxe, entretenus dans nos foyers comme des bestiaux à l'engrais, voient augmenter chez eux le nombre des maladies et l'affection rabique faire plus de victimes.

Les conclusions pratiques à déduire de ces faits sont celles-ci :

L'administration, en créant des règlements de police sanitaire, doit veiller à ce que tout en protégeant la sécurité générale les propriétaires puissent accorder une certaine liberté à leurs chiens, le grand air et l'exercice étant indispensables à ces animaux, et non pas diriger contre ces pauvres bêtes les arrêtés les plus rigoureux, les plus vexatoires et en même temps le moins en harmonie avec les données actuelles de la science. En agissant trop sévèrement, on rend obligatoire la séquestration du chien dans les appartements et l'on favorise ainsi chez eux le développement de bien des maladies que des mesures plus modérées tendraient à faire disparaître.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 20 janvier 1869. — Présidence de M. LEGOUEST.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
Pendant l'année 1868.

Par M. LÉON LABBÉ, secrétaire annuel.

Messieurs,

Appelé par vos suffrages à l'honneur de rédiger vos bulletins pendant l'année 1868, je viens aujourd'hui retracer, dans un résumé rapide, les points principaux qui ont fait l'objet de vos études. Après avoir apporté le soin le plus scrupuleux à rendre dans toute sa vérité la pensée de chacun de vous, je ferai encore des efforts pour mettre en relief les communications les plus importantes que notre Société a dues au zèle d'un grand nombre de ses membres.

Sans qu'il soit permis d'indiquer des limites à nos travaux, il me paraît juste cependant de faire remarquer que pendant le cours de cette année la nature de ceux-ci a été plus complétement en rapport avec l'esprit qui a présidé à la fondation de la Société de chirurgie, avec la direction qui a été donnée à ses efforts par nos devanciers. Dans les années précédentes, de longues et savantes discussions ont donné la mesure du talent de plusieurs de nos orateurs, et l'on ne pourrait sans injustice méconnaître l'importance des questions dont l'examen a ainsi quelquefois occupé nos séances pendant plusieurs mois; mais, d'un autre côté, tout esprit impartial doit reconnaître qu'à ces époques l'activité, l'assiduité du plus grand nombre de nos membres s'était singulièrement refroidie. En effet, ce que la plupart d'entre nous venons chercher dans cette enceinte, ce qu'espère trouver dans nos bulletins hebdomadaire le public médical si nombreux qui suit régulièrement la publication de nos séances, c'est la relation des faits les plus importants de la pratique chirurgicale de chacun. Sous ce rapport, la richesse du Bulletin de l'année 1868 laisse peu à désirer, aussi dois-je, dès à présent, réclamer votre indulgence, si, voulant rendre à tous la justice qui leur est due, je me vois dans la nécessité de n'insister que très-peu sur chaque fait en particulier.

L'un de nos membres les plus actifs, M. Després, après avoir, en 1867, défendu avec une grande insistance les opinions qu'il professe relativement à l'inutilité du *traitement de la syphilis par le mercure*, a essayé cette année de raviver une discussion encore récente en venant faire part à la Société des résultats observés par lui dans son service de Lourcine. M. Després, comme il le dit lui-même, ne s'est pas laissé effrayer par le concert d'oppositions qu'il avait rencontré au sein de notre Société, et il demeure convaincu que ses opinions finiront par triompher. L'ardeur avec laquelle M. Després a de nouveau défendu sa manière de voir, n'a pu vaincre le silence de ses contradicteurs.

Nous devons encore à notre zélé collègue une intéressante communication sur le *régime des opérés dans nos hôpitaux*. Dans cette note, où il défend l'intérêt de nos malades, M. Després a courageusement revendiqué pour le corps des médecins et des chirurgiens des hôpitaux une plus large part dans les délibérations administratives qui touchent directement au traitement des malades.

A la suite du dépôt sur le bureau par M. Broca, de la part de M. le directeur de l'Assistance publique des deux premiers volumes de la *Statistique médicale des hôpitaux de Paris* (années 1861 et 1862), vous avez nommé, sur la proposition de M. Lefort, appuyée par MM. Larrey et Marjolin, une Commission dite *Commission permanente de statistique chirurgicale*. Sa mission est de dresser le cadre dans leque on devra ranger tous nos documents statistiques, et lorsque ce travail important sera terminé, la Société en accueillera la communication avec la plus grande faveur.

A toutes les époques, les difficultés de diagnostic que présentent certains *lipômes* ont été signalées par les chirurgiens. M. Trélat vous a fait connaître une erreur qu'il avait commise dans un cas de *lipôme de la main simulant un kyste synovial*. La tumeur, limitée à la paume de la main, laissait percevoir la sensation de fluctuation avec une incontestable netteté, et, en la pressant, on obtenait une sorte de frôlement rugueux et prolongé.

Cette présentation a donné lieu à une discussion rapide dans laquelle M. Boinet a tenté de faire admettre, contrairement à l'opinion très-absolue de M. Chassaignac, que dans certains cas de lipômes l'on pouvait percevoir exactement la même sensation que celle que l'on constate lorsqu'il existe un kyste synovial.

M. Demarquay a mis sous vos yeux un bel exemple de *tumeur hypertrophique des glandes sudoripares*. Cette tumeur avait été d'abord prise pour un cancer, et les faits de ce genre, ainsi que l'a fait remarquer M. Verneuil, dont vous connaissez les travaux sur ce sujet, permettent d'expliquer les idées anciennes sur la non reproduction et la bénignité de certaines tumeurs de la peau dites cancéreuses.

M. Marjolin nous a communiqué une observation d'*hypertrophie diffuse de la glande mammaire*, à marche rapide, survenue chez une jeune fille de quinze ans et demi, de petite taille, non réglée. Le sein droit, qui dut être enlevé, pesait 1 kilogramme 510 grammes. Dans ce cas l'hyperthophie, quoique déjà considérable, était loin d'atteindre les proportions qu'elle avait prises chez la jeune fille opérée par M. Manec en 1859 pour une hypertrophie générale des deux mamelles. Chez elle, en effet, l'un des seins pesait quinze livres et l'autre seize.

Nous devons à M. Guyon la relation d'un fait très-intéressant d'*enchondrôme pur de la parotide*. La tumeur observée chez une jeune fille de 17 ans et demi, avait mis un peu plus de sept ans à se développer. Après la dissection, elle mesurait 24 centimètres de circonférence. Elle était constituée par du tissu cartilagineux vrai en abondance, à côté de tissus cartilagineux en voie de formation.

En opposition à la marche lente qu'a présentée cette tumeur cartilagineuse, je dois vous signaler les faits d'enchondrômes à marche rapide que nous ont fait connaître MM. Tillaux et Trélat. Chez la malade de M. Tillaux, les deux maxillaires supérieurs avaient été envahis et la résection partielle de ces deux os avait dû être pratiquée. La tumeur, grosse comme un œuf de poule, n'avait commencé à paraître que trois mois auparavant. Examinée par MM. Laboulbène, Ranvier, Tillaux, elle ne contenait que du cartilage à différents états de développement, et cependant elle s'était comportée comme les productions que nous sommes habitués à considérer comme de mauvaise nature.

Chez l'une des opérées de M. Trélat, jeune femme de 29 ans, la tumeur, qui occupait d'abord la partie latérale droite du cou et dont les limites, au moment de l'opération, étaient la plèvre, le pharynx, les gros vaisseaux du cou et les apophyses épineuses des vertèbres cervicales, avait acquis un volume énorme en moins de dix-huit mois. Un enchondrôme de la parotide, enlevé par ce chirurgien sur une autre femme, s'était développé en trois ans.

En présence du fait de M. Tillaux et des siens, M. Trélat s'est demandé s'il n'y avait pas lieu de réviser la question de la rapidité ou de la lenteur de développement des tumeurs cartilagineuses. L'on doit s'associer à l'idée émise par notre collègue, mais à la condition, ainsi que l'a fait observer M. Giraldès, que tous les faits seront soumis à un mode d'investigation identique : l'examen microscopique. Dès lors, on le comprend, une partie des faits anciens devrout être laissés de côté dans le débat.

M. Marjolin nous a montré des pièces importantes se rattachant à l'histoire d'un cas de *gangrène spontanée des extrémités inférieures chez un enfant de 26 mois, ayant une communication congénitale à la base des deux ventricules du cœur*. Ces faits sont très-rares, et dans l'ouvrage de MM. Barthez et Rilliet on n'en trouve que six de mentionnés.

M. Demarquay a vu mourir entre ses mains, par suite d'une hémorrhagie due à la blessure d'une artère intercostale, un jeune homme sur la poitrine duquel il avait pratiqué un très-léger débridement destiné à faciliter l'emploi d'injections détersives dans la cavité pleurale. Il faut noter que les rapports normaux des espaces intercostaux avaient été notablement modifiés par la maladie, et la blessure du vaisseau se comprend facilement lorsqu'on sait qu'une partie du rebord inférieur de la côte supérieure manquait; l'artère n'était plus en effet protégée.

A cette occasion, M. Panas a exposé rapidement l'histoire d'un individu observé par lui dans le service de M. Laugier. Ce malade mourut à la suite d'une hémorrhagie de l'artère intercostale blessée par un fragment de côte fracturée.

M. Tillaux a payé son tribut à l'histoire des plaies du cœur. Il nous a fait voir une tige métallique longue de 16 centimètres, large de 2 millimètres, qui avait traversé d'avant en arrière et de gauche à droite la paroi postérieure du ventricule gauche dans toute son étendue et tout le lobe inférieur du poumon droit. La tige n'avait nullement pénétré dans les cavités du cœur. Elle a séjourné pendant 13 mois dans la poitrine sans amener dans le tissu du cœur aucune modification appréciable. Le chirurgien ayant pu observer le malade peu de temps après l'introduction du corps étranger dans le thorax, devait-il rester inactif ou intervenir immédiatement. Cette question, soulevée par plusieurs membres, a été résolue dans le sens de l'intervention par la plupart d'entre eux; malgré cette opinion, formulée d'ailleurs avec quelques réserves, il serait difficile de critiquer la conduite de notre collègue.

L'histoire thérapeutique des anévrysmes a été profondément modifiée depuis quelques années, et plusieurs des membres de notre Société, notamment MM. Broca et Vanzetti de Padoue peuvent à bon droit revendiquer une large part dans les progrès accomplis dans cette voie. Cette année, l'un de nos correspondants étrangers les plus actifs, M. Ciniselli, de Crémone, nous a adressé la relation d'un fait remarquable qui recule encore les limites de l'art relativement à ce

point important de pratique chirurgicale. Chez un homme de 46 ans, M. Ciniselli a guéri un anévrysme de l'aorte ascendante à l'aide de la galvano-puncture. On ne saurait trop recommander la lecture de cette observation, qui renferme des enseignements nombreux et donne une haute idée de la science et de l'ingéniosité de notre confrère italien.

L'un de nos nouveaux collègues, M. le docteur Paulet, a lu, à l'appui de sa candidature, un important mémoire intitulé *Étude sur les suites immédiates ou éloignées des lésions traumatiques des nerfs*. Peu de jours après, M. Tillaux, dans un consciencieux rapport, faisait ressortir devant vous tout ce que ce travail renfermait d'intéressant.

La physiologie nous enseigne que le bout périphérique d'un nerf sectionné a perdu toutes ses propriétés conductrices, et qu'en conséquence les parties auxquelles il se distribue sont privées et de sentiment et de mouvement jusqu'à ce que les deux bouts soient réunis.

Eh bien! M. Paulet nous a fait connaître des observations qui sont de nature à ébranler sur ce point les convictions les plus fermes. Il a réuni vingt-huit cas de névrotomie avec résection dans lesquels les fonctions se sont rétablies quelquefois après un temps très-court, d'autres fois après plusieurs mois il est vrai, mais alors que la perte de substance faite au tronc nerveux égalait trois ou quatre pouces, ce qui exclut toute possibilité de restauration, d'après les lois posées par la physiologie. Enfin, dans certains cas, la résection d'un nerf important n'a troublé en rien la sensibilité ni le mouvement volontaire.

Assurément ces faits sont exceptionnels; mais, tels qu'ils sont, ils ont naturellement conduit l'auteur du mémoire et son rapporteur à émettre la proposition suivante : *Une partie du corps peut conserver sa sensibilité, bien que le tronc nerveux qui s'y distribue ne présente plus ses communications habituelles avec l'encéphale*. Reste aux physiologistes à résoudre le problème qui leur est posé en ces termes.

M. Liégeois, mettant à profit ses études de physiologie, a fait construire un nouvel esthésiomètre, à l'aide duquel il a tenté d'établir une distinction nette entre les diverses sensations tactiles. Quoique ce soit là plutôt un sujet de physiologie que de chirurgie, il s'y attache cependant un véritable intérêt pratique, et l'on comprend le parti que peuvent tirer les chirurgiens de l'emploi de cet instrument, notamment dans l'étude du retour de la sensibilité dans le cas de plaies des nerfs.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Kobryner (Joseph), aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé préparateur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de cette ville, en remplacement de M. Donnadieu, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Dupré ouvrira un cours public d'anatomie chirurgicale et de médeine opératoire à l'École pratique n° 3), le jeudi 4 mars 1869, à deux heupes, et le continuera à la même heure les samedi, mardi et jeudi de chaque semaine.

M. Dupré commencera le cours par l'étude des parois de l'abdomen et des hernies abdominales.

—La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance vendredi 5 mars, à trois heures précises.

Ordre du jour. — 1° Discussion des mémoires de MM. Durand Fardel et Duroziez; — 2° Une note sur un nouveau fait d'urticaire instantanée, par le docteur Antonin Martin; — 3° Lecture de M. le docteur de Foville, à l'appui de sa candidature (Observation d'apolexie capillaire de la substance cérébrale consécutive à la thrombose d'une veine ménagienne); — 4° Lecture de M. le docteur Delpeuch, à l'appui de sa candidature (sur la guérison de certaines plaies artérielles par la compression directe, la flexion forcée et la compression indirecte intermittente).

AVIS

Les collections remises dans nos bureaux du 1er janvier au 2 février — pour être reliées — sont prêtes. On peut donc les faire retirer. Le prix de la reliure est de 3 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Les poissons des eaux douces de la France. — Anatomie, physiologie, description des espèces, mœurs, instincts, industrie, commerce, ressources alimentaires, pisciculture, législation concernant la pêche, par M. Emile BLANCHARD, membre de l'Institut, professeur au Muséum. Un fort volume grand in-8. avec 151 figures dessinées d'après nature. Prix : 20 francs.

De l'usage du perchlorure de fer liquide, et notamment du perchlorure de fer dilué, dans le croup et dans les autres formes d'angine, par le docteur E. J. SCHALLER, ancien pharmacien en chef des hospices civils de Strasbourg. Paris, 1869. In-8. de 97 pages. Prix, 2 francs.

Sur la localisation des mouvements réflexes, par le docteur CAYRADE. In-8. Prix, 50 centimes. Paris, 1869.

Clinique médico-chirurgicale de la Ville, par le professeur PIORRY, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., etc. Un volume in-8. de 536 pages. Prix : 6 francs.

Les merveilles de la science, ou description populaire des inventions modernes, par M. Louis FIGUIER. Deux forts volumes grand in-8. jésus illustrés de plus de 1,300 gravures. Prix de chaque volume : 10 francs.

Le Directeur, Dr F. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CHIRURGIE pratique : Des luxations de l'articulation du coude, par M. le docteur Corlieu. — Du meilleur mode d'administration du bromure de potassium, par M. le docteur Aug. Maréchal. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Correspondance. — Nouvelles.

Paris, 3 mars 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance de lecture. L'Académie a entendu successivement : un travail de M. le docteur Hillairet sur un point intéressant d'hygiène professionnelle, sur un nouveau procédé de préparation, sans mercure, des matières destinées à la fabrication des chapeaux, travail extrait d'un mémoire plus étendu sur l'intoxication mercurielle professionnelle; un mémoire de M. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital de la Pitié, sur l'emploi de l'essence de térébenthine pour combattre l'empoisonnement par le phosphore; — on trouvera, dans le court résumé que nous faisons de ce mémoire dans le compte rendu, les résultats comparatifs de trois séries d'expériences que l'auteur a instituées sur des chiens pour établir l'action antidotique de l'essence de térébenthine à l'égard du phosphore, et un énoncé de la théorie de cette action; — un travail physiologique de M. le docteur Ed. Fournié, médecin des Sourds-Muets, sur une voix particulière à laquelle il donne le nom significatif, mais un peu étrange toutefois, d'eunukoïde, et dont il décrit les principaux caractères et le mécanisme.

Il y a lieu, ainsi que le fait M. Ed. Fournié, d'appeler la sollicitude des médecins sur l'état de la voix des adolescents à l'époque de la mue et sur l'étude des moyens propres à prévenir le développement de cette infirmité.

Dr Brochin.

CHIRURGIE PRATIQUE

Des luxations de l'articulation du coude,

Par M. le docteur Corlieu.

La meilleure manière, à notre sens, de bien faire comprendre le mode d'exécution d'un ouvrage est d'en détacher un fragment et de le placer sous les yeux de nos lecteurs. C'est dans ce but que nous publions aujourd'hui une page du livre très-utile et très-pratique que vient de publier notre ami et collaborateur, M. le docteur Corlieu (1).

Nos lecteurs verront par cette simple reproduction quels services cet ouvrage est appelé à rendre au praticien.

321. **Luxations de l'articulation du coude.** — Elles sont complètes ou incomplètes, en arrière ou en avant, avec ou sans fracture de l'olécrâne, en dedans ou en dehors, simultanées ou isolées.



Fig. 148.
Luxation de l'articulation du coude (bras gauche).

I. **Luxation complète des deux os de l'avant-bras en arrière** (*fig.* 148). — SYMPTÔMES. — 1° *Déformation* : Augmentation du diamètre antéro-postérieur : forte saillie de l'olécrâne en arrière, au-dessous des deux tubérosités de l'humérus; à la partie externe, saillie de la tête du radius qui roule sous le doigt dans les mouvements de pronation; à la partie antérieure, saillie de la tête de l'humérus au-dessous du pli du coude;

2° *Dimension* : Bras raccourci;

3° *Attitude* : Avant-bras demi-fléchi et en pronation;

4° *Mobilité* : Mouvements volontaires abolis; mouvements communiqués peu étendus; mouvements latéraux presque impossibles.

Ne pas confondre avec contusion, fracture sus-condylienne (315), luxation incomplète.

TRAITEMENT. — Pratiquer l'extension sur l'avant-bras étendu ou fléchi; presser avec les doigts sur l'olécrâne, ou bien faire fléchir l'avant-bras sur le bras et exercer, avec le talon de la main, une forte pression sur l'olécrâne en s'aidant d'un mouvement de bascule, et cela, en se servant du talon d'un aide, ou bien du genou, ou bien de l'avant bras du chirurgien placé au pli du coude (*fig.* 149).

Envelopper le bras demi-fléchi avec des compresses trempées dans l'eau-de-vie camphrée; appliquer un bandage en 8 de chiffre. Lever l'appareil au bout de sept ou huit jours.



Fig. 149. — Réduction d'une luxation du coude droit, par le procédé du talon de la main (Chassaignac).

II. **Luxation incomplète au dehors.** — SYMPTÔMES. — Les mêmes, moins prononcés; le signe pathognomonique est la saillie de l'olécrâne sur un plan sensiblement inférieur à la saillie de l'épitrochlée (Malgaigne).

TRAITEMENT. — Mêmes procédés de réduction, mais moins énergiques.

III. **Luxation complète en dehors.** — SYMPTÔMES (*fig.* 150). — 1° *Déformation* : Diamètre transversal agrandi; saillie considérable

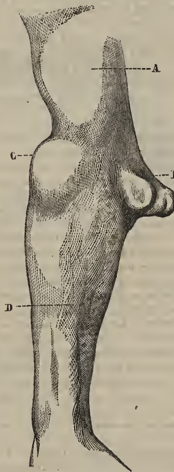


Fig. 150. — Luxation complète en dehors (*).

des deux os à la face externe du bras; dépression brusque à la face interne; à la place de l'olécrâne, surface aplatie ou légère dépression. — Rare;

2° *Dimension* : Bras raccourci;

3° *Attitude* : Avant-bras en pronation, paraît tordu sur son axe.

4° *Mobilité* : Mouvements d'extension et de flexion gênés, mais praticables dans une certaine limite.

TRAITEMENT. — Embrasser l'humérus avec les deux mains et presser avec les pouces sur l'olécrâne que l'on porte en dedans d'abord, puis en avant. Extension et contre-extension.

IV. **Luxation incomplète en dehors.** — SYMPTÔMES. — 1° *Déformation* : Diamètre transversal élargi; en dedans, saillie de l'épitrochlée; dépression au-dessous de cette saillie; tête du radius en dehors (*fig.* 151);

2° *Dimension* : Normale;

3° *Attitude* : Avant-bras un peu fléchi;

4° *Mobilité* : Conservée. Rare.

TRAITEMENT. — Étendre l'avant-bras; faire tourner son extrémité supérieure en dehors, et la repousser en dedans.

Fig. 151. — Luxation incomplète en dehors (bras gauche).

V. **Luxation incomplète en dedans** (*fig.* 152 et 153). — SYMPTÔMES. — 1° *Déformation* : Saillie de l'épicondyle en dehors; dépression au-dessous; olécrâne en dedans débordant quelquefois l'épitrochlée et sur le même plan; tête du radius au milieu du coude ou proéminant un peu en avant;

Fig. 152.
Luxation du coude en dedans, variété radio-postérieure, face interne de l'articulation (*).

Fig. 153.
Luxation incomplète en dedans (bras gauche)

2° *Dimension* : Normale;

3° *Attitude* : Avant-bras légèrement fléchi et dans la pronation;

4° *Mobilité* : Flexion possible, extension limitée.

TRAITEMENT. — Faire l'extension sur l'avant-bras, croiser les doigts au pli du coude et presser de dedans en dehors, à l'aide des pouces, les surfaces des os de l'avant-bras luxés.

VI. **Luxation en arrière et en dedans.** — SYMPTÔMES. — 1° *Déformation* : Condyle huméral saillant en dehors; dépression en dessous; saillie en arrière due à la tête du radius; olécrâne remonté de 1 à 2 centimètres en dedans; saillie du bord interne de la trochlée en avant et en dedans;

2° *Dimension* : Raccourcissement;

3° *Attitude* : Avant-bras fléchi et en supination;

4° *Mobilité* : Peu prononcée.

TRAITEMENT. — Se placer derrière le blessé; croiser les doigts sur le pli du coude, appuyer les pouces sur l'olécrâne qu'on repousse en dehors et en avant; faire exercer des tractions sur le poignet.

VII. **Luxation en avant** (*fig.* 154), complète ou incomplète. —

Fig. 154. — Luxation en avant (bras gauche).

SYMPTÔMES. — 1° *Déformation* : Au pli du coude, saillie du radius et du cubitus; en arrière, dépression profonde à la cavité olécrânienne;

(1) AIDE-MÉMOIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS, vade-mecum du praticien, par M. le docteur A. Corlieu. In-18 jésus, avec 439 figures intercalées dans le texte. — Paris, 1869. — Prix : 6 francs.

(*) A, face antéro-externe du bras; B, extrémité inférieure de l'humérus; C, saillie de l'extrémité supérieure du radius; D, bord externe de l'avant-bras devenu antérieur.

(*) A, épitrochlée; B, sommet de l'olécrâne; C, angle de l'olécrâne; D, apophyse coronoïde; E, tête du radius (Denuce).

au-dessous de cette cavité, saillie transversale formée par l'extrémité inférieure de l'humérus; puis vide au-dessous de cette saillie;

2° *Dimension* : Raccourcissement de la face antérieure; allongement de la face postérieure;

3° *Attitude* : Avant-bras coudé sur le bras, presque à angle droit; main et avant-bras inclinés en dehors;

4° *Mobilité* : Pas de mouvement.

TRAITEMENT. — Extension sur les os du bras fléchis; croiser les mains de manière que les doigts réunis appuient sur un des côtés du coude, et repousser la saillie osseuse à l'aide des pouces.

Chercher s'il y a fracture de l'olécrâne; dans ce cas, crépitation et mobilité (322, II).

Fig. 155.
Luxation isolée du cubitus en arrière (bras droit).

VIII. Luxation isolée du cubitus en arrière (*fig.* 155). — SYMPTÔMES. — 1° *Déformation* : Diamètre antéro-postérieur augmenté; saillie de l'humérus à la partie interne du coude; saillie de l'olécrâne en arrière; angle saillant au côté externe du coude.

2° *Dimension* : Raccourcissement du bord interne de l'avant-bras; bord externe normal.

3° *Attitude* : Avant-bras un peu fléchi.

4° *Mobilité* : Flexion et extension impossibles; pronation et supination possibles; douleurs, engourdissement dans les deux derniers doigts de la main.

TRAITEMENT. — Extension sur l'avant-bras en supination; croiser les doigts au pli du coude et appuyer les pouces sur l'olécrâne pour le pousser en avant et en bas.

IX. Luxations complètes et incomplètes du radius en avant (*fig.* 156). — SYMPTÔMES. — 1° *Déformation* : Peu sensible; saillie de



Fig. 156. — Luxation du radius en avant (*).

la tête du radius dans le pli du coude, variant avec les mouvements communiqués; légère dépression en arrière et en dehors.

2° *Dimension* : Côté externe raccourci.

3° *Attitude* : Avant-bras fléchi; main dans la pronation, un peu inclinée en dehors.

4° *Mobilité* : Mouvements plus ou moins douloureux. — Dans la luxation incomplète, mêmes symptômes mais moins prononcés.

TRAITEMENT. — Ramener l'avant-bras en supination, et exercer avec les pouces de haut en bas, puis de dedans en dehors et d'avant en arrière, une pression sur la tête du radius luxée. Maintenir pendant 2 ou 3 semaines au moins l'avant-bras demi-fléchi.

X. Luxations complètes et incomplètes du radius en arrière (*fig.* 157). — SYMPTÔMES. — 1° *Déformation* : En arrière et en dehors, tête du radius mobile pendant les mouvements de pronation et de supination, enfoncement dans le pli du bras au-dessous du condyle et corde tendue (biceps).

2° *Dimension* : Raccourcissement du bord externe :

3° *Attitude* : Avant-bras dans la pronation et flexion légère.

4° *Mobilité* : Flexion et extension bornées; supination presque impossible.

TRAITEMENT. — Contre-extension sur le bras; extension sur l'avant-bras, porté en supination; saisir le coude à pleines mains et presser avec les pouces le radius du haut en bas, d'arrière en avant, pendant qu'un aide portera le bras dans l'extension. Compresse graduée en dehors et en arrière; bandage en 8 de chiffre.

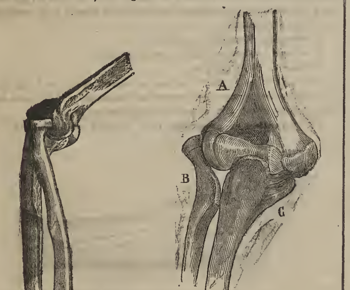


Fig. 157. — Luxation complète du radius en arrière (bras droit).

Fig. 158. — Luxation du radius en dehors (bras droit) (*).

XI. Luxation du radius en dehors (*fig.* 158). — SYMPTÔMES. — 1° *Déformation* : Peu marquée; saillie de la tête du radius au côté externe du coude; dépression entre cette saillie et l'olécrâne.

2° *Dimension* : Raccourcissement du bord externe.

3° *Attitude* : Avant-bras demi-fléchi; main en pronation.

4° *Mobilité* : Supination impossible; mouvements douloureux.

TRAITEMENT. — Faire l'extension sur l'avant-bras fléchi, à angle droit; repousser le radius en dedans avec les pouces.

(*) A, ligament déchiré (Denucé).

(*) A, bord externe de l'humérus; B, radius luxé en dehors; C, cubitus.

DU MEILLEUR MODE D'ADMINISTRATION
du bromure de potassium.

Par M. le docteur AUG. MARÉCHAL.

On peut constater aujourd'hui dans la science une singulière tendance. Tandis que les médecins se livrent avec tant de zèle et de succès à l'étude des questions physiologiques, à la recherche des éléments anatomiques et histologiques, et à l'application méthodique des branches accessoires à l'art de guérir, il semble que la thérapeutique ne soit plus digne de les occuper. Les médecins deviennent des savants, mais ils ne sont plus praticiens. Ils commencent à manier admirablement le microscope, mais ils ne savent plus faire une ordonnance!

Les professeurs de l'École et les médecins des hôpitaux et hospices de Paris parlent, écrivent et expérimentent absolument comme si toute la famille médicale était renfermée dans l'enceinte des fortifications! Ils oublient que leurs confrères de la province sont aux prises du matin au soir avec les difficultés de la pratique, qu'ils formulent sans cesse et qu'ils ont besoin de connaître les procédés exacts d'expérimentation thérapeutique.

Il n'est question partout en ce moment que des résultats sérieux et durables que donne le bromure de potassium dans le traitement des névroses, convulsions, mais comment s'administre ce médicament précieux? Sous quelle forme le donne-t-on? Quelles sont les substances antagonistes du bromure de potassium? C'est ce que l'on ne dit pas : c'est ce que je vais dire.

Et, d'abord, on a eu raison d'insister sur les très-mauvaises qualités du bromure de potassium dans la plupart des pharmacies. Aucun médicament n'est plus altéré; on le trouve mélangé en général avec du chlorure ou avec de l'iodure de potassium, et cette association fâcheuse est loin d'être exempte d'inconvénients, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte récemment chez l'une de mes malades qui, au bout de six semaines de traitement bromuré, m'a présenté des signes d'intoxication iodique.

D'autre part, même avec un bromure de potassium de la plus irréprochable pureté, on détermine des crampes d'estomac si l'on vient à administrer le sel bromique en pilules, en poudre ou en dissolution dans une faible quantité d'eau. Il n'y a qu'une seule préparation qui soit réellement bien supportée par les malades, c'est le *sirop au bromure de potassium* (*exempt d'iodure*), tel que l'a préparé M. Henry Mure, pharmacien, après la lecture attentive des travaux des médecins Anglais, et la publication des résultats cliniques obtenus à l'hospice de Bicêtre par MM. Voisin, Legrand du Saulle et Falret. Il y a là un véritable service rendu aux médecins et aux malades.

Déjà M. Gubler avait signalé le sirop d'écorce d'orange amère comme facilitant bien l'administration du bromure de potassium (1). En face d'une indication aussi précieuse, M. Henry Mure n'a point hésité à combler la lacune regrettable qui avait existé jusqu'alors dans nos officines. Chaque cuillerée de son sirop représente exactement deux grammes de bromure de potassium (exempt d'iodure), et l'on comprend combien ce dosage mathématique simplifie la prescription du médecin et facilite pour le malade la prise du médicament.

Dans son mémoire si remarquable sur le traitement de l'épilepsie, M. Legrand du Saulle a dit « Je n'ai jamais retiré de bons effets du bromure de potassium ferrugineux. En y réfléchissant un peu, l'association de deux agents, dont l'un calme et dont l'autre excite, ne doit-elle pas aboutir à la nullité d'action? J'ai prescrit cette préparation à une chlorotique atteinte d'hystéro-épilepsie, à un épileptique anémié et à un jeune choréique, mais absolument en pure perte. Du reste, le bromure de potassium ferrugineux est actuellement livré aux malades sous la formes pilulaire, et chaque pilule renfermant 0.15 de sel bromique et 0.05 de sel ferrique, il s'ensuit que, pour administrer 6 grammes de bromure de potassium à un malade, on serait obligé de faire prendre quarante pilules par jour! » M. Legrand du Saulle aurait dû insister davantage sur l'incompatibilité et l'antagonisme du bromure de potassium et du fer, car il y a là un fait scientifiquement acquis, et que M. Gubler a mis en lumière dans les termes suivants : « Les véritables stimulants, c'est-à-dire les agents qui diminuent la tonicité vasculaire ou l'influence du grand sympathique sur la circulation, qui augmentent l'éréthisme des capillaires et les phénomènes d'hématopausie, tout cela est antagoniste du bromure de potassium. »

En résumé, d'après tout ce que j'ai observé dans le midi de la France et d'après ce que j'ai constaté dernièrement dans un assez long séjour à Paris, le sirop d'écorce d'orange amère au bromure de potassium (exempt d'iodure), préparé par M. Henry Mure, s'administre d'abord à la dose d'une cuillerée à bouche, puis de deux. Quant aux doses de trois et de quatre cuillerées par jour (c'est-à-dire de six et de huit grammes de sel bromique), elles ne peuvent être ordonnées que par le médecin traitant, qui doit rester juge de leur opportunité, et qui, une fois par semaine, devra en surveiller les effets.

(1) *Commentaires thérapeutiques du Codex medicamentarius.*

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 20 janvier 1869. — Présidence de M. LEGOUEST.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
Pendant l'année 1868 (2).

Par M. LÉON LABBÉ, secrétaire annuel.

Les communications qui vous ont été faites sur les maladies des os et des articulations ont été nombreuses, variées et intéressantes.

M. Liégeois vous a longuement exposé l'histoire de trois malades sur lesquels il pratiqua la résection du maxillaire supérieur pour des tumeurs fibreuses et fibro-plastiques. Ces trois tumeurs, constituées par des éléments des tissus cellulaires, embryonnaires ou complétement développés, ont été observées dans les trois départements cellulaires de la mâchoire, si l'on peut dire ainsi, dans lesquels les fibrômes peuvent prendre naissance. La première était née, très-vraisemblablement, dans le canal dentaire; la seconde, dans le périoste qui enveloppe l'os; la troisième dans le périoste alvéolo-dentaire.

Dernièrement, M. Panas soumettait à votre examen une tumeur de la mâchoire inférieure, dont l'apparence, la coloration splénique rappelaient, à s'y méprendre, les tumeurs à myéloplaxes bien décrites par M. Eugène Nélaton. On n'avait pas affaire cependant à un myéloplaxe, mais à ce que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de sarcome ossifiant, c'est-à-dire à une production morbide due au développement anormal d'éléments embryo-plastiques dans la moelle, avec accompagnement de travées osseuses dans son épaisseur.

Cette observation intéressante prouve, à n'en pas douter, que l'examen à l'œil nu ne suffit pas, comme le voulait M. Eugène Nélaton, pour caractériser les tumeurs à myéloplaxes. Mais quelle est sa véritable signification par rapport à l'histoire générale des tumeurs? Question difficile à résoudre, d'autant plus qu'il est facile de voir en lisant avec soin l'observation de notre collègue, qu'il s'agissait là d'une tumeur à éléments multiples et composée de parties encore en voie d'évolution.

A l'occasion d'un travail important lu dans une autre enceinte par l'un de nos collègues, M. Broca, sur les *odontômes cémentaires*, M. Letenneur, de Nantes, nous a fait parvenir une observation d'*odontôme cémentaire radiculaire*. La tumeur avait mis vingt-six ans à acquérir son développement. L'observation avait été déjà communiquée à la Société de chirurgie, sous le titre d'*exostose éburnée*, mais elle n'avait pas été publiée. M. Letenneur possédait encore la pièce anatomique, et la lecture du travail de M. Broca, lui fit penser qu'il pouvait bien s'agir de l'une de ces productions morbides désignées par notre collègue sous le nom d'odontôme cémentaire. L'examen, à l'aide du microscope, d'une coupe très-fine de la tumeur, a en effet démontré à M. Broca qu'il s'agissait bien là d'un odontôme cémentaire, production pathologique qui constitue une variété des tumeurs dentaires étudiées et décrites pour la première fois chez l'homme par notre collègue M. Forget, dans un mémoire original couronné en 1859 par l'Académie des sciences, sur le rapport de M. Velpeau.

Les doubles fractures verticales du bassin bien décrites par Malgaigne, présentent parfois de grandes difficultés de diagnostic. Notre collègue, M. Panas, après avoir au lit du malade établi d'une façon précise la nature de la lésion, a pu à l'autopsie constater de visu l'existence d'une quadruple fracture de cette cavité. Les pièces ont été mises sous vos yeux et vous avez pu voir qu'une cinquième fracture séparait la quatrième pièce du sacrum d'avec la cinquième.

A cette occasion, M. Larrey demanda à M. Panas, si en même temps que la fracture, il n'existait pas une disjonction, même partielle, des symphyses, soit sacro-iliaques, soit pubiennes, rappelant que dans la plupart de ces traumatismes l'on rencontrait cette double lésion.

Quelques jours après, M. Dolbeau venait apporter l'appui de son expérience à l'opinion soutenue par M. Larrey. Notre collègue, nous faisait savoir qu'ayant observé quatre fois les fractures doubles verticales du bassin, trois fois il avait remarqué que la fracture postérieure intéressait l'articulation sacro-iliaque, et en même temps, il signalait à votre attention une lésion bien exceptionnelle, consistant dans la luxation complète ou double de l'os iliaque. En effet, dans le fait recueilli par M. Dolbeau, il s'agissait bien d'une *luxation ou disjonction de toutes les articulations du bassin*. Notre collègue, fort de son expérience, crut pouvoir, dans cette circonstance, diagnostiquer une fracture double du bassin, alors qu'il s'agissait réellement d'un déplacement articulaire. M. Dolbeau pense que dans l'avenir, il serait possible d'éviter cette erreur, en précisant davantage le siége exact des points douloureux et en recherchant avec grand soin la mobilité anormale.

Le 6 janvier 1868, un individu, qui avait été enlevé par l'arbre de couche d'une machine à vapeur, fut apporté à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Panas. On apprit qu'il avait perdu connaissance immédiatement après l'accident, et qu'il avait été bientôt en proie à un état d'excitation violente. Une saignée avait été faite; lorsque le blessé entra à l'hôpital, il était encore agité, il délirait, avait des mouvements désordonnés dans les bras et dans les jambes, et l'on put observer quelques contractions convulsives.

Du reste, on ne remarqua aucune trace de violence, point d'ecchymoses. La face était rouge, le pouls fort et plein. L'état d'excitation dura jusqu'à trois heures du matin, puis la respiration devint à ce moment un peu difficile, puis s'embarrassa tout à fait, et le malade mourut vers six heures.

La cause de la mort, qui n'avait pu être soupçonnée, fut découverte à l'autopsie. Il s'agissait d'une luxation de la septième vertèbre cervicale. Dans le point correspondant, la dure-mère était intacte; mais le cordon médullaire paraissait légèrement étranglé, présentait dans une hauteur de 1 centimètre environ, une teinte violacée, ecchymotique, et le tissu de la moelle était manifestement ramolli dans la même hauteur.

Dans le même hôpital, notre collègue M. Tillaux a observé en commun avec M. le docteur Millard, un cas de *luxation spontanée de la sixième vertèbre cervicale sur la septième*, dans lequel les difficultés de diagnostic n'ont pas été moins grandes, quoique le patient ait été pendant plus longtemps soumis à l'examen de nos confrères. Le malade avait, il est vrai, fait une chute, mais celle-ci avait été légère; il avait pu reprendre ses jeux, lorsque tout à coup, quatre heures après cet accident en apparence insignifiant, il s'affaissa en s'écriant : « Soutenez-moi, je ne puis me porter. » A partir de ce moment, il exista une paraplégie absolue. La mort arriva quatre jours après le début des accidents.

Il est bien évident que cette observation doit être rattachée à ces cas si fâcheux, dans lesquels des lésions déjà anciennes des surfaces articulaires vertébrales échappent aux chirurgiens les plus sagaces, et se révèlent tout à coup entourées d'un cortége de symptômes des plus effrayants.

Les luxations du poignet, admises si facilement par les chirurgiens du dernier siècle, et rejetées à peu près complétement depuis les travaux de Dupuytren, ne peuvent cependant être niées. C'est à Mal-

(2) Suite. Voir notre dernier numéro.

gaigne qui, dès 1834, put en réunir trois exemples, que l'on doit d'avoir démontré que ces luxations existent réellement, tout en étant fort rares.

Les luxations en arrière sont les plus communes; des exemples non douteux en ont été publiés par M. René Marjolin dans sa thèse inaugurale, en 1839, par MM. Voillemier, Lenoir, et M. Guyon est venu mettre sous vos yeux un nouvel exemple de cette rare lésion. Chez un homme qui fut apporté à l'hôpital des Cliniques, il prit immédiatement le moule du membre, avant toute tentative de réduction. C'est ce moule que vous avez pu tous examiner. Eh bien! cette lésion est quelquefois si difficile à reconnaître, que plusieurs d'entre nous ont voulu contester à M. Guyon l'exactitude de son diagnostic. Cependant, notre collègue a cru pouvoir maintenir qu'il était en droit d'affirmer l'existence d'une luxation du poignet simple ou accompagnée de petites fractures insignifiantes.

Cette dernière réserve était très-justifiée, puisque M. Guyon n'avait pas été appelé à faire l'autopsie du membre blessé, car quelques jours après, M. Chassaignac vous faisait voir une pièce fort importante relativement à cette question. Il s'agissait d'un enfant chez lequel le radius et le cubitus avaient fait issue à travers la peau, la réduction avait été impossible et l'on avait dû pratiquer la résection des deux extrémités articulaires. Tout le monde croyait à l'existence d'une luxation type, car l'on voyait les surfaces articulaires, et cependant l'examen attentif de la pièce anatomo-pathologique démontra qu'une couche très-mince de la surface inférieure du radius était restée accollée au carpe, que, par conséquent, il ne s'agissait pas là encore d'une luxation pure du poignet.

A l'occasion de l'autopsie d'un malade affecté de *luxation coxo-fémorale* ancienne, M. Tillaux a entrepris sur le cadavre une série d'expériences fort intéressantes et destinées à déterminer le rôle exact que joue la capsule par rapport à la variété de déplacement de la tête fémorale. S'il n'est point encore prouvé, comme ont paru le démontrer les objections de quelques-uns de ses contradicteurs, MM. Broca, Desprès, etc., que les conclusions de M. Tillaux puissent dès à présent être acceptées sans réserve, je dois dire cependant qu'elles présentent un assez grand intérêt, pour que j'aie pensé à reproduire ici celles qui ont plus particulièrement un cachet de nouveauté. Notre collègue estime que : A la capsule est l'agent qui limite à peu près exclusivement la migration de la tête fémorale dans la luxation en arrière; B, que la rupture de la capsule, en arrière seulement, ou bien en arrière et en bas, donne toujours lieu à une luxation incomplète ischiatique; C, que la rupture de la capsule, en arrière, en bas et en avant (la partie supérieure seule étant intacte), donne toujours lieu à une luxation ischiatique; D, que la rupture de la capsule, en arrière, en bas et en haut (la partie antérieure ou ligament de Bertin étant seule intacte), donne toujours lieu à une luxation iliaque. Enfin, que ces deux types de luxation ischiatique et iliaque sont tellement distincts qu'ils ne peuvent être transformés l'un en l'autre que par la rupture complète de la capsule.

M. Verneuil a dernièrement, dans un cas de coxalgie avec suppuration, fait la résection de la hanche. Son opéré est mort, mais notre collègue estime qu'il a trop tardé à pratiquer cette opération et qu'il aurait probablement réussi, s'il était intervenu deux mois plus tôt. Il est toujours très-disposé à recourir à cette opération, qui malgré les louables efforts de notre collègue M. Le Fort, n'est pas encore entrée dans la pratique usuelle des chirurgiens français.

Incidemment, M. Verneuil a appelé l'attention de la Société sur le raccourcissement réel que l'on peut observer dans certaines coxalgies, sans que pourtant la tête fémorale ait quitté la cavité cotyloïde. Ce raccourcissement est dû alors à une sorte d'éculement de cette cavité; cette disposition tendrait à faire admettre par M. Verneuil, plus qu'il ne l'a fait jadis, l'utilité de l'extension continue dans le traitement de la coxalgie. Cette question de l'extension, ainsi que celle de l'opportunité de la résection, a donné lieu à une discussion intéressante, à laquelle ont pris part MM. Verneuil, Blot, Marjolin, Le Fort, Giraldès, etc.; elle a permis de voir combien de desiderata existent encore dans le traitement de cette maladie redoutable. Nous avons vu en effet M. Le Fort abandonner des appareils américains qu'il nous avait présentés autrefois avec de grands éloges, et M. Giraldès nous a dit qu'à la vérité des chirurgiens américains très-autorisés, tels que MM. Cosme, Sayre, Davis avaient fait construire des appareils pour répondre à l'indication de l'extension continue, mais qu'en réalité, il était facile de se convaincre que tous ceux-ci n'agissaient qu'en immobilisant la cuisse à sa partie supérieure et non en produisant une traction qui éloignerait l'une de l'autre les surfaces articulaires malades.

Vous le voyez, la question est loin d'être épuisée; par son importance, elle mérite assurément d'être souvent mise à l'ordre du jour de vos discussions.

Au commencement de cette année, M. Verneuil nous présenta un malade chez lequel il avait pratiqué avec succès la résection du coude dans un cas de fracture articulaire, avec plaie pénétrante de l'articulation. Notre collègue avait été encouragé dans sa détermination par l'avis de M. Vanzetti, de Padoue. Une discussion, à laquelle prirent part MM. Guérin, Blot, Chassaignac, Guyon, Larrey, Le Fort, Panas, Forget, Demarquay, s'engagea sur ce point de pratique chirurgicale. Tous nos collègues furent à peu près unanimes pour combattre la manière de voir du chirurgien de Lariboisière. M. Verneuil a été sensible à ces critiques; un nouvel exemple de plaie pénétrante s'étant présenté à son observation, il a voulu faire de la chirurgie expectante, malheureusement, il a perdu son malade. Vous le voyez messieurs, cette question des résections dans les cas de traumatismes récents mérite de fixer toute votre attention, et nous ne saurions trop vous engager à faire connaître à cette tribune tous les faits capables d'infirmer ou de faire prévaloir l'opinion de notre collègue.

Dans cette même année, nous ont été communiquées deux observations de fractures de la rotule avec plaie pénétrante du genou, qui ont été suivies de guérison. Dans les deux cas, les malades ont dû leur salut à l'usage des larges débridements, des lavages répétés, etc. L'une de ces observations a été recueillie par M. Duplay, l'autre par un chirurgien militaire, M. Baizeau. Sur ce dernier fait, vous avez entendu un rapport de M. Dolbeau. Ce chirurgien n'a pu qu'approuver l'usage du drainage, si heureusement mis à contribution par M. Baizeau.

Nous devons à M. Letenneur la connaissance d'un fait bien exceptionnel. Il s'agit d'un cas de *fracture du pubis par contraction musculaire*. Les détails qui accompagnent l'observation ne peuvent laisser aucun doute sur le mode de production de la fracture.

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 2 mars 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Un rapport du consul de France à Salonique sur une épizootie de clavelée (comm. de vaccine).

2° Un rapport d'épidémies de dysenterie, par MM. les docteurs Lemaire (de Cosne), Pestel (de la Châtre), et Cady (de Torfou).

3° Un rapport sur des épidémies de fièvre typhoïde, par M. le docteur Gevrey (de Vesoul).

4° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1868 dans les Basses-Pyrenées, dans le Finistère, dans le Gard et dans la Vendée (comm. des épidémies).

5° Le compte rendu du service médical de l'hôpital thermal militaire de Vichy, par M. le docteur Durand (de Lunel), (comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Deux mémoires de M. le docteur Coste, médecin-major, l'un sur la topographie de Biarritz et de ses environs, l'autre sur le recrutement dans le département de l'Aveyron.

2° Un rapport sur les épidémies qui ont régné dans le canton de Saint-Brice (Seine-et-Oise), par M. le docteur A. Bazin (comm. des épidémies).

3° Un mémoire sur la pharyngite chronique, par M. Molière, médecin à Vic-sur-Aisne (comm. MM. Guéneau de Mussy, H. Roger et Marrotte).

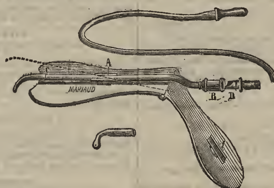
4° La relation d'un cas d'empoisonnement par des lotions avec une décoction de tabac, par M. le docteur Blanchard de Masflié (comm. MM. Béclard et Colin).

5° Une relation sommaire du typhus épidémique qui a régné à Guelma pendant l'année 1868, par M. le docteur Gouget, médecin-major (comm. des épidémies).

M. J. Béclard met sous les yeux de l'Académie :

1° Un abaisse-langue fabriqué par M. Marlaud d'après les indications de M. le docteur Gellé.

Cet instrument est disposé pour faire à volonté des insufflations de poudres, ou des irrigations médicamenteuses. Il se compose :



1° D'un abaisse-langue double pour enfants et pour adultes, s'articulant à charnière;

2° De deux pivots AA, mis à demeure au centre de chacune des valves et pouvant tourner dans tous les sens;

3° D'un tube métallique B qui se meut librement sur chacun des pivots.

A l'extrémité interne de ce tube se vissent en C, soit une petite olive percée de trous, soit un petit tube également courbe percé d'un seul trou, suivant que l'on veut faire une insufflation ou une irrigation. La partie externe se termine par un réservoir porte-poudre D, sur lequel on monte à volonté un tube en caoutchouc pour les insufflations, ou le tube d'un irrigateur pour les injections.

Le tube en caoutchouc est muni d'une soupape qui empêche l'aspiration des poudres par la bouche du chirurgien.

2° Une nouvelle pince flexible pour extraire les corps étrangers de l'œsophage, fabriquée par M. Mathieu.

Cet instrument se compose d'une série de pièces croisées et articulées qui se terminent par une pince dont la force de pression est en rapport avec la puissance de levier des branches principales qui



commandent le mécanisme. M. Mathieu a fabriqué cet instrument il y a environ trois mois, pour M. le docteur Ollier, de Lyon, pour opérer l'extraction d'une balle logée à la partie inférieure du tube laryngien. Cet instrument pourra trouver des applications dans les cas de ce genre. M. Mathieu en a construit de deux modèles, l'un s'ouvrant latéralement et l'autre d'avant en arrière; le premier lui paraît le plus commode, à cause de sa grande flexibilité dans le sens antéro-postérieur.

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

1° Par M. Larrey, au nom de M. le docteur Sonrier, une brochure sur les plaies par le fusil Chassepot.

2° Par M. Béhier, au nom de M. le docteur Raimbert, de Châteaudun, une notice sur une épidémie de fièvre typhoïde.

3° Par M. Devilliers, au nom de M. le docteur Jobannet, la relation d'une épidémie de petite vérole qui a régné à Chelles en 1868.

4° par M. Vernois, de la part de M. Préterre, des recherches sur les propriétés physiques et physiologiques du protoxyde d'azote liquéfié.

M. Gubler fait connaître un nouveau procédé pour la préparation des sinapismes imaginé par M. Shaffard, pharmacien à Lyon. Il consiste à étendre sur une feuille de papier buvard une couche de solution alcoolique d'essence de moutarde et à appliquer ce topique sur la peau.

M. Hardy communique le fait suivant de hernie lombaire.

Jeanne B..., 30 ans, modiste, rue des Récollets, n° 7, née à Yde (Cantal).

Entrée le 14 janvier dans la salle Saint-Jean de l'hôpital Saint-Louis, pour une paraplégie syphilitique incomplète, de laquelle je ne parlerai pas.

Cette malade, d'une assez bonne constitution, a toujours été bien portante jusqu'à ce qu'elle eût contracté la syphilis. Elle n'a pas eu de coqueluche pendant l'enfance; elle n'est pas sujette à s'enrhumer. Elle a eu un enfant à 18 ans. Ses parents n'avaient pas de hernie.

Quelque temps après son entrée, elle fit de violents efforts pour vaincre une constipation opiniâtre qui se rattachait à la paraplégie, et c'est alors seulement qu'elle s'aperçut de la présence d'une tumeur dans la région lombaire.

Cette tumeur, de 8 centimètres de diamètre, est située dans la région lombaire, au-dessus du bord supérieur de l'os iliaque, à trois travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Elle est sous-cutanée, à base large, hémi-sphérique, à peu près de la grosseur du poing. Elle est molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, sans fluctuation, dépressible sous la main, très-sonore à la percussion, facilement réductible avec un bruit de gargouillement caractéristique, reparaissant par la toux ou par un effort quelconque. Cette tumeur rentre facilement et complétement, mais elle reparaît même dans le repos au lit par un effort de toux, qui communique une impulsion à la main placée sur la tumeur.

Après la réduction de la tumeur, on constate un intervalle triangulaire dont la base en forme de gouttière est formée par le bord supérieur, échancré dans cet endroit, de l'os iliaque et les deux autres côtés par deux bords rigides et épais, surtout le postérieur.

La malade digère bien et se plaint seulement de quelques coliques.

Cette malade n'a pas d'autre hernie. Cependant on constate le même intervalle triangulaire dans la région lombaire opposée.

M. Hardy invite ceux de ses collègues qui désireraient examiner cette malade à passer dans la salle de la Bibliothèque.

M. Larrey dit, à cette occasion, qu'il a observé chez un homme un fait tout à fait semblable à celui dont M. Hardy vient d'entretenir l'Académie. Il communiquera ce fait à l'Académie dans la prochaine séance.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire par la mort de M. Joseph Hogdson, membre correspondant de l'Académie à Londres.

M. le Président annonce ensuite que l'Académie entendra dans la prochaine séance, en comité secret, la lecture du rapport de M. Cesise sur les candidats à la place vacante dans la classe des associés libres.

LECTURE.

Intoxication mercurielle professionnelle.

M. Hillairet lit une note sur un nouveau moyen de préparer sans mercure les poils de lièvre et de lapin destinés à la fabrication des chapeaux de feutre, extraite d'un mémoire sur l'intoxication mercurielle professionnelle.

M. Hillairet se propose, dans cette note, de soumettre à l'Académie un moyen d'éviter les accidents inhérents à ce genre de fabrication, qui est utilisé depuis une année dans une des principales *couperies* de Paris. D'après l'auteur, le bénéfice de ce nouveau mode de préparation, qui consiste à substituer au mercure l'emploi de l'acide hypoazotique serait considérable au point de vue hygiénique.

« Désormais, dit-il, 10,000 ouvriers en France, et 20 à 25,000 en Europe, échapperont, grâce à ce nouveau mode de préparation, aux tristes conséquences de l'intoxication hydrargyrique. »

(Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Vernois, Bergeron et Delpech.)

Emploi de l'essence de térébenthine contre l'empoisonnement par le phosphore.

M. Personne lit un mémoire sur l'emploi de l'essence de térébenthine pour combattre l'empoisonnement par le phosphore.

L'auteur commence par exposer les motifs qui l'ont déterminé à expérimenter l'essence de térébenthine dans les empoisonnements par le phosphore; puis il fait la relation des expériences qu'il a instituées sur des chiens. Voici les résultats de ces expériences, qu'il a divisées en trois séries; savoir : l'une dans laquelle les chiens ont été empoisonnés par le phosphore et n'ont point pris d'antidote; la seconde dans laquelle les chiens ont reçu l'antidote quelques heures après le poison; et la troisième dans laquelle l'antidote a été administré presque aussitôt après le poison.

Les chiens soumis à l'action du phosphore seul ont succombé avec tous les symptômes de l'empoisonnement par le phosphore, dans des espaces de temps variables, après l'injection du poison.

Les chiens qui ont reçu l'antidote (l'essence de térébenthine) une ou deux heures après le poison, ont éprouvé les même symptômes, mais

un seul a succombé; les autres (quatre) ont rapidement recouvré la santé.

Parmi ceux qui ont reçu l'antidote immédiatement après le poison, un seul est mort, les autres n'ont éprouvé qu'une très-légère indisposition.

Voici comment M. Personne explique l'action du phosphore sur l'économie animale et la manière dont l'essence de térébenthine vient détruire ses effets délétères: « Le phosphore n'exerce, dit-il, son action toxique que quand il a pénétré dans l'économie par absorption. Dès lors, en s'emparant de l'oxygène du sang, il empêche l'hématose.

« On peut admettre, d'après cela, que l'essence de térébenthine empêche le phosphore de brûler dans l'économie, de la même manière qu'elle empêche sa combustion dans l'air à la température ordinaire. »

(Comm. : MM. Béclard, Bussy, et Boudet.)

Voix eunukoïde.

M. le docteur Édouard Fournié, médecin de l'Institut impérial des sourds-muets, lit un mémoire sur une voix particulière à laquelle il donne le nom significatif de voix *eunukoïde*. Cette voix aurait, d'après l'auteur, les caractères suivants :

1° Le diapason est à l'octave de celui de la voix ordinaire;

2° Le timbre n'a pas les qualités mâles qui caractérisent la voix des hommes en général, et se rapproche du timbre criard de la voix des eunuques;

3° Cette voix est fournie par un organe parfaitement sain, et qui ne se distingue en rien, anatomiquement parlant, du larynx des hommes qui émettent la voix normale;

4° L'examen laryngoscopique a permis à l'auteur de constater que les caractères distinctifs qui précèdent sont dus à un trouble fonctionnel ou, autrement dit, à une habitude vicieuse dans la manière d'émettre le son. Ce procédé consiste à émettre le son non plus selon le procédé du *registse de poitrine*, mais selon le procédé du *registre mixte*;

5° D'après les observations de l'auteur, cette mauvaise habitude remonterait à l'époque de la mue; chez certains individus, les phénomènes de la mue s'occompagnent d'un état inflammatoire provoquant de la douleur pendant l'émission du son. Dans ce cas très-rare, le jeune pubère parle instinctivement selon le procédé qui est le moins pénible, et ce procédé est celui qui préside à l'émission du registre mixte.

La nature et la cause de la voix eunukoïde étant bien spécifiées, M. Fournié en a déduit un traitement rationnel, qui consiste uniquement dans une gymnastique fonctionnelle de l'organe de la voix, et qui est toujours suivie du succès le plus complet.

En terminant, M. Fournié émet le vœu que la sollicitude des médecins se préoccupe de l'état de la voix des adolescents à l'époque de la mue, persuadé qu'il est qu'on peut, à cette époque, prévenir le développement d'une infirmité aussi pénible que préjudiciable.

Le travail de M. Édouard Fournié est renvoyé à l'examen d'une commission.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de M. le professeur Fuster, de Montpellier, la lettre suivante, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi d'annoncer à nos confrères, par la voie de votre journal, que je viens de donner aux religieux de Notre-Dame-des-Dombes (département de l'Ain) la formule des potions alcooliques que j'emploie concurremment avec la viande crûe ou la musculine dans le traitement de la phthisie pulmonaire et autres maladies consomptives.

Cette concession m'a paru le seul moyen d'assurer l'authenticité de la médication que j'ai proposée, en la dégageant de la responsabilité des formules plus ou moins défectueuses qui me sont attribuées, malgré mes réclamations, dans plusieurs publications excentriques et même dans quelques ouvrages réputés classiques.

Agréez, etc.

Professeur Fuster.

Montpellier, 28 février 1869.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale du VI[e] arrondissement met au concours la question de prix suivante :

Étude sur l'action physiologique et thérapeutique du bromure de potassium.

Le prix sera de la valeur de 300 francs.

Les mémoires devront être adressés, avant le 31 décembre 1869, à M. Léon Duchesne, secrétaire général, 91, rue de Seine.

— MM. les médecins vérificateurs des décès et des naissances atteints par la limite d'âge sont invités à passer le plus tôt possible chez leur collègue M. le docteur Lemaire, quai des Orfèvres, 16, pour une communication urgente qui les intéresse.

— Belle clientèle à céder, à une demi-heure de Paris. — S'adresser au bureau du journal.

AVIS

Les collections remises dans nos bureaux du 1[er] janvier au 2 février — pour être reliées — sont prêtes. On peut donc les faire retirer.

Le prix de la reliure est de 3 francs.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Observation de rage. — Incubation de sept mois. — Présence de sucre dans les urines.

La rage, comme on le sait, présente généralement une incubation d'environ quarante jours; elle devient de plus en plus rare après trois mois; lorsqu'une année s'est écoulée depuis la morsure, beaucoup d'auteurs révoquent en doute la nature virulente de la maladie et rapportent à l'hydrophobie les cas de rage survenus dans ces conditions.

Quelle est donc la durée exacte de l'incubation de cette affection? Ce n'est évidemment que par des observations précises qu'elle peut être déterminée.

Le fait suivant, que nous communique M. le docteur Ulysse Créquy, nous a paru mériter quelque intérêt à ce point de vue.

Le nommé L..., âgé de douze ans, demeurant rue Perdonnet, à Paris, a été mordu à Aunay-les-Bondy, à la main gauche, le 8 juin 1868, à huit heures du matin, par un chien soupçonné atteint de rage et abattu dans la même journée. Cinq ou six minutes après l'accident, les plaies, au nombre d'une dizaine, sont cautérisées par les sœurs de charité avec l'ammoniaque; trois heures plus tard, un médecin applique le fer rouge sur les morsures qui se cicatrisent rapidement, l'enfant reprend ses habitudes et se garde de faire jamais allusion au chien qui l'a mordu; mais dans la nuit du 25 décembre 1868 sa volonté succombe; pressé par des rêves affreux où il ne voit que chiens enragés, il quitte son lit et va se réfugier près de sa mère qui devient la confidente des terreurs dont il est assailli depuis plusieurs mois; cependant après s'être rendormi, la journée du lendemain ne présente rien de particulier, mais le 27 il éprouve un léger frisson que les parents attribuent à une averse que l'enfant a reçue dans la journée.

Le 28 se passe sans rien d'extraordinaire.

Le 29, à 2 heures du matin, il éprouve une difficulté assez vive de la respiration, une douleur dans le bras qui était le siége de la morsure et un point de côté au niveau du sein gauche.

Au moment de sa visite, à trois heures de l'après-midi, M. le docteur Créquy trouve le petit malade assis sur son lit, l'air anxieux, les yeux hagards, la pupille largement dilatée, accusant une gêne vive de la respiration qui se traduit par de fortes et longues inspirations se répétant toutes les douze ou quinze secondes.

La présence des boissons augmente la suffocation, cependant il peut encore, quoique avec peine, avaler les liquides, il n'existe pas de mal de gorge et la vue des corps brillants ne l'incommode pas. La voix n'a subi aucune altération.

Il accuse une douleur, ou plutôt une crampe (c'est son expression), dans la main gauche, principalement au niveau de l'annulaire, remontant jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras et reparaissant dans l'aisselle où la pression est assez douloureuse bien qu'on n'y constate la présence d'aucun engorgement ganglionnaire.

A la face dorsale de l'annulaire existent trois cicatrices, grandes comme des lentilles, ne présentant rien de particulier, sinon qu'elles sont le point de départ des crampes dont il vient d'être parlé.

Au niveau du sein gauche, le point de côté est assez intense pour faire craindre une pleurésie aux parents, mais l'auscultation et la percussion pratiquées avec soin ne décèlent aucune lésion dans la poitrine; le pouls un peu fréquent n'a rien d'anormal.

L'intelligence est très-nette, mais l'enfant éprouve une vive inquiétude sans que pour cela il fasse aucune allusion au chien qui l'a mordu.

Un vésicatoire est prescrit en même temps qu'une potion avec 1 gramme d'éther et 0,03 centigrammes d'extrait thébaïque. La douleur de côté cède au vésicatoire, mais l'horreur des boissons augmente à ce point que quelques cuillerées de la potion purent à peine être avalées.

Ces symptômes allèrent en augmentant le reste de la journée, à minuit il fut pris d'un crachottement continuel, se répétant à chaque minute pour reprendre ensuite avec une nouvelle intensité et ne disparaître qu'avec la vie.

Le 30, à la visite du matin, M. Créquy trouve le malade plus agité, plus anxieux que la veille, l'air plus effaré et présageant sa fin prochaine. L'horreur des boissons est portée à ce point qu'il repousse vivement une tasse de tisane approchée de ses lèvres en se redressant comme un ressort; aussi, soit pour éviter ces crises dont on ne peut avoir une idée exacte que lorsqu'on les a vues, ou que chez lui le besoin des boissons soit moins impérieux qu'on l'observe généralement dans cette maladie, il s'abstient de demander à boire.

Bien qu'ayant eu, dans la nuit, quelques hallucinations portant principalement sur des idées religieuses, l'intelligence est toujours intacte, les facultés affectives, loin d'être altérées comme le vulgaire le suppose, sont au contraire très-développées; il témoigne une vive sympathie à ses parents et aux personnes qui l'entourent; à l'une d'elles qui paraît le craindre, il exprime même ceci : « Approchez, je ne vous mordrai pas. »

Dans la journée, il est pris de trois accès de suffocation si intenses qu'on croit chaque fois qu'il va mourir asphyxié; à huit heures du soir l'oppression est telle qu'il est forcé de rester assis sur son lit.

Les pupilles largement dilatées et insensibles à la lumière rendent facile l'examen ophthalmoscopique auquel le petit malade se prête volontiers.

La pupille se dessine nettement au fond de l'œil avec ses vaisseaux qui paraissent plus volumineux qu'à l'état normal, la choroïde, fortement colorée, rappelle quelques membranes muqueuses injectées au vermillon, cependant bien qu'il accuse la présence de nuages voltigeant devant ses yeux, la vision est encore assez distincte pour pouvoir lire facilement.

Les urines examinées successivement à la chaux vive par M. Coquelet, au sous-nitrate de bismuth par M. Benoit et à la liqueur cupro-potassique décèlent la présence d'une notable quantité de sucre. A partir de huit heures du soir, l'oppression va toujours en augmentant; à dix heures survient un accès qui amène la mort sans que le petit malade ait perdu l'usage de ses facultés intellectuelles. L'autopsie ne put être faite; toutefois en examinant l'intérieur de la bouche on ne put découvrir sur les côtés du frein les papules que Marochetti a décrites sous le nom de lysses.

Voici les réflexions que ce fait a suggérées à notre confrère M. Créquy :

« L'incubation de la rage chez cet enfant a été de près de sept mois; ce terme est très-long, c'est généralement pendant le premier ou le deuxième mois que les accidents se produisent; passé le troisième ils sont rares, et les faits qui se rapportent à une incubation de plus d'un an sont mis en suspicion ou se rattachent à des fait d'hydrophobie.

Ici il ne peut y avoir de doute sur la nature de la maladie, les symptômes que nous avons décrits, sa courte durée qui paraît avoir été nettement limitée entre le frisson du 26 et la terminaison du 30, c'est-à-dire quatre jours, ne peuvent laisser aucune hésitation sur le diagnostic. Les symptômes ont présenté quelques particularités, la soif et la constriction pharyngienne, si intenses d'ordinaire, ont été peu marquées chez ce petit malade; ceux qui paraissent avoir dominé chez lui sont l'horreur des boissons, la grande difficulté de respirer et la sputation continuelle.

Rien de particulier ne s'est passé du côté de la morsure; nous avons pu constater trois petites cicatrices blanches sur l'annulaire gauche ne différant en rien des cicatrices ordinaires, mais il n'en est pas de même d'un phénomène signalé par quelques auteurs, nié par d'autres, nous voulons parler des douleurs qui se manifestent dans les cicatrices ou les parties voisines; l'enfant se plaignait fréquemment de douleurs qui lui parcouraient le bras gauche et plus particulièrement de crampes partant des cicatrices irradiant dans le côté interne de la main et se terminant au-dessus du poignet; il se plaignait aussi d'une douleur vive dans l'aisselle correspondante, bien qu'il fût impossible d'y constater aucun engorgement ganglionnaire. Si ces douleurs n'existent pas chez tous les malades, elles se montrent donc réellement chez quelques-uns. La présence du sucre a été constatée dans les urines : je ne sais si ce fait a été signalé et quelles conséquences on peut en tirer; il serait au moins intéressant de savoir s'il est constant. De nouvelles observations pourront seules nous éclairer. Au point de vue des qualités affectives, nous avons vu combien les idées communément répandues sont en désaccord avec ce qu'a présenté notre malade; loin de chercher à mordre, il a toujours témoigné la plus vive tendresse à ses parents, et de l'affection aux personnes qui lui donnaient des soins (1).

Il ne fit pendant sa maladie aucune allusion au chien qui l'avait mordu; la plupart des observations publiées sur la rage relatent le même fait. Faut-il en conclure qu'ils n'y pensent pas? Je ne puis le croire. L'idée de la mort est un sentiment qui nous répugne, et l'homme enragé, comme le phthisique, interroge du regard ce qu'on pense de lui, il ne révèle pas aux autres la cause de ses préoccupations intérieures; mais elle est toujours présente à son esprit, et nous avons vu ce pauvre enfant, torturé par des rêves affreux, perdre son courage de dissimulation, s'élancer dans les bras de sa mère et lui avouer que sans cesse il est poursuivi par l'idée du chien qui l'a mordu.

Un traitement préventif avait été employé; la cautérisation avec l'ammoniaque, quelques minutes après la morsure, l'application du fer rouge trois heures plus tard, n'ont pu conjurer les accidents que nous venons de rapporter. A quoi cela tient-il? Faut-il admettre que l'une des petites plaies n'a pas été cautérisée? Faut-il penser qu'un virus comme celui de la rage, dès qu'il est transporté dans le torrent circulatoire, a une action fatale? Cette dernière supposition me paraît d'autant plus probable qu'on ne peut admettre, comme dans certaines maladies virulentes, que l'action a d'abord été locale, puisque les phénomènes généraux se déclarent en même temps que les phénomènes locaux, lesquels, le plus souvent, n'existent même pas. Cette idée peu consolante nous paraît plus physiologique. »

S'il faut en croire les expériences instituées dans le temps à Alfort par l'ancien directeur de cette école, Renault, la rapidité avec laquelle s'effectue l'absorption du virus rabique déposé dans la plaie de la morsure, ne laisserait, en effet, que bien peu de chances à l'efficacité des cautérisations alors même qu'elles sont pratiquées à un moment très rapproché de la morsure. Nous n'en croyons pas moins utile de recourir dans tous les cas à ce moyen, le seul jusqu'ici qui ait en sa faveur quelque probabilité d'action prophylactique, ne fût-ce que par son influence morale. Nous croyons qu'il est bon de rappeler aussi, à cette occasion, le moyen de traitement par les sueurs abondantes et l'espèce d'entrainement, qui a été mis en usage avec une très-grande apparence de succès, par M. Gosselin, il y a quelques années, si nous avons bonne mémoire. »

Lipôme sous conjonctival de l'orbite droit. — Ablation. — Conjonctivite phlegmoneuse successive et atrophie des yeux.

Les phlegmasies traumatiques de l'appareil de la vision ne sont nullement en rapport avec le degré de vulnération de l'organe. Des opérations laborieuses, accompagnées d'un certain délabrement des tissus ne sont suivies que d'une réaction modérée; cela se voit tous les jours dans certaines opérations de strabisme. D'autres fois, au contraire, des opérations en apparence peu graves sont suivies de vive réaction, et le traitement le plus énergique n'arrive pas à entraver les progrès de la phlegmasie. Il en a été ainsi dans le cas suivant dont nous devons la communication à M. Fano.

Marie R..., âgée de 23 ans, cuisinière, s'est aperçue, il y a environ un an pour la première fois, de l'existence d'une petite saillie à l'angle externe de l'œil droit; depuis quelques mois, la douleur a pris de l'accroissement.. Le 15 décembre dernier, la patiente se présente à la clinique de M. Fano qui reconnaît, au niveau du petit angle de l'orbite droit, en arrière de la commissure correspondante des paupières, une tumeur qui soulève la conjonctive scléroticale en forme de la moitié d'un anneau tourné par sa concavité vers la cornée. La tumeur est mobile en tous sens, semble faire corps avec la portion de conjonctive qui la recouvre et glisse en masse sur le reste de la muqueuse. La portion de conjonctive qui la recouvre, présente un aspect blanc-rosé. La tumeur se voit à peine, lorsque la patiente regarde de face ; elle est plus saillante, lorsque R... regarde à sa gauche, et bien plus encore lorsqu'on déprime fortement les deux paupières au niveau de la commissure. La tumeur est molle, comme spongieuse et tout à fait indolente; elle ne gêne pas autrement qu'à titre de légère difformité, et c'est par sentiment de coquetterie que R... veut en être débarrassée.

(1) L'idée que les malades atteints de rage sont portés à mordre est un préjugé dont on a fait depuis longtemps justice.

Les paupières étant écartées par des ophthalmostats, M. Fano saisit avec une pince à griffes la conjonctive qui recouvre la production morbide et incise avec des ciseaux le repli de la muqueuse. Celle-ci adhérant à la tumeur, M. Fano est obligé d'enlever une portion de la conjonctive avec la tumeur ellemême qui est emportée par fragments. Les bords de la perte de substance de la conjonctive sont réunis par deux points de suture simple. On prescrit l'application permanente de compresses d'eau froide sur les paupières.

La production morbide est composée d'une petite masse graisseuse, lobulée, mélangée d'un tissu cellulaire assez serré, adhérente à la conjonctive, du volume d'une petite amande de noisette.

Le lendemain, il existe une petite ecchymose de la paupière supérieure et de la conjonctive. Le 17, M. Fano enlève les fils de la suture.

Le 18, il y a de la fièvre, de l'inappétence, les paupières sont un peu œdémateuses, l'œil plus proéminent que la veille, la conjonctive recouverte d'une sécrétion muqueuse ; l'opérée accuse des douleurs péri-orbitaires. Elle présente tous les symptômes d'un phlegmon commençant de l'orbite. Malgré toutes les recommandations, elle avoue avoir continué son métier de cuisinière et s'être exposée à des courants d'air (*compresses d'eau très-froide sur la région orbitaire ; purgatif*).

Les jours suivants, la conjonctive scléroticale devient le siége d'un *chémosis dur*, pendant que l'œil reprend sa place dans l'orbite. M. Fano prescrit des onctions hydrargyriques belladonées sur l'orbite, une potion stibiée, le lavage fréquent de l'œil. Malgré toute l'énergie de ce traitement, la cornée se trouble, s'ulcère et est détruite dans toute son étendue. L'iris fait hernie à travers cette large brèche ; des douleurs péri-orbitaires persistantes sont calmées à grande peine par les applications locales d'atropine. Le chémosis conserve la dureté des premiers jours, et ce n'est qu'au commencement de février, cinq semaines environ après l'explosion de cette phlegmasie, qu'il décroît. Aujourd'hui l'œil droit est atrophié ; R... ne distingue même plus de cet œil la lumière des ténèbres.

Le 26 décembre, onze jours conséquemment après l'opération pratiquée sur l'œil *droit*, la conjonctive oculo-palpébrale de l'œil *gauche* s'injecte et devient le siége d'une sécrétion muqueuse abondante ; les paupières se tuméfient et il se forme, au bout de vingt-quatre heures, un chémosis dur autour de la cornée. Un traitement local semblable à celui qui a été appliqué à l'œil droit est prescrit pour l'œil gauche. La phlegmasie n'en continue pas moins sa marche et bientôt la cornée gauche est détruite dans toute son étendue. L'iris fait hernie à travers la perte de substance ; des douleurs persistantes se manifestent autour de l'orbite. Aujourd'hui l'œil gauche est atrophié, mais la malade conserve la faculté de distinguer de cet œil la lumière des ténèbres.

Ce fait suggère quelques réflexions : après l'ablation d'un petit lipôme sous-conjonctival, il se manifeste une conjonctivite phlegmoneuse qui a pour conséquence de détruire la cornée. Quelques jours après une inflammation de même nature atteint l'autre œil. Peut-on attribuer ce triste résultat à l'opération, et n'est-il pas plus sage d'admettre qu'il existait chez la malade une prédisposition à cette double phlegmasie qui s'est présentée des deux côtés avec les mêmes caractères. Ou bien encore, n'est-il pas permis de se demander si la même affection ne se serait pas développée en l'absence même de toute opération, et si l'adage *post hoc, ergo propter hoc*, est bien applicable ici.

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques.

M. le docteur Aimé Martin bien connu de nos lecteurs, particulièrement pour ses travaux sur la syphilis, nous adresse les observations suivantes au sujet des deux articles dans lesquels nous avons résumé les expériences de M. le docteur Oscar Van Mons, de Bruxelles, sur le traitement de la syphilis par les injections hypodermiques :

« En premier lieu, les résultats consignés dans le premier article (du 20 février), peuvent-ils autoriser M. Van Mons à prouver en principe, dans la note qu'il vous a transmise et que vous reproduisez dans le second article (du 27 février) que « *une seule injection suffit parfois pour la guérison.* »

M. Van Mons a commencé à employer la médication hypodermique à la fin du mois de novembre dernier ; les premiers résultats qu'il a obtenus datent du 4 janvier ; peut-il raisonnablement conclure, aujourd'hui 27 février, à la guérison radicale de ses malades ? Il a, selon toute apparence, fait disparaître des accidents syphilitiques dont la gravité, du reste, n'était pas grande et qui auraient facilement cédé, si les malades eussent été soumis au traitement ordinaire ; mais de là à la disparition complète de la diathèse, il y a un abîme et, sans me croire prophète, je prédis hardiment à M. Van Mons qu'il aura à soumettre les malades qu'il croit guéris à de nouvelles injections.

« En deuxième lieu, j'avoue mon cher confrère, que je partage votre opinion sur ces abcès que vous *n'aimez pas* et dont M. Van Mons semble faire si bon marché. Acheter la guérison d'une *poussée* d'accidents secondaires au prix d'un ou de plusieurs abcès du volume d'un œuf, cela me semble un peu cher. Je ne sais pas si, à la place du patient, je ne préférerais pas me soumettre à l'inoculation indéfinie du chancre simple, idéal des syphilisateurs, ou au traitement par les vésicatoires successifs qu'avaient préconisé MM. Cullerier et Parisot. Je ne parlerai pas de l'insolubilité du calomel, le sel mercuriel qui me paraît le moins fait pour les injections hypodermiques, quoique ce dernier inconvénient ne soit pas le moindre de ceux que présente la méthode de M. Van Mons (1).

Permettez-moi, en terminant, de demander la parole pour un fait personnel. J'ai lu le 7 août dernier à la Société de médecine de Paris, un mémoire qui a paru *in extenso* dans le numéro du 12 septembre 1868 de votre excellent journal. Je relatais dans ce mémoire, trois expériences que je venais de tenter ; j'avais injecté par la méthode hypodermique, dans trois cas de syphilis secondaire, une solution de bi-iodure de mercure et de potassium (préparation parfaitement soluble et nullement acide, ne donnant lieu qu'à une insignifiante réaction locale). Les résultats que j'avais obtenus étaient au moins aussi concluants que ceux que nous apporte M. Van Mons qui paraît, je le dis à regret, ou les avoir ignorés ou n'en avoir tenu aucun compte. J'ai, depuis lors, appliqué ma méthode dans cinq cas nouveaux, et, si je n'ai pas obtenu la guérison radicale de la diathèse, ce que je ne suis point assez ambitieux pour espérer, j'ai, du moins, fait disparaître les accidents les plus rebelles sans infliger à mes malades, dont deux élèves des hôpitaux de Paris, le supplice de ces abcès qui semblent si peu de chose à M. Van Mons. »

Nous n'avons pas dissimulé la défiance que nous inspirait cette méthode, particulièrement à cause de cet abcès qui semble en être une conséquence obligée. Les réflexions de notre distingué confrère M. A. Martin ne sont pas faites pour la diminuer. Toutefois, nous croyons prudent autant que juste d'attendre, avant de nous prononcer définitivement sur la valeur de cette méthode, que la publication de tous les faits annoncés par M. O. Max Van Mons ait eu lieu.

Ingestion d'ammoniaque liquide. — Mort.

Les empoisonnements par l'ammoniaque liquide sont fort rares ; la plupart de ceux rapportés sont des cas de suicide surtout quand le corps est ingéré pur ; ou bien ils sont dus à des méprises ou des imprudences dans le mode d'administration, mais alors la quantité du véhicule atténue et modifie plus ou moins l'énergie des effets délétères.

M. le docteur Thomas, de Résigny (Meuse), nous communique la relation d'un cas de mort accidentelle dont il vient d'être témoin et qui a été occasionnée par l'ingestion d'ammoniaque pur du commerce. Voici le fait :

« Un manouvrier, âgé de 60 ans, arrive un dimanche matin dans une maison où il est occupé de temps en temps ; il demande la goutte, que du reste il boit très-bien et très-souvent chez lui, au cabaret et partout où on veut bien la lui donner. Occupé, le propriétaire le renvoie, mais il insiste et, assez familier dans la maison, il annonce qu'il va se servir lui-même. Pénétrant dans la cuisine, il débouche une bouteille du contenu de laquelle il se verse une rasade, et de loin faisant signe au propriétaire qu'il va boire à sa santé, il ingurgite d'un seul trait ce que contenait son verre (au moins 45 ou 50 grammes). C'était de l'ammoniaque dont on s'était servi peu auparavant pour le traitement d'une vache météorisée. Immédiatement il pousse des cris que j'entends de mon domicile voisin. J'arrive et je vois le malheureux dans un état de suffocation très-pénible accusant une vive douleur dans la bouche et l'estomac. Je lui fais boire plusieurs verres d'eau pure pendant qu'on préparait de l'eau vinaigrée. Il s'efforce de les rendre en mettant ses doigts dans le gosier. Les vomissements survenant aussitôt sont déjà striés de sang, et la quantité de celui-ci augmente avec les nouvelles régurgitations. La bouche, le palais sont entièrement dépouillés de leur épithélium qui pend sur les lèvres. Il peut néanmoins encore boire un peu de liquide, et au bout de quelques minutes, se disant soulagé, il retourne à pied chez lui accompagné des voisins. J'espérais alors que le liquide n'avait pas franchi la bouche et que les désordres pourraient se borner à cette cavité ; mais une demi-heure après cette espérance était déçue. Le malade était alors plongé dans une prostration profonde, répondant néanmoins, quoique péniblement, aux questions qu'on lui adressait. Il n'accusait pas de douleurs bien vives, mais se plaignait d'un sentiment de sécheresse excessive le long de l'œsophage. Salivation abondante, légèrement sanguinolente. De temps en temps, vomissement de sang mêlé à des glaires abondantes. Impossibilité d'avaler une gorgée de liquide. Besoin pressant d'aller à la selle. Il emplit la moitié d'un pot de nuit de caillots de sang pur. Dès lors les selles se renouvelèrent fréquemment et présentèrent constamment du sang pur en grande abondance. En même temps le malade se refroidit considérablement, s'affaiblit de plus en plus et finit par s'éteindre, on peut dire paisiblement, avec son entière connaissance, onze heures après l'accident. On peut donc dire que dans ce cas, c'est l'hémorrhagie qui a tué le patient. On peut aussi avancer que si la douleur vive à laquelle on s'attendait a fait défaut, c'est grâce à la sécrétion abondante du sang provenant de l'œsophage et de l'estomac.

L'autopsie n'a pu être faite. »

(1) M. O.-M. Van Mons n'est que le rapporteur et le contrôleur de la méthode en question et non son auteur. (*Note de la rédaction.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 20 janvier 1869. — Présidence de M. LEGOUEST.

—

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Pendant l'année 1868 (1).

Par M. LÉON LABBÉ, secrétaire annuel.

A plusieurs reprises, et l'année dernière encore, la question de l'opportunité de l'application du trépan dans le cas de lésions traumatiques de l'encéphale a donné lieu à d'importantes discussions. M. Tillaux vous a fait part d'un fait clinique, qui a une grande valeur. Un jeune homme tomba sur le sol, d'une hauteur environ d'un troisième étage. Il fut apporté à l'hôpital dans un état voisin de la résolution. Sur le crâne, vers le sommet de la tête, à 2 centimètres environ de la ligne médiane, existait une plaie contuse peu étendue, au fond de laquelle on sentait les os à nu, à l'aide du stylet.

Le malade mourut ; la lésion capitale que l'on rencontra était due à la présence d'un caillot sanguin situé sur les côtés du cerveau, au niveau de la fosse temporale, entre la dure-mère et la boîte crânienne.

La mort paraît bien avoir été déterminée par la formation brusque de ce caillot ; or, comme l'a très-judicieusement fait remarquer notre collègue, ce caillot eût pu se former plus lentement, et le malade eût pu vivre avec une hémiplégie gauche. Dans cette hypothèse, le chirurgien pouvait songer à intervenir à l'aide du trépan ; alors, il eût été indiqué d'appliquer celui-ci dans le point du crâne où était la plaie extérieure, où le choc avait dû porter ; cependant l'agent compresseur, le caillot, s'en trouvait à une telle distance, que l'opération eût été nécessairement inutile.

Chez un autre malade, il existait une fracture du crâne avec un fragment légèrement déprimé et une plaie aux téguments. Quelle plus belle occasion pour pratiquer la trépanation ? Cependant le malade meurt d'infection purulente, et à l'autopsie on découvre que l'hémiplégie qui existait chez lui était due, non pas à la dépression des fragments ni aux éclats de la lame vitrée, mais bien à la présence d'un caillot qui, par sa situation, son volume, son étendue, ses adhérences, était inaccessible à la trépanation.

Quelques jours plus tard, M. Panas vous communiquait un fait très-important au point de vue qui nous occupe en ce moment, et vous faisait part d'expériences tentées sur les animaux et destinées à contrôler les résultats expérimentaux annoncés autrefois par Malgaigne. M. Panas a conclu de ses recherches que l'injection pratiquée entre la dure-mère et les os, déterminait plus rapidement des accidents et la mort, que celle faite dans la cavité arachnoïdienne.

La présentation par M. Demarquay d'un enfant affecté de *bec-de-lièvre double compliqué*, nous a valu la lecture d'un travail de M. Broca : *Sur l'application de la suture osseuse au traitement du bec-de-lièvre double compliqué de saillie de l'os intermaxillaire* ; le travail de M. Broca s'appuie sur deux observations qui sont personnelles à l'auteur.

M. Broca a voulu prouver que la méthode qui consiste à conserver le tubercule osseux, dans le cas de bec-de-lièvre double, compliqué de la saillie de ce tubercule, a été trop facilement abandonnée par les chirurgiens ; sans prétendre que la conservation de ce tubercule soit toujours possible, il pense avoir démontré qu'il y a des cas où elle peut réussir d'une manière complète, à la faveur de l'avivement du tissu osseux et de l'emploi de la suture osseuse.

Plusieurs communications relatives aux maladies des yeux nous ont été faites par des médecins étrangers à la Société. Ainsi M. Meyer, nous a présenté un malade sur lequel il a obtenu la guérison d'un *staphylôme pellucide de la cornée* après avoir mis en usage le procédé de son maître, M. de Graëfe, procédé destiné à déterminer un aplatissement de la cornée à la suite de la production artificielle d'un petit abcès dans l'épaisseur de cette membrane.

Nous avons inséré dans nos bulletins une observation très-complète de *double luxation du cristallin* recueillie par M. Chennevier, professeur à l'École de médecine de Besançon. Notre confrère pense que l'on doit admettre deux espèces distinctes de luxation du cristallin : 1° la luxation de l'appareil cristallinien tout entier ; 2° la luxation du cristallin, la capsule conservant ses rapports normaux. M. Dolbeau, chargé de faire un rapport sur le travail de M. Chennevier, a cru devoir faire des réserves relativement à cette interprétation des faits, il a émis l'opinion que la manière de voir de notre confrère demandait une démonstration plus rigoureuse.

Un de nos membres associés les plus éminents, le professeur de Graëfe, de Berlin, a fait passer sous nos yeux une série de dessins représentant des lésions rares de l'appareil oculaire ; ainsi, un cas d'irrégularité congéniale du cristallin ; un kyste séreux de la chambre antérieure ; un polype mélaneux de l'œil, etc.

Enfin, il y a quelques jours à peine, M. Panas nous a montré un exemple irrécusable d'ossification de l'iris.

Plusieurs communications importantes et relatives aux maladies des femmes, nous ont été faites dans le cours de cette année.

M. Depaul nous a donné la relation détaillée d'un fait de déchirure centrale du périnée chez une primipare. Cette lésion, en apparence si grave, guérit généralement par les seuls efforts de la nature. Dans le cas dont il s'agit, M. Depaul avait annoncé que des soins de propreté suffiraient pour amener une guérison complète ; l'événement a justifié ce pronostic favorable. Un magnifique dessin annexé à nos bulletins rend plus saisissante cette lésion assez rare.

Comme cela arrive souvent lorsque l'attention est appelée sur un fait exceptionnel par une communication à la Société de chirurgie, des cas analogues nous ont été adressés par plusieurs confrères. M. Auger (de Pithiviers), et M. Stolz, l'éminent accoucheur de Strasbourg, auquel vous venez de conférer le titre de membre correspondant, nous ont envoyé deux belles observations de cette lésion, assez rare pour avoir pu être niée par certains accoucheurs, ayant cependant une longue pratique.

M. Depaul, au nom de M. le docteur Faliu, nous a communiqué une observation de *corps fibreux de la matrice expulsé après le travail de*

(1) Fin. Voir notre dernier numéro.

l'accouchement. M. Depaul s'était demandé s'il ne s'agissait pas là d'un cas de monstruosité fœtale, si l'on n'avait pas affaire à l'un de ces monstres que l'on a décrits sous le nom d'*anidiens*. L'examen microscopique fait par M. Robin n'a pas laissé subsister de doute relativement à la nature fibreuse de la tumeur.

Quelques jours après, à l'occasion de cette présentation, M. Forget nous lisait une note étendue intitulée : *Des corps fibreux et des polypes de l'utérus considérés pendant la grossesse et après l'accouchement*. Dans ce travail sont passés en revue plusieurs points intéressants de l'histoire des tumeurs fibreuses de l'utérus et sont discutées avec soin les indications chirurgicales qui peuvent se présenter à la suite de l'accouchement lorsqu'il existe un corps fibreux ou un polype accessible à l'action instrumentale.

M. Guéniot a exposé longuement devant vous un fait *d'accouchement heureux par les voies naturelles dans un cas d'obstruction presque complète du petit bassin par un corps fibreux*. M. Guéniot terminait son intéressante communication par l'analyse d'un grand nombre d'observations appartenant à divers auteurs, et concluait que la *réalité* des modifications imprimées à certains fibrômes par la gestation, quoique très-vraisemblable, manquait cependant encore d'une rigoureuse démonstration.

Enfin, M. Depaul nous a soumis une observation qui présentait la plus grande analogie avec la précédente et dans laquelle la terminaison ne fut pas moins heureuse. Notre collègue a en outre combattu l'assertion de M. Guéniot tendant à nier l'augmentation des corps fibreux et leurs modifications de consistance pendant la grossesse, il a rappelé, à ce sujet, les observations lues devant nous par MM. Guyon et Bailly.

M. Depaul termina son intéressante communication par une longue série de conclusions qu'il serait impossible de reproduire ici; la dernière était ainsi formulée : Certains fibrômes utérins péritonéaux constituent une des plus graves complications de la grossesse et soulèvent les questions les plus embarrassantes de l'obstétrique. La science est loin d'être faite sur ce point important, qui est digne de toutes les méditations des chirurgiens.

Je ne saurais passer sous silence le fait remarquable que nous a fait connaître dernièrement M. Dumesnil, de Rouen, d'une tumeur fibreuse dont l'élimination spontanée et partielle a eu lieu à travers la paroi abdominale.

Vous avez tous présente à l'esprit la pièce si curieuse *d'hypertrophie générale de l'utérus* que M. Tillaux nous montrait il y a quelques semaines. A la suite de cette présentation, s'est élevée dans le sein de la Société une discussion qui a mis en lumière des faits assez peu connus jusqu'à ce jour de variations plus ou moins périodiques dans le volume de l'utérus. Dans ce cas le poids de la matrice était de deux kilogrammes, et son volume représentait à peu près celui d'une tête de jeune garçon de huit à dix ans.

Le diagnostic des calculs urinaires, parfois si difficile, peut, dans quelques circonstances, devenir tout à fait impossible malgré l'exploration le plus minutieuse et la plus méthodique. Notre collègue M. Marjolin a dû méconnaître chez un enfant de deux ans un calcul qui était recouvert par des couches nombreuses et épaisses de fibrine et de mucus coagulé. Bien que certains symptômes eussent éveillé l'attention du chirurgien, la sonde ne donnant d'autre sensation que celle qui résulte d'une colonne charnue plus ou moins saillante, celui-ci dut abandonner l'idée de l'existence d'un calcul.

Quelques jours après, notre collègue a mis sous nos yeux un calcul volumineux qu'un jeune garçon de 14 ans et demi, taillé neuf ans auparavant par M. Deguise fils, avait rendu spontanément par le périnée. A la suite de l'issue de ce calcul a persisté une fistule urinaire qui a mis cinq ou six mois à se fermer.

M. Liégeois a présenté un calcul énorme de l'urèthre qui lui avait été remis par M. Bouché, médecin à Spincourt (Lorraine). Ce calcul présentait plusieurs particularités remarquables : il siégeait dans la partie initiale de l'urèthre et y avait séjourné vraisemblablement depuis une quarantaine d'années. Il était divisé en trois fragments irréguliers mais s'adaptant exactement l'un à l'autre; enfin le fragment le plus volumineux, le dernier enlevé, celui qui par conséquent était le plus proche de la vessie, était creusé dans toute son étendue d'un canal complet s'ouvrant aux deux extrémités de ce conduit par deux orifices très-régulièrement configurés, si ce n'est l'orifice postérieur, qui était surmonté d'une saillie conique en forme de luette. A propos de la fragmentation de ce calcul, M. Liégeois s'est livré à une longue et savante discussion relative à la possibilité de la fragmentation spontanée des calculs. Dans le cas actuel, M. Liégeois repousse l'idée de ce mode de fragmentation et admet que les calculs ont été projetés dans l'urèthre à des époques diverses, et que, par suite de frottements répétés, leurs facettes se sont adaptées.

La *pilimiction et le trichiasis des voies urinaires* ont été l'objet d'un travail d'ensemble que Rayer publia en 1850 dans les bulletins de la Société de biologie. Il crut, comme ses prédécesseurs, devoir admettre deux sortes de cas se rattachant les uns à la *pilimiction* proprement dite les autres *au trichiasis* simple ou essentiel des voies urinaires. *Le trichiasis* est constitué par des poils nés sur la muqueuse urinaire, la pilimiction est symptômatique d'un kyste fœtal ouvert dans la vessie. M. Broca vous a fait connaître un cas fort intéressant dans lequel l'examen à l'aide du microscope des parties expulsées a servi à déterminer d'une façon très-nette qu'il s'agissait bien d'un cas de pilimiction alors qu'il eût été possible d'admettre l'existence d'un simple trichiasis; nous devons reconnaître avec notre collègue que s'il n'y a aucune raison pour nier *à priori* la possibilité d'une production de poils par la muqueuse urinaire, en fait les preuves de cette possibilité font complétement défaut jusqu'à ce jour.

MM. Liégeois et Boinet ont lu devant vous deux observations d'ovariotomies terminées par la guérison. Ce dernier nous a exposé avec détails plusieurs modifications heureuses qu'il a fait subir à quelques temps de cette opération et vous a communiqué sa statistique personnelle. Les résultats que notre confrère a obtenus sont dignes de fixer votre attention et d'encourager les chirurgiens à entrer dans une voie utile et trop délaissée jusqu'à ce jour dans notre pays.

M. Guyon nous a présenté un malade à qui il a pratiqué une amputation sus-malléolaire par un procédé nouveau.

Ce procédé a essentiellement pour but de supprimer complétement le lambeau antérieur dont M. Guyon a eu l'occasion de constater la défectuosité, de prendre à la partie postérieure du membre le plus possible de parties molles, enfin de rester dans les limites de l'opération sus-malléolaire. Le lambeau postérieur, taillé d'après le procédé de M. Guyon, contient dans son épaisseur tout le tendon d'Achille, dont la gaîne n'est pas ouverte, et les tendons des muscles de la région postérieure, dont les gaînes sont intactes jusqu'au point de la section inférieure; l'artère tibiale y est également comprise dans sa gaîne. Ce procédé, mis une fois en pratique avec succès par notre collègue, mérite, messieurs, de fixer sérieusement notre attention.

Je termine en signalant les instruments que nous a montrés M. Duplay, et qui sont destinés à régulariser les opérations exécutées dans l'intérieur des fosses nasales. Notre confrère a fait construire un spéculum qui permet de bien éclairer l'intérieur de ces cavités, et des pinces à polypes qui ont quelques avantages évidents sur les instruments analogues que nous avions jusqu'à ce jour à notre disposition.

Vous le voyez, messieurs, j'avais raison de vous le dire, l'activité n'a pas été bannie de nos séances. Anciens et nouveaux, les membres de notre Société ont montré qu'ils avaient une grande ardeur pour la science; nous devons plus particulièrement des remerciments à ceux de nos anciens qui veulent bien ne pas déserter nos réunions et nous faire profiter de leur expérience déjà longue.

Permettez-moi, en terminant, de vous remercier de la grande bienveillance que vous m'avez tous montrée et qui a rendu ma tâche si facile.

ALLOCUTION DE M. LE PRÉSIDENT LEGOUEST.

Messieurs,

J'ai le devoir de vous faire le compte rendu moral et administratif des actes de la Société de chirurgie pour l'année 1868.

Si la prospérité des Sociétés savantes se mesurait à la prospérité de leurs finances, la Société de chirurgie n'aurait que des félicitations à s'adresser. En effet, elle ferme l'exercice budgétaire de l'année qui vient de s'écouler sur un excédant de recette de 2,000 francs. C'est aux modifications introduites dans nos statuts, c'est aux soins apportés par notre trésorier à leur exécution que nous devons cette petite fortune à l'emploi de laquelle le nouveau bureau devra aviser. Je crois être l'interprète bien inspiré de la Société tout entière en priant M. Houël de vouloir bien accepter nos remerciments du zèle et du dévouement avec lesquels il a rempli, pendant quatorze ans, la tâche délicate de trésorier. Il mettra, nous l'espérons, les conseils de son expérience au service de son successeur, et tiendra ainsi à bien mériter encore de la Société de chirurgie.

Pour la première fois, messieurs, votre président ne vous annoncera pas, dans cette réunion, la publication de vos travaux. Ni nos mémoires, ni notre bulletin n'ont paru. Le Comité de publication, pas plus que vos secrétaires ne sont responsables de cette lacune, due à la grève des ouvriers imprimeurs.

Pour la première fois aussi, le rapport sur les thèses envoyées au concours du prix Duval ne vous sera pas présenté : une indisposition n'a pas permis au rapporteur de la commission d'achever son travail en temps utile et nous prive d'une des plus douces satisfactions de cette journée, celle de récompenser le mérite. Dans quelques jours, je l'espère, cette omission sera réparée.

Un mouvement notable a eu lieu dans le personnel de la Société pendant le cours de l'année dernière : nous avons eu le regret de perdre un de nos membres honoraires, M. le professeur Jarjavay, inopinément enlevé à la science, à la pratique et à ses amis; et quatre membres correspondants nationaux, MM. Clot-Bey, Ange Duval, Loire et Thore; deux membres titulaires, MM. Cullerier et Voillemier ont demandé et obtenu l'honorariat; enfin, une jeune phalange que je salue, MM. Guéniot, Sée, Cruveilhier, Duplay et Paulet, a pris place parmi nous et a déjà payé à la Société un large tribut scientifique.

J'ai la satisfaction de vous annoncer que le catalogue de notre bibliothèque, sous l'active impulsion de notre bibliothécaire-archiviste, touche à son terme, et que l'acte de la donation faite à la Société par la veuve de notre regretté collègue Laborie est à la veille de nous revenir du Conseil d'État. Dès aujourd'hui, nous pouvons donc mettre au concours pour la séance annuelle de 1870 le prix Édouard Laborie, dont la valeur est de 1,200 francs.

Vous savez, messieurs, que la volonté de la donatrice est que le prix Édouard Laborie soit donné annuellement au meilleur mémoire de chirurgie présenté à la Société dans l'année courante, mais que néanmoins, tous les six ans, le sujet du mémoire serait donné par la Société et choisi parmi ceux dont le docteur Laborie s'est particulièrement occupé.

Le bureau a pensé que pour rendre hommage à la mémoire de notre collègue autant qu'à la générosité de sa veuve, il convenait d'appliquer cette clause au premier concours du prix Édouard Laborie et il propose la question suivante : Déterminer par des recherches cliniques la valeur de l'amputation sus-malléolaire aux divers points de vue : 1° de la mortalité consécutive à cette opération; 2° des procédés opératoires; 3° de l'utilité des moignons dans la marche; 4° des moyens prothétiques que comportent ces derniers.

A la veille de quitter le fauteuil que j'occupe depuis deux ans, le bureau auquel j'appartiens depuis près de sept ans, je remercie la Société de la bienveillance qu'elle m'a témoignée; je ne crois pas pouvoir lui donner un meilleur gage de ma reconnaissance qu'en m'associant plus intimement encore à ses travaux.

Séance du 3 février 1869. — Présidence de M. Verneuil.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine; — Le *Bulletin de thérapeutique*; — Les *Archives générales de médecine*; — La *Gazette médicale de Strasbourg*; — Le *Sud médical* (de Marseille).

— M. de Closmadeuc, membre correspondant, adresse un intéressant travail ayant pour titre : *Chirurgie et barberie en Bretagne avant la Révolution*. Brochure in-8°, de 64 pages.

— M. le docteur Péchot, professeur à l'École de médecine de Rennes, envoie : *Principes de pathologie générale*. In-18. Paris. Delahaye. 1867.

— MM. Gautier (de Genève) et Gayet (de Lyon) adressent des lettres de remerciements pour leur récente élection au titre de membres correspondants.

— M. Giraldès dépose sur le bureau un exemplaire du *Calendar of the royal college of surgeons of England*.

M. Dolbeau. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société de chirurgie un travail de M. le docteur Krishaber : c'est un extrait du *Dictionnaire encyclopédique*. Si j'insiste sur cette présentation, c'est à cause même de l'importance du mémoire. En effet, M. Krishaber vient de faire, et le premier, je crois, un *Traité des polypes du larynx*. Quelques détails suffiront pour faire bien comprendre le service que notre confrère vient de rendre à la pathologie du larynx.

Jusqu'à Levret (1749), on ne trouve dans les auteurs que quelques indications très-vagues sur les polypes des voies aériennes; c'est à dater de cette époque que des autopsies viennent démontrer l'existence de tumeurs plus ou moins pédiculées, occupant le larynx. De loin en loin, on rencontre une observation plus ou moins incomplète.

Il faut arriver à 1850 pour voir une première tentative d'étude générale de ces tumeurs. Ehrman, à l'occasion d'un fait observé par lui vers 1842, rassembla les faits connus pour en déduire quelques considérations générales mais nécessairement incomplètes.

Rokitansky a fait des autopsies, 13, je crois; mais il confondu avec les polypes des épithéliomes du larynx.

Middeldorf (1851) a réuni 64 cas de polypes du larynx; mais lui aussi a eu le tort de compter au nombre de ces polypes, presque la moitié des cas, des productions qui n'étaient autre chose que des cancers.

En 1860, commence une nouvelle période dans l'histoire des polypes du larynx. Jean Czermak publie la première observation de polype, constaté au moyen du laryngoscope. Depuis cette époque, les observations se multiplient, et en 1862, Bruns pratique la première opération par les voies naturelles. Ce même chirurgien a publié en 1865, puis en 1868, un grand nombre d'observations, 40, je crois. Cependant Bruns annonce que ces faits lui serviront à la publication d'un traité complet des polypes du larynx. Ce traité n'a point paru, mais on peut dire que le docteur Krishaber vient de le faire. Notre confrère, grâce à la réunion de 260 observations authentiques de polypes du larynx, a pu constituer une description didactique de cette importante maladie. Si M. Krishaber a, réellement et le premier, fait un traité des polypes du larynx, il reste à en apprécier la valeur, et c'est ce que je vais essayer de faire en quelques mots.

L'anatomie pathologique a été faite avec le plus grand soin dans le travail de M. Krishaber. L'auteur a parfaitement compris que l'anatomie pathologique pourrait seule servir de base à l'étude chirurgicale des tumeurs du larynx. C'est ainsi qu'on le voit successivement grouper autour de la lésion les symptômes, le pronostic et les indications thérapeutiques des polypes du larynx.

On peut dire, sans crainte d'être contredit, que le travail de M. Krishaber place l'étude des polypes du larynx à la portée de tous. Quant à ceux qui, non contents de reconnaître le mal, désireraient en entreprendre la cure définitive, il trouveront dans la brochure que je signale à votre attention tous les détails nécessaires. L'article de M. Krishaber se termine, en effet, par un chapitre très-complet de chirurgie opératoire.

RAPPORT.

M. Dolbeau fait un rapport verbal sur un travail de M. Baizeau, intitulé : *De l'inutilité des bandages et appareils dans le traitement des fractures de la clavicule*. Après avoir analysé rapidement les opinions émises et les faits énoncés dans ce travail, M. Dolbeau termine ainsi son rapport : L'idée de l'inutilité des bandages et appareils dans le traitement des fractures de la clavicule est loin d'être nouvelle et surtout d'être personnelle à M. Baizeau, car la pratique générale des chirurgiens des hôpitaux de Paris est de s'abstenir de tous ces moyens et de placer le bras du malade dans une écharpe, pendant tout le temps nécessaire à la consolidation.

M. Chassaignac proteste contre l'idée présentée dans le travail de M. Baizeau. Je soutiens, dit-il, la thèse tout à fait opposée et je prétends que s'abstenir d'appareils n'est pas la pratique des chirurgiens des hôpitaux de Paris. L'absence d'appareils amène des non-consolidations. J'ai vu dans ces conditions des pseudarthroses de la clavicule, des cals volumineux, assez volumineux même pour amener des accidents et nécessiter une intervention. Cette question est la même que celle de l'extension permanente dans les fractures de la cuisse ; on la croyait inefficace faute de savoir l'employer. Malgaigne ne croyait pas à la possibilité de réduire sans déplacements toutes les fractures de la clavicule; il eut la complaisance de me dépêcher un jour un de ses internes, m'invitant à venir à Saint-Louis, réduire une fracture de la clavicule qu'il ne pouvait réduire sans difformité. J'essayai et je réussis par mon procédé. Vous savez en quoi il consiste. Placé derrière le malade, j'embrasse le coude de mes deux mains entrelacées, l'une passant en avant, l'autre en arrière de la poitrine; je soulève ainsi en tirant en haut de toutes mes forces l'épaule malade, et de cette manière j'opère la réduction. Pour maintenir la position et empêcher les escharres du coude, je fais entourer cette partie d'un bandage dextriné; lorsqu'il est sec, je réduis par la manœuvre que je viens d'indiquer et je maintiens la position au moyen d'un bandage inamovible. Tout l'effort de la pression porte sur le creux sus-claviculaire ou plutôt sur la courbe du trapèze du côté opposé, et j'ai soin de garnir la partie avec un coussin. Jamais avec cette méthode je n'ai trouvé de fracture irréductible.

M. Marjolin est heureux d'avoir entendu M. Chassaignac défendre l'utilité des appareils. Il ne faut pas en repousser l'emploi quand il y a des déplacements, car c'est le seul moyen d'empêcher les cals vicieux et souvent les non-consolidations. Une thèse de M. Hurel défendait comme MM. Baizeau et Dolbeau, l'idée de l'inutilité des appareils; c'est là une exagération évidente. M. Marjolin a eu l'occasion de voir deux fois des pseudarthroses de la clavicule qui avaient été amenées par l'absence de moyens contentifs suffisants, c'est-à-dire par l'emploi de l'écharpe.

M. Trélat partage le sentiment de ses deux collègues ; l'apposition d'une simple écharpe peut être suivie d'accidents autres qu'une pseudarthrose ; deux fois chez des malades ainsi traités et chez lesquels il n'y avait pas eu consolidation, il existait sur l'endroit de la fracture des tumeurs qui ressemblaient à des périostoses et qui étaient dues à l'irritation du périoste avoisinant les fragments non réunis et mobiles l'un sur l'autre. Au point de vue de la pratique et même quand il devrait y avoir consolidation, il faut employer des appareils mieux contentifs qu'une simple écharpe, pour éviter que le frottement des fragments ne produise une crépitation qui inquiète le malade et qui l'inquiète à bon droit, puisqu'elle témoigne de la non-contention exacte des extrémités osseuses en rapport.

M. Léon Lefort. Je suis l'interne de Malgaigne qui, en 1853, allait prier M. Chassaignac de venir réduire une fracture de la clavicule, regardée comme irréductible, et je dois dire que M. Chassaignac a obtenu un succès remarquable. Depuis, j'ai employé la même méthode chez beaucoup de malades souvent avec succès, mais je suis d'avis que M. Chassaignac exagère les bénéfices du moyen qu'il propose, car dans plusieurs cas je n'ai pu réussir, et d'ailleurs les déplacements qui sont très-divers ne se font pas toujours dans le même sens et ne se réduisent pas par les mêmes moyens.

Quant à l'opinion de M. Dolbeau, elle serait des plus exagérées, si je ne soupçonnais pas qu'il y eût malentendu. M. Dolbeau en parlant d'écharpes, doit avoir en vue des écharpes bien appliquées, capables d'assurer l'immobilité comme celle de Mayor, et non des mouchoirs simplement passés autour du cou. Il s'agit plutôt de l'inutilité de la réduction au point de vue du rétablissement ultérieur des mouvements, que de l'inutilité de l'immobilité et de la contention exactes.

M. Demarquay. Il y a des cas où l'on n'est pas libre d'appliquer ou de ne pas appliquer d'appareils, lorsque par exemple on a à craindre de voir un fragment très-aigu, fort saillant, venir perforer la peau. Il est évident qu'une réduction partielle au moins est indispensable, et la réduction effectuée ne peut être maintenue que par un bandage. Dans d'autres cas, la situation des fragments amène des douleurs parfois intolérables qui ne peuvent céder qu'à la réduction ou tout au mois à l'immobilisation complète du bras. Il y a donc des cas où il y a nécessité d'intervenir ; d'autres où l'intervention est utile comme lorsqu'on veut chez une jeune femme éviter la difformité qui résulte d'une mauvaise coaptation.

M. Dolbeau. Ce que j'ai voulu dire, ce n'est pas qu'il faut s'abstenir de traiter les fractures de la clavicule, mais qu'il y a des individus, et ils sont nombreux, qui, sans appareils spéciaux, récupèrent par la simple immobilisation les mouvements du membre. Comme mes collègues, j'ai observé des cals enflammés, des pseudarthroses, quand il n'y avait pas eu immobilisation suffisante; comme eux, je sais qu'une réduction, maintenue par les appareils, peut presque seule amener chez les malades une guérison sans difformité; mais l'écharpe ne constitue ni un bandage ni un appareil spécial, et si j'ai parlé de l'inutilité des bandages spéciaux, je n'ai pas parlé de l'inutilité de l'immobilisation.

M. Paulet. Le tort de M. Baizeau est d'avoir intitulé son travail de *l'Inutilité des bandages*, car on pourrait prendre son expression trop à la lettre et en arriver à ne plus employer aucun traitement.

M. Giraldès. Il faut établir une distinction entre les fractures de l'adulte et celle des enfants; chez ces derniers, il arrive parfois qu'il n'y a pas de déchirure du périoste; la fracture, bien maintenue, guérit sans difformité, et il n'en serait pas de même si l'on s'abstenait de tout appareil. Quant à la manière d'obtenir cette immobilité, M. Giraldès croit que l'appareil inamovible est un des plus mauvais moyens qu'on puisse employer. Il fait corps avec la poitrine, se soulève et s'abaisse avec les côtes et imprime ainsi à la fracture les mouvements qu'on cherche précisément à éviter.

M. Trélat. Le travail de M. Baizeau est intitulé : *De l'inutilité des bandages et appareils* dans le traitement des fractures de la clavicule ; d'après les explications données par le rapporteur, M. Dolbeau, il faudrait, au contraire, l'intituler : *Nécessité d'appliquer des bandages et des appareils* pour assurer l'immobilité dans les fractures de la clavicule.

M. Blot. Celui qui publierait un travail intitulé : *De l'inutilité du forceps dans les accouchements*, sous le prétexte que dans la plupart des accouchements on n'a pas besoin de recourir au forceps, ferait ce qu'a fait M. Baizeau, en intitulant son travail : *De l'inutilité des appareils dans les fractures de la clavicule.*

Le bandage est parfois, souvent, si l'on veut, d'une utilité contestable; mais il est parfois, souvent même, d'une indispensable nécessité.

M. Verneuil. Je n'ai que quelques mots à ajouter. Il est bon que cette courte discussion soit venue montrer que les chirurgiens des hôpitaux de Paris repoussent les idées défendues par MM. Baizeau et Dolbeau et traitent par des bandages et des appareils les fractures de la clavicule ; car il est dangereux de soutenir à tort que dans certaines affections l'intervention de l'art est inutile et que la guérison s'effectue aussi bien, et même mieux, sans traitement que par une thérapeutique rationnelle, perfectionnée par l'expérience et l'observation.

(La fin au prochain numéro.)

La Société des médecins de la Côte-d'Or propose un prix de 200 fr., institué par un de ses membres, pour l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : *Des devoirs du médecin au point de vue de la morale, de la loi et de la jurisprudence, dans les cas de syphilis infantile, vis-à-vis de l'enfant, de ses parents, de la nourrice.*

1° Les mémoires, écrits en français, devront être adressés avant le 1[er] décembre 1869 (terme de rigueur), au secrétaire général de la Société ;

2° Tous les médecins français, sans aucune exception, sont admis à concourir;

3° Les mémoires devront porter une épigraphe et être accompagnés d'une lettre signée reproduisant cette épigraphe; les lettres ne seront décachetées qu'après le jugement rendu par le jury;

4° La commission administrative sera constituée en jury.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

N° 28. — MARDI 9 MARS 1869. 42e ANNÉE. MARDI 9 MARS 1869. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ

—

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

DE L'ENDOCARDITE

(Leçon recueillie par M. X. GOURAUD, chef de clinique adjoint de la Faculté.)

Je vous ai dit dans ma précédente leçon sur le rhumatisme que cette affection frappait surtout les tissus les plus pauvres, c'est-à-dire ceux dont la structure est le plus rudimentaire, qui manquent de vascularité propre ou qui sont vasculaires au plus faible degré : ainsi les cartilages articulaires, les synoviales, soit celles qui tapissent les articulations, soit celles qui facilitent le glissement des tendons, comme chez la femme du n° 22 de la salle St-Charles, et chez l'homme du n° 1 de la salle St-Paul (synovite tendineuse rhumatismale, qu'on a récemment signalée comme caractéristique du rhumatisme blennorrhagique, et bien à tort, attendu que chez nos malades il n'y avait trace aucune de blennorrhagie).

Je vous ai dit que tous les tissus qui vivent, en quelque sorte, d'une existence parasitaire, et qui sont bas placés dans la hiérarchie des tissus vivants, présentaient, par cela même, une moindre résistance à l'usure, et subissaient une dégradation plus facile.

J'ajoute maintenant que la bassesse de leur organisation correspondait à l'humilité de leurs fonctions toutes *passives*. Ainsi les tissus articulaires n'avaient nul besoin de *sensibilité* : qu'en eussent-ils fait? rouage mécanique, ils devaient se mouvoir docilement, sans la spontanéité propre qu'implique la sensibilité ; et ainsi font-ils. Comprenez-vous quel désastre ç'eût été si les surfaces articulaires eussent été sensibles, comprimées comme elles doivent l'être pendant leur acte fonctionnel? Et, si elles eussent été vasculaires, la circulation qu'y fût-elle devenue pendant la compression?

Cela dit, voyons donc ce qu'est l'*endocarde* au point de vue de sa texture, et si cette texture même ne le rapprocherait pas des tissus épithéliaux? Voyons si, en d'autres termes, il est sensible et avait besoin de l'être; s'il est vasculaire et devait à ses fonctions de posséder cette propriété?

Au mois de juillet dernier, deux jeunes maîtres, dont j'estime au plus haut degré le caractère et les travaux, MM. Ranvier et Cornil, ont publié, dans les *Archives de physiologie normale et pathologique*, les résultats de leurs recherches sur l'endocarde et l'endartère, et sur l'inflammation de ces deux membranes. Connaître les lésions de l'une c'est connaître celles de l'autre; l'endocardite et l'endartérite étant des maladies similaires.

C'est à tort qu'on a cru jusqu'ici que l'endocarde était une membrane séreuse ; en réalité, l'endocarde n'est qu'un tissu épithélial dépourvu de vaisseaux et de nerfs, c'est-à-dire qu'il est une membrane essentiellement parasitaire.

Voici les preuves à l'appui : l'endocarde est composé de trois couches : 1° une couche superficielle, épithéliale; 2° une couche de cellules aplaties; 3° une couche profonde de tissu conjonctif, contenant des fibres élastiques fines.

La première couche est constituée par des cellules pavimenteuses, caduques : la deuxième est composée de cellules aplaties, d'une minceur extrême, et dont on peut limiter le contour au moyen de l'imprégnation d'argent; par la dilacération on sépare ces cellules avec leurs prolongements plasmatiques de la substance fondamentale (prolongements qui avaient fait supposer que cette couche était uniquement formée par des fibres). Vus de face, les noyaux paraissent allongés, et l'on peut facilement reconnaître leurs dimensions; vus de profil, ils conservent la même apparence, ce qui fait pressentir, comme le font remarquer MM. Ranvier et Cornil, leur forme lenticulaire. Quant aux cellules, leur apparence extérieure est caractéristique : elles sont aplaties par la compression exercée par le sang à la surface de l'endocarde et de l'endartère. La troisième couche est constituée par les éléments ordinaires du tissu conjonctif anastomosés entre eux, et de fibres élastiques; cette couche sert de substratum aux cellules aplaties.

En fait, messieurs, vous le voyez, l'endocarde et l'endartère ont une structure en rapport avec leurs fonctions : ces membranes avaient à jouer ce rôle, purement mécanique et passif, de faciliter le *glissement* du sang dans l'intérieur des canaux parcourus, et elles ne sont au fond qu'un simple *vernis*; elles n'avaient pas à modifier le sang qui les touche, et elles sont dépourvues de glandules; elles n'avaient pas à réagir spontanément et elles sont privées de nerfs; membranes de glissement, elles se rapprochent des matières à peine organisées, et vivent d'une existence parasitaire et par imbibition, à l'aide de vaisseaux qui rampent dans leur voisinage. Ainsi, la vie parasitaire de l'endocarde est entretenue par les vaisseaux situés dans l'épaisseur du myocarde.

Que sont maintenant les valvules ventriculo-artérielles (ou sigmoïdes), et les valvules auriculo-ventriculaires? Moins encore, peut-être, ainsi que vous l'allez voir : de simples replis résultant, pour les valvules ventriculo-artérielles, de l'adossement de l'endocarde ventriculaire à l'endartère de l'aorte et de l'artère pulmonaire, et, pour les valvules auriculo-ventriculaires, de l'adossement de l'endocarde auriculaire à l'endocarde ventriculaire. De sorte que sur la coupe d'une valvule auriculo-ventriculaire on distingue : 1° à la périphérie comme à la face supérieure et inférieure, la couche d'épithélium et des cellules aplaties; 2° deux couches de tissu fibro-élastique, appartenant l'une à la face supérieure, l'autre à la face inférieure du repli endocardique, la couche supérieure étant la plus épaisse; 3° au centre une lame mince de tissu conjonctif. Une disposition à peu près semblable s'observe pour les valvules ventriculo-artérielles : seulement le tissu fibro-élastique y est surtout très-épais à l'origine de la valvule. Quant aux vaisseaux, on n'en distingue guère qu'à la base des valvules auriculo-ventriculaires, et les valvules ventriculo-artérielles en sont dépourvues. Ainsi ces replis de l'endocarde sont, au point de vue du rapport avec les vaisseaux, moins bien partagées encore que l'endocarde des parois des oreillettes ou des ventricules, lequel est immédiatement accollé au myocarde, et par suite aux vaisseaux de celui-ci. Eh bien! nous verrons, tout à l'heure, que ce sont surtout les valvules qui sont frappées dans le cas d'endocardite, et, dans les valvules, que ce sont les parties les plus éloignées des vaisseaux, qui sont de préférence atteintes. Enfin, je vous dirai bientôt quelles sont les faces des valvules habituellement malades, ou qui le sont au plus haut degré; actuellement, et par anticipation, j'énoncerai cette double loi, que les points des valvules frappés par l'endocardite sont ceux qui sont *le plus fatigués* et *le plus éloignés des vaisseaux*. Nous verrons dans un instant quels ils sont.

Voyons d'abord ce qu'est l'endocardite.

Elle peut être aiguë ou chronique. Vous avez pu voir de nombreux exemples de la première forme : rappelez-vous les nos 1, 3, et 5, de la salle St-Paul, et le n° 17, de la salle St-Charles, qui ont été affectés à la fois d'un rhumatisme articulaire aigu et d'une inflammation aiguë de l'endocarde. Cette forme aiguë, d'après MM. Ranvier et Cornil, peut être caractérisée par un seul mot : elle est *proliférante* et non pas exsudative; l'endocardite exsudative est une fiction; elle n'existe pas et ne peut pas exister.

Alors que l'on considérait l'endocarde comme une membrane séreuse, et non point, ainsi qu'il l'est en réalité, comme un tissu épithélial, on a pu croire qu'il participait aux affections des membranes séreuses, et qu'un *exsudat* pouvait s'effectuer à sa surface, exsudat qui pouvait être fibrineux ou purulent. Aussi ce mot d'endocardite *proliférante*, adopté par MM. Ranvier et Cornil pour qualifier l'endocardite aiguë, est-il excellent : il répond à une notion anatomique vraie, et par conséquent à une idée anatomo-pathologique également exacte.

Ces anatomistes ont vu que dans l'endocardite aiguë c'est la partie superficielle de l'endocarde qui entre en prolifération : il y a exagération du processus actif, qui préside au renouvellement incessant de la surface épithéliale. Tout d'abord, la saillie, ou, si vous aimez mieux, la plaque, qui est le résultat de cette prolifération, est rose et parfaitement transparente : puis elle devient opalescente, et, enfin, à une époque plus éloignée du début, elle semble tout à fait opaque. Cette plaque, qui ne présente aucun des caractères propres aux exsudats, est dépourvue de vaisseaux : sa coloration rose est due à l'imbibition. MM. Ranvier et Cornil, à propos d'un cas d'endocardite puerpérale suraiguë, dont ils ont pu étudier les lésions anatomiques, disent expressément que l'endocarde était pâle, non-seulement au niveau de la prolifération, mais au voisinage même de cette prolifération. Le travail pathologique consiste dans la formation très-abondante de petites cellules embryonnaires. Ces éléments sont très-rapprochés les uns des autres; à un moment donné, ils peuvent devenir libres, et une ulcération superficielle se produit.

Quant à l'endocardite chronique, elle est le résultat d'un processus identique; mais le lieu d'origine de la prolifération n'est plus le même. Dans cette forme, tous les éléments qui composent les différentes couches ont une tendance à proliférer, et c'est la couche profonde qui est le point de départ du travail pathologique. De plus, et c'est là une différence capitale : les produits de la prolifération ne sont pas éliminés, comme dans la forme aiguë, ils meurent sur place et subissent la régression granulo-graisseuse et la dégénérescence *athéromateuse* ou *calcaire* : ce qui n'est qu'une question d'âge pathologique.

Ainsi l'endocardite est *proliférante*, et non pas exsudative, elle est le résultat d'une production exagérée des éléments normaux du tissu, et non la conséquence d'un travail de sécrétion adventice; le processus pathologique s'effectue *dans l'épaisseur* de l'endocarde et non pas à sa surface, ainsi que le démontre la *persistance de l'épithélium pavimenteux* au-dessus de la *plaque* inflammatoire. Si, maintenant, l'endocardite est aiguë, la prolifération frappe la couche superficielle et les produits de cette prolifération peuvent être éliminés. Si, au contraire, l'endocardite est chronique, le processus a son point de départ dans la couche profonde de l'endocarde, et les produits de la prolifération survivant à l'inflammation subiront sur place un travail de régression athéromateuse ou calcaire.

En résumé, dans l'endocardite aiguë, qui est *proliférante* et non exsudative, il y a production de plaques par gonflement de la partie la plus superficielle de la tunique interne; ces plaques sont saillantes, quelquefois confluentes, rosées, transparentes, opalescentes, gélatiniformes, rarement ulcérées; elles résultent de la prolification de cellules sphériques ou irrégulièrement sphériques et qui ne sont autres que les cellules embryonnaires.

Dans l'endocardite chronique, le siége de la prolifération est différent, c'est la partie profonde de la tunique interne; et toutes les cellules de nouvelle formation sont vouées à une transformation graisseuse, cartilagineuse ou calcaire.

Il me reste maintenant à vous dire quelles sont les parties de l'endocarde le plus souvent atteintes. A ce sujet tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que ce sont les valvules. Mais pourquoi les valvules? C'est ici qu'intervient utilement la notion de la fonction.

Ce que je vous ai dit de la bassesse hiérarchique des tissus que frappe de préférence le rhumatisme, vous a déjà fait comprendre pourquoi l'endocarde est si souvent frappé par lui. Ce que je viens de vous dire de la *texture* spéciale des valvules doit vous faire saisir la raison pour laquelle la valvule est la partie de l'endocarde ordinairement la première, souvent la seule, toujours le plus fortement frappée. L'explication de cette élection pathologique sera complète quand je vous aurai rappelé le mode de *fonction* de ces replis de l'endocarde. Vous verrez alors *quelles valvules* et *quels points* des valvules doivent être et sont habituellement, ainsi qu'au plus haut degré, atteints.

Fonctionnellement parlant, la valvule est un simple instrument d'hydraulique; c'est une soupape. A sa fonction purement physique, devait correspondre une structure presque physique et l'on conçoit, à la rigueur, qu'une soupape de caoutchouc ou de gutta-percha y aurait suffi. Dépourvues de toute action spontanée, elles n'avaient nul besoin de muscles, et n'en ont pas; — obéissant passivement, automatiquement, la sensibilité leur était inutile (attendu que la sensibilité implique le mouvement spontané et réciproquement), aussi n'ont-elles pas de nerfs et sont-elles insensibles, ainsi que le prouve l'anatomie comme aussi les expériences de Chauveau et Marey, qui ont pu déchirer les valvules du cœur sans que les animaux témoignassent de la moindre sensation douloureuse. N'ayant à vivre que d'une existence aussi végétative, tenant le milieu entre les substances organisées et inorganiques, les vaisseaux ne leur étaient pas indispensables, et elles vivent d'une existence parasitaire, par imbibition, ne présentant qu'à leur base quelques rares vaisseaux terminaux. Or, c'est dans de telles conditions de structure et de vitalité, que ces valvules sont plus de soixante fois par minute tendues par l'action des muscles papillaires, frappées par le choc d'une ondée sanguine animée d'une quantité de mouvement considérable, et qu'elles frottent l'une sur

l'autre par leurs faces opposées; c'est-à-dire qu'elles sont fatiguées plus qu'aucun autre point de l'endocarde, qu'elles sont soumises à une usure plus rapide, et par suite qu'elles sont le siége d'une réparation plus active et d'une prolifération plus énergique. Déjà vous devez croire par induction que cette prolifération nucléaire est le plus active aux parties qui frottent le plus, ou qui sont le plus fortement frappées, ou le plus violemment tiraillées, c'est-à-dire que ces parties seront : 1° pour les valvules auriculo-ventriculaires (mitrale ou triglochine), la face *auriculaire* ou supérieure des valves (lesquelles se juxtaposent l'une à l'autre par cette face auriculaire); 2° pour les valvules ventriculo-artérielles, la face *ventriculaire* ou inférieure des valves sigmoïdes (lesquelles se juxtaposent l'une à l'autre par cette face ventriculaire); 3° les points les moins vasculaires ou ceux qui ne le sont même pas, c'est-à-dire la face superficielle ou épithéliale des valves ou leur bord libre; 4° enfin que celles-ci seront surtout malades dans le cœur où les contractions sont le plus énergiques et les frottements le plus considérables, c'est-à-dire dans le cœur *gauche*, qui doit chasser le sang jusque dans les points les plus éloignés de la périphérie de l'organisme, tandis que le cœur droit n'a besoin que d'un effort beaucoup moindre pour le lancer dans les poumons, auxquels il est contigu.

Voyons maintenant si l'observation faite d'une façon indépendante de toute idée préconçue est d'accord avec les conceptions inductives.

Voici le cœur d'une femme de soixante-douze ans, naguère couchée au n° 12 de la salle Saint-Charles; elle était atteinte à la fois de phthisie pulmonaire et de rétrécissement aortique. Or, en opposition aux deux petites plaques laiteuses à peine saillantes de l'endocarde ventriculaire gauche, vous voyez l'altération profonde des valvules sigmoïdes de l'aorte, qui ont subi la dégénérescence calcaire dans presque toute leur étendue, et dont les plaques sont surtout marquées et saillantes au bord libre et à la face ventriculaire des valves, c'est-à-dire aux points dont je vous ai parlé.

Voici, d'autre part, le cœur de cette femme du n° 6, qui a succombé à l'*urinémie* brightique. Ici l'endocardite valvulaire est récente. Vous voyez des végétations d'apparence verruqueuse développées sur toute l'étendue du bord libre des valves de la valvule mitrale : elles sont transparentes, un peu rosées, et elles n'existent que *sur le bord libre*, qui en est comme frangé. Elles avaient produit pendant la vie une insuffisance légère, reconnaissable, vous l'avez constaté comme moi, à un bruit de souffle doux au premier temps et au voisinage de la pointe.

Ouvrez maintenant, je vous prie, le *Traité des maladies du cœur*, de Bouillaud, et vous y lirez ceci, à la page 179, du tome II : « Les végétations ou granulations affectent une remarquable prédilection pour les *valvules*, et se plaisent particulièrement sur leur bord libre. » Et plus loin, page 183, l'illustre auteur ajoute : « Il est une autre espèce d'*adhérences* des valvules bien plus commune que la précédente, je veux parler de celle qui s'établit entre les bords *opposés* des lames valvulaires, dans certains cas de rétrécissement des orifices. »

Enfin, je reviens au beau travail des jeunes savants, dont j'ai déjà souvent invoqué les recherches, MM. Ranvier et Cornil : ce qu'ils disent, le voici : « C'est *toujours* la face *supérieure* ou auriculaire de la valvule auriculo-ventriculaire qui est altérée primitivement et au plus haut degré dans les endocardites valvulaires. » Et plus loin, parlant des valvules sigmoïdes, ils ajoutent : « Les endocardites valvulaires se localisent de préférence à la face *inférieure*, près du *bord libre* des valvules artérielles, dans la couche à cellules aplaties qui est la plus épaisse. »

Plus loin encore, ces mêmes observateurs, complétant leurs recherches, impriment ce qui suit :

« L'endocardite se manifeste le plus fréquemment sur les valvules. » J'ai essayé de vous faire voir pourquoi.

« Dans les endocardites valvulaires suraiguës, comme on en observe en particulier dans la fièvre puerpérale, le processus se passe tout entier dans la couche des cellules aplaties, à la *face supérieure* ou auriculaire des valvules mitrale et tricuspide, *inférieure* ou ventriculaire des valvules sigmoïdes artérielles. » C'est-à-dire, ainsi que je vous l'ai donné à entendre, aux points de ces valvules qui frottent l'un sur l'autre.

« Ces lésions se produisent habituellement sur la partie de la valvule *privée de vaisseaux*, au niveau de son bord libre. » C'est-à-dire au niveau des points essentiellement épithéliaux, et par suite les moins élevés dans la hiérarchie des tissus vivants. C'est toujours l'histoire du rhumatisme qui se continue.

« Un fait remarquable, c'est que la prolifération débute par la partie *la plus superficielle* de la couche interne, et que c'est toujours là qu'elle est le plus active. » La partie la plus superficielle est exclusivement épithéliale : ici comme là, comme ailleurs, sous la diversité apparente des formes nous retrouvons l'identité des manifestations.

Et notez bien, je vous prie, que les habiles anatomistes dont je vous cite les travaux ont entrepris ceux-ci au point de vue anatomique pur; qu'ils se sont bornés à constater les faits; que leur observation est vierge de toute violence de l'*a priori*. Or, leurs recherches s'accordent merveilleusement avec tout ce que je vous ai dit du rhumatisme, frappant d'élection les tissus épithéliaux, et parmi ceux-ci affectant surtout ceux qui sont le plus soumis à des actions purement physiques.

Je n'insiste pas davantage, pensant la proposition démontrée.

Cependant il est un point de la valvule mitrale dont l'altération fréquente n'a pas été signalée, que je sache, et où la loi que j'invoque semble n'être pas vérifiée. On va voir qu'il n'en est rien. Le point dont je parle est situé à la jonction ou au voisinage de la jonction de la partie la plus reculée de la valve antérieure de la valvule mitrale avec la paroi ventriculaire. Là, cette portion de la valve forme avec la paroi un angle où va se heurter une portion de la colonne sanguine lancée vers l'aorte, tandis que le reste de cette masse liquide chemine sans rencontrer d'obstacle le long de la surface du reste de la valve, laquelle se continue, comme vous savez, avec les valvules sigmoïdes de l'aorte. Eh bien, ce point de la valve est le siége fréquent de plaques athéromateuses ou calcaires, qui font saillie, non pas à la surface auriculaire mais à la surface ventriculaire de la valvule. Or, cette apparente infraction à la loi du frottement n'en est, au contraire, qu'une nouvelle vérification, attendu que ce point supporte le choc répété du sang lancé vers l'aorte, et qui se brise contre l'obstacle formé par le sinus de la valve et de la paroi.

Vous pouvez voir sur le cœur de ce malade qui est venu mourir, au n° 35 de notre salle St-Paul, d'une infection purulente contractée dans la salle de chirurgie, la valve antérieure de la valvule mitrale présenter, au sinus dont je parle, une large plaque athéromateuse, et vous pouvez constater qu'à ce niveau existe bien un petit cul-de-sac où doit se heurter le sang. La valve est d'ailleurs malade en d'autres points de son étendue, et particulièrement à son bord libre et sur la face supérieure ou auriculaire. Quant aux valvules sigmoïdes de l'aorte, toutes sont altérées, au niveau surtout des nodules d'Aranzi, dont deux présentent de belles végétations d'aspect verruqueux.

Maintenant, pour en revenir à la doctrine de la prolifération, tout se comprend remarquablement bien dans cette doctrine; voyons donc s'il en serait de même dans celle de l'exsudation. Celle-ci suppose d'abord, ce qui n'est pas, que l'endocarde est une membrane séreuse, et qu'à sa surface enflammée une exsudation fibrineuse s'effectue. Or, dans cette hypothèse, l'exsudat fibrineux ne pourrait *persister* que sur les points les moins mobiles, c'est-à-dire sur l'endocarde plutôt que sur les valvules : ce qui n'est pas davantage.

En admettant même que l'exsudat pût se faire à la surface des valvules, il ne pourrait persister que sur les points les moins mobiles de celles-ci, c'est-à-dire le plus loin possible de leur bord libre; ce qui n'est pas.

Il ne pourrait persister que sur les parties qui frottent le moins l'une sur l'autre : à la partie inférieure ou ventriculaire des valvules auriculo-ventriculaires, et à la partie supérieure ou artérielle des valvules sigmoïdes; ce qui est précisément le contraire de la vérité.

Il ne pourrait, enfin, persister et subir son évolution ultérieure que sur les faces de ces valvules qui ne sont pas directement frappées et balayées par le courant direct du sang, c'est-à-dire encore à la face inférieure des valvules mitrale et tricuspide, ou supérieure des valvules sigmoïdes; ce qui, je le répète encore, est contraire à l'observation.

De sorte qu'au point de vue de la théorie comme à celui des faits, la doctrine de l'exsudation ne se peut soutenir.

En somme, vous voyez, par les pièces que je vous ai souvent présentées et par le raisonnement, comme ici tout s'enchaîne d'une façon nécessaire :

L'endocarde est un tissu épithélial et ses lésions sont des productions épithéliales;

C'est un tissu sans vaisseaux et ces productions se font le plus loin possible des vaisseaux du voisinage, sur les valvules et vers leur bord libre;

C'est un tissu sans nerfs et ses lésions sont indolores;

Son rôle est purement physique et les troubles fonctionnels n'en peuvent être que tout physiques (désordre d'hydraulique et souffle corrélatif);

Comme, à l'état aigu, une insuffisance valvulaire est plus facilement réalisable qu'un rétrécissement d'orifice, c'est plus ordinairement une insuffisance qui se produit;

Comme le cœur gauche est plus facilement pris que le cœur droit, c'est habituellement le cœur gauche qui est affecté;

Comme l'affection est indolente et sans trouble subjectif au début, le malade en ignore presque toujours l'existence, et le médecin doit la deviner;

Comme elle n'est curable que quand elle est récente, le médecin doit s'efforcer de la dépister dès son origine, et, pour les raisons qui ont été dites, c'est par un bruit de souffle qu'il en reconnaîtra l'existence;

Comme, d'ailleurs, le bruit de souffle à la base du cœur, et au premier temps, peut être dû à l'anémie, qu'il n'en est pas ainsi du bruit de souffle au voisinage de la pointe, quand il apercevra ce signe, le médecin pourra en conclure l'existence certaine d'une endocardite aiguë, — endocardite valvulaire, — avec insuffisance mitrale commençante.

Ceci nous amène au *traitement*.

Il y a, chez tout individu atteint de rhumatisme articulaire aigu, au moins deux éléments morbides à combattre : la fièvre et les manifestations locales.

Contre la fièvre, vous m'avez vu employer chez tous nos malades le *sulfate de quinine*. C'est là un bon médicament : névrosthénique, il me semble bien indiqué dans une maladie générale déprimante comme est le rhumatisme; antipyrétique, il n'est pas moins bien indiqué dans cette maladie fébrile; antinévralgique, peut-il être contre-indiqué dans cette affection douloureuse? Vous m'avez vu le donner à la dose de cinquante centigrammes à un gramme cinquante centigrammes, dose que je n'ai pas eu l'occasion de dépasser. Dans aucun cas, je n'ai déterminé les accidents quiniques, tout au plus la jeune malade du n° 17 a-t-elle eu de légers bourdonnements d'oreilles.

Contre les manifestations locales articulaires, j'ai employé les topiques narcotiques : application de laudanum versé sur la peau et non sur la ouate, qui l'absorbe sans bénéfice évident pour celle-ci, puis application de ouate, qui emprisonne le calorique rayonnant, et de taffetas gommé, qui joue le même rôle à l'égard de la perspiration cutanée. Petites précautions et bons effets.

Contre les manifestations endocardiques j'emploie, à l'exemple de M. Bouillaud, la médication révulsive locale, qui agit par action réflexe de voisinage, et en vertu de cette sorte d'*harmonie préétablie* entre le contenant et le contenu, harmonie sur laquelle j'aurai mainte occasion de revenir et d'insister.

Ainsi, chez notre malade du n° 1 de la salle Saint-Paul, chez notre malade du n° 5 de la même salle, j'ai fait appliquer des ventouses scarifiées à la région précordiale, puis de la teinture d'iode pour continuer l'action révulsive. J'ai agi de même chez la jeune fille du n° 17 de la salle Saint-Charles, qui a subi deux applications de ventouses suivies de celle d'un vésicatoire. Chez le malade du n° 3, moins sérieusement atteint, j'ai fait faire simplement des badigeonnages à la teinture d'iode. Le bruit de souffle a disparu chez le malade du n° 1 et chez celui du n° 3, qui partent actuellement pour Vincennes. Il n'en a pas été de même, malheureusement, pour la malade du n° 17, qui reste avec sa lésion endocardique, laquelle est destinée à passer ultérieurement par les phases athéromateuse et calcaire que vous connaissez.

Quant à croire que le sulfate de quinine puisse être la cause du développement des accidents cérébraux, c'est une opinion aussi injuste qu'elle est peu sensée. On a des accidents cérébraux par le fait du rhumatisme, dans des conditions particulières de l'organisme envahi, conditions que Trousseau a parfaitement déterminées, et que j'aurai l'occasion de vous signaler dans une autre conférence.

TRAITEMENT PUREMENT MÉDICAL DU CATARRHE CHRONIQUE

de l'oreille moyenne

Par L. de Lucé (de Vire).

Parmi les affections qui compromettent les fonctions de l'organe de l'ouïe et arrivent fatalement, pour peu qu'elles se prolongent, à produire la surdité, le catarrhe chronique de l'oreille moyenne est, chez le vieillard, une des plus communes. Par son début insidieux, souvent inaperçu, sa ténacité, ses récidives, par l'épaississement du feuillet muqueux de la cloison tympanique et l'obstruction du canal d'Eustachi, qui ne tardent pas à survenir, enfin, à cause de la difficulté d'appliquer un traitement efficace à un organe si profondément caché, cette affection, d'une bénignité apparente, offre une certaine gravité, et bien des surdités invétérées n'ont pas d'autre origine. Le froid, l'humidité, les variations atmosphériques, telles sont ses causes; et de là lui est venu le nom d'*otite a frigore*. L'état catarrhal frappe d'abord les muqueuses nasale, pharyngienne, bronchique, puis il s'étend, par voie de continuité, aux muqueuses de la trompe d'Eustachi et de la caisse du tympan. Parfois, c'est par l'intermédiaire du conduit auditif externe que l'oreille moyenne est atteinte. Enfin, dans d'autres cas, plus rares, la caisse est frappée d'emblée, et la muqueuse qui la tapisse secrète des mucosités dont la consistance empêche l'écoulement par la trompe et cause aussi l'engouement de la caisse tympanique. La trompe d'Eustachi, par son obstruction, vient bientôt compliquer la maladie, dont la guérison ne peut alors s'obtenir sans le cathétérisme du canal obstrué. Le plus ordinairement, le malade ne ressent aucune douleur. Une dureté progressive, parfois subite, de l'ouïe, quelques bourdonnements l'avertissent seuls de son affection, qui disparaît ou diminue avec le temps sec et chaud, pour reparaître avec une intensité nouvelle pendant la saison froide et humide. Si l'on ausculte la région mastoïdienne, pendant une expiration forcée, on entend, si la trompe est libre, une crépitation sèche et fine, que l'on a comparée au bruit de la pluie sur des feuilles sèches, d'autres fois, un léger gargouillement. Rarement les deux oreilles sont atteintes à la fois, et le malade ne réclame guère les secours de l'art que lorsque l'ouïe étant perdue depuis longtemps d'un côté, son affaiblissement du côté resté sain lui fait redouter une surdité complète.

Consultés dans ces circonstances, bon nombre de médecins des campagnes, et même des villes, se bornent à un examen tout superficiel du conduit auditif externe, souvent même n'en font aucun, prescrivent quelques injections anodines, et montrent une indifférence blâmable pour une infirmité pénible, qu'ils pourraient facilement guérir ou diminuer avec un peu d'attention et quelques prescriptions mieux appropriées. Heureux encore s'ils ne tentent pas quelques-uns de ces moyens dangereux, qui jouissent dans le monde d'une réputation usurpée, l'instillation de gouttes d'éther, par exemple,

pratique en vogue, dont M. le docteur Triquet a fait justice dans ses leçons cliniques.

On ne peut tout savoir, et l'art médical comprend un tel nombre de connaissances que, forcément, le praticien en néglige quelques-unes, pour s'adonner plus particulièrement à d'autres d'intérêt plus général. En chirurgie, surtout, certaines opérations, quoiqu'elles tendent chaque jour à se vulgariser, sont encore le privilége des médecins spécialistes. Encore est-il du devoir d'un médecin consciencieux de s'assurer de son insuffisance et de l'avouer, afin de permettre au malade de solliciter, à temps, des soins éclairés.

Certes, le cathétérisme du canal d'Eustachi, je le sais par expérience, est une opération délicate, qui réclame une certaine habitude de son manuel opératoire; mais elle n'est pas toujours indispensable au traitement de l'affection qui nous occupe et, pour ma part, j'ai guéri ou amélioré, sans elle, pas mal de surdités.

C'est cette vérité, dont l'indication a été écartée de la plupart des traités spéciaux, que je veux rappeler ici; les praticiens, qui l'ignorent, en pourront faire leur profit.

Je me bornerai à citer une observation; par elle on connaîtra les autres.

Le 10 avril de l'année dernière, je fus consulté par un ancien instituteur, M. P...., âgé de 70 ans, sourd de l'oreille droite depuis de longues années.

Il y a trois mois, ce vieillard s'est aperçu de l'affaiblissement progressif de l'ouïe du côté resté sain, et justement préoccupé d'un accident qui le menaçait d'une surdité définitive, il est allé consulter le médecin de sa localité, qui a prescrit des injections d'huile d'amandes douces et des cataplasmes. « Au premier cataplasme, me dit M. P...., je devins complétement sourd et n'entendis plus ni le roulement des voitures, ni le son des cloches, ni le bruit du tour (qu'il manie avec dextérité à ses heures de loisir), ni le frottement de la lime mordant sur le fer. »

Le tic tac de la montre n'est perçu que lorsqu'elle est serrée entre les dents, et le malade comprend bien plus au mouvement des lèvres, qu'il n'entend, au timbre le plus élevé de la voix, les questions que je lui adresse. Si je m'approche pour lui parler à l'oreille, il se recule pour voir ce mouvement : « Je n'entends que par la bouche, » me dit-il. Le conduit auditif est sain des deux côtés, en parti privé de cérumen, surtout à droite. La membrane du tympan est nuageuse à gauche, gris perle et épaissie à droite. En auscultant les apophyses mastoïdes pendant une expiration forcée, la bouche et le nez clos, j'entends à gauche une crépitation humide, qui se rapproche du gargouillement; à droite, rien; la trompe est obstruée. Pas de douleurs, à peine quelques bourdonnements; santé excellente.

Voici ma prescription :

1° Poussez matin et soir, à cinq reprises différentes, dans l'oreille moyenne, au moyen d'expirations forcées, la bouche et le nez clos, les vapeurs produites par la liqueur formulée ci-dessous, soumise à l'ébullition, vapeurs qu'on recueillera avec un cornet en fort papier, d'un pied de haut et tronqué à son sommet :

Décoction de 2 gr. de baies de genièvre....	60 gr.
Esprit de Mindérerus.........................	5

Puis dirigez, pendant cinq minutes, les mêmes vapeurs vers les conduits externes, qu'on dessèchera ensuite avec un bourdonnet de coton roulé entre les doigts.

2° Appliquez une mouche de Milan derrière chaque oreille.

3° Prenez chaque soir une des pilules suivantes :

Pr.	Aloès succotrin.........	*aa* 0.60
	Jalap..........	
	Scamonée d'Alep.......	
	Gomme-gutte..........	
	Savon amygdalin........	

12 pilules.

Dès le surlendemain, le roulement des voitures était perçu et la montre entendue au contact du pavillon. Quelques jours après, le malade entendant sonner l'heure à sa pendule, se levait pour vérifier le fait, et surprenait quelques mots de la conversation de ses enfants, couchés dans l'appartement voisin, que séparait du sien une mince cloison.

Le 23 avril suivant, après douze jours de traitement, M. P.... entendait le tic tac de la montre à dix centimètres de distance, et la crépitation produite par l'accès de l'air dans la caisse, était beaucoup plus faible. La membrane n'avait subi aucune modification apparente.

Je prescrivis :

1° D'étendre chaque soir dans le conduit auditif gros comme une tête d'épingle de la pommade suivante :

Pr.	Oxyde rouge de mercure...	0.10

Porphyrisez et mêlez avec :

Axonge........................	2.00

2° De remplacer les fumigations par les suivantes :

Pr.	Acide arsénieux............	0.05
	Nitrate de potasse.........	1.00
	Gomme ammoniaque.......	*aa* 2.50
	Styrax.......................	
	Benjoin......................	10

Pulvérisez.

Jetez 2 grammes de cette poudre sur de la cendre chaude pour chaque fumigation, *intus et extra*.

3° De continuer l'usage des pilules.

Le 3 mai, M. P.... entendait à cinq mètres de distance le balancier de sa pendule, suivait facilement la conversation, et, charmé des résultats du traitement, m'exprimait sa reconnaissance.

De temps à autre, d'après mes conseils, il fait quelques fumigations. L'amélioration persiste. L'oreille droite n'a rien gagné.

Dans une petite localité, où j'exerce depuis deux ans, j'ai obtenu une quinzaine de succès analogues, sans le cathétérisme de la trompe d'Eustachi.

Beaucoup de malheureux, atteints de surdité, et dans l'impossibilité de réclamer les soins d'un spécialiste, sont, à tort, condamnés à souffrir une infirmité qu'ils croient incurable, préjugé que trop de médecins, rebutés par l'insuccès de soins mal dirigés, et trop vite convaincus de leur impuissance, tendent à propager par leur indifférence; et l'on voit que, sans être Ménière, Deleau ou Triquet, l'on peut faire entendre des sourds.

Le diagnostic est facile, le traitement simple, le succès fréquent, que veut-on de plus?

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 3 février 1869. — Présidence de M. VERNEUIL (1).

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Luxation complète du premier métatarsien gauche, avec plaie et issue à travers la plaie de l'extrémité antérieure de l'os. — M. DEMARQUAY communique le fait suivant : Dans la soirée du 26 janvier, le nommé X..., cocher, âgé de 23 ans, est entré à la Maison de santé. A onze heures du matin, ce malade avait fait une chute de cheval, et la jambe gauche avait été prise entre le sol et l'animal qui lui-même s'était renversé. Le pied malade est recouvert de compresses imbibées d'eau froide, souvent renouvelées, jusqu'au lendemain. Pendant toute la nuit, les douleurs sont très-vives et le malade ne peut dormir.

Le 27, à la visite du matin, on constate les lésions suivantes :

Le gros orteil occupe sa position normale, par rapport aux autres orteils; pas de déviation; les mouvements spontanés de flexion et d'extension sont possibles, mais très-limités et douloureux. Il existe au bord interne du pied une plaie longitudinale de 5 centimètres, à bords très-nettement coupés, qui s'arrête en avant, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Entre les lèvres de la plaie, saillie de la tête du premier métatarsien. Cette extrémité osseuse regarde en haut et en dedans, et l'axe du métatarsien fait avec sa direction normale un angle d'environ 70 degrés.

Le métatarsien a subi un mouvement de rotation sur lui-même; une de ses faces latérales est devenue supérieure, et en cherchant la facette articulaire du premier avec le deuxième métatarsien, on voit que c'est la face externe qui est devenue inférieure.

En arrière du gros orteil, on peut déprimer les téguments dans un espace laissé vide par la sortie de la tête du premier métatarsien. Malgré des recherches minutieuses, il est impossible de reconnaître le tubercule qui sert de point de repère pour l'amputation de Chopart. Du reste, il existe un gonflement qui rend l'examen difficile et le malade accuse des douleurs très intenses.

Il s'agissait de savoir si outre les lésions apparentes, il n'en existait pas dans les parties profondes. En saisissant la portion osseuse qui faisait saillie, on imprimait à l'os tout entier des mouvements beaucoup plus étendus que ceux que permet l'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme. Il était toutefois impossible de faire subir à l'os un mouvement de rotation qui pût ramener ses faces dans leur position normale. Existait-il une luxation de l'extrémité postérieure du premier métatarsien ou bien était-ce une fracture de l'os? Le diagnostic était difficile, et malgré l'absence de crépitation, l'idée d'une fracture n'était pas complétement repoussée. Dans tous les cas, la réduction paraissait impossible, et après quelques tentatives inutiles, M. Demarquay se décida à pratiquer l'extraction du fragment antérieur dans le cas de fracture ou de l'os entier, si on avait affaire à une luxation.

Le malade étant chloroformisé, la plaie fut agrandie et il fut alors facile de suivre l'os avec le doigt. Pas de fracture. L'extrémité postérieur du premier métatarsien, fortement portée en dehors, était engagée sous le deuxième. Le tendon du long péronier, qui faisait au fond de la plaie une saillie facile à sentir avec le doigt, semblait être le seul lien qui retînt l'os dans sa nouvelle position. Une fois ce tendon sectionné, il fut facile d'enlever le métatarsien.

Ligature de trois artères. Pansement avec de la charpie. Compresses froides.

L'os enlevé n'offre d'autre lésion que l'arrachement du point d'insertion de l'expansion que lui envoie le tendon du jambier antérieur.

Depuis l'opération, l'état du malade est très-satisfaisant. Les douleurs, vives les premiers jours, ont aujourd'hui beaucoup perdu de leur intensité. Régime : deux portions.

A la suite de cette communication, M. Demarquay fait observer que les luxations du premier métatarsien ne sont pas très-rares. En consultant les recueils scientifiques, on pourrait en réunir un certain nombre. C'est ce qui a été fait par M. Letenneur, de Nantes.

Sur 12 faits qu'il a consignés, on trouve : 1° 2 faits de luxation et d'ablation du premier métatarsien avec guérison; 2° 3 avec résection partielle et 1 ablation du premier métatarsien avec guérison; 3° 7 cas de réduction : 6 guérisons et 1 mort.

M. CHASSAIGNAC a observé une tumeur formée par le métatarsien déplacé; les quatre derniers métatarsiens étaient intacts; le cinquième était transversalement placé au-dessous des autres.

Tumeur fibro-plastique du cou. — M. GUYON communique l'observation suivante : La nommée B... (Mélanie), âgée de 34 ans, est entrée le 26 décembre 1867, à l'hôpital Necker, dans son service. La malade nie tout antécédent de scrofule. Habituellement bien portante, elle s'aperçut, il y a deux ans, qu'elle avait une petite grosseur au cou; elle siégeait dans sa partie latérale gauche, à peu près à égale distance de l'épaule et de l'oreille; nullement douloureuse, elle roulait sous la peau. Sept mois environ après, applications successives de caustiques qui dénudèrent le derme; vésicatoires.

Au mois de juin dernier, la tumeur avait acquis le volume d'une grosse pomme; on pratique une nouvelle cautérisation, probablement avec la potasse caustique : elle laisse une cicatrice grande comme la paume de la main. L'accroissement prit alors une marche beaucoup plus rapide, si bien que dès le mois de décembre, elle avait déjà le même volume qu'aujourd'hui. Pendant cette période, elle n'éprouva pas plus de douleurs que par le passé, mais elle fut sujette à des syncopes assez fréquentes.

État actuel. — La santé générale est très-satisfaisante. La tumeur mesure 28 centimètres dans son diamètre transversal, 29 centimètres dans son diamètre vertical. Elle est irrégulièrement sphéroïdale et recouvre toute la moitié postérieure du cou.

Verticalement, elle s'étend de la racine des cheveux à l'épaule. La peau est saine, sauf dans les points cautérisés; et à part ces points, elle est partout mobile sur la tumeur.

La tumeur n'offre ni battements, ni mouvements d'expansion; aucun bruit à l'auscultation.

Elle est dure et élastique; en arrière, on trouve quelques parties plus molles, mais en les déprimant, on retrouve la consistance dure de la masse morbide. En avant, quelques points sont plus durs; du reste, la surface est égale, non lobulée.

A la surface de la tumeur rampent des veines volumineuses, et entr'autres la jugulaire externe. On rencontre dans un point une artériole assez volumineuse.

La tumeur s'avance en bas jusqu'au bord postérieur du sterno-mastoïdien, dont on la sépare facilement; les vaisseaux carotidiens sont en avant, à deux travers de doigts. Quant aux vaisseaux sous-claviers, ils ne sont pas en cause, la tumeur étant facilement mobile de ce côté.

La tumeur offre quelques connexions profondes : 1° elle est rattachée à l'extrémité externe de la clavicule par un pédicule du volume du pouce, de consistance fibreuse; 2° elle paraît adhérer d'une manière plus intime aux apophyses épineuses des cinquième, sixième et septième cervicales. Lorsqu'on cherche à faire contracter les muscles de la région, en s'opposant au mouvement de la malade, on constate que la tumeur est tout au moins recouverte par le peaucier. Les autres muscles, sauf le trapèze, ne paraissent pas la recouvrir.

M. Guyon pratique l'ablation de la tumeur le 15 janvier; la malade est anesthésiée par le chloroforme; deux incisions, l'une verticale, l'autre horizontale, à concavité supérieure, formant une sorte d'Y, permettent de former trois lambeaux et de découvrir facilement la tumeur, elle s'énuclée facilement dans sa partie profonde, sauf en bas et en haut; dans le premier point, on sectionne un pédicule, formé par un faisceau du trapèze, qui traverse la tumeur et la rattache à la clavicule; on la renverse alors en haut, et on coupe le pédicule supérieur avec l'écraseur linéaire; il est également formé par des fibres musculaires ou aponévrotiques.

Dans le fond de la plaie, on a mis à nu et sectionné une grande partie des fibres du trapèze et même du splénius; en plusieurs points, dans la face postérieure de la tumeur, on voit des faisceaux de fibres musculaires qui pénètrent dans son épaisseur et se perdent dans son tissu. Le *fascia superficialis* est intact et fait partie des lambeaux, ainsi qu'une couche musculaire assez épaisse; on voit plusieurs branches nerveuses superficielles coupées dans les anfractuosités de la plaie. On réunit la plaie par des points de suture métallique, en laissant de larges ouvertures d'échappement pour les liquides aux angles inférieurs et postérieurs.

On n'a eu à lier que de fines artérioles; la veine jugulaire externe a pu être ménagée. La plaie avait été lavée avec l'alcool pur, avant le rapprochement des lambeaux; elle est alors recouverte d'un pansement simple.

Examen de la tumeur. — La tumeur pèse 708 grammes; elle est assez régulièrement arrondie et entourée par une fine couche de tissu cellulaire et quelques fibres du peaucier.

A l'examen microscopique, on la trouve composée de faisceaux serrés et entrecroisés dans tous les sens; ces faisceaux sont formés par des cellules allongées, fusiformes, contenant 1 à 2 noyaux ovalaires; les cellules sont très-délicates, finement granuleuses; chaque noyau contient un ou deux nucléoles brillants. Outre ces éléments fondamentaux, on rencontre encore par places quelques faisceaux de tissu fibreux, à fibres très-fines et ondulées; un réseau fin de cellules plasmatiques; enfin des vaisseaux assez nombreux et pourvus, quelques-uns au moins, d'une tunique vasculaire.

Diagnostic anatomique : Sarcome fibro-plastique fasciculé, avec tendance à l'organisation dans le sens du tissu fibreux.

Traitement. — Tilleul, potion cordiale, julep, éther, morphine, glace, bordeaux, bouillon, potage.

Le 18, les lambeaux se gonflent un peu et la suppuration s'établit.

Le 21, on remarque un peu de tendance à la désunion et il s'est formé sur le lambeau antérieur une plaque érysipélateuse très-pâle. La malade n'a pas eu de frissons, mais la fièvre a un peu augmenté.

Les jours suivants la plaque érysipélateuse s'étend en contournant le cou; si bien qu'elle envahit le bras gauche qui se tuméfie, la nuque et les parties supérieures du bras droit. Pas de frissons. L'état moral de la malade est mauvais; elle se laisse aller, mange à contre cœur et se plaint beaucoup.

Le 27, on remarque un peu de gonflement à la partie inférieure de la région thoracique gauche au voisinage des lombes.

Le 28, en pressant sur l'omoplate, on fait refluer du pus par la plaie; il s'est fait une large fusée sous les muscles du dos; on en pratique le drainage, le pus est fétide. On incise une collection qui s'est formée à la région lombaire gauche, et le lendemain on draine ce foyer qui remonte très-haut sous les muscles du dos.

Les plaies sont sèches, blafardes; cet état est plus marqué encore le lendemain; menaces de syncope. Mort le 30 à 2 heures du matin.

L'autopsie est refusée; il est cependant permis d'affirmer que la malade a succombé à l'érysipèle très-étendu, et au phlegmon diffus du dos survenu dans les derniers jours. Sans doute, il faut accuser encore l'infection putride, bien que matin et soir des injections alcooliques, puis des injections d'eau phéniquée aient été régulièrement pratiquées par des tubes à drainage introduits sous les lambeaux. L'hygiène, l'alimentation ont été l'objet de la sollicitude la plus vive, mais depuis l'opération la malade refusa presque complétement les aliments et fut plongée dans le plus grand abattement.

Malgré les très-heureuses conditions de santé et la manière simple dont l'opération put être exécutée, l'état de l'opérée ne fut en somme jamais satisfaisant. Il paraît donc raisonnable de penser qu'un traumatisme aussi étendu, dans une région aussi riche en filets nerveux,

(1) Fin. Voir notre dernier numéro.

en communication si facile avec les régions voisines, est fort à redouter, alors même que les complications primitives de l'opération telles que l'hémorrhagie, l'entrée de l'air dans les veines ont pu être évitées, et alors que, malgré un énorme volume, une tumeur du cou peut sans imprudence être opérée.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 15 janvier 1869. — Présidence de M. Lagneau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Duchenne (de Boulogne) demande la parole à l'occasion du procès-verbal :

« Un nouveau cas très-grave de paralysie glosso-labio-laryngée s'est présenté à mon observation, mais cette fois précédé de paralysie générale progressive. C'est là une forme très-intéressante de la maladie. Elle a été bien observé et décrite par M. Duménil, de Rouen.

M. le Président annonce à la Société la mort de M. le docteur Audry, membre de la Société depuis 1839, ancien chef de clinique de la Faculté et auteur de travaux estimés. Un des parents de M. Audry compte parmi les membres fondateurs de la Société de médecine de Paris.

M. le Président fait savoir également à la Société que M. Géry père vient d'obtenir de la Société de médecine de Bordeaux un premier prix (médaille d'or) pour son *Mémoire* sur les caractères qui établissent la viabilité du nouveau-né.

M. Blachez, secrétaire général sortant, lit le compte-rendu des travaux de la Société en 1868. (Sera publié.)

M. le Président adresse M. Blachez les remercîments de la Société.

M. le Président annonce qu'une vacance est ouverte; M. le secrétaire général est chargé d'en donner avis aux intéressés.

Sur une observation de M. Lunier, relative aux candidatures, une discussion s'engage sur l'interprétation qui doit être donnée au paragraphe 3 de l'article III du règlement.

Après avoir entendu successivement et contradictoirement les avis de MM. Lagneau, Simonnot, Briquet, Chausit, Forget, Lunier, Charrier, Delasiauve, Mercier, Blachez, Durozier, Giraud-Teulon et Perrin, la Société décide, conformément à l'article III de son règlement :

Que tout candidat qui n'aurait pas été élu à une première présentation devra, s'il désire se présenter à un nouveau scrutin :

1° Faire savoir à la Société, par lettre officielle, qu'il maintient sa candidature;

2° Faire acte de candidature en présentant un nouveau travail ou mémoire inédit dont il fera la lecture dans une des séances de la Société.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Dr Antonin Martin.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1869.

17. Montfort (Léon). Études sur les déchirures de la vulve et du périnée pendant l'accouchement.

18. Zaepffeld (Émile). De l'action physiologique et thérapeutique du bromure de potassium.

19. Rabejac (P.). Du goître exophthalmique.

20. Pommerol (François). Recherches sur la synostose des os du crâne, considérée au point de vue normal et pathologique chez les différentes races humaines.

21. Bonin (J.-J.). Étude critique sur l'écoulement et l'infiltration de sang et de sérosité dans les fractures du crâne.

22. Stopin. Du traitement de l'anévrysme poplité par la flexion de la jambe sur la cuisse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite du concours ouvert le 20 février dernier, au Val-de-Grâce, M. le docteur Poncet, médecin-major de 2e classe, a été nommé répétiteur de chirurgie près l'École de santé militaire de Strasbourg; et M. le docteur Lereboullet, médecin aide-major de 2e classe, a été nommé répétiteur de physiologie près la même École.

— M. le docteur E. Verrier commencera un cours spécial de manœuvres obstétricales, le jeudi 11 mars, à midi. Ce cours aura lieu tous les jours, 6, rue des Quatre-Vents.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

L'homme avant l'histoire, étudié d'après les monuments et les costumes retrouvés dans les différents pays de l'Europe, par sir John Lubbock, traduit de l'anglais par M. Barbier. Un beau volume grand in-8, avec 156 figures intercalées dans le texte. Prix : 15 francs.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, 10 mars 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On n'a pas oublié les communications intéressantes que firent MM. Hardy et Husson, dans la séance du 19 janvier dernier, sur la création du musée pathologique de l'hôpital Saint-Louis. M. Devergie voulut bien, à cette occasion, nous communiquer directement une note dans laquelle il revendiquait ses titres à la paternité d'une idée qu'il avait été heureux de voir réaliser, grâce au double concours de l'administration et de ses collègues de l'hôpital Saint-Louis (*Gazette des hôpitaux*, numéro du 28 janvier). Cette note a fourni à M. Husson le texte d'une nouvelle communication verbale qu'il n'a pu faire qu'hier, et dans laquelle il a complété l'historique de cette fondation, faisant à tous et à chacun la part légitime et honorable de reconnaissance que nous sommes heureux, pour notre compte, de leur exprimer ici publiquement.

M. Larrey a donné lecture, ensuite, de l'observation de hernie lombaire traumatique, qu'il avait citée de mémoire dans la précédente séance à l'occasion de la communication de M. Hardy. On trouvera une analyse étendue de ce fait dans le compte-rendu de la séance, ainsi que les quelques réflexions qu'il a suggérées à M. Huguier.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à la nomination des commissions de prix pour le concours de 1869. Nous donnons la composition des nouvelles commissions, ainsi que l'énoncé des titres et épigraphes des travaux et mémoires que l'Académie a reçus pour ce concours.

A 4 heures 1/2 il y a eu comité secret pour la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section des associés libres, à laquelle il devra être pourvu dans la séance prochaine.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

CÉRÉBROSCOPIE.

Il vient de se produire, dans la salle Sainte-Catherine, un fait qui montre toute l'importance de l'ophthalmoscopie appliquée au diagnostic des maladies cérébro-spinales et des diathèses. Une erreur avait été commise. D'après quelques symptômes particuliers de vomissements suivis de diarrhée et de fièvre avec stupeur et de faible céphalalgie, M. Bouchut avait pensé qu'il assistait à un début de fièvre typhoïde dont les phénomènes étaient peu accusés. Leur marche d'ailleurs assez lente fit naître quelques doutes, et c'est alors qu'ayant recours à l'ophthalmoscope, M. Bouchut découvrit un double œdème papillaire partiel avec hyperémie locale, stase veineuse et un commencement de tuberculose choroïdienne. Dès cet instant, le diagnostic rectifié était établi. Le médecin avait vu dans le cerveau. Il avait trouvé, dans l'œil, les preuves d'une phlegmasie cérébrale, d'un obstacle à la circulation méningée, et enfin l'indice d'une diathèse tuberculeuse se révélant par une méningite. Toutes ces inductions faites à un moment où les symptômes n'avaient encore rien de caractérisé, où la malade avait toute son intelligence, pouvait se lever et marcher dans la salle jusqu'au cabinet, conservait de l'appétit, et n'avait que peu de fièvre, étaient d'une grande importance diagnostique et pronostique. L'événement a confirmé leur exactitude, car ces présages de mort bientôt réalisés ont permis de constater la rigueur de cette loi qui veut qu'avec des tubercules de la choroïde il y en ait toujours dans le cerveau ou dans les autres viscères.

Voici maintenant le résumé de l'observation telle qu'elle a été dictée publiquement dans le service de M. Bouchut.

Tubercules de la choroïde, tuberculose générale et méningite tuberculeuse.

Émilie B..., âgée de 14 ans, entrée le 16 février, au n° 14 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Cette enfant, née de parents bien portants, est pour la première fois malade. Elle est grande, forte, brune, pubère, mais non encore réglée. Elle a eu pendant un mois des maux de tête généralisés, de la diplopie passagère et des malaises; peu d'appétit, mais ces accidents ne l'empêchèrent pas de travailler.

Puis elle a été prise de vomissements, de diarrhée, avec un peu de stupeur et de fièvre. On crut à une fièvre typhoïde, lorsqu'un matin, elle eut un peu de strabisme convergent et de la diplopie.

A ce moment, elle avait encore mal à la tête; la vision et l'ouïe distincts; pas d'appétit, pas de vomissement et des garde-robes naturelles. Elle avait assez de forces pour se lever et aller au cabinet. Un peu de somnolence; mémoire et intelligence intactes. Le pouls, régulier, 88. Les poumons et les voies digestives paraissent en bon état.

A ce moment, l'ophthalmoscopie révéla une hyperémie partielle de la papille droite, voilant tout le côté externe; un trouble des humeurs de l'œil; un peu de dilatation des veines, avec quelques stases sanguines.

A la partie inférieure de la papille, sous une veine, se trouve une petite tâche blanche, mal circonscrite, d'environ 8 millimètres de diamètre et placée dans la choroïde.

Du *sulfate de quinine* fut alors administré, à la dose de 1 gramme et 1 gr. 50 c. L'ensemble des symptômes ne fut pas sensiblement modifié; mais il y eut dans le fond de l'œil une décoloration assez marquée de la choroïde et un resserrement des veines rétiniennes.

Le lendemain, à la diplopie se joignit une aphasie momentanée complète, venue par degrés et durant quelques heures.

Les jours suivants, l'enfant reste un peu somnolente avec quelques douleurs de tête peu intenses et conservant toute son intelligence. Elle n'eut plus d'aphasie ni de surdité; il n'y eut ni convulsions ni paralysie autre que celle qui avait produit un peu de strabisme. Les boissons passaient avec facilité, sans vomissement, et il n'y avait qu'un peu de constipation, qui fut combattue facilement par les purgatifs.

Son pouls devient irrégulier, intermittent, variant de 88 à 92. Le fond des yeux, examiné à l'ophthalmoscope, resta dans le même état. La choroïde pâlit un peu sous l'influence du sulfate de quinine, et la tache blanche de la choroïde parut être très-apparente.

L'enfant s'est affaiblie davantage sans se plaindre et sans pousser de cris; la somnolence a été plus considérable, et pendant la nuit, à quatre heures du matin, elle a pâli et s'est éteinte sans crises.

Autopsie, trente-huit heures après la mort, par un temps assez froid, de 4°.

Cerveau. Le cerveau paraît distendu par du liquide et comprimé par la voûte du crâne. Ses circonvolutions sont aplaties et ses ventricules énormément dilatés, notamment le ventricule gauche, dont les parois sont ramollies et réduites à l'état crémeux. Les plexus choroïdes sont rouges et renferment un petit kyste transparent, jaunâtre, du volume d'un grain de chènevis. Partout, la substance cérébrale a perdu sa consistance et adhère aux membranes d'enveloppe plus que cela ne doit être.

La *pie-mère*, très-rouge, est infiltrée de sérosité jaunâtre, opaline, purulente à la convexité, au niveau des anfractuosités du cerveau. Elle n'est pas plus altérée dans les scissures; mais à la base, dans l'hexagone cérébral, elle est fortement infiltrée de pus opaque, jaune verdâtre, cachant le chiasma des nerfs optiques. Il en est de même sur la protubérance et à la partie supérieure du cervelet. Dans les scissures, elle n'est qu'épaissie, à peine infiltrée de pus, et faiblement granuleuse; on y voit quelques nodules miliaires de tubercules gris, demi-transparents, ayant le volume d'une pointe d'épingle.

Les veines et capillaires de la scissure, qu'on voit sous l'arachnoïde, sont très-dilatées, variqueuses et flexueuses, contournées de la façon la plus rare et la mieux caractérisée. Les veines méningées sont distendues par le sang et par des caillots, ainsi que les *sinus de la dure-mère* où se trouvent des caillots décolorés, durs et adhérents, surtout dans le longitudinal supérieur.

Les *rétines*, épaissies au niveau de la papille, cachent les contours du nerf optique; leurs veines sont nombreuses, distendues, et le sang, interrompu par places, y forme çà et là des thromboses.

La *choroïde* présente une plaque isolée d'atrophie de la couche pigmentaire, large de 4 millimètres, visible à travers la rétine et traversée par une veine rétinienne. Du côté gauche, elle présente trois granulations grisâtres, fines et saillantes, entourées d'une zone rouge d'arborisation capillaire, tandis qu'à droite, il n'y en a que deux, et l'une d'elles, située près de la papille, est celle qui avait été vue pendant la vie au moyen de l'ophthalmoscope.

Ces granulations, colorées avec le carmin, se présentent sous le microscope comme le résultat d'une accumulation de petits éléments conjonctifs, jeunes, entourées d'une zone de prolifération semblable, qui donne au pourtour une teinte plus colorée et plus foncée qu'au centre où la couleur est claire.

Les *poumons* sont farcis de milliards de granulations fines, grises, demi-transparentes ou jaunes opaques, isolées et pressées les unes contre les autres dans un tissu alvéolaire; facies à peine congestionné.

Les *plèvres* sont couvertes de granulations semblables, qui correspondent aux nodules tuberculeux des poumons. Ce sont de fines granulations grisâtres de pleurite sèche, qu'on enlève aisément par le raclage.

Le *foie* est très-volumineux, gras, et ne renferme pas de granulations.

Les *reins* sont remplis de granulations tuberculeuses, ainsi que la *rate*, mais il n'y en a pas dans l'intestin.

Il n'est pas besoin d'insister très-longuement pour faire comprendre l'intérêt clinique de cette observation qui confirme celles du même auteur publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* du 29 décembre 1868 et du 3 janvier 1869. On ne saurait trop multiplier les faits de ce genre. Ce n'est que par de persévérants efforts qu'on arrive à répandre les vérités utiles et, dans ce cas particulier, il est incontestable que l'ophthalmoscope a permis de voir dans certaines lésions de l'œil la traduction de lésions identiques cachés dans le cerveau.

CLINIQUE DE VALS. — M. Clermont (de Lyon.)

EAUX ALCALINES GAZEUSES

I

Eaux tempérantes sédatives (Source Saint-Jean)

Employée seule, ou mieux encore concurremment avec d'autres agents de la matière médicale, la médication alcaline est considérée aujourd'hui par tous les praticiens comme un moyen de traitement facile et efficace contre un très-grand nombre de maladies, contre celles surtout qui ont pour symptômes les plus apparents la perversion des actes de la digestion, de la fonction assimilatrice.

Cette influence heureuse de la médication alcaline explique suffisamment la faveur de plus en plus grande dont jouissent quelques stations thermales; elle rend compte encore de l'accroissement vraiment remarquable qu'a pris l'exportation des eaux alcalines gazeuses.

La station de Vals, nous nous plaisons à le dire, possède un grand nombre de sources d'eaux minérales de ce genre, qui ont de plus le remarquable avantage de n'être pas identiques, car elles varient, non-seulement par leur coefficient ou degré de saturation, mais encore par la nature de quelques-uns de leurs principes minéralisateurs. Aussi on peut dire que si, par ces eaux alcalines de saturation moyenne, Vals représente Vichy, il représente aussi Contrexéville ou Spa par ses eaux peu saturées. Enfin, comme complément du tableau des eaux de Vals, il est juste d'ajouter que par ses sources les plus fortes, c'est-à-dire les plus minéralisées, la célèbre station de l'Ardèche n'a encore aucune rivale.

Quelques-unes des sources de Vals, qu'il faut pour ce fait distinguer de leurs congénères, contiennent près d'un gramme par litre de bicarbonate de magnésie, qui les rend légèrement laxatives. C'est en nous basant sur ces différences de composition, que nous avons proposé de diviser les eaux de Vals en trois sections ou catégories : 1° les *laxatives* ou *sodo-magnésiennes;* 2° les *tempérantes* ou *sédatives* peu minéralisées; 3° enfin les plus chargées en bicarbonates de soude et de fer, en chlorure de sodium et en acide carbonique, sous le nom de *toniques* ou *reconstituantes*.

Cette division claire et simple s'offre d'elle-même et tout naturellement à celui qui étudie, avec soin, dans les eaux carbo-sodiques de Vals, la constitution chimique et les actions physiologiques, et, quoi qu'on en ait pu dire, elle relève de leur état physique et de leurs vertus thérapeutiques.

Si donc les eaux carbo-sodiques de Vals ont, entre elles, de notables différences de composition et d'effets physiologiques, il est évident que le praticien qui veut en conseiller l'usage à ses malades, doit en faire une étude spéciale, qui lui sera d'autant plus facile que la division en sera simple et bien faite, et d'autant plus profitable et plus durable qu'on n'aura pas multiplié par trop les noms des sources, et que celles données comme type de chaque groupe ou catégorie, seront précisément celles aussi que l'exportation met à la portée de tout le monde.

Or, parmi les eaux tempérantes et sédatives de Vals, nous n'en pouvons pas citer une plus connue, plus vantée par nos confrères eux-mêmes que celle de la source Saint-Jean. De même que toutes les eaux légères de notre station, elle peut être considérée comme une boisson antiphlogistique et rafraîchissante. L'épithète de *sédative* lui sera justement appliquée; car elle contient une faible proportion d'arséniate de soude, suffisante pour combattre et faire cesser les névropathies stomacales.

Aussi, d'une limpidité parfaite, d'un goût aigrelet, très-

agréable, ne troublant point le vin rouge ou les sirops colorés auxquels on la mêle, l'eau de la source Saint-Jean est-elle devenue l'objet d'une exportation très-considérable. On n'en laisse pour ainsi dire pas perdre une goutte, et nous avons vu, pendant des mois entiers, huit hommes nuit et jour occupés à l'embouteillage de l'eau de la Saint-Jean.

Déjà, à plusieurs reprises, nous avons fait connaître les propriétés prophylactiques et thérapeutiques de cette eau salutaire, l'anti-dyspeptique par excellence. Nous avons dit qu'elle empêche, pour les enfants, la trop prompte acidification du lait, qu'elle rend le sang moins épais, moins facile aux manifestations diphthéritiques, qu'elle diminue les dispositions congestives si fréquentes dans le jeune âge, et nous avons parlé de son utilité non moins incontestable pour l'adulte, soit qu'on veuille le préparer à un traitement alcalin plus actif, soit pour combattre chez lui les nombreux troubles fonctionnels de l'appareil digestif et de l'appareil urinaire.

Ici nous arrêterons un instant l'attention du lecteur : soit à Vals, soit à Vichy, on a dit souvent que les eaux carbo-sodiques très-minéralisées sont contre-indiquées dans le catarrhe de vessie. Pour nous, nous regardons cette affirmation comme une erreur. Toutes les fois que la prostate n'est pas intéressée dans la maladie, ou mieux qu'elle n'est pas gonflée, et que la partie prostatique de l'urèthre a son diamètre normal, les eaux très-minéralisées de la Rigolette et de la Madelaine, par exemple, sont très-bien tolérées, et sont même très-utiles, parce qu'elles combattent, souvent avec succès, la diathèse catarrhale. Nous l'avons constaté chez un grand nombre d'hommes et l'on comprend que chez la femme on n'a pas à s'occuper de cette complication.

Mais si, en même temps qu'il y a cystite, le canal de l'urèthre est rétréci, si la portion prostatique de ce conduit a perdu son calibre ordinaire, les eaux très-minéralisées précipitant le départ des sécrétions morbides intra-vésicales, et déterminant, avec la fièvre thermale, le gonflement passager des parties malades, les douleurs, en urinant, augmentent, l'hématurie même peut survenir et l'occlusion incomplète et momentanée du canal peut obliger le médecin de recourir au cathétérisme.

Concluons de cette explication que si l'on peut écrire de longs chapitres, et disserter à perte de vue sur les accidents produits par les eaux carbo-sodiques très-minéralisées dans les cas de catarrhe de vessie, il ne faut pas oublier d'ajouter que ces eaux sont au contraire très-indiquées dans l'état morbide en question chez les femmes toujours, et chez les hommes, quand il n'y a pas de rétrécissement récent ou ancien dans le trajet uréthral et notamment dans la portion prostatique du canal.

Cette erreur relevée, ajoutons que les eaux tempérantes de Vals, et surtout celle de la Saint-Jean, ont une action moins prononcée, mais néanmoins très-favorable sur la muqueuse vésico-uréthrale, et que, dans le catarrhe de vessie, avec complication de prostatite, elles ont réellement une efficacité remarquable, qu'elles ne peuvent devoir ni à la lithine qu'on n'y a pas décélé encore, ni à la faible proportion de carbonate de chaux et de magnésie qu'elles contiennent, et dont le passage à travers les cavités vésico-uréthrales, pouvant y provoquer la coagulation des flocons glaireux, produits du catarrhe vésical, doit être, selon nous, plutôt nuisible qu'utile.

En résumé, les eaux faiblement minéralisées de Vals sont d'un heureux emploi dans le catarrhe de vessie, d'abord parce qu'elles sont inoffensives, tempérantes et sédatives, puis parce qu'elles excitent un peu la sécrétion urinaire sans précipiter brusquement la débâcle des glaires et des dépôts uratés ou phospho-magnésiens contenus dans la vessie.

L'exemple suivant va démontrer cette innocuité des sources tempérantes sédatives, et mieux encore leur utilité dans une des formes complexes du catarrhe vésical de l'homme.

Observation. — *Catarrhe et engorgement prostatite chroniques.* — M. G. B., de Lyon, âgé de 65 ans, sanguin et vigoureux jadis, mais un peu débilité par de longues souffrances, se plaint, depuis 20 ans, de douleurs dans la vessie et dans les parties profondes de l'urèthre. Le chirurgien A. Bonnet avait traité, sans succès, ce malade pour un rétrécissement de l'urèthre à sa portion prostatique et pour un engorgement de la glande prostate, qui est restée hypertrophiée et devient souvent le siége de douleurs vives, spasmodiques, et parfois tellement tenaces et térébrantes, qu'elles jettent bientôt l'économie entière dans un abattement, un prolapsus complet, désordre qui constitue une véritable maladie et menace, chaque fois, de conduire M. G. B. à un état cachectique.

En outre de la difficulté et des douleurs qu'il ressent en expulsant ses urines souvent troublées par un nuage glaireux, il éprouve de l'anorexie, des pesanteurs d'estomac, parfois de la diarrhée. Le pouls devient fébrile, la peau sèche et chaude, en un mot la cystite subaiguë réapparaît avec tous ses symptômes morbides. Depuis quelques années, toutes les fois que ces accidents se sont reproduits, M. le docteur Bossu, de Lyon, les a fait cesser par ses bons soins, tantôt assez vite, tantôt avec plus de peine et de temps; aussi, désirant pour son malade une amélioration plus durable, il nous l'adresse à Vals le 13 juillet dernier dans un de ces moments de calme relatif.

M. G. B. est mis immédiatement à l'usage de l'eau de la Saint-Jean, et tant qu'il ne s'en écarte pas, les urines sortent bien, abondantes et sans douleur; mais chaque fois qu'il veut toucher à une eau plus sodique, aux reconstituantes, à la Magdeleine, par exemple, ou à la Rigolette, la douleur prostatique reparaît, et les symptômes d'irritation locale deviennent promptement menaçants. Plusieurs essais de cette nature lui prouvèrent qu'il fallait s'en tenir aux eaux tempérantes et sédatives; enfin il partit notablement soulagé après vingt-deux jours d'un traitement qui a eu aussi pour effet, nous disait six mois plus tard l'honorable docteur Bossu, de rendre les crises moins fréquentes, moins douloureuses et partant marquées par des réactions générales moins profondes sur la santé du malade, qu'une seconde saison parviendra probablement à consolider.

Ces exemples de catarrhe vésical avec prostatite ou avec rétrécissement de l'urètre sont fréquents à Vals, où les eaux tempérantes permettent de les traiter avec un certain succès; mais ce n'est pas une raison pour dire que les eaux très-minéralisées ne sont pas favorables aux catarrhes de vessie indistinctement. Celui qui généralise trop en théorie s'expose souvent à décompter dans la pratique. L'observation relatée ci-dessus montre aussi que les eaux sodiques peu minéralisées de Vals méritent bien le nom de tempérantes sédatives, et par contre que l'on a dit à tort que toutes les eaux salines sont excitantes; autant vaudrait dire que tous les vins sont excitants et toniques : puis après avoir cité pour exemple le bourgogne et le madère, mettre sur la même ligne le vin de Suresnes ou celui de Brindas.

Aussi, sans faire jouer un rôle hypothétique à ceux des sels à peu près inertes contenus dans toutes les eaux sodiques de Vals, au carbonate de chaux, par exemple, qui ne peut rien sur les urates et les phosphates de la même base, maintiendrons-nous la catégorie des eaux tempérantes et sédatives, et continuerons-nous à signaler, comme type des eaux de ce genre, celle de la source Saint-Jean, la plus connue d'ailleurs et la plus répandue.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars 1869. — Présidence de M. Blache.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'Agriculture et du Commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Perrotte sur une épidémie de fièvre muqueuse et typhoïde, qui a régné dans l'hôpital d'Avranches, en 1868;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont sévi dans les départements du Jura et du Finistère. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Armand Moreau, qui se présente comme candidat pour la section d'anatomie et de physiologie;

2° Une note de M. J. Lefort (présentée par M. Buignet) sur l'examen comparatif de l'ipécacuanha du Brésil, de la Nouvelle-Grenade ou de Carthagène. (Comm. : MM. Caventou, Gobley et Briquet.)

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

1° Par M. Bergeron, au nom de M. de Valcourt, un opuscule intitulé : *Les institutions médicales aux États-Unis*;

2° Par M. Depaul : un *Bulletin de la Société médicale d'observation de la Dordogne*, et, au nom de M. le docteur Stanesco, une thèse inaugurale intitulée : *Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin*;

3° Par M. Broca, de la part de M. Lunier, un article sur les déformations artificielles du crâne, extrait du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*;

4° Par M. Devergie, le *Premier bulletin des travaux de la Société de médecine légale de Paris.*

COMMUNICATIONS.

M. Husson communique à l'Académie quelques détails complémentaires au sujet de la création du musée d'anatomie pathologique à l'hôpital Saint-Louis. M. Devergie s'est plaint que dans la communication antérieure, relativement à cette création, il ne lui ait pas été rendu justice en ne lui attribuant pas la paternité de l'idée. M. Husson n'éprouve aucune difficulté à reconnaître que c'est à la suite d'un rapport de M. Devergie que l'idée de la création du musée d'anatomie pathologique a été adoptée. Il est juste même d'ajouter que M. Devergie en a libéralement fourni les premiers éléments, par l'offre de 30 dessins à l'aquarelle, appartenant à sa propre collection. Mais M. Dervergie n'est pas le seul père du nouveau musée, MM. Bazin, Hardy et Lallier peuvent, eux aussi, revendiquer une part de paternité. M. Bazin a fait cadeau de 40 à 50 aquarelles, et M. Hardy a donné la collection des photographies coloriées qu'il a publiées pour son ouvrage des maladies de la peau.

M. Devergie répond qu'il n'a pas voulu revendiquer autre chose que l'idée de la création de ce musée. Quant aux dessins à l'aquarelle dont il a fait présent à cet établissement, ce ne sont pas seulement 30 figures, mais bien 30 feuilles, contenant la représentation de toutes les formes simples et composées des maladies de la peau.

LECTURE.

Hernie lombaire traumatique. — M. Larrey, à l'occasion du cas de hernie lombaire communiqué dans la dernière séance par M. Hardy, donne la relation d'un fait du même genre, dont voici le résumé :

M. B..., sous-lieutenant dans l'infanterie de marine, avait été atteint, le 21 juillet 1849, dans un combat au Sénégal, d'un coup de feu tiré par un nègre à quelques pas de distance. La balle, ayant pénétré dans la région épigastrique, avait traversé l'abdomen de haut en bas et s'était arrêtée sous la peau, vers le bord externe de la région des lombes, au niveau de la deuxième vertèbre lombaire. Une contre-ouverture superficielle suffit pour en opérer l'extraction immédiate.

Les blessures étaient cicatrisées et M. B... avait repris des forces, lorsqu'en mars 1850, faisant un effort des reins, il éprouva tout à coup, dans les régions postérieures, un peu au-dessus et en avant de la cicatrice de la région lombaire, une sensation insolite, qui lui fit reconnaître pour la première fois l'existence d'une tumeur bien prononcée. Cette tumeur, offrant à peu près le volume d'un petit œuf de poule, avait une consistance un peu ferme, quoique dépressible et réductible, soit spontanément, soit par la pression. On supposa d'abord que c'était un abcès; mais on reconnut bientôt qu'on avait affaire à une hernie. Seulement, les chirurgiens réunis en consultation eurent des opinions différentes sur la nature de la hernie. L'un pensa qu'elle était formée par le poumon, un autre par l'intestin, un troisième enfin par l'épiploon. La hernie fut maintenue, à peu près réduite par un bandage ordinaire de bernie abdominale. Rappelé en France et envoyé à Metz, M. B... fut examiné, à l'hôpital militaire, par MM. Hénot et Scoutetten. Le premier crut que la bernie était formée par l'estomac; le second, par l'intestin. Une ceinture en caoutchouc, munie d'une pelotte compressive, ne put être supportée à demeure, sans provoquer des vomissements.

Le 1er octobre 1851, le malade entra au Val-de-Grâce, dont j'étais alors le chirurgien en chef. Voici le résultat de mon examen, tel qu'il a été recueilli par mon aide de clinique, M. Lecomte, aujourd'hui médecin principal de l'armée d'Afrique. A la région épigastrique existait une cicatrice légèrement déprimée de 2 centimètres environ d'étendue, douloureuse quelquefois jusque dans la direction de l'autre cicatrice, sous l'influence des changements de temps. A la partie postérieure, inférieure et latérale gauche du tronc, vers la partie externe de la région lombaire, existe cette autre cicatrice ovalaire et déprimée. Au-dessus d'elle se montre une tumeur siégeant au niveau du rebord postérieur des dernières côtes, située un peu obliquement, de forme ovalaire, excédant le volume de la moitié d'un gros œuf de poule, susceptible d'ailleurs par les efforts d'expulsion d'un grossissement visible et palpable : non-seulement la tumeur est dépressible et réductible, mais il semble qu'une ouverture profonde, irrégulièrement arrondie, formant presque un anneau fibreux, constitue l'orifice d'un véritable canal, à travers lequel serait la hernie. La palpation de la tumeur ne donne ni la consistance pâteuse d'un épiplocèle, ni la consistance élastique d'une poche ou d'une anse intestinale. La percussion avec le plessimètre donne de la matité dans tous les points.

L'injection d'une certaine quantité de liquide dans l'estomac ne produit aucune modification dans la tumeur. De ces renseignements, il résulta pour nous qu'il s'agit là d'une bernie lombaire formée probablement par lépiploon, avec adhérence ou pénétration partielle d'une anse intestinale. Cette opinion a été partagée par Vidal de Cassis, M. Sédillot et M. Demarquay. La fabrication du bandage a nécessité plusieurs modifications pour le rendre définitivement efficace et supportable au moyen d'une ceinture fixée à la base de la poitrine.

M. Hardy dit qu'il avait eu deux buts en faisant sa communication dans la dernière séance : 1° d'exposer un fait rare; 2° de provoquer des explications sur ce sujet de la part des chirurgiens de l'Académie.

M. Hardy pense que la communication de M. Larrey se rapporterait plutôt à un cas de hernie abdominale qu'à un fait de hernie lombaire telle que J.-L. Petit l'a décrite.

M. Larrey croit que le traumatisme doit modifier le mécanisme et la forme des hernies, et sur ce point, il accepte les remarques de M. Hardy.

M. Huguier trouve que ce mot de hernie lombaire est tout à fait impropre, car il ne peut pas se former de hernie intestinale dans cette région. M. Huguier invoque des considérations anatomiques pour prouver que la production de ces hernies est matériellement impossible. L'anatomie topographique ne permet point que l'intestin sorte par cet endroit. La dénomination de hernie lombaire est donc défectueuse et implique une erreur anatomique; pour être dans le vrai, il aurait fallu désigner cette hernie sous le nom de sus-iliaque. Cette qualification est la seule qui convienne à cette lésion, qui donne une idée exacte de siége, qui soit conforme à son mode de production.

Discutant le fait de M. Hardy, M. Huguier, qui a examiné le malade, pense que l'on peut expliquer la production de la hernie par une disposition spéciale et individuelle de la région. En effet, le malade présente sur le point de la hernie les traces d'un ancien abcès. A ce niveau, l'os iliaque offre une échancrure de 5 à 6 centimètres, qu'on ne trouve pas sur l'os iliaque du côté opposé. C'est plutôt par cette échancrure que par le triangle anatomique signalé par J.-L. Petit que la hernie s'est faite. Il serait très-possible que cette échancrure fût le résultat de l'affection syphilitique constitutionnelle dont la malade était atteinte à son entrée dans le service de M. Hardy, échancrure résultant d'un ramollissement et d'une résorption du tissu osseux, tels qu'on les observe dans les vieilles syphilis. Cette échancrure peut tenir d'une disposition congénitale. En définitive, le cas de M, Hardy vient démontrer qu'il y a deux variétés de hernies sus-iliaques : l'une pouvant se fermer par le triangle anatomique de J.-L. Petit, l'autre pouvant se produire par une dépression congénitale de la crête de l'os des îles.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination des huit commissions de prix pour l'année 1869.

Voici, d'après les résultats du srutin, la composition de ces huit commissions :

Prix de l'Académie : MM, Cl. Bernard, Sappey, Poiseuille, Robin et Vigla. (Maladies du cervelet.)

Prix Civrieux : MM. Bouillaud, Falret, Baillarger, J. Guérin et Béhier. (Histoire de la folie.)

Prix d'Argenteuil : MM. Laugier, Chassaignac, Larrey, Gosselin et Broca. (Maladies des voies urinaires.)

Prix Barbier : MM. Guérard, Chauffard, Hardy, Hérard et Davaine. (Choléra, etc.)

Prix Lefèvre : MM. Jolly, de Kergaradec, Pidoux, Marrotte et Cerise. (Mélancolie.)

Prix Capuron : MM. Danyau, Depaul, Jacquemier, Blot et Devilliers. (Retrait de l'utérus.)

Prix Amussat : MM. Huguier, Reynal, Richet, Legouest et Demarquay. (Meilleur travail de chirurgie.)

Prix Godard : MM. Cloquet, Ricord, Ségalas, Denonvilliers et A. Guérin. (Pathologie externe.)

A 4 heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à la place d'associé libre.

Nous sommes invités à publier la liste suivante des travaux envoyés ou déposés aux bureaux de l'Académie de médecine

pour les prix de 1869. Les auteurs seront ainsi informés de la réception ou de la non réception de leurs envois.

ÉPIGRAPHES DES MÉMOIRES ET TITRES DES TRAVAUX ADRESSÉS A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Pour les Concours aux prix de 1869.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

Nos 1. La contradiction n'existe pas dans les faits, mais dans la manière de les interpréter.
— 2. La clinique seule nous guide.

PRIX PORTAL.

Aucun travail n'a été adressé pour ce Concours.

PRIX CIVRIEUX.

Nos 1. L'ambition est une des caractéristiques morales du dix-neuvième siècle.
— 2. Sequitur superbos victor a tergo Deus. (Senèque.)
— 3. Nihil ex nihilo, nihil in nihilum reverti posse.
— 4. Quid potui, non quod voluerim.

PRIX D'ARGENTEUIL.

Nos 1. De la lithotritie généralisée ou de la pulvérisation rapide des calculs vésicaux avec le brise-pierre à levier.
De la stricturotomie intra-uréthrale, par M. le docteur Guillon.
— 2. Traitement de la rétention d'urine, suite de la paralysie de la vessie, par la potion au baume de copahu, par M. le docteur Bibard.
— 3. Tentare pericula sine periculo, primus ad curationem gradus.
— 4. Traité de la lithothlibie, nouvelle méthode d'écrasement des calculs vésicaux, par M. le docteur J. Dcnamiel.
— 5. Traité des opérations des voies urinaires, par M. le docteur Reliquet.
— 6. Études cliniques sur les rétrécissements de l'urèthre, sur les fistules vésico-vaginales, avec une brochure en italien, par M. le docteur Corradi (Joseph).
— 7. Contributions to pratical medicine and surgery, etc., by J. Arnott.
— 8. De la guérison durable des rétrécissements de l'urèthre par la galvano-caustique chimique, par MM. Mallez et Tripier.
— 9. Mémoire explicatif et spécimen de plusieurs instruments de chirurgie contre les maladies des voies urinaires, par MM. Robert et Collin.

PRIX BARBIER.

Nos 1. Observations nouvelles sur la rage, par M. Plinio Schivardi.
— 2. Étiologie et prophylaxie de la pellagre, par M. Costallat.
— 3. Recherches sur les cancroïdes des téguments, par M. E. Thoulouse.
— 4. Mémoire sur une nouvelle méthode dite cautérisation centrale, pour la destruction des tumeurs volumineuses, par M. Plassard.
— 5. Sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura, par M. Pize.
— 6. Vomissements incoercibles de la grossesse guéris par la cautérisation du col utérin, par M. Mauny.
— 7. De l'application du collodion riciné au traitement de la colique de plomb.
— 8. La doctrine réaliste et la doctrine fantaisiste du choléra indien, par M. Eissen.

PRIX LEFÈVRE.

Nos 1. Paulatim que et non evidentur, ab his quæ stulte dicuntur ad meliora mens adducenda. (Celse.)
— 2. La voie de la vérité, c'est l'observation des faits.....
Curo et rogo, atque omnis in hoc sum. (Horace.)
— 3. La sensibilité outrée est source de bien des malheurs à l'humanité.
— 4. La vie de l'homme est soumise à deux tyrans impérieux, l'espérance et la crainte, qui l'agitent et l'abusent tour à tour.
— 5. Partout la race humaine à souffrir condamnée,
Pleure, et comme un fardeau porte sa destinée.

PRIX CAPURON.

Nos 1. Sur un nouvel agent thérapeutique dans le traitement des affections cancéreuses du col de l'utérus.
— 2. Il y a une aultre sorte de gloire, qui est une trop bonne opinion que nous avons de nostre valeur. (*Essais*, chap. XVII.)

PRIX AMUSSAT.

No 1. Recherches sur l'opération césarienne, etc., par M. J. Baudon.

PRIX GODARD.

Nos 1. Recherches sur l'anatomie pathologique des moignons amputés, par M. Chauvel.
— 2. De la rupture de l'utérus et de quelques autres particularités dans leurs rapports avec les polypes fibreux intra-utérins, par M. O. Larcher.
— 3. Effets divers des pâtes arsénicales, suivant qu'elles sont appliquées sur des tumeurs cancroïdes, squirrheuses, etc., par M. Thoulouse.
— 4. Mémoire descriptif et appareil contre les fractures des membres inférieurs compliqués de raccourcissement, et contre les fractures de la cuisse, par M. Truchetet.
— 5. De la valeur relative de l'emploi de l'instrument tranchant, de la ligature, de l'écrasement linéaire et de la cautérisation, par M. Pasturel.

PRIX RUFZ DE LAVISSON.

Aucun travail n'a été adressé pour ce Concours.

PRIX D'OURCHES.

Nos 1. De l'épreuve galvanique ou bioscopie électrique, avec manuscrit joint, par M. le docteur Crimotel.
— 2. Lettre et dessin d'un appareil, par M. Mauger.
— 3. Eripuit cæo fulmen.
— 4. Des moyens pratiques de constater la mort par l'électricité, à l'aide de la faradisation, par M. Bonnejoy.
— 5. Du signe certain de la mort, par M. H. Deschamps.
— 6. De l'action du feu sur les cadavres, par M. Martenot.
— 7. Corpora non agunt nisi fluida. (Anonyme.)
— 8. Recherches cliniques et expérimentales sur les signes de la mort apparente, par M. P. Durand.
— 9. Mort réelle et mort apparente, par M. Gannal.
— 10. Lettre de M. Carrière.
— 11. De l'imbibition cadavérique du globe de l'œil et de la rigidité musculaire, étudiés comme signes de la mort réelle, par M. J.-F. Larcher.
— 12. Errare humanum est. (Anonyme.)
— 13. Simplex veri sigillum. (Broch. en allemand.)
— 14. La médecine ne s'enrichit que par les faits. (Broussais.)
— 15. Lettre de M. G. Clément.
— 16. Lettre de M. Villaret.
— 17. Lettre de M. Blanc.
— 18. Lettre de M. A. Ken.
— 19. Lettre de M. Sauvanet.
— 20. Lettre de M. Collet fils.
— 21. Lettre de M. Brunswik.
— 22. Lettre de M. Laumonnerie.
— 23. Nisi utile est quod facimus stulta est gloria.
— 24. Sur un moyen de distinguer la mort réelle. (Anonyme.)
— 25. Lettre de madame Modestine du Tremble.
— 26. Pli cacheté par M. Guillemain.
— 27. Lettre de M. J. Mury.
— 28. Lettre de M. Alfred Vaucher.
— 29. Lettre de M. Goepp.
— 30. Lettre de M. A. J. Nieuwenhuis.
— 31. Pli cacheté, par M. le docteur Linas.
— 32. Deux brochures sur la mort apparente, par M. le docteur P. Levasseur.
— 33. Lettre de M. le docteur H. André.
— 34. Pli cacheté de M. Delagrée.
— 35. Tu as cherché le plaisir, tu n'as trouvé que la douleur. (Anonyme.)
— 36. Lettre de M. Josset.
— 37. Ueber Leichenhaufer, Von Frédéric Kempner.
— 38. Post rationem inventa est medicina.
— 39. Lettre de M. le docteur Demarquette.
— 40. Lettre de M. le docteur Henry William.
— 41. La vie n'est possible que dans des conditions données.
— 42. De la contractilité idio-musculaire, par M. le docteur Carrc.
— 43. Observations cliniques et recherches expérimentales sur les signes de la mort, par M. le docteur Linas

---

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève médecin à l'École du service de santé militaire de Strasbourg.

L'École du service de santé militaire instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg, est destinée à recevoir des élèves qui, après leur réception au doctorat, sont appelés à devenir aides-majors de deuxième classe, en passant un an à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Un concours pour l'admission à l'École de santé militaire de Strasbourg s'ouvrira :

A Paris, le 1er septembre 1869;
A Strasbourg, le 10 du même mois;
A Lyon, le 18 du même mois;
A Montpellier, le 21 du même mois;
A Toulouse, le 24 du même mois;
A Bordeaux, le 28 du même mois.

Aux termes du décret impérial du 27 avril 1864, l'École du service de santé se recrute annuellement, par la voie du concours, par des élèves qui remplissent les conditions suivantes :

1° Être Français;

2° Avoir eu, au 1er janvier de l'année courante, plus de dix-sept ans et moins de vingt ans (aucune dispense d'âge ne peut être accordée, même pour service militaire);

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat délivré par un médecin militaire du grade au moins de major; en outre, elle pourra être vérifiée au besoin par l'inspecteur du service de santé qui présidera le concours d'admission;

4° Être pourvu du diplôme de bachelier ès lettres et du diplôme de bachelier ès sciences complet ou restreint;

5° En cas d'admission, souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement des études complémentaires.

Toutes les conditions qui viennent d'être indiquées sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Formalités préliminaires.

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste qui sera ouverte à cet effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les intendants militaires des 1re, 6e, 8e, 10e, 12e et 14e divisions. La clôture de cette liste aura lieu, dans chaque localité, cinq jours avant l'ouverture du concours.

A Strasbourg, les examens se feront dans les locaux de l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

En se faisant inscrire, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Un certificat d'aptitude au service militaire;

3° Les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences complet ou restreint, ou les certificats constatant l'aptitude à recevoir ces diplômes. (Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves.)

Chacun d'eux indiquera exactement son domicile où lui sera adressé, s'il y a lieu, sa commission d'élève.

Les candidats admis seront appelés à l'École du 1er au 10 novembre.

Les élèves admis, autres que ceux qui résideront dans le département du Bas-Rhin, recevront à leur arrivée à Strasbourg, par les soins de M. l'intendant militaire et sur la présentation de leur lettre de service, l'indemnité de route attribuée à l'ancien grade de médecin sous-aide.

Indépendamment de cette indemnité, ceux de ces élèves qui appartiendront déjà à l'armée recevront, pour se rendre à Strasbourg, une feuille de route donnant droit au bénéfice du tarif militaire sur les voies ferrées.

Forme et nature des épreuves.

1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle;

2° Interrogations sur la physique et la chimie dans leurs parties afférentes aux sciences médicales.

Il sera accordé trois heures pour les compositions, qui seront corrigées à huis clos par le jury. Les fautes d'orthographe, de langue et les erreurs scientifiques seront relevées et portées en note marginale; les fautes d'orthographe et les fautes de langue graves répétées seront un motif suffisant d'élimination.

Chaque épreuve d'interrogation pourra durer de quinze à vingt minutes.

Ces épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire, qui le présidera, et de deux professeurs à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires désignés par le ministre.

Les séances du jury d'examen sont publiques.

Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement provisoire des candidats par ordre de mérite dans chaque localité; au terme de sa mission, il se réunit de nouveau à Paris pour dresser, par ordre de mérite, la liste définitive des candidats admis.

RÉGIME INTÉRIEUR DE L'ÉCOLE.

Les élèves du service de santé de l'armée sont casernés et soumis aux règles de la discipline militaire; ils portent l'uniforme attribué par l'ordonnance du 12 août 1836 aux élèves de l'ancien hôpital de perfectionnement.

Tous les frais d'inscription, de conférences, d'exercices pratiques, d'examens, de certificats d'aptitude et de diplôme, réglés conformément au tarif déterminé par le décret du 22 août 1854, sont payés par le ministre de la guerre.

Concession de places gratuites.

Les bourses et demi-bourses, trousseaux et demi-trousseaux sont accordés par le ministre de la guerre, sur la présentation du conseil d'administration, auquel se joignent pour cette opération les deux professeurs qui ont fait partie du jury d'examen pour l'admission.

La présentation du conseil doit avoir lieu vers le 10 octobre, avant l'époque de l'entrée des élèves.

En conséquence, les demandes adressées au ministre de la guerre devront être remises au plus tard avant le 1er août au préfet chargé de les traduire et de les transmettre.

Le 1er août, le préfet enverra la liste au ministre, liste qui sera ainsi arrêtée et close définitivement.

Toute demande produite après le 1er août, de quelque manière qu'elle se présente et quelles que soient les causes du retard, sera irrévocablement écartée.

Dans le courant d'août, le préfet soumettra au conseil municipal chaque demande appuyée de renseignements détaillés sur les moyens d'existence, le nombre d'enfants et les autres charges des parents ainsi que d'un relevé du rôle des contributions; il provoquera un délibération du conseil à ce sujet; il y joindra ses observations et son avis.

Le travail du préfet, avec chaque dossier ainsi complété, devra être envoyé au ministre de la guerre avant le 15 août. Passé cette époque, il ne pourrait plus être présenté au conseil de l'École en temps utile.

Toutefois, les candidats qui l'année précédente, avaient déjà fait justifications qui viennent d'être indiquées seront dispensés de les renouveler. Il suffira qu'il fasse parvenir au ministre de la guerre, dans le délai qui vient d'être énoncé, un certificat délivré par le maire et visé par le préfet, à l'effet d'indiquer les changements qui peuvent être survenus dans leur position de fortune, ou de constater que cette position n'a pas varié.

Les bourses et demi-bourses, trousseaux et demi-trousseaux sont accordés par le ministre de la guerre, sous la condition, par les concessionnaires, d'avoir à contracter un engagement militaire régulier *avant* leur entrée à l'École, indépendamment de l'engagement d'honneur ci-dessus déterminé.

Élèves payants.

Des places payantes sont réservées aux candidats admis qui n'auront pas justifié de leurs titres à l'obtention d'une bourse ou demi-bourse.

Le prix de la pension est fixé à 1,000 francs par an et celui du trousseau à 1,050 francs une fois payés.

Indépendamment du prix de la pension et de celui du trousseau, tout élève, même boursier, sera tenu, au moment de son entrée à l'École, de déposer entre les mains de l'officier comptable une somme de 150 fr., dont il conservera la propriété, et qui sera affectée à la garantie des pertes et dégradations qui pourraient être mises à sa charge pendant le cours de ses études.

Nul ne peut, d'ailleurs, être reçu à l'École qu'en payant immédiatement le prix du trousseau, s'il n'en a pas obtenu le dégrèvement, et en remettant au directeur une promesse sous seing privé, dans la forme indiquée par l'article 1326 du Code Napoléon, par laquelle son père, sa mère ou son tuteur s'engage à verser dans la caisse du trésorier-payeur du Bas-Rhin, par trimestre et d'avance, le montant de la pension, si l'élève est pensionnaire, ou de la demi-pension, s'il a obtenu une demi-bourse, et se soumet à la contrainte par voie administrative, pour le cas où ce versement ne serait pas fait aux époques réglementaires.

Cette promesse, qui doit être légalisée par le maire et le sous-préfet, sera faite par l'élève lui-même, s'il jouit de ses biens.

Les élèves dont les père, mère ou tuteur ne résident pas à proximité de Strasbourg, doivent avoir un correspondant dûment accrédité auprès du directeur de l'École.

Paris, le 5 mars 1859.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE, DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS

—

Écoles impériales vétérinaires.

Un concours sera ouvert à l'École impériale vétérinaire de Toulouse, le lundi 3 mai 1869, pour la nomination à une place de professeur d'anatomie générale et descriptive d'extérieur des animaux domestiques et de zoologie générale.

Le programme de ce concours est déposé, à Paris, dans les bureaux du ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics (division du personnel), au chef-lieu de chaque département, dans les bureaux de la préfecture, et au secrétariat des Écoles vétérinaires, où les personnes qui désireraient en prendre connaissance pourront se le procurer.

Les candidats devront se faire inscrire au moins vingt jours avant la date de l'ouverture du concours, soit à la préfecture du département de la Haute-Garonne, soit au ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics (division du personnel).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1869.

23. Lebail (Jean). Du tænia solium et surtout de son étiologie.
24. Gachet (G.). Traitement de l'alcoolisme aigu.
25. Besairie (Jules). De la périmétrie.
26. Pouzet (Jules). De la pérityphlite.
27. Vaillant (Michel). Notes médico-chirurgicales recueillies à l'hôpital de la marine de Vera-Cruz (1864-1865).
28. Fromet de Rosnay (Auguste). Des raideurs articulaires.

— Clientèle médicale à céder, aux environs de Paris. — Produit annuel 12,000 fr.

S'adresser chez M. Lassuderie, 22, avenue de La Motte-Piquet, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Des pigmentations cutanées dans la phthisie pulmonaire, par O. Jeannin, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux civils de Lyon, lauréat de l'École de médecine de Lyon et préparateur de chimie à la même école. In-8. de 80 pages avec 1 planche et 6 figures dans le texte. Prix : 2 francs.

Leçons sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques, par le docteur Charcot, recueillies et publiées par le docteur Bouchard. 2e série, 2e fascicule (*Hémorrhagie cérébrale*). In-8. avec 3 planches dont une en chromo-lithographie. Prix : 2 francs. Paris, 1869.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale, par M. A. Jamain, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. Deuxième édition revue et augmentée. Tome second (deuxième partie). 1 vol. in-12 de 360 pages. Prix de l'ouvrage complet en deux volumes, 14 francs. — La 3e partie du tome II, complétant l'ouvrage, paraîtra le 1er avril.

Déontologie médicale. Devoirs et droits des médecins vis-à-vis de l'autorité, de leurs confrères et du public, par M. le docteur Félix Delfau (de Collicure). Ouvrage couronné par le Comité médical des Bouches-du-Rhône (Médaille d'or). In-18. Prix, 4 francs.

Recherches cliniques sur les modifications de la température et du pouls dans la fièvre typhoïde et la variole régulière, par le docteur Ernest Labbée. In-8. accompagné de tableaux dans le texte, de tracés sphymographiques et de courbes thermiques. Prix, 3 francs.

Instruction sur la recherche des poisons et la détermination des taches de sang dans les expertises chimico-légales, par le docteur J. Otto, médecin consultant et professeur de chimie à Brunswick, traduit sur la troisième édition allemande par M. Ströhl, professeur agrégé de Strasbourg. Un volume in-8. Prix, 3 francs.

Études sur les paralysies du membre supérieur liées aux fractures de l'humérus, suivies d'une observation de névroplasie traumatique généralisée avec lésions secondaires des articulations et des muscles, par le docteur Reuillet. In-8. Prix, 1 fr. 75.

Études sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles, pour servir à l'histoire des évolutions séculaires de la pathologie, par Charles Anglada, professeur de pathologie médicale à la Faculté de Montpellier. 1869. 1 vol. in-8. de 700 pages. Prix, 8 francs.

Psychologie naturelle. Etude sur les facultés intellectuelles et morales, dans leur état normal et dans leurs manifestations anormales, chez les aliénés et chez les criminels, par M. le docteur Prosper Despine. — 3 vol. in-8. Prix : 21 francs.

Deux observations de grossesse trigémellaire, avec leçons cliniques de M. le professeur Stoltz, rédigées par le docteur Gross, premier interne, aide de clinique. Prix, 1 franc.

Métamorphoses, mœurs et instincts des insectes, par M. Émile Blanchard, de l'Institut. Un splendide volume gr. in-8. avec 200 figures intercalées dans le texte et 40 paysages d'histoire naturelle dessinés d'après nature et tirés à part. Prix : 30 francs.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : Revue hebdomadaire : De quelques effets particuliers des anesthésiques. — Compte rendu des travaux de la Société de médecine pendant l'année 1868. — Ovariotomie, par E. Kœberlé. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De quelques effets particuliers des anesthésiques.

Le rapport général sur les prix de l'Académie de médecine (pour 1868), inséré dans notre numéro du 19 décembre dernier, renfermait une très-rapide analyse du mémoire de concours de M. Lacassagne sur les anesthésiques, analyse qui a suffi, néanmoins, malgré sa brièveté, pour provoquer l'attention sur cette question toujours neuve et intéressante de l'anesthésie officielle. M. le docteur Maritoux, de Siernais, nous a transmis, à ce sujet, la relation de quelques faits curieux qu'il a observés pendant son internat à l'hôpital de Dijon, et que ce rapport lui a rappelés. Nous saisirons, à notre tour, cette occasion pour revenir sur le travail de M. Lacassagne et sur le savant rapport dont il a été l'objet de la part de M. Pidoux.

Voici d'abord la lettre de notre confrère de Siernais.

« La lecture du rapport de M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine sur le travail de M. Lacassagne relatif à l'anesthésie, m'a rappelé des faits que j'ai observés en 1850-51 pendant mon internat à l'hôpital de Dijon, faits assez curieux pour être relatés, mais tellement contraires aux lois de l'anesthésie, que je crains de passer pour un visionnaire en vous les racontant.

Pendant six mois au moins, quand à l'hôpital nous faisions respirer le chloroforme avant une opération, il nous était impossible d'obtenir le sommeil anesthésique complet ; nous arrivions bien à abolir la sensibilité, mais l'intelligence et la motilité point. Trois faits entre autres sont encore parfaitement présents à ma mémoire.

Un maçon d'une cinquantaine d'années à la suite d'une fracture du tibia en bec de flûte avait conservé une saillie de l'extrémité supérieure de l'os, que M. Paris jugea convenable de résigner. Vainement nous lui fîmes respirer le chloroforme; nous ne pûmes l'endormir. M. Paris alors ayant fait l'incision nécessaire se mit à réséquer la saillie osseuse avec la gouge et le maillet. Le patient, qui était couché, s'assit et regarda faire M. Paris en riant et disant : « Mais vous faites comme les tailleurs de pierres. — Vous ne souffrez donc pas? lui dit M. Paris. — Pas plus lui répondit-il, que si vous travailliez une pierre de taille. »

Peu de temps après M. Vallée eut à enlever sur une nommée Caroline L... des callosités, qui empêchaient la cicatrisation d'une plaie fistuleuse du sein. Longtemps on lui fit respirer le chloroforme. Comme dans le cas précédent on parvint à abolir la sensibilité, mais sans atteindre l'intelligence ni la motilité.

A la même époque M. le docteur Morelot maintenant directeur de l'école secondaire de Dijon m'emmena avec lui à Ternant, village situé dans la montagne derrière Huits-sous-Beaune. Il se rendait auprès du maire de l'endroit, riche propriétaire, dont l'avant-bras gauche avait été écrasé par un battoir, et en partant il s'était muni de chloroforme chez le pharmacien qui fournissait l'hôpital.

Auprès du malade nous trouvâmes M. Gayet curé et M. Durand médecin de Ternant, qui tous deux assistèrent à l'opération.

L'amputation décidée, je fus chargé par M. Morelot d'endormir le malade. Pendant longtemps je lui fis respirer le chloroforme, dont j'inondais une compresse pliée en cornet ; ce fut en vain; le malade ne songeait pas à dormir. M. Morelot se vit donc contraint de commencer l'opération, et pendant tout le temps, qu'elle dura, le patient assis le regardait faire et causait tranquillement avec nous. « Vous ne souffrez donc pas lui disions-nous. — Je ne sens absolument rien, nous répondait-il, et, si je ne le voyais, je ne croirais jamais que vous me coupez un bras. »

Monsieur Morelot n'a sans doute pas oublié ce fait, dans lequel il était l'auteur principal. Quant aux autres, si nos chefs de service MM. Haigion, Vallée, Paris sont morts, il reste encore pour s'en souvenir mes amis et collègues d'internat les docteurs Lansot et Petit, et les élèves qui fréquentaient alors les cliniques de l'hôpital et dont plusieurs sont maintenant des confrères distingués.

Je ne puis attribuer cette anomalie dans les effets du chloroforme ni au mode d'administration, ni à l'idiosyncrasie des malades; mais je suis convaincu qu'elle tenait à la composition particulière du chloroforme, dont nous nous servions alors. Nous prétendions tous qu'il ne valait rien, mais que de fois depuis j'ai regretté que personne n'eut eu l'idée de le faire analyser et d'en bien déterminer la composition. On n'en emploierait pas d'autre ; car abolir la sensibilité seule sans toucher à l'intelligence et à la motilité n'est-ce pas l'idéal de l'anesthésie.

De pareils faits peuvent se reproduire, et ceux, qui les observeront sauront sans doute en tirer un meilleur parti.

Encore un autre fait d'anesthésie que j'ai observé à la même époque :

Il y avait salle Saint-Maurice service de M. Sédillot de Dijon, un caporal du 19e ou 21e de ligne, paraissant fort intelligent et ayant fait ses études classiques, qui était atteint d'épilepsie. Il sortait de l'hôpital de Salins, où il avait eu des attaques extrêmement longues et violentes. L'une d'elles, nous a-t-il assuré, avait duré 48 heures sans interruption et une autre 36 heures.

Depuis son entrée à l'hôpital de Dijon, il éprouvait chaque jour plusieurs attaques, dont la durée moyenne était de deux heures pour chacune. Pendant tout ce temps il était en proie aux plus violentes convulsions, opisthotonos, sauts de carpe, écume à la bouche, physionomie horrible, rien n'y manquait. Il en sortait courbaturé, brisé.

Le chloroforme lui fut administré pendant ces attaques. Au bout d'une minute ou deux d'inspirations nous voyions chaque fois les muscles du corps s'étendre, le visage reprendre son expression habituelle, puis le malade revenir à lui sans être épuisé par de longues convulsions.

Souvent, au lieu de s'éveiller de suite, il restait pendant un certain temps dans une espèce de somnambulisme, conversant à haute et intelligible voix avec des interlocuteurs qu'il croyait en face de lui. D'autres fois il chantait à pleine voix la Marseillaise, le chant du départ, ou un autre chant patriotique. La voix était si belle, l'accent si passionné que tout le monde en était ravi. Puis il se réveillait ne se souvenant de rien (1).

Un flacon de chloroforme était à demeure au chevet du malade, et aussitôt que la crise s'annonçait, Sanson ou moi d'abord, plus tard un de ses voisins lui en faisait respirer les vapeurs. Le nombre des attaques n'en était pas diminué, mais leur intensité et leur durée étaient considérablement atténuées. »

Nous voudrions pouvoir reproduire ici, à l'occasion de cette communication, une analyse détaillée du mémoire de M. Lacassagne, mais dans l'impossibilité de le faire en ce moment, nous nous bornons à en reproduire les principales conclusions, d'après le rapport de M. Pidoux.

I. La succession des phénomènes produits par les anesthésiques peut être considérée comme formant quatre périodes distinctes :

1° Action locale ;
2° Action intime ou psychique;
3° Prédominance des actions réflexes;
4° Période de cadavérisation.

II. L'anesthésie est une ivresse provoquée. Les effets des anesthésiques sont comparables à ceux de l'alcool. Ils sont de même nature; ils diffèrent par la quantité et non par la qualité; tous les anesthésiques produisent des effets semblables; leur promptitude et leur profondeur d'action tiennent à leur nature chimique.

III. L'anesthésique s'interpose entre les pôles des molécules, les écarte, mais il n'est pas stable, l'économie s'en débarrasse; chaque anesthésique a sa manière particulière de s'interposer entre les molécules, d'y rester plus ou moins longtemps. C'est ce qui explique leurs effets si différents. (Cette proposition a été plus particulièrement l'objet des justes critiques de MM. Pidoux et Dubois, d'Amiens.)

IV. Il y a en outre un autre mode d'action sur les cellules ou fibres cérébrales. Le chloroforme, tous les anesthésiques puissants ou dont les effets sont très-prompts agiront souvent ainsi. Il y avait sur place catalepsie, pour ainsi dire, des fibres cérébrales. Un mouvement commencé est ainsi enrayé si l'action de l'anesthésique est supprimée aussi vite qu'elle est survenue, ces fibres reprendront naturellement le mouvement qu'elles étaient en train de faire. Il y a donc disparition de la conscience avant l'action complète et prolongée des anesthésiques. Au réveil, l'intelligence reparaît et continue la série de ses manifestations interrompues par l'anesthésique.

V. Nous admettons trois grands centres superposés l'un à l'autre, placés pour ainsi dire suivant une progression décroissante, ou échelonnés selon leur degré d'importance au point de vue de la vie elle-même de l'être. Au-dessus de tout, le moi, puis au-dessous les instincts avec les facultés de second ordre, ensuite la moelle. Les anesthésiques, par leur mode d'action, donnent raison à cette manière de voir. Ils agissent d'abord sur le moi; l'individualité est atteinte, et la perte de la sensibilité est accompagnée de la perte des mouvements volontaires. Puis leur action porte sur les instincts et enfin ils s'attaquent à la moelle, aux fonctions nécessaires à l'existence.

VI. C'est ainsi que la mort peut arriver. Les individus anesthésiés peuvent mourir par syncope ou par asphyxie. Si la mort arrive au commencement d'une anesthésie, ou dans le cours de celle-ci, alors que le sentiment du moi n'est pas encore annihilé, il faut l'attribuer à une syncope; si la mort arrive plus tard, on pourra presque toujours accuser l'asphyxie. On peut, pour faciliter l'étude des modifications qu'éprouvent les facultés intellectuelles, les faire rentrer dans quatre catégories distinctes.

VII. Conservation complète de l'intelligence. Les cas de conservation complète de l'intelligence du moi sont impossibles quand l'anesthésique est bien administré. L'attention a une très-grande influence (pour retarder l'anesthésie du moi), surtout avec les anesthétiques dont l'action sur le cerveau exige un certain temps pour se manifester. Avec le chloroforme, que nous prenons toujours comme type des anesthésiques puissants, ces cas sont impossibles.

VIII. Intelligence conservée, puis modifiée. La plupart des cas rentrent dans cette catégorie. L'individu résiste d'abord, puis forcément son attention faiblit, et dès lors les facultés cérébrales, qui paraissent n'attendre que ce moment, s'égrènent et disparaissent. L'association des idées, la comparaison, le jugement, s'en vont ainsi les uns après les autres; la mémoire persiste la dernière (j'ajoute entre parenthèses la raison de ce fait qui n'est pas dans les conclusions, mais qui est dans le corps du mémoire, à savoir que cette persistance de la mémoire tient à ce qu'elle est la plus instinctive de nos facultés intellectuelles). Le premier sommeil est surtout accompagné de rêves, fréquents avec l'éther, rares avec le chloroforme. Ces rêves se développent sous l'influence des mêmes causes qui font naître les songes du sommeil ordinaire. Ils sont, d'après leur mode de production, sensoriaux, extra-crâniens ou encéphaliques. Suivant leur caractère, ils sont en rapport avec les habitudes, les travaux, les professions, certains sentiments ou certaines passions des individus anesthésiés. Les dernières impressions ressenties par le malade au moment de l'annihilation de la conscience influent sur le caractère du rêve. On peut voir au réveil la continuation d'un rêve commencé pendant l'anesthésie. Les malades oublient complétement qu'ils ont été anesthésiés, ou interprètent mal les sensations qu'ils ont éprouvées. La notion du temps, l'idée de durée n'existe plus.

IX. Intelligence pervertie, puis annihilée. L'action de l'anesthésique se fait promptement sentir; les individus sont disposés aux rêves encéphaliques ; ils sont bavards ou turbulents.

X. Intelligence, moi, annihilés d'emblée. Il y a annihilation immédiate, foudroyante, des facultés psychiques. Ces cas sont fréquents chez les enfants, chez les personnes qui résistent peu ou qui absorbent avec facilité l'anesthésique qu'on leur donne, le chloroforme agit souvent ainsi.

On peut anesthésier des personnes endormies, et la transition entre ces deux sommeils peut être assez insensible et assez douce pour ne pas leur faire comprendre ce changement. Au réveil, elles ne se doutent pas de tous les événements qui auront pu se passer pendant leur nouveau sommeil.

XI. Au réveil du sommeil anesthésique, les facultés psychiques se présentent dans un ordre inverse à leur disparition, l'intelligence peut revenir au milieu d'une opération et alors que la sensitivité est abolie. C'est le phénomène dit intelligence de retour. Les individus peuvent rester dans cet état assez longtemps. S'ils sont de nouveau anesthésiés, ils ont tout oublié au réveil.

Parfois les individus anesthésiés paraissent au réveil être dans le cas des aphasiques. Cet embarras dans le mécanisme cérébral peut durer assez longtemps. L'usage trop fréquent, l'abus des anesthésiques peuvent conduire à la perte des facultés

(1) Un fait analogue s'est passé tout récemment à l'hôpital des Cliniques, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Richet.

mentales ou à un abrutissement comparable à celui des fumeurs d'opium.

XII. La volonté est vite supprimée par les anesthésiques, car le phénomène qui doit la constituer (moi), sensibilité psychique n'est plus possible.

Quand les plus hautes fonctions des centres nerveux sont abolies, les mouvements dits réflexes apparaissent dans toute leur force et dans toute leur variété. Les cris, les plaintes, les signes extérieurs de la douleur, caractérisés comme réflexes, se produisent rarement dans l'anesthésie surtout quand celle-ci est produite par le chloroforme. Ils tiennent à une anesthésie trop faible ou mal dirigée.

Les sujets anesthésiés qui paraissent souffrir pendant les opérations, et qui déclarent ensuite n'avoir rien senti ont souffert réellement. Il n'y a pas eu de douleur, élaboration intellectuelle, mais douleur résultante, organique et inconsciente des tissus attaqués. Ils n'ont pas oublié leur douleur comme on l'a dit, le jugement et la mémoire n'existaient pas.

XIII. Les anesthésiques portent d'abord leur action sur la sensibilité, ils l'excitent, l'émoussent ou la faussent, ils agissent ensuite sur la sensitivité, celle-ci, moins fragile et comme inhérente aux tissus résiste davantage.

Tous les points de la peau ne sont pas anesthésiés en même temps. Cela tient aux divers degrés normaux de la sensitivité de ces parties.

Les tissus érectiles du corps conservent leur propriété essentielle assez longtemps et la reprennent très-vite. Des attouchements directs sur les organes génitaux ou des manœuvres externes dans leur voisinage peuvent provoquer l'érection alors que l'anesthésie n'est pas complète.

La sensitivité indiquée par le globle de l'œil est le meilleur guide pour le chirurgien. D'après elle il sait si l'anesthésie est légère ou profonde.

Quand les individus sont longs à se réveiller il suffit de les appeler très-haut par leur nom pour les faire sortir aussitôt de leur torpeur.

La sensibilité supérieure revient ordinairement la première, la sensitivité ensuite. Parfois un sommeil naturel succède sans transition à l'anesthésie.

Les faits exposés dans la note de notre confrère de Siernais rentrent-ils dans l'une des catégories établies par M. Lacassagne? On vient de voir que, pour ce médecin, le système nerveux est constitué par la superposition hiérarchique de centralités, multiples et diverses, bien que fortement reliées entre elles : au sommet, les hémisphères cérébraux, organes de la perception, de l'unité et du moi humain; au-dessous, à la base du cerveau, les organes nerveux à fonctions mixtes, présidant plus particulièrement aux instincts; plus bas, la moëlle allongée et la moëlle épinière, d'où procèdent les actions réflexes. L'agent anesthésique répandu dans toute l'économie par la circulation, et successivement mis en contact avec tous les points du système nerveux, attaque et supprime d'abord les fonctions des hémisphères, la perception, le moi, la volonté, laissant intacts les instincts, qui bientôt se troublent, s'altèrent et s'effacent à leur tour, pour ne laisser debout que les actions réflexes, lesquelles ont aussi leur tour et ainsi successivement jusqu'à l'extinction des fonctions essentielles au maintien de la vie, la circulation et la respiration, lorsque l'anesthésie est poussée jusqu'à ses extrêmes limites. Telle est, en effet, dans la généralité des cas, la marche des phénomènes de l'anesthésie artificielle. Toutefois, ainsi que l'a si justement fait remarquer M. Pidoux dans son savant rapport sur le travail de M. Lacassagne, ce médecin s'est arrêté encore trop tôt dans son analyse hiérarchique des éléments du système nerveux.

Pour avoir l'homme complet, dit M. Pidoux, l'auteur devait descendre jusqu'aux nerfs, puis aux expansions périphériques, enfin jusqu'aux éléments nerveux fondus dans la trame des tissus de tout genre. Et, en effet, cette observation est si juste que c'est ce dernier élément, et cet élément seul du système nerveux, le plus habituellement respecté par l'anesthésie générale, qui est attaqué et atteint par l'application locale des agents anesthétiques. Mais l'ordre habituel de succession des phénomènes anesthésiques ne peut-il pas quelquefois être interverti? Parmi les diverses parties du système nerveux, si bien et si complétement analysées par les agents anesthésiques, ne peut-il pas se faire que l'une ou plusieurs de ces parties soient réfractaires à leur action, de manière que celle-ci ne frappe que sur quelques-unes d'entre elles, ou même sur une seule, et sur celle-là précisément, qui, dans l'ordre hiérarchique ordinaire, est la dernière atteinte. C'est ainsi, du moins, que nous paraîtraient pouvoir s'expliquer les faits de M. le docteur Maritoux et les faits analogues qui ont pu être constatés par d'autres observateurs.

Cette interprétation s'appuierait sur la pathologie du système nerveux, sur ces faits d'hystérie, de catalepsie, avec lesquels M. Lacassagne a très-justement comparé les phénomènes de l'anesthésie artificielle, qui nous montrent par un procédé d'analyse analogue, l'insensibilité atteignant isolément tantôt l'organe du sensorium qui ne perçoit pas ainsi les impressions produites sur le système nerveux périphérique, tantôt les conducteurs ou nerfs afférents, destinés à transmettre ces impressions, d'autres fois les extrémités nerveuses elles-mêmes destinées à les recevoir directement.

Il y a là un sujet d'étude à la fois physiologique et pratique d'un très-grand intérêt. Si, soit par la manière d'administrer les agents anesthésiques, de les doser, de les combiner au besoin, d'en étudier attentivement les effets en rapport avec leur degré de pureté ou de mélange et de composition, on pouvait parvenir un jour à obtenir volontairement ce qui s'est spontanément ou accidentellement produit dans quelques cas, et en particulier dans quelques-uns des faits exposés par M. le docteur Maritoux, c'est-à-dire l'abolition de la sensibilité périphérique, avec conservation de la conscience et de la volonté, ne serait-ce pas là le véritable *desideratum*, l'idéal de la pratique anesthésique?

Ces considérations nous conduiraient très-loin, si nous voulions en poursuivre toutes les conséquences et nous engager dans la discussion philosophique dont elle a fourni le texte au beau rapport de M. Pidoux. Nous aimons mieux scinder la question, que nous pourrons reprendre ainsi à loisir dans toutes ses parties. Nous avons été entraîné si loin déjà par cette première partie de notse programme, que nous nous trouvons dans la nécessité, pour aujourd'hui, de borner là notre revue.

Dr B.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Pendant l'année 1868.

Messieurs,

Notre président pour l'année 1868, M. le docteur Chausit, dont la Société conserve de si bons souvenirs, vous donnait dans une des précédentes séances une sorte de compte-rendu moral de l'état de notre Société, énumérant ses pertes et ses acquisitions, et constatant, en fin de compte, sa prospérité actuelle. Cette prospérité, elle la doit à une double cause : d'abord et avant tout, à son excellent esprit de confraternité et de dignité professionnelle, et en second lieu au zèle des membres qui s'efforcent par l'intérêt de leurs communications scientifiques de la maintenir à un rang élevé en présence des Sociétés nombreuses qui appellent de tous côtés les travailleurs. Il importe donc, messieurs, que chaque année le bilan de nos travaux vous soit présenté; que chaque année vos efforts soient encouragés et que votre zèle soit un peu réveillé.

Peut-être ce second point est-il celui sur lequel j'aurai surtout à insister. Le compte-rendu que je vais vous présenter vous confirmera probablement dans cette opinion.

Notre bulletin débutera par un beau travail qui devrait en bonne justice figurer dans celui de 1867. Il n'a pas pu être publié à temps, et nous ne nous en plaindrons pas. C'est le mémoire de M. le docteur Foville sur l'hystéro-épilepsie.

Cette question avait déjà été touchée par les aliénistes les plus compétents. M. Herpin, de Genève, avait nié la névrose mixte; MM. Bastien et Briquet avaient montré par des faits bien observés que l'hystérie pouvait exister chez l'homme. Dans une thèse qui date de 1863, M. le docteur Dunand avait relaté des cas mixtes d'hystéro-épilepsie chez la femme. M. Foville nous en a rapporté quatre cas observés chez l'homme, et c'est là le côté entièrement neuf de son mémoire. L'auteur fonde le diagnostic sur la nature des convulsions, pour lesquelles il propose une nouvelle division. Dans ce qu'on a appelé jusqu'ici les convulsions cistiques, M. Foville propose de distinguer des convulsions rémittentes et des convulsions continues; ces deux genres de convulsions caractérisent l'épilepsie; elles sont toujours cloniques dans l'hystérie. Le diagnostic peut toujours être posé.

Cet excellent travail, joint à d'autres titres scientifiques considérables, n'a pas suffi pour ouvrir à M. Foville les portes de notre Société; votre vote s'est arrêté sur un compétiteur digne à tous égards de cette flatteuse préférence. Puissent ces luttes intéressantes se renouveler fréquemment; elles nous vaudront de bons travaux, dont tôt ou tard les auteurs recueilleront les fruits.

M. Duchenne, de Boulogne, a donné à notre Société la primeur d'un mémoire original sur la paralysie pseudo-hypertrophique ou myosclérosique. Il s'agit, vous ne l'avez pas oublié, d'une affection en quelque sorte paradoxale, dans laquelle la faiblesse musculaire augmente en raison du développement même des muscles; de telle sorte que les malades paralysés présentent au premier abord une apparence herculéenne. Les premiers travaux de M. Duchenne remontent à 1858. De 1861 à 1866, plusieurs travaux ont été publiés en Allemagne sur le même sujet, Griensinger en particulier n'a pas craint d'enlever sur le vivant des fragments musculaires, pour étudier la pathogénie et la marche de la maladie.

M. Duchenne reconnaît trois périodes dans cette bizarre maladie : l'une spasmodique, caractérisée par de la faiblesse et des modifications de l'attitude qui peuvent mettre sur la voie un clinicien exercé, la seconde, d'hypertrophie ou plutôt de pseudo-hypertrophie musculaire avec faiblesse croissante, c'est la période d'état; la troisième période, de paralysie, d'épuisement.

Comme M. Griensinger, M. Duchenne a voulu faire sur le vivant l'anatomie du tissu musculaire malade. Il s'est servi dans ce but d'un appareil ingénieux, de son invention, à l'aide duquel on peut sans inconvénient et sans vive douleur se procurer une quantité de fibres musculaires suffisante pour l'examen microscopique. Il a pu voir de cette manière que l'augmentation de volume de la masse musculaire était due en réalité à l'hyperplasie du tissu conjonctif et que le tissu musculaire proprement dit ne dégénérait que dans les dernières périodes. Il resterait maintenant à déterminer la part dévolue au système nerveux dans ce processus morbide. M. Duchenne n'est pas homme à s'arrêter dans ses recherches tant qu'un point restera à élucider.

Le même observateur, revenant sur d'anciens travaux qui ont antérieurement contribué puissamment à sa notoriété scientifique, nous a montré plusieurs malades atteints de paralysie glosso-labio-laryngée et d'atrophie musculaire progressive.

En ce qui concerne la paralysie glosso-labio-laryngée, il nous a signalé la fréquence de la mort subite chez les malades déjà nombreux qu'il a observés. Sur 36 cas, la mort est toujours survenue ou très-rapidement ou subitement. Cette terminaison n'a rien d'ailleurs qui doive nous étonner si on se reporte à la nature même de la maladie, qui paraît être une sclérose plus ou moins limitée du bulbe rachidien.

L'examen d'un employé à la préfecture admis à la retraite, a fourni à M. Duchenne l'occasion de nous détailler les symptômes de l'atrophie musculaire progressive et de la différencier de la paralysie générale d'origine spinale, due, selon toute probabilité, à la sclérose des cordons latéraux, ainsi qu'il résulte de faits observés par M. le docteur Charcot.

M. le docteur Duroziez nous a, à plusieurs reprises, fait part de ses recherches sur certaines maladies du cœur dont il a fait une étude spéciale. C'est ainsi que nous avons de lui un travail sur le retrécissement de la valvule tricuspide, maladie qui serait moins rare qu'on ne l'a cru jusqu'ici, mais dont le diagnostic me paraît encore entouré de bien des difficultés. Ce retrécissement de la tricuspide se manifesterait par un bruit anormal *de roulement* occupant le deuxième temps et s'entendant sur le sternum à droite de cet os.

Dans un autre travail, M. Duroziez nous donne les résultats d'une série d'observations concernant l'état du cœur dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Tandis que le cœur augmente de volume dans la période d'état de la maladie, il prend part dans la convalescence à l'amaigrissement de tous les autres organes et diminue notablement de volume.

M. Antonin Martin, médecin-major attaché au train des équipages militaires, nous a donné à l'appui de sa candidature un mémoire sur l'*embarras gastrique* observé dans l'armée. M. Martin, en montrant que la maladie prend dans ce milieu particulier une physionomie toute spéciale, nous en a signalé les causes, qu'il fait principalement résider dans la nature du régime, défectueux à tous égards. A cette occasion, il nous a communiqué sur l'alimentation et l'hygiène du soldat des renseignements pris à bonne source et qui ne laissent aux optimistes qu'une consolante perspective d'améliorations de toute nature à introduire dans le régime de notre armée.

En touchant la question du diagnostic de l'embarras gastrique et de la fièvre typhoïde au début, M. Martin nous a rappelé tout le parti qu'on pouvait tirer des observations thermométriques, qui fournissent en pareils cas des renseignements péremptoires. Tandis que dans la fièvre typhoïde la température suit une marche ascensionnelle régulière et n'atteint son maximum que vers le cinquième jour de la maladie, dans l'embarras gastrique, au contraire, de même que dans la fièvre éphémère, l'acné est atteint au bout de 16 à 24 heures. Notion précieuse, et qui fera enfin bonne justice de tous ces prétendus traitements abortifs arrêtant net une fièvre typhoïde au début et faisant à la plus humble fièvre tous les honneurs de la plus énergique thérapeutique. C'est là un des nombreux services qu'auront rendus à la thérapeutique les belles recherches de Trauber, de Wonderlich, de Thierfelder, sur la température.

M. Antonin Martin nous a encore entretenus de faits intéressants relatifs à une épidémie de variole observée au printemps de 1868 dans le quartier de Bercy. M. Martin n'a observé qu'un trop petit nombre de cas pour pouvoir en tirer quelques données générales, par exemple sur la fréquence relative de la variole chez l'homme et chez la femme. Les onctions mercurielles, si usitées aujourd'hui, ont paru à notre confrère susceptibles de déterminer des accidents d'une certaine gravité au point de vue de la marche de la maladie. Ces conclusions n'ont pas été adoptées par la Société. Elle n'a pas vu dans le fait malheureux relaté par M. Martin autre chose qu'une variole confluente grave sur laquelle les onctions mercurielles n'ont eu aucune influence appréciable. Ces observations ont eu la bonne fortune de soulever dans la Société des discussions intéressantes sur l'antagonisme de la variole et de la fièvre typhoïde, sur la marche parallèle du vaccin et de la variole sur le même sujet; sur la période d'incubation, etc.

Les maladies des organes digestifs et de l'appareil respiratoire n'ont pas donné lieu cette année à des communications particulières. Signalons un cas observé par M. Gros. Il s'agissait de calculs hépatiques d'un volume considérable et tels qu'on n'en trouve ordinairement qu'à l'autopsie, rendus par les selles à la suite d'une colique hépatique de violence exceptionnelle.

Chirurgie.

M. le docteur Jules Worms vous a présenté un malade qui avait reçu un coup de feu à la région temporale. La balle, qui fut extraite par notre confrère, paraissait s'être logée au voisinage de la paroi interne de l'orbite correspondant, et le trajet qu'elle avait suivi était tellement exceptionnel que plusieurs de nos confrères les plus compétents, malgré l'examen du malade et la représentation du trajet figuré sur une tête sèche, n'ont pu arriver à cet égard à des conclusions parfaitement assurées. Quoi qu'il en soit, la balle, comme nous l'avons dit, a été extraite à l'aide de tentatives assez laborieuses, et le malade a promptement guéri.

M. Giraud-Teulon, à l'occasion d'un fait de production osseuse de la rétine nous a communiqué des observations fort curieuses relatives à l'*ophthalmie sympathique*. Il arrive fréquemment que le traumatisme d'un œil détermine dans l'autre œil une ophthalmie grave consistant dans une irido-cyclite avec néoplasmes, synéchies, rougeur du cercle pericornéal, douleurs vives peri-oculaires. En pareil cas, lorsque l'œil primitivement atteint est tout à fait compromis, le chirurgien doit prendre un parti violent, l'extraction de l'œil malade. C'est un véritable devoir. L'extirpation est préférable à la méthode de Graëfe, qui détruit l'œil en le traversant par un séton filiforme.

Cette ophthalmie sympathique ne se déclare pas nécessairement pendant la période aiguë des accidents traumatiques. M. Giraud-Teulon a cité un cas où elle ne s'était développée que vingt ans après l'accident. Ce sont là des faits peu connus, au moins pour ceux qui n'ont pas fait de l'ophtbalmologie une étude approfondie.

Je place ici, au chapitre des maladies chirurgicales du crâne et des organes des sens, une bien intéressante communication qui nous a été faite par un de nos membres associés les plus considérables : M. le docteur Pétrequin, de Lyon, que nous avons eu la bonne fortune d'entendre à l'une de nos séances. Mis amicalement en demeure de nous laisser un souvenir de sa présence au milieu de nous, M. Pétrequin nous a fait part d'une véritable trouvaille faite par lui dans les livres hippocratiques. Il résulte de ses recherches, qu'Hippocrate, à propos du traumatisme du crâne, a signalé nettement les faits de paralysie croisée, remarquant expressément que la paralysie siégeait toujours du côté opposé à la blessure. Le maître n'avait avancé aucune explication. Cette explication anatomique se trouve dans un ouvrage de Cassius, surnommé l'Iatrosophiste, médecin qui florissait sous

Auguste, en même temps que Thémison et un peu avant Celse. Cet ouvrage est un recueil de problèmes de médecine et de physique. L'auteur y indique nettement l'entrecroisement des faisceaux médullaires et le signale comme la cause des effets croisés.

Plus tard, vers l'année 138 de notre ère, Arétée revient sur cette explication et donne pour cause aux effets croisés, l'entrecroisement des nerfs dans le cerveau.

Etait-ce observation ou simple effet d'intuition? Le fait n'en est pas moins remarquable à une époque où les connaissances anatomiques étaient encore si peu cultivées.

Les maladies des voies urinaires ont fourni plusieurs travaux intéressants.

M. Caudmont nous a donné une observation de fistules urinaires périnéales, dans laquelle il étudie surtout le mode de guérison de ces fistules.

M. Mercier vous a lu la relation d'un cas de taille hypogastrique, présentant des difficultés particulières, à l'appui de sa candidature.

La discussion sur le vaginisme a occupé plusieurs de nos séances. Elle s'est élevée à l'occasion d'une observation communiquée par M. Charrier. La maladie avait cédé à la dilatation forcée.

M. Richard a proposé, dans des cas rebelles, une opération pratiquée pour la première fois par Marion-Sims, opération qui consiste à inciser le périnée et que M. Richard a complétée en pratiquant la suture de la muqueuse vaginale avec la lèvre postérieure de la plaie périnéale. Malgré le succès obtenu, cette opération a soulevée des objections nombreuses de la part de MM. Boinet, Dolbeau, Forget.

M. Richard nous a encore entretenu d'un cas d'extraction d'une pierre énorme remplissant la vessie d'une vieille femme chez laquelle une tumeur considérable comprimait l'organe; de telle sorte que le calcul avait été aplati en forme d'écaille d'huître. Le col de la vessie et l'urèthre durent être débridés largement. Il en résulta une incontinence d'urine, qui ne fut que transitoire et n'entrava en rien la guérison.

Je ne veux pas quitter cette revue rapide des faits chirurgicaux sans rappeler à la Société que sa bibliothèque s'est enrichie de l'important ouvrage de M. Giraldès sur les maladies chirurgicales des enfants, ouvrage où se trouvent consignés les résultats de la pratique de l'auteur et où les principales questions relatives à la chirurgie infantile sont traitées avec cette érudition de bon aloi, puisée aux sources que chacun apprécie chez notre distingué collègue.

Thérapeutique.

C'est peut-être la partie de nos travaux sur laquelle je devrais ici insister de préférence, si je ne craignais de donner à cette revue des développements qui pourraient fatiguer votre attention. Diverses questions de thérapeutique ont, en effet, été largement traitées dans notre Société.

Je dois signaler tout d'abord le travail de M. Leudet sur les effets des Eaux-Bonnes dans la phthisie pulmonaire. Notre confrère a donné à ce travail tous les développements que comportent l'intérêt du sujet et la position particulière de son auteur. Je ne puis ici qu'en résumer les conclusions. M. Leudet conclut à l'action puissante des Eaux-Bonnes; cette médication est excitante et substitutive dans ses effets immédiats, reconstituante dans ses effets éloignés. Les Eaux-Bonnes créent un nouveau tempérament chez le phthisique; elles réveillent certaines maladies antagonistes; elles provoquent des crises par les poumons et par la peau, et détruisent le catarrhe tuberculeux en substituant à l'irritation morbide une véritable irritation médicamenteuse.

M. le docteur Voisin, en observant des épileptiques soumis à l'action puissante du bromure de potassium à haute dose, a vu survenir chez ses malades des éruptions variées qu'il rapporte à cinq formes différentes. Trois de ces formes : l'acné, l'éruption furonculeuse, l'eczéma, ne présentent rien de bien spécial. Mais on peut observer des éruptions toutes spéciales, difficiles à classer, dont l'une consiste en saillies douloureuses qui suppurent et s'ulcèrent, et l'autre en plaques présentant quelque analogie avec l'urticaire.

Le même observateur nous a encore entretenu d'études récentes faites sur le pouls des malades soumis à l'hydrothérapie. L'enveloppement dans le drap mouillé ralentit le pouls et augmente sa tension. C'est une heure après le début de l'enveloppement que cette tension est à son maximum. On comprend tout l'intérêt que présentent de pareilles études au point de vue des indications de la médication hydrothérapique.

M. Duroziez vous a fait part de recherches qu'il poursuit sur l'efficacité de l'électrisation médiate du cœur, qu'il considère comme indiquée dans la syncope, la congestion passive des cavités cardiaques, l'asystolie, la dégénérescence graisseuse.

Je terminerai, messieurs, en vous rappelant le travail si intéressant de M. Aimé Martin sur le traitement de la syphilis par les injections hydrargyriques sous-cutanées. C'est surtout dans les formes rebelles de la syphilis secondaire que M. Martin (Aimé) a essayé l'efficacité de ces injections.

Ce traitement de la syphilis par les injections mercurielles a déjà été essayé. 700 cas de syphilis ont été traités à la Charité de Berlin par le docteur Lewin au moyen d'injections hypodermiques de sublimé morphiné.

Ces injections au sublimé déterminent souvent des accidents locaux graves.

M. Martin (Aimé) insiste avec raison sur ce point : qu'il a substitué à ces injections irritantes, nocives, des injections faites avec un liquide que les tissus tolèrent facilement. Ce liquide est de l'eau distillée contenant une proportion bien déterminée de bi-iodure de mercure dont la solution est favorisée par une quantité suffisante d'iodure de potassium.

1 gramme de solution contient quatre centigrammes de bi-iodure.

M. Martin donne trois observations. Deux sont très-favorables au traitement hypodermique. Dans un cas surtout, une syphilis des plus graves, rebelle à tout traitement, a été modifiée avec une rapidité qui doit attirer sur ce nouveau traitement toute l'attention des praticiens.

Du reste, des expériences se font en ce moment de divers côtés, et nous ne tarderons pas à être tout à fait édifiés, non sur la valeur qui paraît incontestable, mais sur les indications précises de ce mode de médication.

Messieurs, en terminant ce travail, je sens, par l'intérêt qu'il m'a inspiré, tout le prix de la charge que j'ai été obligé de résigner. On ne s'éloigne pas indifféremment d'une source aussi féconde d'instruction. Un autre avantage y est attaché : c'est la multiplicité des rapports qui permet au secrétaire général de connaître mieux que tout autre membre les collègues auxquels il a l'honneur d'être associé. A ce point de vue, messieurs, mes regrets sont vifs et sincères, et je ne me serais pas décidé à me retirer si je n'avais senti que mon attachement même aux intérêts de la société exigeait plus d'activité et de loisir qu'il ne m'était permis d'en donner.

Votre nouveau secrétaire général satisfait à toutes les conditions que je ne pouvais pas remplir. Il ne s'offensera certes pas de m'entendre déclarer ici qu'il ne pourra, quoi qu'il fasse, offrir à la Société un plus sincère dévouement que celui de son prédécesseur.

OVARIOTOMIE

Obs. LXXI. — Ovariotomie pratiquée le 17 août 1868. Mort.

Par E. Kœberlé.

Madame M..., de Lunéville (Meurthe), âgée de 32 ans, d'une bonne santé habituelle, amaigrie, a eu quatre grossesses, la dernière en 1862. La menstruation a été constamment troublée depuis deux ans, et, en juillet 1866, il est survenu une hémorrhagie qui a duré près d'un mois. Au mois d'août de la même année, les règles furent complétement supprimées. Dès lors, le ventre se développa progressivement sous l'influence d'une tumeur dure et mobile, dont l'accroissement rapide fit songer, pendant quelque temps, à une nouvelle grossesse. Mais bientôt, il survint de l'ascite, et, au mois d'août 1867, il se produisit une péritonite caractérisée par des douleurs abdominales très-vives, une fièvre intense et des vomissements. La malade resta alitée pendant trois mois. Il y eut ensuite une amélioration très-marquée. Le liquide se résorba en partie et la circonférence du ventre diminua notablement. Les règles, qui étaient supprimées depuis un an et demi, reparurent pendant cinq ou six mois. En avril 1868, l'épanchement ascitique augmenta de nouveau avec une rapidité extrême et l'on fut obligé de recourir à la ponction. Pratiquée à trois reprises, à des intervalles de trois semaines environ, elle donna issue chaque fois à 20 litres de sérosité citrine. La présence de la tumeur pouvait être facilement constatée après chaque ponction. C'est dans ces conditions que la malade me fut adressée au mois de juin par M. le docteur Simon, de Lunéville. Elle était alors très-affaiblie, et l'opération se présentait dans les plus mauvaises conditions à cause de l'exsudation très-rapide de la sérosité. Je me bornai à pratiquer une nouvelle ponction devenue urgente et je renvoyai la malade chez elle.

Elle revint deux mois après, dans un état encore plus grave. Quatre nouvelles ponctions avaient été pratiquées dans l'intervalle et la faiblesse était toujours très-grande. Il y avait un épanchement ascitique très-considérable, avec infiltration énorme de la paroi abdominale et des membres inférieurs. Une dernière ponction fut pratiquée. Elle fournit encore 20 litres de liquide semblable à celui qui avait été évacué précédemment. Bien que l'infiltration du ventre rendît l'examen de la tumeur assez difficile, je pus constater une adhérence abdominale d'une largeur de 20 centimètres environ. L'opération était contre-indiquée par l'état de faiblesse de la malade, par les adhérences anciennes, probablement très-vasculaires, et enfin par l'irritation chronique du péritoine, qui pouvait donner lieu à une nouvelle ascite, après l'ablation de la tumeur. Je me décidai néanmoins à la pratiquer sur les instances réitérées de la malade, qui était sans ressources et chargée de trois petits enfants, dont l'existence dépendait presque entièrement de la guérison de leur mère, vouée à une mort prochaine, si on ne tentait point la gastrotomie.

L'opération eut lieu le 17 août 1868. Incision de 25 centimètres. Adhérences abdominales et épiploïques très-vasculaires, qui nécessitèrent trois cautérisations au fer rouge sur la paroi abdominale et deux sur l'épiploon. Une ligature perdue fut appliquée sur un point qui avait résisté à la cautérisation. La cavité du bassin était tapissée de fausses membranes, et tous les organes pelviens, ainsi que les ligaments larges, étaient fortement infiltrés. La tumeur provenait de l'ovaire gauche; elle était constituée par un cysto-sarcome, du poids de 3 kilogrammes et demi, composé d'une infinité de kystes très-petits, de 1 à 5 millimètres de diamètre, renfermant un liquide gluant. Le pédicule était tordu, œdémateux et sillonné de vaisseaux lymphatiques très-dilatés. L'opération avait duré une heure et demie, et la malade avait perdu 500 grammes de sang.

Faiblesse extrême, refroidissement très-prononcé, pouls très-petit et très-accéléré après l'opération. Cependant la malade se réchauffa progressivement et les forces se relevèrent un peu au bout de quelques heures.

Le lendemain, pouls à 90. État relativement très-satisfaisant. Évacuations alvines le troisième jour; mais la faiblesse est toujours très-grande. Bourdonnements d'oreilles; pouls de 100 à 120; respiration à 33 jusqu'au sixième jour. L'état de la malade n'en était pas moins assez satifaisant à cette date, bien qu'il y eût un peu de diarrhée.

Aggravation considérable le septième jour. Pouls irrégulier, très-faible et filiforme par moments; matité déclive dans la région hypogastrique et sensibilité du ventre en cet endroit. Ces symptômes indiquaient un épanchement dans la cavité abdominale. Introduction d'une sonde dans l'angle inférieur de l'incision; extraction d'un litre de sérosité claire, rougeâtre, sans odeur. Amélioration presque immédiate. La soif est peu marquée. L'infiltration séreuse des jambes et du bassin diminue progressivement. Respiration à 33. Le soir, état très-satisfaisant. Parole nette. Extraction par la sonde de 60 grammes de sérosité rougeâtre, transparente. Sonorité dans toute l'étendue du côté droit; mais la malade accuse toujours de la sensibilité à la pression du côté gauche, où la matité persiste. Bouillon; vin de Bordeaux et de Champagne; colombo.

Le huitième jour, pouls à 96 le matin. Peau un peu sèche; langue encore chargée; malaise; envie de vomir. Extraction de 30 grammes de sérosité citrine par l'orifice inférieur de la plaie. Matité au pourtour de la crête iliaque gauche. Ponction, en présence de M. de Krassowsky, de Saint-Pétersbourg; évacuation de 1 litre de sérosité trouble, purulente, mêlée de gaz et de grumeaux blanchâtres, d'une odeur infecte. La canule du trocart fut laissée à demeure et fermée avec un bouchon de charpie. A quatre heures, extraction de 160 grammes de sérosité blanchâtre, d'une odeur peu prononcée. A neuf heures, on extrait encore 90 grammes de sérosité légèrement trouble, n'ayant qu'une très-faible odeur de décomposition. Pouls à 88, respiration à 26. Soif presque nulle. Absence de nausées. Le neuvième jour, extraction par la canule de 200 grammes de liquide purulent, sans mauvaise odeur. Pouls à 90, respiration à 32. Diarrhée fétide. Sous-nitrate de bismuth; colombo. Coliques très-fortes dans la journée; soif intense. Le soir, à deux heures, pouls irrégulier, peau sèche, respiration à 26. Extraction de 90 grammes de liquide de même nature que celui du matin. Morphine; cataplasmes. A huit heures, les douleurs sont calmées. Il y a eu un peu de sommeil. Peau moite. Extraction de 40 grammes de liquide par la canule.

Le dixième jour, extraction de 90 grammes de liquide le matin, et écoulement spontané de 50 grammes environ dans la journée, par suite de la sortie du bouchon. La suture est en partie désunie par l'œdème; 25 grammes de sérosité s'écoulent dès que la cicatrice est entrouverte. Drainage. État relativement satisfaisant. Le soir, extraction de 30 grammes de liquide incolore. Respiration à 24.

Le onzième jour, pouls à 96, respiration à 24. Ventre très-affaissé. Matité circonscrite dans la fosse iliaque droite. Extraction de 210 grammes de sérosité dans la journée. Le soir, la peau est un peu sèche, le pouls à 86, la langue nette. Soif presque nulle.

Le douzième jour, pouls à 88, régulier. Extraction de 35 grammes de liquide par la canule. On laisse un tube de caoutchouc à demeure, à la place de la canule. Ponction à droite: écoulement de 70 grammes de sérosité citrine.

Le treizième jour, la malade a passé une très-bonne nuit. Extraction de 200 grammes de liquide à droite. Pouls à 95, respiration à 24.

Le quatorzième jour, extraction de 200 grammes de liquide et écoulement spontané de 50 grammes environ dans la journée.

Le quinzième jour, la peau est moite, la langue nette et l'écoulement a totalement cessé le seizième jour. La diarrhée et le ballonnement du ventre ont considérablement diminué. Œdème et bouffissure de la face par suite d'anémie; peau sèche, narines pulvérulentes.

Le dix-septième jour après l'opération, la nuit a été très-agitée. Pouls petit, irrégulier. Respiration à 38, coliques : les gaz ne passent pas à travers une anse intestinale située à droite, au-dessus de l'ombilic. Matité à gauche, à la place de l'ancienne ponction, qu'on rouvre avec une sonde et qui donne passage à 90 grammes de liquide purulent, épais, sans mauvaise odeur. Sulfate de quinine; morphine; lavements tièdes; cataplasmes. Le soir, il y a une amélioration très-marquée. Le pouls est régulier, la respiration moins accélérée, la peau moite, la voix claire, les narines nettes.

Le dix huitième jour, état très-satisfaisant. Pouls à 92, respiration à 24; peau moite. La diarrhée et les coliques ont cessé. Langue nette. Appétit.

Le vingtième jour, la malade reste levée pendant quelques heures.

Le vingt-deuxième jour, l'état de la malade est de nouveau très-aggravé. Pouls petit, misérable; peau et langue sèches; soif; agitation. A l'aide du trocart, on extrait 2 litres et demie de sérosité purulente, infecte, du côté droit. On laisse la canule à demeure et l'on extrait successivement 200 et puis 100 grammes de liquide dans la journée.

Le vingt-troisième jour, extractions successives de 100, 90, 50 et 70 grammes de liquide. Il y a un peu d'amélioration. Œdème toujours très-prononcé. Excoriations à la partie postérieure du bassin. La malade est toujours très-faible. Le liquide extrait a de moins en moins en moins d'odeur. Respiration toujours gênée.

Le vingt-quatrième jour de l'opération, l'écoulement diminue de plus en plus. Pouls petit. Respiration à 36. Comme il y avait de la tympanite, on fit une ponction de l'intestin. Les urines devinrent de suite très-abondantes, claires, et il y eut plusieurs selles. L'œdème se dissipa presque complétement dans l'espace de quelques heures. Langue nette. Nonobstant, en raison de la faiblesse très-considérable, il y avait de la dysphagie. L'anémie et l'inanition amènent du délire, et la malade succomba dans la nuit par suite de faiblesse extrême.

Il n'y avait plus aucun épanchement dans la cavité péritonéale. Les anses intestinales des parties latérales de l'abdomen étaient agglutinées. La cicatrisation était à peu près complète.

Le pronostic de l'opération se trouva malheureusement justifié. Cependant, si au lieu de faire des ponctions simples des collections séreuses ou purulentes qui se sont formées consécutivement, on avait fait des incisions de la paroi abdominale pour maintenir une issue libre et durable aux liquides, l'opérée aurait peut-être guérie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 19 février 1869. — Présidence de M. Lagneau.

M. le Président annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le professeur Grisolle, membre de la Société de médecine depuis 1843, membre de l'Académie, auteur de plusieurs traités remarquables.

M. Géry fils. Ayant connu plus particulièrement Grisolle, dont j'ai été l'élève, je propose à la Société de me charger de la notice nécrologique.

M. le Président donne à la Société communication de deux lettres de candidature, l'une émanant de M. Foville, qui déclare continuer à se porter candidat; la parole lui sera donnée dans la prochaine séance. L'autre candidat est M. Delpeuch; une des séances prochaines lui sera également réservée pour la lecture de son mémoire.

M. Jacquemin. Je demande qu'une commission soit nommée pour la vérification des comptes de 1868; je suis prêt à les rendre.

M. le Président. MM. Géry père, Briquet et Simonnot sont nommés membres de cette commission.

M. Durand-Fardel lit un mémoire sur les diathèses urique, sucrée et graisseuse.

Les féculents introduits dans l'organisme sont en partie convertis en sucre, en partie déposés dans les tissus, dans le foie en particulier, sous forme de matière amyloïde ou glycogène.

Cette matière a la propriété de faire du sucre. Il est difficile d'admettre que cette propriété ne trouve à s'exercer qu'après la mort (Pavy), ou dans les conditions pathologiques qui président au diabète.

Il y a lieu de penser que c'est là un emmagasinement destiné à la production éventuelle du sucre, lorsque l'organisme en éprouve le besoin.

Il en est de même de la graisse. Une partie de la graisse alimentaire introduite sert immédiatement de matière combustible; une partie est déposée pour les besoins éventuels.

Et comme, dans les conditions normales, la graisse, bien qu'introduite incessamment, ne s'accumule pas indéfiniment, il faut admettre que la graisse, comme la matière glycogène, est reprise régulièrement et remplacée à mesure, ainsi que tous les autres tissus de l'économie.

Sans doute, on peut admettre que, dans l'obésité, comme dans la diabète, il se produit, par les différents procédés organiques connus ou supposés, une proportion en excès de graisse ou de matière glycogène.

Mais il y a autant de raisons d'admettre que le sang a perdu l'aptitude à convertir les principes graisseux ou les principes sucrés. Telle est au moins mon opinion.

La graisse, n'étant pas diffusible, demeure ou s'accumule.

Le sucre, étant diffusible, se répand dans le sang, et par suite dans tous les tissus.

Il est éliminé par l'urine, comme tous les principes qui se trouvent en excès dans le sang.

Ce qui n'est pas éliminé pénètre les tissus et détermine un véritable état d'intoxication sucrée, cause des différents symptômes du diabète, et définitivement de la cachexie simple ou tuberculeuse.

Il est présumable qu'il ne faut pas juger de la quantité de sucre produit dans l'organisme par le chiffre de l'état glycosurique, et que le degré de l'intensité de la maladie n'est pas en rapport avec la quantité de sucre élimine, mais plutôt avec la quantité de sucre retenue.

Il est certain qu'il y a des diabétiques peu malades qui font beaucoup de sucre, et des diabétiques, à tendance cachectique, qui font peu de sucre.

Ce point de vue me semble trouver une justification dans ce qui se passe dans la diathèse urique.

Dans la diathèse urique, l'économie est encombrée par l'acide urique, produit de décomposition des matériaux azotés incomplétement utilisés, parallèlement à l'utilisation incomplète des principes sucrés ou graisseux dans le diabète et dans l'obésité.

Si l'acide urique en excès est éliminé, comme dans la gravelle, l'organisme ne souffre pas. Les graveleux ne sont pas malades. Les accidents produits par le passage des graviers sont hors de la question.

Dans la goutte, où il n'y a pas d'élimination, l'organisme est en souffrance.

Si cet acide urique (*materia morbi*) suit sa direction d'élection (propre à la goutte) dans les jointures, l'organisme ne souffre que d'accidents locaux, conséquence naturelle de cette détermination, comparable, jusqu'à un certain point, à la néphrite graveleuse.

S'il ne suit pas cette direction, l'organisme est imprégné tout entier par l'acide urique; de là une intoxication urique, à laquelle il faut rapporter les accidents de l'arthritie, parallèles à ceux du diabète, et aboutissant à un terme ultime, la cachexie.

M. Duroziez lit un mémoire sur la fièvre continue dans ses rapports avec la variole. (*Sera publié.*)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr Antonin Martin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine légale doit procéder, dans sa séance du 12 avril, à l'élection de 15 correspondants nationaux.

En présence du grand nombre de demandes qui lui sont parvenues (42), elle a décidé que 15 nouvelles places de correspondants nationaux sont déclarées vacantes et qu'il y sera pourvu dans la séance du 10 mai prochain. — Le rapport sur les titres des candidats pour cette seconde élection sera présenté dans le commencement du mois d'avril; il comprendra les noms de tous les candidats qui ont déjà adressé leur demande et qui n'auront pas encore été élus, ainsi que de ceux qui feront acte de candidature avant le 31 mars courant.

(Les lettres de demande contenant l'exposé des titres des candidats, devront être adressée au secrétaire général, *rue de Choiseul, n° 14.* — Les magistrats et les avocats peuvent être membres de la Société, au même titre que les médecins et les chimistes.)

— M. le professeur Gubler commencera son cours de thérapeutique mercredi prochain, 17 mars, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à deux heures.

— Clientèle médicale à céder, aux environs de Paris. — Produit annuel 12,000 fr.

S'adresser chez M. Lassuderie, 22, avenue de La Motte-Piquet, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

—

Instruction sur la recherche des poisons et la détermination des taches de sang dans les expertises chimico-légales, par le docteur J. Otto, médecin consultant et professeur de chimie à Brunswick, traduit sur la troisième édition allemande par M. Ströhl, professeur agrégé de Strasbourg. Un volume in-8. Prix, 3 francs.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour com... le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 15 mars 1869.

On connaît déjà les intéressantes recherches que M. le docteur Bergeon a faites avec le concours de M. le docteur Kastus sur la respiration et sur les moyens d'enregistrer les mouvements respiratoires à l'aide d'un appareil spécial désigné sous le nom d'*anapnographe*. (Voir la *Gazette des Hôpitaux*, n° du 17 septembre dernier.) On connaît moins peut-être — la *Gazette* n'ayant pas eu encore l'occasion d'en parler — un travail très-savant de ce même médecin sur les causes et le mécanisme du bruit de souffle; nous en entretiendrons prochainement nos lecteurs. Aujourd'hui, nous mettons sous leurs yeux de nouvelles recherches sur la théorie des bruits physiologiques de la respiration, que ce jeune et laborieux confrère a communiquées tout récemment à l'Académie des sciences.

THÉORIE DES BRUITS PHYSIOLOGIQUES DE LA RESPIRATION

Par le docteur L. BERGEON.

Lorsqu'on pratique alternativement l'auscultation dans la poitrine et à la région cervicale, un peu au-dessous de la glotte, on observe entre l'inspiration et l'expiration un rapport complétement changé. Dans la poitrine, le bruit inspiratoire est tout à la fois plus intense et plus long; à la glotte, au contraire, c'est l'expiratoire.

La raison de cette alternance se trouve : 1° dans le siége différent de ces bruits; 2° dans le mécanisme spécial du bruit expiratoire.

Tous les auteurs qui ont ausculté des animaux trachéotomisés ont noté après l'opération un silence complet à la région glottique et un affaiblissement de l'expiration dans la poitrine. Plusieurs signalent, et avec raison, la disparition complète de ce bruit. C'est en effet ce qui doit toujours arriver; mais il suffit d'un lambeau de muqueuse retombant dans la trachée ou de quelques gouttes de sang pour induire en erreur.

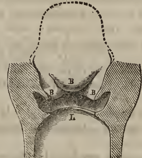
Je dois à l'obligeance de M. Trasbot, chef de service à l'école d'Alfort, d'avoir pu répéter tout récemment ces expériences.

Sur un chien de taille moyenne, que nous avions eu soin de faire courir avant l'opération, afin de rendre la respiration plus active et par suite plus perceptible, M. Trasbot pratiqua une section transversale de la trachée, à 2 ou 3 centimètres de la glotte, et aussitôt l'expiration disparut; l'inspiration, au contraire, continuait à s'entendre dans la poitrine, son intensité était à peine diminuée. Ce résultat très-évident fut constaté par les élèves qui assistaient à l'expérience.

Le bruit inspiratoire a donc, pour ainsi dire, un double siége : le glotte et le poumon; le bruit expiratoire, au contraire, un siége unique : la glotte. Pour les bruits de l'inspiration, ainsi que l'ont démontré MM. Chauveau et Bondet, le courant d'air traverse, au niveau des cordes vocales inférieures, un orifice rétréci; il se forme une veine fluide dans la trachée : c'est ce qui explique le bruit glottique inspiratoire; de même en pénétrant les alvéoles, l'air forme encore dans ces petites cavités des veines fluides dont l'ensemble produit la partie inspiratoire du murmure vésiculaire. Mais pour l'expiration, est-ce le même mécanisme? le bruit est-il dû aux vibrations d'une veine fluide se formant aux dernières cordes vocales et qu'on entendrait par propagation en retour dans la trachée, les bronches et le poumon? Non : 1° parce que le bruit de la veine fluide se propage dans le sens de l'écoulement, jamais en sens inverse; 2° parce que, au lieu de trouver comme dans l'inspiration une dilatation brusque après le rétrécissement, condition très-favorable aux vibrations de la veine fluide, le courant de l'expiration arrive dans un espace rétréci de nouveau par les cordes vocales supérieures et la base de l'épiglotte; 3° enfin, si nous auscultons à la glotte, nous trouvons que le bruit de l'expiration est non-seulement plus fort mais aussi *plus prolongé*; or la quantité d'air étant la même pour l'inspiration et pour l'expiration, si le bruit de cette dernière est plus long, c'est que l'air sort moins vite de la poitrine qu'il n'y entre. C'est du reste ce que démontrent les tracés de la respiration; et comme l'intensité du son diminue avec la vitesse du courant d'air, le bruit expiratoire devrait être plus faible, et s'il était dû aux vibrations d'une veine fluide, il ne s'entendrait pas même dans la trachée, à plus forte raison jusqu'à la base de la poitrine.

Lorsque l'air traverse un orifice rétréci, il vibre et forme une veine fluide; mais si on place devant cette veine fluide un petit obstacle, aussitôt le son acquiert plus d'intensité et son mode de propagation change. C'est alors un mécanisme analogue au biseau du sifflet.

En considérant l'intérieur d'un larynx, on peut se convaincre que cette disposition en biseau existe au-dessus des cordes vocales inférieures; nous voyons, en effet, qu'après avoir traversé l'orifice L, l'air arrive obliquement en haut et en avant et vient se briser aux points B,B,B, à la base de l'épiglotte et contre les cordes vocales supérieures dont le bord libre est dirigé en bas et en dedans. La fig. 1 représente un larynx dont j'ai enlevé la partie postérieure; on voit que les points B,B,B, constituent un biseau bémi-circulaire, au-dessous duquel la partie ombrée indique le cul-de-sac formé par la réunion en avant des ventricules du larynx. Cette disposition, qui rappelle tout à fait celle de l'aorte insuffisante est très-favorable à la productio du son.



Le bruit expiratoire dû au mécanisme du biseau sera donc plus intense que le bruit inspiratoire formé seulement par l'orifice rétréci. De plus, c'est aux points B,B,B, que se brise le courant expiratoire et que se fait par conséquent l'ébranlement primitif, comme c'est toujours dans le sens de cet ébranlement que se propage le son; ce sera dans le cas actuel en sens inverse du courant, c'est-à-dire de la glotte au poumon. Voilà pourquoi le bruit expiratoire, bien que se formant à la glotte, s'entend cependant à la base de la poitrine; mais comme il s'affaiblit en s'éloignant de son origine, il sera d'autant moins fort qu'on l'écoutera plus loin de la glotte; le bruit inspiratoire, ayant lieu dans les alvéoles, sera au contraire à ce niveau plus fort que le bruit expiratoire.

On entend quelquefois à la base du cœur un double bruit de souffle dont les caractères rappellent tout à fait ceux des bruits respiratoires écoutés à la trachée, c'est lorsque l'aorte est rétrécie et insuffisante. (Il ne faut pas perdre de vue ce principe de physique que les mêmes lois acoustiques régissent l'écoulement des gaz et des liquides.) Au moment de la systole, la masse du sang lancée par la contraction ventriculaire franchit l'aorte en vibrant et forme à ce niveau une veine fluide dont le frémissement et le bruit, se propageant avec le courant, s'entendent jusque dans les vaisseaux du cou. Peut-on comprendre par le même mécanisme le bruit diastolique? Mais dans l'ondée, en retour de l'insuffisance, le peu de liquide qui retombe dans le ventricule, la force d'impulsion beaucoup moindre, la direction de la veine dont les vibrations s'entendraient dans le ventricule, c'est-à-dire à la pointe, sont autant de causes qui rendraient le bruit diastolique imperceptible; enfin, et cette considération est péremptoire, comment expliquer le frémissement qui remonte quelquefois jusque dans les carotides? Il est physiquement impossible qu'une veine fluide produise un frémissement en amont du rétrécissement.

Nous retrouvons donc les mêmes difficultés que pour expliquer par une veine fluide le bruit expiratoire. Avec le mécanisme du biseau, au contraire, on comprend parfaitement ces différences d'intensité et de propagation. En effet, de même que le courant d'air de l'expiration vient se briser sur la base de l'épiglotte et le rebord des cordes vocales supérieures, de même l'ondée sanguine en retour vient se briser sur le rebord des valvules insuffisantes; une partie du sang retombe dans le ventricule, l'autre est refoulée dans les culs-de-sac sigmoïdes, et c'est au niveau de cette division que se fait l'ébranlement primitif, de la même manière que sur la base de l'épiglotte et aux cordes vocales supérieures pour le courant expiratoire. C'est aussi de la même manière que se propagera le son, en sens inverse du courant; voilà pourquoi le souffle et le frémissement remontent l'aorte, tandis que le sang retourne au ventricule; voilà pourquoi le bruit expiratoire retentit de la glotte au poumon, tandis que l'air est chassé de la poitrine.

Cette théorie n'est pas applicable seulement à l'insuffisance aortique, mais à toutes les autres. Ainsi, pour l'insuffisance mitrale, si le bruit de souffle était dû aux vibrations d'une veine fluide allant se former dans l'oreillette, on entendrait son maximum d'intensité à la base du cœur. C'est au contraire à la pointe qu'on le perçoit, parce qu'il prend naissance sur le rebord de la valvule insuffisante. C'est toujours le même mécanisme qu'on pourrait appeler : *mécanisme des insuffisances et du bruit expiratoire.*

En faisant des expériences sur ce sujet (1), nous avons pu, M. Bravais et moi, reproduire tous ces phénomènes. Ainsi, avec les conditions mécaniques des insuffisances, nous obtenions, sur des tubes inertes, un bruit de souffle et un frémissement allant en sens inverse du courant; c'était le contraire dans les cas de rétrécissement.

Nous pouvons résumer ainsi cette étude des bruits de la respiration.

Le bruit inspiratoire a, pour ainsi dire, un double siége : la glotte et le poumon; il est dû aux vibrations des veines fluides se formant aux cordes vocales inférieures (bruit glottique inspiratoire), et dans les alvéoles pulmonaires (partie inspiratoire du murmure vésiculaire).

Le bruit expiratoire, au contraire, a un siége unique : la glotte; il est dû à un mécanisme spécial. Ce mécanisme, qui est celui du biseau, explique : 1° pourquoi le bruit expiratoire est le plus fort à la glotte, bien que le courant d'air qui le produit soit plus lent; 2° pourquoi sa propagation se fait si facilement de la glotte au poumon, en sens inverse du courant d'air qui sort de la poitrine.

Enfin, en nous appuyant sur ce principe de physique que les mêmes lois acoustiques régissent l'écoulement des gaz et des liquides, nous avons pu expliquer par ce même mécanisme du biseau : 1° l'intensité du bruit de souffle des insuffisances valvulaires, malgré la faiblesse de l'ondée sanguine en retour; 2° le mode spécial de propagation du bruit et du frémissement en sens inverse du courant, c'est-à-dire dans l'aorte pour l'insuffisance aortique, tandis que le sang retombe dans le ventricule, à la pointe pour l'insuffisance mitrale, tandis que le sang retourne à l'oreillette.

(1) Bergeon. *Cause et mécanisme du bruit de souffle.* — Paris, 1868.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

ABLATION D'UN CANCER DU SEIN PAR LA PATE DE CANQUOIN.

Ouverture de la cavité du thoracique.

(Observation recueillie par MM. BLANQUINQUE et LASSALLAS, internes.)

L'emploi de la pâte de Canquoin tend beaucoup à se répandre dans la pratique chirurgicale. En effet, les chirurgiens ont été frappés de l'innocuité relative des plaies faites par ce caustique. En publiant l'observation qui suit, nous n'avons l'intention ni de proscrire cette méthode, ni d'enlever à ceux qui l'ont préconisée le mérite qui leur revient; nous voulons seulement mettre les opérateurs en garde contre un accident qui peut survenir, quelles que soient leur prudence et leur habileté. Cet accident est l'ouverture de la cavité thoracique. On en a cité peu d'exemples, soit qu'il arrive rarement, soit que les chirurgiens n'aient pas eu le courage d'avouer leurs revers En nous autorisant à publier le fait dont il s'agit, notre excellent maître, M. Demarquay, n'a pas voulu imiter cette manière de faire, et nous croyons que les chirurgiens lui sauront gré de sa franchise, au grand bénéfice des malades.

Le 9 janvier, madame P... est entrée à la Maison de Santé pour se faire enlever une tumeur du sein droit. Cette femme, âgée de 60 ans, n'a jamais eu d'enfant. Ses parents sont morts à un âge très-avancé et elle ignore de quelle maladie. Un de ses frères est mort il y a quelques années d'un cancer à l'estomac. Il y a trois ans, la malade s'aperçut, par basard, qu'elle portait dans le sein une tumeur grosse comme une petite noix. Comme elle n'éprouvait aucune douleur, elle ne s'en inquiéta pas. Depuis cette époque la tumeur augmenta de volume en provoquant quelques élancements dans la partie malade. Pendant le mois de novembre 1868, il se produisit au sein une petite ulcération sans que la douleur ait changé de caractère ni d'intensité. Cette ulcération a donné lieu à une seule hémorrhagie, qui fut d'ailleurs peu abondante et s'arrêta d'elle-même.

Madame P... est d'une taille ordinaire, depuis quelques mois elle a perdu beaucoup de son enbompoint et elle est aujourd'hui dans un état d'amaigrissement tel qu'elle paraît beaucoup plus âgée qu'elle ne l'est réellement. Elle nous dit avoir conservé de l'appétit, et le sommeil est bon.

En examinant la poitrine de la malade, on reconnaît que le sein gauche est complétement atrophié; le sein droit forme une tumeur dure, bosselée, dont le diamètre transversal est de 16 centimètres et le diamètre vertical de 11 centimètres. — Peau rouge; légère ulcération au niveau du mamelon, qu'il est impossible de reconnaître : cette ulcération est d'ailleurs très-superficielle; pas de dilatation des veines sous-cutanées; la tumeur est mobile en masse, cependant le déplacement est assez limité, surtout lorsque le grand pectoral se contracte, ce qui indique des adhérences de ce côté; on trouve dans l'aisselle un petit ganglion gros comme une noisette.

En présence d'une tumeur à adhérences profondes, et prenant en considération la mauvaise constitution de la malade, M. Demarquay crut prudent d'avoir recours au caustique de préférence au bistouri.

L'opération fut pratiquée le 14 janvier.

La malade étant chloroformisée, la tumeur fut circonscrite par des incisions de 2 centimètres, dans lesquelles le chirurgien enfonça des flèches très-minces de pâte de Canquoin n° 2, ayant chacune 5 à 6 centimètres de longueur. Huit flèches furent ainsi introduites; léger écoulement de sang; pansement avec une large plaque d'agaric préparé; une heure après l'opération un peu d'affaissement. Bouillon et bordeaux.

Le 17 la réaction commence; la température monte brusquement de 37°.2 à 39°; cercle inflammatoire autour des plaies; douleurs très-vives calmées par une injection hypodermique de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine; l'appétit est nul; cataplasmes sur le sein.

Les jours suivants l'état général s'améliore un peu; l'appétit revient; le cercle d'élimination qui entoure chaque plaie augmente.

Le 19, à la visite du soir, la malade respire difficilement, tousse un peu, chaque effort est très-douloureux; pouls accéléré (120 pulsa-

tions); la température, qui était retombée à 38° les jours précédents, atteint brusquement 40° 5.

Râles crépitants dans toute la base du poumon droit; submatité à la percussion; augmentation des vibrations thoraciques; il est impossible d'ausculter la malade en avant; à gauche respiration obscure; quelques râles sous-crépitants.

Le 20. La nuit a été très-mauvaise; respiration accélérée; toux pénible; face rouge; langue sèche; soufle à la base du poumon droit; crachats rouillés; appétit nul; température de 41°; subdelirium. — Looch avec 1 gramme de kermès; vin et bouillons.

Les jours suivants, la température baisse, l'état général devient meilleur et les symptômes de pneumonie s'amendent.

Le 24, M. Demarquay voyant que la tumeur tarde à se détacher, juge à propos de faire une nouvelle application du caustique; il enferme dans l'épaisseur du sein six petites flèches, en leur donnant une direction oblique, pour que leur extrémité ne soit pas trop près de la paroi thoracique.

Le 26, en enlevant le pansement, j'aperçois qu'à chaque mouvement respiratoire on entend une sorte de gargouillement au-dessous de la tumeur. Y a-t-il perforation de la paroi thoracique, ou bien le bruit est-il produit par l'air qui pénètre au-dessous de la tumeur, en partie détachée?

A part ce gargouillement qui persiste, on ne note rien de remarquable les jours suivants. L'amélioration de l'état général se prononce de plus en plus.

Le 2 février, il est facile de détacher complétement la tumeur mortifiée, et on se trouve en face d'une plaie de bon aspect à sa circonférence. Le centre est occupé par une escharre grisâtre de forme irrégulière, dont le grand diamètre horizontal est de 3 centimètres et demi. A la partie inférieure et externe de l'escharre se trouve une perte de substance de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Pendant l'expiration, on voit le poumon venir s'accoler contre la petite ouverture et s'en éloigner pendant l'inspiration. M. Demarquay fait couler, à l'aide d'une seringue, quelques gouttes d'eau tiède, et le liquide est rejeté par la première expiration. Ce mouvement de va et vient est purement d'ordre physique, des adhérences fixent la surface pulmonaire au pourtour de l'escharre et la lame de poumon restée libre subit les mouvements d'une soupape membraneuse.

Le 3, la plaie se déterge un peu, et une nouvelle injection ayant été pratiquée comme celle de la veille, le liquide est projeté non-seulement par l'orifice déjà indiqué, mais encore par une autre ouverture peu apparente qui occupe tout le bord supérieur de l'escharre. Au milieu de cette escharre se trouve la cinquième côte, mise à nu dans une étendue de 2 centimètres et demi. L'état général est du reste bon; les forces reviennent un peu; la malade mange deux portions.

Le 14 février, l'escharre est tombée depuis plusieurs jours et on voit les bords de la perte de substance se couvrir de bourgeons charnus qui en diminuent l'étendue. La côte mise à nu a maintenant une coloration rosée et commence, elle aussi, à être couverte de bourgeons (1).

Réflexions. — Six jours après l'application des flèches se manifestent tout à coup des troubles du côté de la respiration: la malade est prise de pneumonie. Il est évident que cette inflammation du parenchyme pulmonaire n'a pu être produite par la pénétration d'une flèche dans la cavité thoracique, car dans ce cas les accidents eussent éclaté dès les premiers jours de l'opération. Il est rationel d'admettre que cette inflammation a été déterminée par le travail d'élimination de l'escharre. On ne saurait incriminer la seconde application du caustique puisque la pleuro-pneumonie l'avait précédée.

Les flèches ont été introduites à la base de la tumeur, elles étaient minces, et ont été conduites parallèlement à la direction de la paroi thoracique; c'est-à-dire conformément aux règles posées par ceux qui prétendent que tout accident est impossible par cette méthode de traitement. Il faut donc invoquer la maigreur extrême de la malade pour expliquer comment toute la paroi thoracique a été comprise dans l'escharre. Nous ferons aussi remarquer que la tumeur n'est tombée que le dix-neuvième jour, tandis que ordinairement elle se détache du neuvième au douzième.

La perforation s'est produite sans symptôme d'épanchement pleural, ni de pneumothorax. Il est impossible de dire s'il existait des adhérences antérieures. Du reste, il est tout naturel de penser que ces adhérences ont été le résultat de l'inflammation de voisinage. Tout le monde sait avec quelle facilité ces adhérences s'établissent dans les séreuses légèrement enflammées.

Pour nous, il résulte de l'observation précédente qu'en face d'un cas analogue, le chirurgien devra n'attaquer par les flèches qu'une partie de la tumeur, et une fois l'élimination partielle obtenue, il poursuivra les insertions profondes par des applications de caustique faites à ciel ouvert et toujours faciles à surveiller.

Il en résulte également que si la perforation se produit, on ne doit pas porter un pronostic trop grave, puisque, dans le cas qui nous occupe, la malade est en bonne voie de guérison.

(1) Nous avons appris depuis la rédaction de cette observation le rétablissement complet de la malade.

DE LA MORT APPARENTE.

Par M. E. Bouchut.

Voici encore une de ces histoires comme il y en a tant, à l'aide desquelles on répand avec plaisir le doute sur la possibilité qu'il y a de reconnaître la vie de la mort, et dont on se servira pour établir le danger que chacun court d'être enterré vivant. Elle vient de loin, mais elle n'en est que plus vraie pour certaines personnes. Je la trouve dans le *Journal officiel* du 14 mars. Elle passera de là dans quelque nouvelle pétition au Sénat, puis dans un de ces livres sur l'incertitude des signes de la mort et qui, tout en étant signés par des médecins, n'en renferment pas moins les plus incroyables récits qu'on puisse imaginer. Qui sait même si un prétendant au prix du marquis d'Ourches ne la mettra pas dans son mémoire. Je vais la reproduire, et j'en dirai mon opinion ensuite:

Les médecins de Milwaukee, dans l'État du Wisconsin, se portaient le 28 janvier au village de Burlington pour étudier le cas d'un enfant qui était depuis vingt jours en catalepsie. C'est un des cas les plus étranges que l'on cite dans les annales de la médecine: une petite fille ayant une douzaine d'années, nommée Mina, demeurait avec son père, un fermier allemand, à peu de distance de Burlington. Elle avait été atteinte de la rougeole et de la diphthérie.

Elle était en convalescence, quand, dans les premiers jours de janvier, elle appela son père de son lit et lui dit qu'elle allait s'endormir, et que son sommeil serait fort long. Elle ajouta qu'elle ressemblerait à une morte, mais qu'elle conserverait cependant la vie, et elle fit promettre à son père de ne pas la faire enterrer. Peu de temps après, elle s'endormit paisiblement: le lendemain, *comme on la croyait morte*, on plaça son corps dans un cercueil.

Bien que le pouls eût complétement cessé de battre, et que l'on ne pût s'apercevoir d'aucun mouvement respiratoire, *le corps ne paraissait point cependant privé de vie*; les membres sont restés flexibles. Les yeux sont fermés. Depuis vingt jours elle est dans cette situation. On a essayé de lui piquer une veine, et le sang s'est écoulé comme d'une personne vivante. Un voisin lui serra un doigt de la main, la place devint blanche, et bientôt après reprit une teinte rosée. On la veille avec soin, et l'on attend le dénoûment d'une aussi étrange crise.

Quelle naïveté et quelle ignorance! On la croyait morte et on la met dans un cercueil... Cependant le corps ne paraissait pas privé de vie.

Cela dure vingt jours, et pendant vingt jours se prolonge l'incertitude de savoir si l'enfant est morte ou vivante. Ah! s'il en était ainsi, on aurait lieu de considérer la médecine comme un art conjectural, et la dernière des sciences. Quoi! c'est au moment où la physiologie expérimentale se glorifie de tant de conquêtes, et où l'on vient de créer le mot de biologie qu'il faudrait avouer que ceux qui parlent de la vie ne savent pas même la reconnaître. Non. Cette histoire est comme toutes les autres, un roman ou une erreur.

Il n'est pas de médecin sérieux qui croie à la possibilité de la mort pendant vingt jours lorsqu'une saignée a été suivie d'écoulement du sang « comme chez une personne vivante, » lorsqu'en appuyant sur la peau il se fait une place blanche qui, aussitôt après, reprend sa teinte rosée, lorsqu'il n'y a pas de rigidité cadavérique et « que les membres restent flexibles, » lorsqu'on n'a pas constaté l'absence de battements du cœur, et enfin lorsqu'il n'y a pas de traces de putréfaction.

De tels faits ne supportent pas l'examen, mais en présence des craintes sans cesse renaissantes du danger d'être enterré vivant, il n'est peut-être pas inutile de discuter les faits les plus invraisemblables pour en montrer l'inanité.

ANATOMIE GÉNÉRALE

Anatomie et physiologie comparées des tissus et des sécrétions (1).

Note présentée à l'Académie des Sciences, par M. Ch. Robin.

L'ouvrage que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie contient la suite du travail dont je lui ai fait hommage l'an dernier, et qui était relatif aux structures et aux autres caractères des parties constituantes élémentaires des êtres organisés. Le sujet de celui-ci est l'étude des divers modes d'arrangement réciproque ou *texture* offerts par ces éléments anatomiques dans les parties complexes ou tissus que forment plusieurs de leurs espèces, en s'associant dans un ordre défini. Comme dans la description des éléments anatomiques, l'examen des caractères propres aux tissus et aux humeurs, et celui de leurs propriétés, a été ici étendu à ce qu'ils offrent de commun dans l'ensemble des animaux. Si l'on excepte les tentatives remarquables de de Blainville et de Heusinger, ce genre de recherches avait presque toujours été borné à l'étude des tissus de l'homme, malgré l'intérêt scientifique que présente leur comparaison dans les diverses classes du règne animal.

Cette comparaison n'a pas été établie uniquement entre ces parties envisagées à l'état normal et aux principales périodes de leur évolution; mais elle a été poursuivie jusqu'à l'examen des diverses manières, d'après lesquelles les tissus morbides dérivent des tissus normaux, et ce travail devait se terminer par la comparaison des premiers aux seconds.

Il est nécessaire d'ajouter ici quelques mots sur les principes qui m'ont guidé dans cette comparaison. On sait qu'il n'est aucune investigation scientifique, de quelque ordre qu'elle soit, qui se borne à l'observation pure, toute observation entraînant au moins les rudiments d'une comparaison entre les diverses faces d'un objet ou les phases successives d'un phénomène, et cela sans parler des cas si nombreux dans lesquels doit intervenir l'expérimentation. Mais on sait de plus que c'est dans les investigations biologiques que l'emploi de la comparaison acquiert son plus haut degré de développement. Ici les comparaisons doivent être poursuivies méthodiquement sous divers aspects, tant au point de vue anatomique et biotaxique, que sous le rapport physiologique. On peut les rapporter à cinq chefs principaux, susceptibles d'être classés dans l'ordre de leur enchaînement naturel et de leur valeur scientifique croissante.

En premier lieu, tout être, toute partie simple ou composée, tout phénomène organique doivent être comparés avec eux-mêmes de tel moment de leur existence à tel autre l'ayant précédé ou à quelque autre observé consécutivement. Ce motif essentiel de comparaison est celui qui nous donne la notion d'évolution, composée elle-même de diverses phases, qui, dans l'ordre statique, marquent des termes ou âges plus ou moins caractérisés. Cette comparaison d'une partie avec elle-même est la plus élémentaire, la plus simple qu'on puisse concevoir. C'est pourtant celle qui donne le plus sûrement une idée nette du procédé comparatif, celle en l'absence de laquelle aucune des autres n'offre de base solide, celle qui seule leur permet d'acquérir leur étendue et leur fécondité. C'est elle qui, détachée du reste de la biologie avec un certain nombre de données anatomiques et physiologiques, a servi de base à l'institution de l'embryogénie.

Le cercle des comparaisons biologiques se ferme à l'aide d'un terme complémentaire, nécessaire dans la majorité des cas, lié au fond avec le premier, et qui comprend la comparaison des états accidentels ou morbides et tératologiques des êtres, de leurs parties et de leurs actes, à leurs états normaux, en prenant pour point de départ l'un quelconque ou la totalité des aspects généraux sous lesquels doit être poursuivie la comparaison biologique.

Ainsi le cycle des modes de la comparaison est clos par celui qui embrasse les relations établies entre les cas anormaux soit naturels ou tératologiques, soit accidentels ou pathologiques, avec les phénomènes normaux d'une part, et les uns avec les autres d'autre part. Il se lie au premier en ce qu'il nous montre l'excès ou les aberrations dont l'examen des parties et des actes suivant les âges nous a fait voir l'ébauche, la persistance ou l'affaiblissement. Comme il s'agit *dans toute étude* des corps organisés d'objets en voie incessante de changements, ce mode de comparaison tend à mieux nous faire apprécier la nature de l'état moyen ou normal, en nous montrant l'un des extrêmes auquel peut atteindre tout état d'organisation et tout acte correspondant alors que l'autre terme, c'est-à-dire celui de leur début, nous avait été décelé par l'organisation embryogénique suivie de celle des premiers âges.

Mais il est facile de comprendre que nulle étude des états accidentels n'a de valeur quelconque si elle ne s'appuie sur la comparaison préalable parfaitement établie des modifications régulières successivement présentées pendant la série naturelle des âges. Chaque partie, comme chaque être, parcourt en quelque sorte, pendant la durée de son existence évolutive, une courbe d'abord ascendante, qui, après avoir atteint son summum, devient descendante jusqu'à son autre extrémité que marque la mort. Cette courbe diffère de l'une à l'autre des parties comme de l'un à l'autre des organismes que celles-ci constituent, et la vie comme l'organisation communes ne sont que les résultantes de l'organisation et de la vie de chacune des premières. Or, les anomalies, comme les modifications morbides anatomiques et fonctionnelles, marquant l'excès, la diminution ou l'aberration, représentent en quelque sorte autant de points singuliers de cette courbe, déviations qui correspondent à autant de changements de la constitution et des actes organiques naturels et dont manifestement la nature ne saurait être saisie sans une connaissance exacte des états et des actes normaux dont la série ou la succession représente cette courbe.

C'est ainsi que la science passe rationnellement de la considération de l'état normal, indispensable d'abord à la pathologie humaine, par la pathologie comparative, dont l'étude, plus minutieuse encore que celle de l'état sain, devra conduire à en perfectionner les lois en étendant leur portée primitive. Du reste, la pathologie comparative achève et complète l'ensemble de nos moyens d'exploration biologique, au même titre que l'examen pathologique complète sur certaines questions les enseignements de l'expérimentation proprement dite. Souvent, à cet égard, l'extension de l'étude des caractères normaux de bien des tissus, jusqu'à l'observation de leurs états morbides, est indispensable. Il ne saurait en être autrement, dès l'instant où il s'agit de juger les dispositions et les mouvements d'une substance en voie incessante de changements, dont, par suite, l'état intermédiaire ou normal ne saurait être bien déterminé qu'après l'examen des états extrêmes, tant originel que d'aberration morbide ou accidentelle.

Sans appartenir comme partie constituante à la biologie abstraite, la pathologie comparative est, au contraire, au point de vue scientifique et de la prévoyance des phénomènes, l'une des applications concrètes de la biologie, constituant la base rationnelle, indispensable, de l'art médical envisagé dans sa plus complète extension.

On voit comment l'anatomie et la physiologie pathologiques ne constituent en fait qu'une suite de ces mêmes sciences envisagées non plus au point de vue des lois naturelles, mais sous celui de leurs applications à nos besoins, car la pathologie repose essentiellement sur la comparaison des organes et des actes, non plus essentiellement avec leurs analogues dans une autre espèce animale, mais avec eux-mêmes dans une succession de conditions nouvelles, anormales ou accidentelles. Les dissemblances alors constatées exigent, pour être bien appréciées, la connaissance de ces parties et de ces actes acquise tant par leur observation proprement dite que par leur comparaison avec eux-mêmes, à l'état normal, dans les conditions dites d'âge ou d'évolution, qui ne sont autres que les manières d'être qu'elles traversent successivement. Dans ces deux ordres de cas, en effet, l'un normal et l'autre accidentel, l'élément anatomique, les humeurs, etc., et les actes qu'ils accomplissent, ne se retrouvent jamais absolument semblables à eux-mêmes; car, en raison des phénomènes de rénovation moléculaire incessante, ils changent un peu à chaque instant, soit de forme, soit de volume, soit dans leur structure, etc., et cela aussi bien pendant la durée de leur existence à l'état sain, que pendant celle de leurs modifications morbides.

La pathologie ou histoire non naturelle considérée dans son ensemble, et par suite toutes les subdivisions, ne sont donc en fait et au point de vue de la méthode, que l'une des formes de l'anatomie et de la physiologie comparatives, celle dans laquelle les parties sont spécialement comparées à leurs homonymes, non plus pendant la durée de leurs manières d'être naturelles, mais au contraire accidentelles.

Ainsi, loin d'être une science indépendante et autonome, la pathologie dépend de l'étude des êtres envisagés à l'état normal, non-seulement parce que le sujet reste le même, les états qu'il peut offrir étant seuls changés, mais aussi parce qu'elle repose essentiellement sur la comparaison du dérangement à l'arrangement, c'est-à-dire qu'elle s'appuie sur celui des modes d'investigation scientifique que la biologie développe le plus.

(1) Paris, 1869, in-8°.

La pathologie se constitue donc par des comparaisons de deux ordres, savoir par celle des parties lésées et de leurs actes aux parties saines et aux actes normaux homonymes, c'est-à-dire aux mêmes parties et aux mêmes actes antérieurement observés à l'état normal; puis par celle de ces parties modifiées et de leurs actions avec elles-mêmes pendant la durée de ces changements accidentels.

En ce qui touche la médecine humaine particulièrement, comparaison de l'homme avec lui-même à l'état sain et à l'état morbide et comparaison de l'homme avec les animaux constituent deux ordres de recherches distincts par les êtres ou par les états de ceux-ci sur lesquels portent nos investigations, mais la méthode reste la même dans l'un et l'autre cas.

C'est ainsi que la pathologie est dite à juste titre cette portion de la biologie concrète qui traite de la comparaison des états morbides aux états sains; et que l'anatomie pathologique en particulier n'est qu'un des modes de l'anatomie comparative, celui dans lequel on compare les états accidentels des parties, tant avec leurs semblables à l'état normal qu'avec elles-mêmes aux diverses phases de leur évolution morbide; et dans cet ordre de choses, ce qui est difficile ce n'est pas l'anatomie et la physiologie pathologique, mais bien l'étude de l'état normal. Je n'ai pas besoin de montrer dans cette assemblée comment il arrive que vouloir donner une autonomie dogmatique à l'examen des dérangements organiques et fonctionnels en dehors d'une liaison nécessairement établie entre ceux-ci et l'état normal conduit à une telle confusion entre les objets les plus disparates et à une nomenclature si pleine d'arbitraire dans la désignation de ces objets, qu'elles justifient tout à fait l'éloignement qu'inspirent des études aussi peu rigoureuses aux savants qui, après s'être inspirés des méthodes que nous donnent la physique, la chimie, etc., cherchent à étendre leurs connaissances jusque-là. Et cependant lorsqu'on voit avec quelle netteté on peut spécifier comment chaque tissu morbide dérive d'un tissu normal, quelles sont les diverses formes d'altérations que ceux-ci peuvent offrir, et qui constituent autant de maladies de chacun d'eux, dont on peut saisir les phases évolutives en se reportant à chaque pas vers les périodes du développement normal, on ne peut que s'étonner de voir si souvent repoussées systématiquement les règles qui conduisent à déterminer la nature des produits pathologiques par leur comparaison aux tissus ou aux humeurs sains dont ils proviennent.

NOTE
SUR UNE VARIÉTÉ PARTICULIÈRE DE KYSTES DE LA BOUCHE
(Kystes périostiques)

Par M. le docteur E. Ancelet (de Vailly-sur-Aisne),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Je ne saurais dire si les deux faits qui suivent présentent quelque chose de véritablement neuf; ils me paraissent toutefois indiquer chez certains kystes de la bouche un mode d'origine, un siége anatomique, qui n'ont point été suffisamment signalés. Il s'agit, dans le premier cas d'un kyste présentant cette circonstance particulière que l'examen extérieur n'avait pu déterminer, qu'il tenait au maxillaire dénudé en un point par un pédicule étroit, en sorte qu'il semblait dû à l'expansion d'une petite partie du périoste considérablement développée. Le second en montrant d'une façon encore plus manifeste le même mode de production nous en fait voir le mécanisme, savoir : le décollement partiel du périoste causé par la déviation des dents.

Voici au surplus les deux observations :

Obs. I. — M. C....., tonnelier à Vailly, âgé de 35 ans, voyait croître depuis quelque temps, dans la cavité buccale, une tumeur qui ne déterminait aucune douleur et pour laquelle il vint me consulter en mai 1865.

Voici ce que je constate :

Au fond du sillon que forme la muqueuse buccale en se réfléchissant de la joue sur l'arcade alvéolaire inférieure du côté droit, au niveau des molaires, existe une tumeur du volume d'une petite noix, indolente à la pression, fluctuante, couverte par la muqueuse qui lui est peu adhérente et a conservé ses caractères physiques. On peut lui imprimer quelques mouvements et elle semble peu adhérente aux parties qui l'entourent. La deuxième molaire manque. A l'extérieur, la tumeur détermine une déformation de la joue en rapport avec son volume.

Le 25 mai, une ponction donne issue à un liquide limpide, visqueux, analogue à la synovie, qui ne fut point analysée. Injection de teinture d'iode pure; suppuration consécutive dont le produit est chaque jour évacué par la pression. Au bout de quinze jours la tumeur n'existe plus, on sent seulement au lieu qu'elle occupait un noyau induré.

Les choses restent en cet état pendant six ou sept mois, puis la tumeur se reproduit, et toujours sans déterminer aucune douleur, elle reprend peu à peu sa forme et son volume primitifs.

Vers le milieu de février 1867 des douleurs lancinantes commencent à se manifester; une nouvelle opération est décidée, et, peu satisfait du premier résultat, je prends cette fois la résolution de disséquer et d'enlever le kyste.

Le 9 mars, je pratique sur le sommet de la tumeur une double incision semi-elliptique pendant laquelle le kyste est ouvert. Le liquide était cette fois purulent; il y avait eu inflammation de la paroi interne et les douleurs lancinantes avaient été la traduction de ce travail pathologique. Un instant après survint une hémorrhagie en nappe assez abondante provenant évidemment de la face interne des parois. Je me trouvais donc en présence d'un de ces kystes hémorrhagiques dont j'avais rencontré un exemple beaucoup plus grave dans un cas de kyste du corps thyroïde, avec cette différence que dans ce dernier l'hémorrhagie était en jet et avait suivi immédiatement la ponction, tandis qu'ici elle était en nappe et ne se manifestait qu'après l'évacuation du liquide. Quoi qu'il en soit, cette circonstance gênant la manœuvre, m'obligea à modifier, séance tenante, le procédé opératoire, et, au lieu d'enlever le kyste, je pris le parti de le détruire sur place.

Je cautérisai donc largement avec le nitrate d'argent, le seu caustique que j'eusse sous la main, et je tamponnai la cavité.

Lorsque je retirai le tampon le lendemain, je pus examiner plus à loisir la constitution du kyste. Il était constitué par une membrane fibro-séreuse assez mince, immédiatement sous-muqueuse; mais au lieu d'être complétement libre au sein des tissus environnants, comme je l'avais cru, il adhérait intimement par un point limité à la face externe de l'alvéole de la molaire qui avait été enlevée. Un stylet introduit faisait percevoir nettement la sensation d'un os dénudé, de sorte qu'il me paraît évident que la membrane propre du kyste était fermée par l'expansion du périoste lui-même, mais modifié dans sa structure. Cette tumeur était d'ailleurs pédiculée et ne tenait au maxillaire inférieur que par un point très-limité de sa périphérie.

Le même traitement fut continué. La cavité, profonde de 3 centimètres à peu près, était remplie chaque jour de charpie imbibée de chlorure d'antimoine, puis, quand le kyste me parut suffisamment détruit, de teinture d'iode, dans le but de faciliter l'adhésion des parois.

Ce fut seulement au bout de deux mois que le résultat fut complétement obtenu. Le travail de réparation se faisait d'autant plus lentement que les parties étaient moins profondes. Ainsi le malade conserve pendant un mois presque sans changement un petit cul-de-sac présentant à peu près un demi-centimètre de profondeur et d'ouverture. Faut-il en accuser un état morbide de l'os et l'absence du périoste en ce lieu? Aujourd'hui la cicatrice est à peine apparente.

Cette observation fut communiquée à la Société de médecine de l'Aisne en janvier 1868. Actuellement, c'est-à-dire près de deux ans après l'opération, il n'y a pas trace de récidive.

Obs. II. — M. P. G...., âgé de 36 ans, chaudronnier, domicilié à Cuffies, s'aperçut en mars 1867, qu'il portait à la partie moyenne du sillon gengivo-labial supérieur une petite tumeur fluctuante. Cette tumeur, ouverte à Soissons le 12 juillet, donna issue à une certaine quantité de liquide rouge noirâtre d'une saveur désagréable. L'ouverture se cicatrisa en quelques jours, puis la tumeur se reproduisit et continua à s'accroître.

Opérée de nouveau, et encore par une simple ponction, en octobre, elle contenait cette fois un liquide jaunâtre. Quinze jours après elle s'était reformée et reprenait de nouveau sa marche croissante.

Je vois le malade en juin 1868.

Dans le sillon gingivo-labial supérieur, adhérente à la face antérieure de la gencive, qu'elle recouvre presque dans toute sa hauteur, se trouve une tumeur ovoïde, transversalement dirigée, longue de 4 à 5 centimètres, indolente ou peu douloureuse, nettement fluctuante, située sous la muqueuse, qui n'est point altérée mais lui adhère intimement. Cette tumeur est assez fixe, beaucoup moins mobile que dans le cas précédent, elle adhère évidemment à l'os par une base beaucoup plus large. Une tumeur analogue, mais moins saillante, située sur la ligne médiane, occupe à peu près toute la moitié antérieure de la voûte palatine. Le liquide qu'elle contient communique manifestement avec celui de la première tumeur. Les dents sont au complet, saines, mais elles sont noires, déjetées latéralement et en arrière.

Il ne pouvait être question d'enlever ce kyste, trop intimement uni aux tissus ambiants. Je me proposai donc d'agir comme dans ma première observation, c'est-à-dire de détruire le kyste sur place par des cautérisations répétées, puis d'obtenir l'adhésion par la suppuration déterminée au moyen de la teinture d'iode.

La ponction, pratiquée le 27 juin 1868, donna issue à une assez grande quantité de liquide fétide, d'une saveur très-désagréable, au dire du malade, roussâtre, de consistance visqueuse, tenant en suspension des parties plus solides qui ressemblaient à la fibrine du sang. Avant d'aller plus loin, je complétai l'examen de la tumeur, et, en introduisant un stylet, je pus constater les particularités suivantes :

La partie des maxillaires supérieurs qui correspond aux deux incisives droites et à la première incisive gauche, est manifestement dépourvue de périoste et l'on sent dans cet espace les racines des dents, qui font saillie et ont perforé les alvéoles. A partir de là et dans tous les sens, le stylet s'introduit dans des culs-de-sac profonds, nettement limités. Il s'agit donc bien non pas d'un simple décollement du périoste, mais d'un kyste à contenu d'origine hématique, ayant eu pour point de départ un décollement du périoste, lequel s'est ensuite considérablement distendu. Ce cas diffère du premier en ce que le pédicule, le point d'émergence est ici beaucoup plus large, et cette circonstance rend plus évident le mode de production que j'avais précédemment indiqué.

Et, allant plus loin, la saillie faite en ce point par l'extrémité de la racine d'une dent ne permet-elle pas de supposer rationnellement que l'agent actif du décollement du périoste, point de départ de la tumeur, a été cette dent même transperçant l'os comme ferait un corps étranger, par suite d'un défaut de concordance dans la direction de la cavité contenante et de l'organe contenu?

La portion palatine de la tumeur se vide en même temps et par la même ouverture que la partie gingivale sous l'influence des pressions et n'a pas reparu depuis. Elle communiquait avec le kyste principal à travers un léger écartement des os maxillaires.

La cavité du kyste fut largement cautérisée avec le crayon de nitrate d'argent et ces cautérisations furent répétées cinq jours de suite. Les jours suivants, je fis trois injections de teinture d'iode pure, puis le malade fut revu à des époques assez irrégulières, en raison de son éloignement. La suppuration s'établit dans la cavité du kyste, à laquelle elle resta bornée, donnant naissance à du pus phlegmoneux de bonne nature, qui s'écoulait facilement par l'ouverture entretenue par la cautérisation.

Le 15 novembre, alors que je n'avais pas vu le malade depuis un mois, je constate que la fistule est fermée; sous la muqueuse soulevée on sent un petit kyste de forme sphéroïdale, de 1 centimètre 1/2 de diamètre, indolore, situé dans le cul-de-sac gingivo-labial adhérent aux parties sous-jacentes par une base beaucoup plus rétrécie que celle du kyste primitif. Une ponction capillaire donne issue à du pus opaque mais très-liquide.

Le 30 janvier, la tumeur présente 1 centimètre au plus de diamètre; le liquide offre les mêmes caractères.

Ainsi, après sept mois de traitement assez irrégulièrement suivi, il est vrai, la guérison n'est point encore complète. Elle avait nécessité deux mois d'un traitement régulier dans le premier cas.

En résumé, indépendamment des grenouillettes qui ont presque exclusivement attiré l'attention, on trouve encore d'autres kystes dans la cavité buccale.

Quelques-uns semblent bien être en réalité des kystes salivaires, ayant leur point de départ dans des glandules salivaires. On les a signalés dans l'épaisseur des joues, des lèvres, et j'ai publié moi-même un cas de ce genre.

Mais d'autres qui se présentent avec les mêmes caractères extérieurs que les précédents ont une autre origine.

Ces tumeurs à contenu variable sont dues à la transformation en kyste d'un point plus ou moins limité du périoste à la suite d'un décollement de ce tissu, décollement qui peut être le résultat d'une anomalie dans la direction de la racine de la dent, venant perforer l'alvéole.

En raison de leur constitution même, ces kystes opposent au traitement une résistance, une lenteur de guérison qui rend leur pronostic relativement plus grave que celui des autres kystes de la cavité buccale avec lesquels on peut les confondre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MM. les docteurs en médecine qui ont obtenu de Son Excellence M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours à l'École pratique sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu jeudi 18 mars 1869, à 11 heures précises, dans la salle du Conseil de la Faculté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 10 mars 1869, ont été promus dans le corps des officiers de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re classe (choix): MM. Baizeau, médecin principal de 2e classe des hôpitaux de la division d'Alger. — Bonduelle, médecin principal de 2e classe aux salles militaires de l'hospice civil de Montpellier. — Larivière, médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Bordeaux. — Prudhomme, médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Belfort. — Fuzier, médecin principal de 2e classe à l'hôpital Saint-Martin.

Au grade de médecin principal de 2e classe (choix) : MM. Gouget, médecin major de 1re classe des hôpitaux de la division de Constantine. — De Finance, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Bourbonne. — Armieux, médecin-major de 1re classe des hôpitaux de la division de Constantine. — Navarre, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Marseille. — Meurs, médecin-major de 1re classe, bibliothécaire conservateur à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires. — Daga, médecin-major de 1re classe des hôpitaux de la division d'Alger.

Au grade de médecin-major de 1re classe (choix : MM. les médecins-majors de 2e classe Muller, Hattule, Lasnier, Weber et Gaujot; (ancienneté) Chabrely, Ouradou, Gasté, Scoutetten et Duauthier.

Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Fauvel, médecin-major de 2e classe en non activité; MM. les médecins aides-major de 1re classe (choix) Chambé, Girod de Miserey, Mathis, Guillemin, Liotard et Schaumont; (ancienneté) Denoix, Chabert, Vincent-Genod, Marteau, Paoli, Josué Sainte-Rose, Massaloup, Sculfort, Maratray, Mahillat et Bazille.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe (choix) : M. Capiomont, pharmacien principal de 2e classe, détaché au ministère de la guerre.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe (choix) : M. Robaglia, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital de Versailles.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe (choix) : MM. les pharmaciens-major de 2e classe Fontaine; (ancienneté) Le Roy.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe (choix) : MM. les pharmaciens aides-major de 1re classe Judicis; (ancienneté) Thomas.

— Par décret en date du 13 mars 1869, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion-d'Honneur :

Au grade d'officier : MM. Martin, médecin principal de 1re classe; Bouton d'Agnières, médecin-major de 1re classe; Fournez, pharmacien principal de 1re classe; Vesco et Rulland, médecins principaux de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Paulet, médecin-major de 1re classe; Bodeau, Portafax, Charles, médecins-major de 2e classe; Bérépion, vétérinaire en premier; les docteurs Privat, maire de Montagnac; Deroy, ancien aide-major; Malhes, maire d'Orignac; Picon, maire de Cattiar; Sérilhac, maire de Lamothe-Cumont; Carles et Coste, médecins de 1re classe de la marine; Morio, pharmacien de 1re classe de la marine; Michel et Cassan, médecins de 2e classe de la marine; Rebeau, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine.

— M. le professeur Dolbeau commencera son cours de pathologie chirurgicale le mercredi 17 mars, à 3 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

— M. le docteur Bouchut commencera un cours clinique sur les maladies de l'enfance le mercredi 17 mars, à trois heures, à l'hôpital des Enfants-Malades et le continuera les mercredis suivants.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa première séance, le mercredi 19 mars, à 3 heures et demie très-précises.

Ordre du jour. — 1° Discussion du mémoire de M. Durand-Fardel sur quelques points du diabète; 2° discussion du mémoire de M. Duroziez sur la variole et la fièvre typhoïde. — Communications diverses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Instruction sur la recherche des poisons et la détermination des taches de sang dans les expertises chimico-légales, par le docteur J. OTTO, médecin consultant et professeur de chimie à Brunswick, traduit sur la troisième édition allemande par M. Ströhl, professeur agrégé de Strasbourg. Un volume in-8. Prix, 3 francs.

Les poissons des eaux douces de la France. — Anatomie, physiologie, description des espèces, mœurs, instincts, industrie, commerce, ressources alimentaires, pisciculture, législation concernant la pêche, par M. Emile BLANCHARD, membre de l'Institut, professeur au Muséum. Un fort volume grand in-8. avec 151 figures dessinées d'après nature. Prix : 20 francs.

De l'usage du perchlorure de fer liquide, et notamment du perchlorure de fer dilué, dans le croup et dans les autres formes d'angine, par le docteur E. J. SCHALLER, ancien pharmacien en chef des hospices civils de Strasbourg. Paris, 1869. In-8. de 97 pages. Prix, 2 francs.

Sur la localisation des mouvements réflexes, par le docteur CAYRADE. In-8. Prix, 50 centimes. Paris, 1869.

Clinique médico-chirurgicale de la Ville, par le professeur PIORRY, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., etc. Un volume in-8. de 536 pages. Prix : 6 francs.

Les merveilles de la science, ou description populaire des inventions modernes, par M. Louis FIGUIER. Deux forts volumes grand in-8. jésus illustrés de plus de 1,300 gravures. Prix de chaque volume : 10 francs.

Étude sur les déchirures de la vulve et du périnée pendant l'accouchement, par le docteur MONTFORT. In-8. de 100 pages. Prix, 2 francs. Paris, 1869.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale, par M. A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. Deuxième édition revue et augmentée. Tome second (deuxième partie). 1 vol. in-12 de 360 pages. Prix de l'ouvrage complet en deux volumes, 14 francs. — La 3e partie du tome II, complétant l'ouvrage, paraîtra le 1er avril.

Des pigmentations cutanées dans la phthisie pulmonaire, pour O. JEANNIN, docteur en médecine, ancien interne des hopitaux civils de Lyon, lauréat de l'École de médecine de Lyon et préparateur de chimie à la même école. In-8. de 80 pages avec 1 planche et 6 figures dans le texte. Prix : 2 francs.

Cours de chimie pratique (analytique, toxicologique, animale), à l'usage des étudiants en médecine, par William ODLING. Édition française publiée sur la troisième édition par A. Naquet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1869. 1 vol. in-18 de 280 pages avec 71 figures dans le texte. Prix, 4 fr. 50.

Commentaires sur la structure microscopique du rein des vertébrés, à l'occasion d'un mémoire de Ch. Gross sur le même sujet, par le docteur SUCQUET, ancien préparateur d'anatomie au musée de la Faculté de médecine de Paris. In-8. avec une planche. Prix, 1 franc.

Pathologie des tumeurs, cours professé à l'université de Berlin par M. R. VIRCHOW, traduit de l'allemand par M. Paul Aronssohn, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, etc. Traduction revue par l'auteur. Tome deuxième. 1 vol. in-8. de 554 pages avec 74 figures dans le texte. Prix, 12 francs.

Traité pratique des maladies de l'utérus, de ses annexes et des organes génitaux externes, par le docteur NONAT, médecin de la Charité, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. — 2e édition refondue et considérablement augmentée, avec la collaboration du docteur LINAS. — 1re partie, 1 vol. in-8 de 543 pages avec figures dans le texte. — Prix de l'ouvrage complet : 15 francs.

Éléments de pathologie chirurgicale, par M. A. NELATON. Deuxième édition très-augmentée, publiée sous la direction de M. le docteur Péan, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. Tome deuxième (seconde partie). Avec 84 figures intercalées dans le texte. 1 vol. in-8. de 414 pages. Prix, 7 francs. Prix des tomes I et II parus, 22 francs.

Études sur les paralysies du membre supérieur liées aux fractures de l'humérus, suivies d'une observation de névroplasie traumatique généralisée avec lésions secondaires des articulations et des muscles, par le docteur REUILLET. In-8. Prix, 1 fr. 75.

Études sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles, pour servir à l'histoire des évolutions séculaires de la pathologie, par Charles ANGLADA, professeur de pathologie médicale à la Faculté de Montpellier. 1869. 1 vol. in-8. de 700 pages. Prix, 8 francs.

Psychologie naturelle. Etude sur les facultés intellectuelles et morales, dans leur état normal et dans leurs manifestations anormales, chez les aliénés et chez les criminels, par M. le docteur Prosper DESPINE. — 3 vol. in 8. Prix : 21 francs.

Deux observations de grossesse trigémellaire, avec leçons cliniques de M. le professeur Stoltz, rédigées par le docteur GROSS, premier interne, aide de clinique. Prix, 1 franc.

Métamorphoses, mœurs et instincts des insectes, par M. Émile BLANCHARD, de l'Institut. Un splendide volume gr. in-8. avec 200 figures intercalées dans le texte et 40 paysages d'histoire naturelle dessinés d'après nature et tirés à part. Prix : 30 francs.

Leçons sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques, par le docteur CHARCOT, recueillies et publiées par le docteur Bouchard. 2e série, 2e fascicule (*Hémorrhagie cérébrale*). In-8. avec 3 planches dont une en chromo-lithographie. Prix : 2 francs. Paris, 1869.

Déontologie médicale. Devoirs et droits des médecins vis-à-vis de l'autorité, de leurs confrères et du public, par M. le docteur Félix DELFAU (de Collioure). Ouvrage couronné par le Comité médical des Bouches-du-Rhône (Médaille d'or). In-18. Prix, 4 francs.

Recherches cliniques sur les modifications de la température et du pouls dans la fièvre typhoïde et la variole régulière, par le docteur Ernest LABBÉE. In-8. accompagné de tableaux dans le texte et de tracés sphymographiques et de courbes thermiques. Prix, 3 francs.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Imp. L. Poupart-Davyl, rue du Bac, 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 17 mars 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'un membre associé libre, en remplacement de M. Lafont-Ladébat, décédé. M. Coste, dont tout le monde connaît les beaux travaux d'embryologie comparée, qui lui ont valu la haute position qu'il occupe depuis longtemps dans la science, ne pouvait manquer d'être nommé à une très-grande majorité. C'est, en effet, ce qui a eu lieu. Il appartenait surtout à celui qui signe ces lignes de s'incliner d'avance devant ce résultat prévu, et personne ne suspectera la sincérité des félicitations qu'il adresse ici publiquement à son heureux compétiteur.

On trouvera le résultat du scrutin dans le compte rendu de la séance.

Avant et après l'élection, l'Académie a entendu une communication intéressante de M. Brown-Séquard et un beau rapport de M. Broca. Expérimentateur infatigable, M. Brown-Séquard prélude à son cours de pathologie comparée et expérimentale par l'étude des diverses manifestations morbides que suscitent les lésions provoquées des différentes parties du système nerveux. On connaît les effets assez singuliers qu'il a obtenus déjà chez les cochons d'Inde par la section transversale de l'une des moitiés de la moelle, la production d'un état épileptiforme se manifestant sous l'influence du chatouillement de l'un des côtés de la face. Le même état s'est produit à la suite de la section du nerf sciatique. Mais ce n'est pas tout. M. Brown-Séquard a lésé le corps restiforme chez ces animaux, et il en est résulté une hémorrhagie sous la peau de l'oreille et une gangrène sèche de ce même organe.

Ce dernier fait semble, au premier abord, assez bizarre, et on cherche quel lien il peut avoir avec les faits pathologiques connus. Il nous est venu à la pensée, en l'entendant énoncer, cet autre fait, non moins singulier peut-être, de la congestion du lobule de l'oreille chez les aliénés. Y aurait-il entre eux quelque analogie? C'est un objet de recherche à signaler aux médecins aliénistes.

Le rapport de M. Broca a pour sujet les deux derniers mémoires de M. G. Lagneau sur deux questions importantes d'anthropologie : l'une relative à la distribution géographique de certaines infirmités en France; la seconde ayant trait à la statistique de la population parisienne. Nous avons exposé un court résumé de ces deux mémoires à l'époque où la lecture en a été faite. (Voir les numéros du 24 mai 1868 et du 21 janvier 1869.) M. Broca reprenant ces deux sujets, avec l'autorité spéciale qui lui appartient, en a longuement et savamment disserté dans son rapport, que l'Académie a applaudi.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BARTHEZ.

Œdème de la glotte survenu dans le cours d'une coqueluche — Trachéotomie. — Mort. — Autopsie.

(Société médicale d'observation. — Séance du 8 février.)

Le 14 novembre 1867, une petite fille de 4 ans 1/2, nommée S....., fut admise d'urgence à l'hôpital Sainte-Eugénie et placée dans le service de M. Barthez, salle Sainte-Mathilde, n° 15. La sœur n'obtint des personnes qui l'amenaient que des renseignements assez vagues et très-insuffisants. L'enfant, disait-on, n'était malade que depuis trois jours; le médecin appelé auprès d'elle avait déclaré qu'elle était atteinte d'angine couenneuse et menacée du croup, et avait conseillé son transport immédiat à l'hôpital.

Je pus examiner la petite malade le soir même de son entrée et je la trouvai dans l'état suivant :

Le 14 au soir, l'enfant a toutes les apparences d'une assez bonne santé habituelle; elle n'est ni grasse ni maigre; la face est un peu colorée, mais l'expression est calme et naturelle, la peau est modérément chaude sans sécheresse, le pouls à 120. Il n'y a pas d'écoulement nasal, pas de gonflement des ganglions sous-maxillaires, qui sont absolument indolents. L'arrière-gorge est un peu rouge, les amygdales un peu grosses, mais de volume égal. La langue est grise à la base et humide.

La voix est affaiblie et voilée plutôt qu'éteinte. L'enfant respire avec bruit sans être précisément oppressée. Il n'y a pas apparence de tirage, mais l'expiration est prolongée, et parfois un peu pénible. A l'auscultation, on entend des deux côtés, tantôt le murmure vésiculaire, accompagné de simple sibilance, tantôt un sifflement aigu, évidemment trachéal, existant à l'expiration comme à l'inspiration. Çà et là en arrière, on distingue de gros craquements humides. La sonorité est partout normale. L'enfant semble tousser à peine; l'expectoration est muqueuse avec quelques crachats d'aspect nummulaire. Rien à noter du côté du cœur.

Prescription. Une potion avec 20 centigrammes de tartre stibié à prendre par cuillerée d'heure en heure.

Le 15, au matin, mêmes symptômes du côté des voies respiratoires. On renouvelle l'examen de la gorge, de la région sous-maxillaire, et on ne retrouve pas plus que la veille les signes d'une affection diphthéritique. L'état général est moins satisfaisant : le pouls est petit et fréquent (140), la peau chaude et moite. La potion a provoqué un vomissement et deux selles liquides. On en prescrit la continuation.

Le soir, les symptômes généraux sont les mêmes, mais nous constatons une amélioration locale notable. L'enfant est tranquille, légèrement abattue. La respiration est beaucoup moins bruyante, et à l'auscultation nous la trouvons seulement un peu voilée des deux côtés, sans râles.

Le mieux continue le 16. La fièvre tombe complétement. La respiration est toujours un peu sifflante, mais il n'y a plus d'oppression que par intervalles, au dire de la sœur. Pour nous, à la visite du soir comme à celle du matin, nous trouvons notre malade tout à fait calme. La voix, qui semble éteinte lorsqu'elle ne fait pas d'effort pour l'éclaircir, est au contraire nette et presque naturelle aussitôt qu'elle vient à l'élever un peu.

Le 17, nous trouvons l'enfant moins bien. Le pouls est plus fréquent (110-120), la respiration plus pénible. Le sifflement trachéal reparaît plus intense et plus continu. La fille chargée de veiller la nuit dernière nous dit avoir assisté à deux accès de toux suivis de suffocation, qui ressemblaient à des quintes de coqueluche. On reprend la potion émétisée qui avait été suspendue la veille.

Le 18, on ne peut nous dire s'il y a eu pendant la nuit de nouveaux accès de toux ou de dyspnée, mais l'état général et local s'est encore aggravé depuis la veille. La respiration est plus pénible et plus fréquente, la toux prend un timbre rauque. Le pouls est plus accéléré, la peau chaude. La face, un peu bouffie, exprime l'abattement. Mais ces symptômes sont encore plus accentués le soir. Vers cinq heures, nous trouvons l'enfant baigné de sueur avec de la dyspnée et un tirage marqué. La respiration est très-sifflante. A l'auscultation, la sibilance s'accompagne à peu près partout de ronflements mêlés, surtout à gauche, dans le tiers inférieur, à des râles humides.

La toux est encore un peu rauque, la voix enrouée. Il n'y a pas de quintes en notre présence.

L'émétique est continué.

Le 19, nous sommes étonnés d'apprendre que la nuit a été relativement calme. Le matin, la respiration est naturelle, sans tirage.

L'air pénètre bien dans la poitrine, le sifflement trachéal est amoindri. On entend encore de gros râles muqueux aux deux bases.

Mêmes symptômes le soir : cependant il y a un peu plus d'oppression; le pouls est fréquent (130-140), la peau chaude et sèche.

La sœur, dont l'attention a été éveillée sur la nature des accès déjà observés par la fille de salle, nous dit avoir entendu depuis la veille plusieurs quintes rappelant celles de la coqueluche et suivies d'expectoration.

Les crachats qu'on nous présente sont muqueux, collants et aérés.

Le 20, l'enfant, nous dit-on, a eu 3 ou 4 quintes dans la nuit. Elle a toujours de la fièvre et paraît peu soulagée, bien qu'elle ait vomi à diverses reprises. Mais nous ne pouvons savoir si c'est à la suite de ses quintes ou par le seul fait de sa potion. Le pouls bat 130, la chaleur est modérée, l'appétit nul. La face est toujours un peu bouffie. La voix semble tout à fait éteinte, mais redevient presque naturelle quand l'enfant cherche à parler fort. A l'auscultation, on n'entend guère que le retentissement du sifflement laryngo-trachéal. Pendant qu'on l'examine, la petite malade a devant nous une quinte analogue à celle de la coqueluche. Elle est cependant remarquable par sa force plutôt que par sa longueur, par le timbre rauque et sec de la toux, par l'intensité de la congestion faciale. La reprise existe, mais elle n'est pas très-bruyante. L'expectoration muqueuse est assez abondante. Il n'y a pas de vomissement en notre présence.

Le soir, même état général : pouls à 132. La malade est un peu plus oppressée (42 respirations par minute). L'expiration est à peu près double de l'inspiration, qui s'accompagne d'une dépression épigastrique modérée. Je suis témoin d'une quinte semblable à celle du matin, avec quatre ou cinq reprises. Il y en avait eu cinq à six dans la journée.

Le 21, le pouls est toujours fréquent (144). La peau est chaude, la face bouffie et colorée. L'oppression n'a ni diminué ni augmenté depuis la veille; les quintes conservent leurs caractères. La reprise est toujours un peu faible et la toux éclatante. Même expectoration, mais plus abondante, opaque, adhérente au vase, et jaunâtre. A l'auscultation, on distingue avec le sifflement laryngo-trachéal un gros ronflement bas et vibrant qui s'entend un peu partout, mais surtout à droite.

Depuis deux ou trois jours, l'enfant a eu la diarrhée et ne mange pas. On suspend de nouveau la potion émétisée.

Le 22. Nous apprenons que la nuit a été mauvaise; que depuis la veille à neuf heures du soir, l'oppression a été presque toujours en augmentant, et nous trouvons notre petite malade en proie à une véritable orthopnée. La face est cyanosée, la bouche ouverte, les yeux hagards. Il y a un tirage excessif. Le sifflement laryngo-trachéal s'entend à distance; l'enfant s'agite en tous sens et porte sans cesse les mains à son cou. L'asphyxie faisant de rapides progrès et la mort étant imminente, la trachéotomie est résolue comme dernière ressource, et pratiquée sans délai par l'interne de garde. Malheureusement l'opération, quoique bien faite, ne sert qu'à précipiter le terme fatal. Les mouvements respiratoires ralentis dès le début, se suspendent complétement lorsque la trachée est ouverte; quelques difficultés dans l'introduction d'une canule trop volumineuse pour le calibre du tube aérien, viennent compliquer encore une situation déjà très-grave, et malgré des frictions énergiques, une respiration artificielle prolongée, l'enfant ne peut être rappelée à la vie. Elle succombe vers neuf heures au matin.

Le même jour, la grand'mère de notre petite malade, vient me donner un peu tardivement sur ses antécédents et sur le début de sa maladie, des renseignements assez complets.

Le père était mort phthisique, la mère était bien portante. L'enfant n'avait eu antérieurement aucune maladie grave; seulement elle était sujette aux maux de gorge et avait parfois, la nuit, des étouffements; sa respiration devenait alors sifflante, et elle toussait comme dans le croup. — Depuis trois mois environ, elle avait la coqueluche : depuis dix jours, les quintes de toux étaient devenues plus fréquentes; en même temps, l'enfant fut prise de mal de gorge avec fièvre, puis d'une oppression croissante. Le médecin, appelé la veille de son entrée, ne parla point d'abord d'angine couenneuse; il dit simplement que la gorge était enflammée; seulement, l'oppression augmentant, il dit en dernier lieu qu'il s'agissait sans doute d'une angine couenneuse et qu'on serait peut-être obligé de faire une opération. D'ailleurs, à aucun moment, l'enfant n'avait rendu de peaux blanches, les parents n'en virent point, et le médecin n'en fit aucune mention.

L'autopsie fut pratiquée le 23 au matin, 24 heures après la mort. En voici le résultat :

Les deux plèvres présentent quelques traces d'adhérences anciennes; les poumons sont d'une couleur gris foncé assez uniforme avec de la congestion aux bases, où, en quelques points, le parenchyme a subi un commencement d'affaissement. Il y a, en avant et aux sommets, de l'emphysème vésiculaire, mais peu prononcé. Nous ne trouvons pas trace de tubercules.

Au niveau de la bifurcation de la trachée existent quelques *ganglions bronchiques* assez volumineux, mais non dégénérés. Ils ne compriment ni la trachée ni les bronches. Le *pneumo-gastrique* gauche et le récurrent du même côté les côtoient sans s'engager dans leur masse et sont parfaitement sains. Dans l'arbre respiratoire, la muqueuse est modérément injectée. Un liquide spumeux remplit toutes les divisions bronchiques. A la coupe, les poumons présentent des sections de bronches d'où l'on fait sourdre cette écume par la pression. La coloration de la muqueuse trachéale est vive et uniforme. L'incision de la trachée part du 3e anneau; elle est un peu longue, mais droite.

La muqueuse *laryngée* est rouge, mais non épaissie, non ramollie. Le pourtour de l'orifice supérieur et les replis aryténo-épiglottiques offrent un aspect remarquable. Ils sont d'un rouge violacé, ainsi que la région du pharynx qui les avoisine; de plus, la muqueuse qui les constitue est ridée, flasque, relâchée. Les deux feuillets adossés n'ont aucune adhérence entre eux. Elle paraît avoir été distendue récemment par un liquide qui a presque entièrement disparu au moment de l'examen nécroscopique. L'incision humecte le scalpel, mais ne donne point issue à de la sérosité. Il n'y a pas apparence de suppuration. Plus haut, l'épiglotte, les muqueuses du pharynx, de l'isthme du gosier, sont colorés. Les deux amygdales sont restées assez grosses.

Rien à noter dans les autres organes, sinon la congestion passive des principaux viscères et quelques ecchymoses sous-pleurales, principalement dans le médiastin postérieur, au-devant de l'aorte descendante.

Résumé. — Une fille de quatre ans et demi, sujette aux angines, et peut-être à des accès de dyspnée nocturne, est atteinte,

depuis environ trois mois, d'une coqueluche qui s'aggrave assez brusquement en se compliquant de mal de gorge, d'enrouement et de difficulté à respirer. Bientôt on la croit menacée du croup, et on la conduit, le 14 novembre, à l'hôpital. Là, aucun signe positif ne vient confirmer l'idée d'une affection pseudo-membraneuse. — L'enfant offre plutôt au premier abord, avec un appareil fébrile modéré, les signes locaux d'une laryngo-bronchite peu intense. La respiration est bruyante, parfois sifflante et difficile, mais sans véritable dyspnée; la voix affaiblie, mais non éteinte; la toux peu fréquente. De gros râles secs et humides sont disséminés à l'auscultation. Du 15 au 17, sous l'influence de l'émétique, tous les symptômes s'amendent, la fièvre tombe. L'oppression ne revient que par intervalles. Le 17 et le 18, il y a aggravation de l'état général et local. Les quintes, plus violentes que fréquentes, provoquent des congestions répétées de la face, qui reste bouffie. L'oppression augmente, et, le 18 au soir, il y a une véritable dyspnée avec tirage et sifflement laryngo-trachéal. Nouvelle rémission dans la nuit et la journée du 19, suivie d'une nouvelle exacerbation qui commence le 20 au matin. Fréquence du pouls, violence des quintes, oppression, congestion faciale; tous les symptômes, notés dès le début, s'accentuent davantage; la voix persiste, bien qu'elle semble parfois éteinte. A l'auscultation, un râle ronflant, dominant, à droite, s'ajoute aux phénomènes stéthoscopiques déjà constatés. Le 22, dans la matinée, après une mauvaise nuit, l'oppression devient extrême, l'enfant suffoque rapidement et meurt au milieu d'une trachéotomie pratiquée *in extremis*.

A l'autopsie, on trouve une injection générale de la muqueuse respiratoire, modérée dans les bronches, plus vive dans la trachée, intense vers l'orifice supérieur du larynx, et, à ce niveau, les traces d'une tuméfaction œdémateuse des replis aryténo-épiglottiques.

RÉFLEXIONS. — Y a-t-il eu réellement, dans le fait que je viens de rapporter, œdème de la glotte? Cette question paraît résolue d'avance par la relation de l'autopsie. En effet, la lésion laryngée décrite plus haut ne peut guère recevoir, semble-t-il, d'autre interprétation que celle que nous lui avons donnée. Cependant elle ne répond point à la description classique de l'angine laryngée œdémateuse : nous n'avons pas vu ces gros bourrelets distendus par de la sérosité et du pus dont parlent tous les auteurs, et il y aurait là de quoi inspirer des doutes, sinon sur l'authenticité de l'œdème, du moins sur le degré qu'il a pu atteindre et sur l'importance qui lui revient dans le cas actuel. Mais on sait que l'affaissement des bourrelets, après la mort, s'observe quelquefois, et qu'un gonflement, assez considérable pour déterminer les plus graves accidents, peut ne laisser sur le cadavre que d'assez faibles traces. Sestier, dans un mémoire (1) bien connu, cherche à expliquer le fait dont il cite un exemple emprunté aux Bulletins de la Société anatomique. Pour lui, la disparition du liquide est en général un phénomène cadavérique. « On sait, dit-il, que, peu après la mort, le sang et même la sérosité abandonnent les tissus engorgés. En outre, dans l'intervalle qui sépare la mort de la nécropsie, une sorte de transsudation ou d'évaporation peut avoir lieu, ou le liquide s'écouler par la coupe transversale faite au-dessous du larynx. » Toutes ces raisons sont admissibles dans notre cas, et on pourrait y ajouter l'effet produit par l'émission sanguine qui a accompagné la trachéotomie. En somme, pour nous, le résultat de l'autopsie est positif, et les accidents dont nous avons été témoins ont bien été causés par l'œdème de la glotte.

Dans notre fait, le *diagnostic* devait présenter et présenta d'insurmontables difficultés. D'une part, les véritables antécédents de l'enfant nous manquèrent jusqu'au dernier jour; d'autre part, les renseignements si brefs obtenus au moment de son admission ne servirent qu'à nous dérouter en nous imposant, pour ainsi dire, l'idée d'une affection pseudo-membraneuse qui n'avait jamais existé. Cependant un examen attentif nous fit promptement reconnaître chez notre malade l'absence de tous les signes positifs d'une infection diphthéritique; mais cette cause d'erreur écartée, une autre s'offrait à nous. En effet, la plupart des symptômes présentés par l'enfant pouvaient être rapportés à une tuberculisation des ganglions bronchiques. Oppression modérée, habituelle, dyspnée fréquente sans accès proprement dits, mais avec des alternatives de rémission et d'aggravation; quintes semblables à celles de la coqueluche, mais avec une reprise faible et une toux rauque ou striduleuse; congestion intense et bouffissure du visage; râles ronflants, uniformes, perçus dans toute l'étendue des deux poumons et, en dernier lieu, prédominants d'un côté; altérations irrégulières du timbre de la voix, disparaissant par l'effort: N'avons-nous pas sous les yeux un ensemble de phénomènes qui rappelaient parfois à s'y méprendre ceux qu'on a attribués avec raison à la compression des conduits aériens, des vaisseaux du cou et des nerfs du larynx dans la phthisie ganglionnaire? D'autre part, il nous manquait un signe qu'on a considéré comme fréquent dans l'œdème de la glotte, et comme presque pathognomonique de cette affection : je veux parler de cette dyspnée spéciale de Bayle, qui porte uniquement sur l'inspiration et laisse l'expiration libre. Qu'on joigne à tout cela l'impossibilité absolue d'interroger l'enfant, la brièveté de son séjour dans les salles, et on comprendra que l'erreur était à peu près inévitable. Enfin, certaines lacunes dans l'examen de notre malade, résultant précisément de l'illusion qui nous dominait, contribuèrent peut-être à l'entretenir. Ainsi le larynx ne fut pas ausculté, l'exploration digitale, l'examen laryngoscopique ne furent point tentés, et, s'il y eut de la dysphagie chez cette enfant qui, d'ailleurs, mangeait à peine, nous n'en fûmes point avertis.

En même temps que l'autopsie nous éclairait sur le véritable siége de la lésion, des renseignements tardifs, mais précis, nous apprirent que l'enfant était entrée à l'hôpital avec la coqueluche. Dès lors, tout s'expliquait : les quintes, les râles secs et humides, par cette coqueluche déjà ancienne et par la bronchite qui l'accompagnait; la dyspnée, les bruits laryngo-trachéaux, les altérations de la voix et de la toux, par l'œdème de la glotte et par la laryngite concomitante.

L'œdème de la glotte, chez les enfants comme chez les adultes, est presque toujours une affection secondaire. On l'a remarqué surtout au décours de la fièvre typhoïde, à la suite des fièvres éruptives, dans l'anasarque albuminurique. Il paraît être fort rare dans la coqueluche. Sestier, à qui nous devons l'énumération la plus complète des maladies qui peuvent présenter cette complication, ne relève qu'un cas de ce genre : c'est celui d'une petite fille de six ans, dont Benoit a rapporté l'observation dans les *Archives de la Société de médecine pratique de Montpellier*. Chez elle, l'œdème laryngé survint au début de la coqueluche, à la suite d'un angine gutturale. Ni Trousseau, ni Valleix, ni Krishaber et Peter, dans un récent article sur les maladies du larynx (1), ne parlent de faits analogues. Je suis donc porté à croire que celui de Benoit est le seul publié jusqu'ici, et je regrette d'autant plus de n'avoir pu en prendre connaissance, le recueil où il se trouve n'existant pas à la Bibliothèque de la Faculté. Mais, pour en revenir au nôtre, l'œdème de la glotte devait-il être, dans ce cas, attribué à la coqueluche? En était-il une complication directe? Telle fut l'impression de notre vénéré maître, M. Barthez. Il nous suggéra l'idée que chez cette enfant, dont les antécédents paraissaient d'ailleurs accuser une disposition marquée aux angines, aux laryngites, aux accès de faux-croup, de fortes quintes avaient pu déterminer vers la muqueuse laryngée des congestions successives comme celle de la face; que, comme à la face, ces hyperémies répétées avaient pu provoquer à la longue une suffusion séreuse dont le tissu cellulaire des replis aryténo-épiglottiques avait été le siége d'élection, et qu'enfin cet œdème congestif, après des alternatives d'augmentation et de décroissance, avait fini par se développer au point de provoquer une une crise de suffocation mortelle. Cette explication paraît très-naturelle et très-satisfaisante; mais est-elle la seule possible, et ce phénomène d'ordre purement mécanique doit-il seul être mis en cause? Examinons la question. D'abord, on pourrait se demander si l'œdème du larynx et la bouffissure du visage n'ont pas eu pour point de départ commun une altération du sang. On sait, en effet, que l'anasarque apparaissant dans le cours d'une coqueluche est parfois le signe d'une maladie de Bright, et plus souvent encore dénote un état cachectique dû à la violence des quintes et à la fréquence des vomissements. Mais l'enfant soumise à notre observation n'avait pas d'anasarque, et, chez elle, l'œdème évidemment congestif de la face n'avait rien de commun avec cette bouffissure pâle qui est un des traits caractéristiques du mal de Bright à son début. Elle n'était pas non plus franchement cachectique; cependant il semble assez naturel de croire que chez elle, comme chez tous ces sujets longtemps malades, le sang était devenu moins plastique, et qu'elle a été placée par là dans des conditions éminemment favorables au développement de l'œdème.

On serait aussi en droit de supposer qu'une laryngite survenue dans le cours de la coqueluche, soit à titre de complication, soit comme un simple épiphénomène, a été la véritable cause du mal. Il est positif que notre malade était atteinte de laryngo-trachéite et de pharyngite, et qu'une angine gutturale paraît avoir marqué chez elle le début des accidents. Mais lorsqu'une laryngite se complique d'un œdème de la glotte, celui-ci est presque toujours phlegmoneux à un certain degré; les bourrelets sont formés par du pus ou par de la sérosité purulente. Ici, rien de pareil; l'épanchement était séreux, ainsi que le prouve la rapidité de sa disparition et le peu de traces qu'il a laissées. D'ailleurs les accidents dus à cette lésion, si elle dépendait d'une laryngite aiguë, ne seraient-ils pas plus aigus eux-mêmes? Présenteraient-ils toutes les alternatives de rémission et d'aggravation? On a peine à l'admettre. Il est donc très-douteux que notre œdème fût de nature inflammatoire; néanmoins, on doit reconnaître que la phlogose des muqueuses laryngée et pharyngée a pu, en déterminant un afflux sanguin prolongé vers l'orifice supérieur du larynx, favoriser et activer la suffusion séreuse.

En somme, je me rattache à la première interprétation comme à la plus rationnelle, à celle qui rend le mieux compte de ce qui s'est passé; seulement, je crois qu'il faut reconnaître ici le concours de diverses circonstances. L'appauvrissement du sang, une certaine propension aux accidents laryngés, la laryngo-trachéite actuelle, voilà, suivant moi, les causes prédisposantes, à divers degrés, de cette complication remarquable; la congestion mécanique de la glotte par le fait des quintes, en voilà la cause déterminante.

HÉMORRHAGIES PASSIVES DE L'UTÉRUS.

TRAITEMENT PAR L'ABRASION.

Par le docteur O. SAINT-VEL

Il est utile, lorsque le silence s'est fait sur une question imparfaitement résolue, de la reprendre pour voir à quel degré de crédit ou de discrédit elle est insensiblement arrivée. L'abrasion de la cavité utérine par la curette de Récamier, dont M. Nélaton (2) disait sagement, en 1853, que c'est une opération qu'il fallait juger non par elle-même, mais bien par ses résultats, est une de ces questions qui ont passé du domaine de la discussion dans celui de la pratique où elle s'est définivement établie. Elle offre encore bien des points obscurs qui appellent de nouvelles recherches. Je ne m'attacherai qu'aux faits principaux du sujet. Examinons d'abord l'origine de la question et le point où la discussion l'a laissée, avant de constater les résultats ultérieurs.

Récamier (1), saisissant la relation qui existe entre l'hémorrhagie chronique et la présence dans la cavité du corps de l'utérus de productions fongueuses ou granulées et fibreuses, compara celles-ci à de petites tumeurs hémorrhoïdales, et pensa que le même traitement devait convenir à deux affections analogues. Frappé de la facilité avec laquelle l'ongle énucléait ces granulations, il inventa un instrument spécial, la curette, pour le râclage de la cavité utérine. Récamier avait à la fois signalé une affection inconnue et trouvé la méthode de traitement qui lui convient. Et cependant Récamier, qui n'a décrit nulle part avec précision les fongosités utérines, avait entrevu plutôt que réellement approfondi le fait pathologique. Il appliquait le râclage à des états morbides très-différents, « à des fongosités, dit-il, semblables à « un détritus de placenta, à des grappes de groseille, variables « pour le volume, irrégulières, tantôt denses, blanchâtres et « demi-fibreuses, tantôt molles et vasculaires. » L'opération ne reposant pas sur une donnée anatomo-pathologique précise et les fongosités utérines ne fournissant non plus chez le malade des signes objectifs assez nets, l'abrasion fut condamnée par de très-bons esprits, MM. Paul Dubois, Michon, Aran, Scanzoni, malgré les très-nombreux succès de MM. Récamier, Robert, Nélaton, Maisonneuve et Nonat.

Tel était l'état de la question il y a dix ans. L'histologie y avait apporté une grande clarté, mais elle avait fourni des arguments aux opposants. « L'abrasion, disait avec beaucoup de justesse « M. P. Dubois, n'a presque jamais d'autre résultat que l'extrac« tion de corps mous, pulpeux, d'un gris rosé, membraniformes « et non granuleux, qui ne sauraient être considérés que comme « des fragments ou des lambeaux de la membrane muqueuse, et « ce n'est pas seulement l'aspect qu'ils offrent à l'œil nu, c'est « aussi l'examen microscopique qui permet d'y constater tous « les éléments anatomiques de cette membrane. Étalés d'ailleurs « avec soin ou flottant dans un liquide, ces fragments muqueux « ne présentent aucune des granulations indiquées. Les abra« sions ne démontrent ni la présence sur la membrane muqueuse « utérine de productions granuleuses ou érectiles, ni celle des « granulations inflammatoires. Cependant l'extraction de ces « parties membraneuses n'implique-t-elle pas un boursoufle« ment, un ramollissement, enfin un état pathologique quelcon« que de la membrane interne qui en rendrait la séparation pos« sible? L'observation clinique est trop incomplète pour qu'elle « autorise à exprimer à cet égard une opinion positive, et les « partisans de l'abrasion ne me semblent posséder encore aucun « des éléments nécessaires pour répondre à cette question. »

Dans cette réserve de M. Dubois se trouvait contenu le nœud de la question. Il est évident que Récamier et d'autres chirurgiens après lui ont appliqué le râclage à des lésions différentes de l'utérus. Dans la première observation de Récamier, chez une malade qui mourut de péritonite après la récidive de la lésion utérine, il est question de granulations pédiculées, simulant des grappes de groseille. Cette disposition racémiforme, remarque Aran, est propre à l'épithélioma. Mais dans le plus grand nombre des cas, ainsi que je l'ai vu chez des malades opérées par M. Demarquay, les produits pathologiques ramenés par la curette sont toujours les mêmes, et dénoncent par conséquent un état pathologique spécial. C'est cette altération de la muqueuse utérine qu'il s'agit de faire connaître. Il existe là malheureusement encore bien des *desiderata*.

Les nécropsies, loin de l'éclairer, ont plutôt jeté un faux jour sur la question. Pour un esprit sévère, les autopsies, pour avoir une valeur absolue, auraient dû être faites sur des femmes ayant offert à l'observation les symptômes de l'affection. Or, c'est surtout chez des femmes emportées par le choléra ou mortes de toute autre maladie qu'on a rencontré des fongosités utérines. La plupart du temps, ignorance des antécédents, absence de symptômes caractéristiques. La relation de cause à effet ne peut être saisie, et dès lors l'examen, s'il retrouve de l'analogie, ne peut affirmer une complète similitude entre ces lésions rencontrées par hasard et celles qui réclament l'abrasion. M. Kœberlé (2) a trouvé une quinzaine de cas de fongosités utérines sur plus de deux cents utérus qu'il a examinés avec soin, et il a conservé onze de ces pièces pathologiques. Dans neuf de ces cas, il n'a eu que la pièce anatomique, et, dans les deux autres cas, l'observation des symptômes semble bien insuffisante. Sur cent et quelques cadavres dont l'utérus a été examiné avec soin, M. Richet (3) a recueilli sept ou huit cas de fongosités utérines. « Dans la plu« part des cas, dit-il, je n'ai pu recueillir que des renseigne« ments vagues sur les symptômes auxquels elles avaient donné « lieu pendant la vie; mais j'ai pu observer avec soin deux ma« lades chez lesquelles l'autopsie ne permit de découvrir la cause « des accidents qu'elles avaient éprouvés. » L'examen cadavérique laisse donc beaucoup à désirer, et l'anatomie pathologique se borne en quelque sorte à l'examen histologique des produits ramenés par la curette. Disons, en passant, que cette circonstance, si elle est regrettable au point de vue anatomo-pathologique, justifie l'abrasion des critiques dirigées contre elle et en proclame l'innocuité.

(*Sera continué.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 16 mars 1869. — Présidence de M. BLACHE.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1868 dans le département de la Loire-Inférieure. (Comm. des épidémies);

(1) Sestier. *Mémoire sur l'angine laryngée œdémateuse*; 1852, p. 35.

(1) *Dictionn. encyclopéd. des Sciences méd.*; 1er vol. de la 2e série, 1868.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1853; nº 17. Leçon clinique.

(1) *Recherches sur les maladies utérines*. Note lue à l'Académie de médecine les 7 février et 14 mars 1843. (*Union médicale*, juin 1850.)
(2) Goldsmidt. *Thèse de Strasbourg*; janvier 1859.
(3) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. V; janvier 1855.

2° Un rapport supplémentaire sur le service médical des eaux minérales de Forges (Seine-Inférieure), par M. le docteur Caulet. (Comm. des eaux minérales);

3° Une copie du registre d'inscriptions des malades traités en 1867 à l'hôpital militaire de Bourbon-l'Archambault.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur H. Gintrac (de Bordeaux), qui sollicite le titre de membre correspondant;

2° Une lettre de M. le docteur Liegey de Sambervillers (Vosges), contenant une réclamation de priorité, au sujet de certaines opinions émises par M. le docteur Bailly (de Bains) sur les fièvres catarrhales. (Comm. MM. Guéneau de Mussy, Vigla et Chauffard);

3° Une note de M. le docteur Reignier (de Surger) sur les dangers qu'entraine l'usage des prétendus couverts d'étain. (Comm. M. Gobley);

4° Un travail de M. le docteur Pauvert sur l'hygiène des familles. (Comm. M. Barthez).

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

1° Par M. Cerise, au nom de M. le docteur Lunier, un projet de statistique applicable à l'étude des maladies mentales.

2° Par M. Gavarret, au nom de M. Bergeon, une note sur le mécanisme des bruits de la respiration. (Voir le n° de mardi dernier);

3° Par M. Larrey : 1° au nom de M. le docteur Hillairet, un rapport sur l'enseignement de la gymnastique dans les différents lycées. — 2° Au nom de M. le docteur Edouard Meyer, un volume intitulé : *Leçons sur la réfraction et l'accommodation*, professées à l'Ecole pratique et recueillies par M. le docteur Roulet (de Neufchâtel);

4° Par M. Robinet, une note imprimée sur la détermination par l'hydrotimétrie de la proportion d'acide carbonique libre contenu dans une eau gazeuse.

COMMUNICATION.

Effets de la lésion du corps restiforme. — M. Brown-Séquart, fait la communication suivante : Messieurs, je viens entretenir l'Académie de deux faits intéressants observés par moi dans mes dernières expériences, à la suite d'une lésion du corps restiforme.

C'est d'abord la production d'une hémorrhagie. On a vu souvent la production d'hémorrhagies dans les maladies nerveuses. Il y a, par exemple, une hémorrhagie rénale dans les maladies de la moelle épinière; une hémorrhagie intestinale dans les maladies du cerveau. Mais le fait dont je veux parler est tout à fait nouveau, il est très-fréquent après la lésion dont je vais vous parler, je pourrais même dire qu'il est constant, car, jusqu'ici, je l'ai toujours observé après la lésion dont il s'agit.

Je veux parler de la lésion du corps restiforme. Il se produit donc toujours après cette lésion, une hémorrhagie restreinte sans doute, mais cependant bien évidente. Le siége de cette hémorrhagie est sous la peau de l'oreille.

Un fait non moins remarquable que j'ai observé comme résultat de cette même lésion, c'est la production d'une gangrène de l'oreille même. Ce fait est à peine connu. On a bien vu se produire de la gangrène à la suite d'ulcères; mais ici c'est une gangrène sèche et qui n'a d'autre cause que la lésion du corps restiforme. Je ne sache pas qu'on ait observé rien de semblable dans la science jusqu'ici.

Une autre observation qu'il me faut mentionner, c'est qu'alors même que cette lésion n'a été faite que d'un seul côté, la gangrène se produit des deux côtés, mais beaucoup plus du côté lésé.

Il est un autre fait dont je veux dire un mot à l'Académie et qui est relatif aux expériences dont je l'ai déjà entretenue, je veux parler des résultats de la lésion de la moelle épinière. J'ai fait depuis un grand nombre de nouvelles expériences et j'ai observé ce fait fort curieux; à savoir que la lésion du nerf sciatique produit absolument les mêmes résultats que la lésion de la moelle épinière.

M. Brown-Séquard fait passer sous les yeux des membres de l'Académie, quelques-uns des cabiais sujets de ces expériences.

M. Colin. Je ne veux dire que deux mots relativement à la communication de M. Brown-Séquard, d'abord pour ce qui regarde ses expériences sur la section du corps restiforme, je ne vois pas là de gangrène; je ne vois que le résultat du froissement produit dans l'oreille pendant l'expérience. Un mot maintenant sur la lésion du nerf sciatique.

J'ai souvent coupé le nerf sciatique chez le cheval et jamais je n'ai remarqué d'épilepsie à la suite de cette section.

M. Brown Séquard. M. Colin n'a pas bien vu les animaux que j'ai fait passer sous les yeux de l'Académie, sans cela il aurait vu comme tout le monde la présence de la gangrène sur l'oreille. Maintenant pour la seconde objection de M. Colin, qu'il me permette de lui dire que de ce qu'il n'a pas observé d'épilepsie, il ne s'ensuit pas qu'il n'y en ait pas eu.

M. Colin n'a pas cherché à la produire. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'il ne l'ait pas vue, mais encore une fois cela ne prouve pas qu'il n'y en ait pas.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé libre. Voici la liste de présentation :

En 1re ligne : M. Coste.

En 2e ligne *ex æquo* : M. Brochin et M. J. Michon.

Sur 67 votants, M. Coste obtient 57 suffrages;

M. Brochin 7;

M. Michon 3.

En conséquence M. Coste, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu membre associé libre de l'Académie impériale de médecine. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

RAPPORT.

Statistique anthropologique. — M. Broca donne lecture d'un rapport sur deux mémoires de statistique anthropologique, présentés à l'Académie, par M. le docteur Gustave Lagneau.

L'étendue de ce rapport ne nous permet pas d'en présenter aujourd'hui une analyse. Nous rapporterons seulement l'appréciation qui le termine.

Les deux mémoires de M. Lagneau, dit en terminant M. le rapporteur, portent le cachet d'un esprit distingué et éclairé, préparé par de longues recherches à l'étude des questions les plus ardues de l'ethnologie nationale. Les travaux dont il a enrichi les publications de la Société d'anthropologie lui ont valu l'honneur d'être porté à la vice-présidence de cette société. Ceux qu'il présente aujourd'hui à l'Académie ont un caractère plus pratique, en ce sens qu'ils se rattachent plus directement à l'étude de la géographie médicale et de l'hygiène publique. Vos commissaires espèrent donc, messieurs, que vous voudrez bien leur permettre de signaler à l'attention de la section d'hygiène publique et de médecine légale, les travaux de ce confrère aussi savant que modeste, dont le nom éveille dans cette enceinte d'affectueux souvenirs.

M. Broca termine son rapport par les propositions suivantes : 1° Adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Lagneau pour son intéressante communication; 2° renvoyer ces deux mémoires au comité de publication.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 8 février. — Présidence de M. Barthez.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et approuvé.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de M. Thierry, qu'une indisposition empêche d'assister à la séance; — 2° une lettre de M. Duguet, qui demande à passer honoraire (accepté), et — 3° une lettre de M. Pechot, au sujet d'un envoi fait à la Société.

La correspondance imprimée comprend : 1° deux exemplaires d'un livre de M. le docteur Pechot, intitulé : *Principes de pathologie générale* (M. Meuriot est chargé d'en rendre compte à la Société);

2° Deux exemplaires d'une brochure sur les exhumations précipitées;

3° Un exemplaire de la thèse du docteur Bruté : *Etude clinique sur les différentes formes et les complications de la phthisie pulmonaire au point de vue du traitement.*

M. Monod donne lecture d'une observation intitulée : *Œdème de la glotte survenue dans le cours d'une coqueluche. Trachéotomie, mort, autopsie.* (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. Lolliot. — Quant à moi, même après les réflexions qui accompagnent l'observation que vient de nous lire M. Monod, je ferai quelques objections au sujet du diagnostic porté, œdème de la glotte; car je ne me suis pas laissé convaincre par les raisons données par M. Monod; et je verrai difficilement un œdème de la glotte dans ce cas, dans lequel on n'a pas observé pendant la vie le signe pathognomonique de l'œdème de la glotte, c'est-à-dire le trouble de l'inspiration avec l'expiration libre, et dans lequel on n'a pas retrouvé à l'autopsie les altérations de l'œdème. Tout manque ici pour caractériser un œdème de la glotte.

M. Monod. — Chez mon petit malade, on n'a pas observé, en effet, cette dyspnée spéciale, qui porte sur l'inspiration et laisse l'expiration libre; c'est là un signe fréquent dans l'œdème de la glotte, mais qui peut manquer; et c'est à tort qu'on le regarde comme pathognomonique. Pour ce qui est des résultats de la nécropsie, ils ne sont pas complétement négatifs. J'ai signalé l'état particulier des replis aryténo-épyglottiques, dont la la muqueuse était flasque, ridée. Le tissu cellulaire sous-muqueux paraissait avoir été distendu; il n'y avait plus, il est vrai, de boursouflement des replis, de véritable infiltration; mais tous les tissus étaient comme affaissés. Sestier a déjà avancé que les replis aryténo-épyglottiques œdématiés peuvent changer après la mort, et leur œdème disparaître, soit sous l'influence d'altérations cadavériques, soit par le fait de l'incision nécessitée par l'autopsie. C'est un cas analogue qu'il m'a été donné d'observer; et encore chez mon petit malade, je ne suis pas sans croire que la trachéotomie qui a été pratiquée, a pu également favoriser la disparition de l'œdème. Il y a eu une perte assez considérable de sang, et je pense que cette hémorrhagie a eu une certaine influence sur le gonflement œdémateux qu'elle a fait diminuer.

M. Lolliot. — Il est bien regrettable que pendant la vie on n'ait pas fait une exploration digitale ou l'examen laryngoscopique.

M. Monod. — Cet examen du larynx présente chez les enfants de grandes difficultés; mais d'ailleurs, nous ne l'avons pas tenté, pas plus que l'exploration digitale, puisque, comme je l'ai déjà dit, une erreur de diagnostic avait été faite.

M. Meuriot. — Je ferai aussi, pour ma part, quelques réserves à propos du diagnostic porté. Plutôt que d'admettre un œdème de la glotte chez le malade de M. Monod, chez lequel on n'a pas observé les symptômes d'un œdème, et chez lequel on n'a pas retrouvé les lésions de cette maladie, je préfère ne voir dans cette observation qu'un cas de laryngite compliquant une coqueluche et entraînant la mort à la suite d'accidents nerveux. De plus, en admettant même l'œdème de la glotte avec M. Monod, je ne voudrais accepter la pathogénie fort compliquée qu'il a attribuée à cet œdème. On a dû faire intervenir dans les causes du développement de cet accident la congestion mécanique de la glotte par le fait des quintes de toux, je rattacherai plus volontiers cet œdème à l'inflammation du larynx.

M. Monod. — Je crois que chez mon malade les accidents nerveux ont fait défaut; je le crois, parce que, lorsque l'élément spasme intervient, la dyspnée n'est pas continue, mais se montre par accès. Or, ce n'est pas là ce que nous avons observé; il y a eu seulement quelques rémissions dans la dyspnée continue que présentait le malade, mais jamais de transitions brusques. M. Meuriot me reproche d'avoir fait une pathogénie compliquée; c'est que je crois qu'il y a eu, indépendamment de l'inflammation du larynx, une congestion mécanique provoquée de ce côté par les quintes de toux. L'inflammation a agi comme cause prédisposante; l'action mécanique a été la cause déterminante. Cette explication n'est d'ailleurs qu'une hypothèse qu'il est permis de faire, car le cas est difficile et douteux. De plus, je puis regarder cet œdème comme inflammatoire, puisqu'il n'y avait pas de suppuration; et c'est là un caractère que l'on attribue généralement à l'œdème inflammatoire.

M. Meuriot. — Je crois que l'inflammation de la muqueuse laryngée peut donner lieu à un œdème aryténo-épyglottique et que cet œdème peut être caractérisé par une simple infiltration de sérosité dans le tissu sous-muqueux, sans aucune trace de globules purulents. Cet œdème n'en sera pas moins de cause inflammatoire.

M. Monod. — Avec Sestier, j'admets que l'œdème de la glotte est caractérisé par la présence de sérosité, ou d'un liquide séro-purulent, de pus ou même de sang, épanché dans les replis. J'admets également avec lui que l'œdème est dit inflammatoire, lorsqu'il y a épanchement de pus ou de sérosité purulente. Beaucoup d'auteurs, il est vrai, ont cherché à démontrer que l'œdème de la glotte se rattachait constamment à une laryngite antérieure, mais Barrier a combattu ces idées, que Valleix, en particulier, a soutenues de nouveau contre lui.

M. Meuriot. — Tous les œdèmes de cause inflammatoire ne sont nullement, par le fait même de leur nature, toujours caractérisés par un épanchement purulent. Quant à la signification du mot *œdème* de la glotte, au point de vue anatomique, elle est vague, car on désigne sous ce nom des maladies de divers ordres.

M. Hémey. — Je veux revenir sur une particularité intéressante de l'observation de M. Monod; c'est à propos de l'absence de lésions, ou du moins de la disparition presque complète des lésions qu'il a constatées chez son malade atteint d'œdème de la glotte. On observe généralement chez les malades qui succombent à cette maladie, presque toujours une diminution dans l'étendue de la lésion après la mort; les replis reviennent sur eux-mêmes et n'ont plus à l'autopsie qu'un tiers environ du volume qu'ils avaient pendant la vie. Les lésions cadavériques même peuvent manquer absolument, j'en ai pour ma part des observations authentiques.

M. Rigal. — Il m'a été donné d'observer deux cas fort curieux de laryngites chroniques, dans lesquels les malades présentèrent tous les symptômes d'un œdème de la glotte durant la vie, et parurent succomber sous l'influence de cette maladie, et dans lesquels on trouva à l'autopsie les replis aryténo-épyglottiques d'une dureté très-grande et nullement susceptibles d'infiltration.

M. Barthez. — M. Monod a admis que la principale cause de l'œdème qu'avait présenté son malade avait été une congestion sanguine. C'est une hypothèse, mais elle pouvait être discutée. Ne voyons-nous pas souvent confondre une laryngite simple avec le croup, parce que l'on observe des accès de suffocation? Ceux-ci sont occasionnés par une congestion sanguine du larynx, sans infiltration de sang. Au début, il n'y a pas d'œdème encore, mais un simple boursouflement sanguin. Ne peut-on pas admettre qu'une succession répétée de ces congestions est capable parfois de développer un véritable œdème? N'est-ce pas sous l'influence d'un même mécanisme que s'établit souvent la bouffissure de la face, à la suite de congestions répétées?

ÉLECTION.

M. Bottentuit, interne des hôpitaux, est nommé membre titulaire de la société.

Le secrétaire : Meuriot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour l'agrégation (section de médecine et médecine légale) vient de se terminer par la présentation de MM. Bouchard, Ollivier, Chalvet, Lecorché, Brouardel et Cornil.

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Montpellier (section de médecine) :

M. le docteur Hamelin (Elphège-Constant), né à Ancenis (Loire-Inférieure), le 4 décembre 1840;

M. le docteur Gingibre (Louis), né à Fabrègues (Hérault), le 16 octobre 1835.

Ces agrégés entreront en activité de service le 1er novembre 1871.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Jourdain (Sylvain-Hippolyte), docteur ès sciences naturelles, est chargé du cours de zoologie et d'anatomie comparée à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Vaillant, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Strasbourg. — Le concours pour l'agrégation (section de chirurgie) s'est terminé le 9 mars 1869 par

la présentation de MM. le docteur Joessel, chef des travaux anatomiques, et Gross, chef de clinique de la Faculté.

Écoles de médecine navale. — A la suite des concours ouverts près les écoles de Toulon et Rochefort, MM. les médecins de 1re classe Forné et Roux ont été nommés à l'emploi d'agrégé chargé des cours de petite chirurgie, appareils et bandages, dans ces deux écoles.

— Par décret en date du 24 février 1869, le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, la donation à elle faite par les dames Delessert, Hottinguer et Bartholdi, veuve et filles du sieur François Delessert, de la bibliothèque botanique de feu François Delessert, sous la condition que cette collection sera installée dans une salle distincte de la bibliothèque de l'Institut, sous le nom de *Bibliothèque — botanique — Delessert.*

— Par décret en date du 27 février 1869, le préciput du doyen de la Faculté de médecine de Paris est porté au chiffre de 3,000 francs.

— Par décret en date du 13 mars 1869, M. le médecin principal Mazé, a été promu au grade de médecin en chef de la marine, pour le service dans l'Inde.

— Par décision ministérielle, MM. Lozach, médecin principal, et Audibert, pharmacien de 1re classe de la marine, ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite, à titre d'ancienneté de service et sur leurs demandes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sibille, honorable praticien de Paris, et de M. le docteur Parant, médecin des prisons de Toulouse.

— M. le docteur Ortéga, médecin de l'hôpital général de Madrid, a succombé, le 30 janvier. à une fièvre typhoïde ataxique contractée à l'hôpital.

— M. Despagne, chirurgien de 3e classe de la marine, est décédé à l'hôpital maritime de Rochefort le 11 février dernier.

— Le lundi 30 août prochain, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Toulon pour trois places d'élèves internes.

Le registre d'inscription sera clos le 28 août au soir.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Toulon.

— La société de thérapeutique tiendra sa prochaine séance le vendredi 19 courant.

Ordre du jour : M. Labbée, Du veratrum viride. — M. Limousin, Du protoxyde d'azote en solution. — Rapport de M. Isambert sur les candidatures aux titres de membres titulaires et correspondants.

— M. le docteur Joulin, professeur agrégé, a commencé le cours d'accouchement des sages-femmes, à la clinique, aujourd'hui mercredi 17 mars, à quatre heures, pour le continuer les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.

—

Des altérations athéromateuses des artères, par le docteur Lecorché, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1869. 1 vol. in-8 avec 2 planches lithographiées. Prix, 2 fr. 50.

Physiologie pathologique de l'inflammation, par le docteur P. Chalvet. — Paris, 1869. In-8° de 125 pages. Prix, 2 fr. 50 c.

Note sur les altérations des humeurs par les matières dites *extractives*, par le docteur P. Chalvet. — Paris, 1869. In-8. Prix, 1 fr. 50.

Des atrophies musculaires, par le docteur Aug. Ollivier, médecin des hôpitaux de Paris. — Paris, 1869. 1 vol. in-8°. Prix, 3 fr. 50.

Physiologie pathologique de l'ictère, par le docteur Laborde, ancien interne, lauréat de la Faculté. — Paris, 1869, 1 vol. in-8. Prix, 2 fr.

De la polyurie (Diabète insipide), par le docteur Lancereaux, ancien interne lauréat des hôpitaux, etc., etc. — Paris, 1869, 1 vol. in-8°. Prix, 2 francs.

Des bronchites. Pathologie générale et classification, par le docteur G. Hayem, lauréat de la Faculté et des hôpitaux de Paris. — Paris, 1869. 1 vol. in-8°. Prix, 3 fr. 50.

Pathologie générale et classification des chorées, par le docteur Leven, lauréat de l'Institut. — Paris, 1869. 1 vol. in-8°. Prix, 2 francs.

Chimie organique. — Des alcalis organiques, par le docteur Bourgoin, agrégé à l'École de pharmacie. — Paris, 1869. Gr. in-8. Prix, 3 francs.

Traitement méthodique préservatif et curatif de la goutte, par le docteur Mourier. Deuxième édition. — Paris, 1869. 1 vol. in-8°. Prix, 1 franc.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 19 mars 1869.

Voici en quels termes la *Gazette hebdomadaire*, par l'organe de M. Linas, apprécie la dernière élection académique. Nous remercions vivement notre confrère d'avoir porté sur M. Brochin un jugement que tous les lecteurs de notre journal sauront apprécier.

LA DIRECTION.

« L'élection de M. Coste comme académicien libre n'a pas rencontré d'obstacles. Mais nous avons vu avec une satisfaction sincère que l'Académie ne s'était pas montrée indifférente à la candidature de notre collègue et ami M. Brochin. Ce succès d'estime, d'autant plus flatteur qu'il n'a pas été sollicité, honore la presse médicale dans la personne d'un de ses vétérans les plus dignes, les plus laborieux, les plus honnêtes et les plus généralement estimés. » — A. LINAS.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Aphasie.

Dans l'une de ses leçons cliniques du mois de février, M. le professeur Béhier a appelé l'attention de ses élèves sur un cas d'aphasie ou d'amnésie qui a présenté quelques particularités intéressantes. Le professeur en a saisi l'occasion d'examiner la question de la localisation du phénomène de l'aphasie.

Voici l'histoire abrégée du fait.

Il s'agit d'une femme entrée dans les premiers jours de février à la salle Saint-Antoine, à la suite d'un épanchement cérébral L'un des premiers phénomènes qui ont été constatés immédiatement après la production de cet épanchement a été l'aphasie.

L'aphasie a présenté cette circonstance particulière, que cette femme étant née en Italie, ayant habité l'Espagne et résidant depuis longtemps en France, des trois langues qu'elle savait, elle a complétement perdu le souvenir des deux premières, de l'italien et de l'espagnol, et n'a conservé que l'usage, bien restreint d'ailleurs, comme ou va le voir, de la langue française, qui lui était devenue la plus familière. Mais de celle-ci même elle ne faisait que répéter, comme un écho, les mots qu'elle entendait dire, sans paraître y attacher d'ailleurs aucun sens. Quant aux mots italiens et espagnols qu'on prononçait devant elle, non-seulement elle ne paraissait pas les comprendre, mais elle ne les répétait même pas.

Un fait analogue à celui-là a déjà été observé par M. le docteur Auguste Voisin, chez une femme également, avec cette différence, toutefois, que celle-ci répétait indistinctement, sans en comprendre le sens, tous les mots qu'on prononçait devant elle, les mots de langues étrangères qu'elle n'avait jamais sues comme des mots français. Il en était, chez cette femme, des gestes comme des mots, elle reproduisait automatiquement tous les gestes qu'on faisait devant elle. Elle était devenue à la fois écho et automate.

M. Béhier, disions-nous, a saisi cette occasion d'examiner la question de localisation de ce singulier phénomène : question déjà étudiée par Gall et reprise depuis par M. Bouillaud, et plus récemment par MM. Dax et Broca. On connaît le siége assigné par ces savants observateurs à la fonction de la parole, le lobe antérieur gauche du cerveau et plus particulièrement la troisième circonvolution de ce lobe. En réunissant aux faits observés dans ces dernières années les nombreuses observations consignées dans les ouvrages d'Abercrombie, de Rochoux, de Lallemand, de M. Andral, et plus particulièrement dans la *Clinique médicale* de ce savant professeur, qui renferme tant et de si précieuses observations, M. Béhier est arrivé à ceci : 122 faits en contradiction avec la loi formulée par MM. Bouillaud, Dax et Broca. Sur ce nombre de 122 observations, 82 fois on a constaté la lésion des lobes antérieurs gauches du cerveau sans qu'il y ait eu aphasie; 34 fois l'aphasie a été observée avec des lésions d'autres parties du cerveau.

Revenons à la malade de la salle Saint-Antoine. Cette femme n'offre pas seulement, comme phénomène intéressant à étudier, l'aphasie ; elle présente d'autres symptômes de paralysie, qui ne sont pas moins dignes d'attention. Au moment où survint son hémorrhagie cérébrale, elle fut frappée aussitôt, tout à la fois, de paralysie de la langue et du côté droit du corps. Au bout de trois mois, les membres paralysés, le bras et la jambe, qui étaient jusque-là dans un état de flaccidité complète, avaient acquis un certain degré de rigidité. Il en était de même des muscles de la face; les muscles du côté droit étaient passés de l'état de relâchement à un état de contracture qui en changeait complétement la physionomie. C'était au point que sans une grande attention, on aurait pu, au premier aspect, se méprendre complétement à l'égard du côté où siégeait la paralysie. Il s'était passé là un fait très-important à étudier : c'est une altération consécutive des parties paralysées et des organes nerveux-centraux.

Autrefois, et jusqu'à ces dernières années, on considérait cet état de contracture et de rigidité des muscles paralysés comme le résultat d'un travail inflammatoire consécutif des parties périphériques du foyer hémorrhagique.

Grâce aux travaux de M. Cruveilhier, d'abord, qui a le premier signalé les altérations secondaires descendantes de la moelle consécutives aux lésions cérébrales, puis à ceux de MM. Türck et Waller, en Allemagne, Schrœder Van der Kolk, en Hollande ; Gubler, Charcot, Vulpian, Turner, Cornil, Bouchard, Hayem et d'autres, en France, la vieille théorie de l'inflammation consécutive de la substance cérébrale a fait place à une notion à la fois plus exacte et plus précise de la série des phénomènes qui se produisent à la suite de l'épanchement cérébral. M. Béhier a esquissé l'histoire de ce point important d'anatomie pathologique dans la leçon qu'il a faite à l'occasion de cette malade, en se servant surtout du beau travail de son chef de clinique, M. Bouchard, sur ce sujet.

Nous ne pourrions, sans dépasser les limites dans lesquelles nous nous trouvons obligé de restreindre aujourd'hui cet article, suivre le professeur dans ces développements. Nous y suppléerons en exposant dans une de nos prochaines Revues les faits principaux qui ressortent à cet égard des recherches de M. Bouchard.

Affections puerpérales. — Petite épidémie à l'hôpital de la Pitié.

Il s'est manifesté dans le courant du mois de février et dans les premiers jours de mars, à l'hôpital de la Pitié, service de la clinique médicale de M. Peter, une petite épidémie circonscrite, ou plutôt un petit groupe d'affections puerpérales graves, — elles se sont toutes terminées par la mort, — dont le développement paraît dû, suivant toutes les apparences, à l'entrée dans les salles d'une malade atteinte chez elle d'une fièvre puerpérale de forme putride.

L'histoire de cette petite épidémie offre, à plusieurs égards, un très-grand intérêt. En voici la relation très-sommaire :

Le 22 janvier, entre à la salle Saint-Charles, au n° 8, une femme récemment accouchée chez elle, et qui a été atteinte, au bout de cinq semaines, d'une fièvre puerpérale de forme putride, à laquelle elle a succombé le 5 février.

Le 8 février, entre dans la même salle, au n° 25, une femme enceinte à terme, qui accouche le 13, et qui est prise deux jours après, le 15, d'une fièvre puerpérale foudroyante avec péritonite généralisée, à laquelle elle succomba au bout de 24 heures.

Le 10 février, une femme entre, pour accoucher, au n° 10 de la même salle, elle accouche le 14 et est prise de pelvi-péritonite le 21. La fièvre puerpérale revêt chez elle la forme de fièvre putride adynamique. Dans le cours de sa fièvre, elle a une parotidite et elle meurt le 15 mars.

Le 16 février, entre et est couchée au n° 31 une femme qui a une perte utérine consécutive à une fausse couche datant d'un mois. Cette femme est prise quatre jours après, le 20, de péritonite intense, puis d'une double pleurésie, et elle meurt le 9 mars.

Le 27 février, l'infirmière du service, grosse de sept mois, vivement impressionnée et préoccupée pour son propre compte de tout ce qu'elle venait de voir, est prise de malaise, de frissons, de vomissements, avec courbature générale. Elle n'en persiste pas moins à faire son service pendant les journées du 27 et du 28 ; mais le surlendemain, 1er mars, les accidents s'aggravant, et survenant, en outre, une fièvre ardente et des douleurs dans le bas-ventre, on la fait entrer dans la salle Notre-Dame, dans le service de M. Isambert. Elle fait une fausse couche 48 heures après le début des accidents et meurt le 5 mars après avoir présenté tous les symptômes de la fièvre puerpérale la plus accentuée, à forme putride et adynamique.

Le fœtus, qui a vécu 24 heures, avait de la péritonite.

Ainsi, cinq cas successifs de fièvre puerpérale dans la même salle, dans l'espace d'environ un mois : cinq cas de mort. Dans quatre d'entre eux on a trouvé, à l'autopsie, une pelvi-péritonite suppurée; dans un cas, celui de la femme du n° 25, qui a succombé en 24 heures, on a trouvé une péritonite généralisée. Enfin, l'enfant de sept mois de l'infirmière a présenté à l'autopsie une *péritonite*.

Il est très-digne de remarque que cette petite épidémie est restée confinée dans la salle où elle a pris naissance. Il n'y a eu, pendant sa durée, aucun cas de fièvre puerpérale dans les services de MM. Bernutz, Isambert et Gallard, qui renferment cependant chacun des femmes en couche. Mais, d'un autre côté, avant son explosion et pendant sa durée, on a constaté, dans les services voisins de chirurgie, un assez grand nombre de cas d'érysipèles, de gangrène et de résorptions purulentes.

FEUILLETON

PROGRAMME

Pour la conférence internationale des sociétés de secours aux militaires blessés et malades, qui doit se tenir à Berlin, du 22 au 27 avril 1869.

A

§ 1. — Exposés des divers comités centraux sur l'origine et l'état actuel des sociétés de secours dans leur pays et sur les résultats obtenus jusqu'ici par elles.

Chaque comité central donnera verbalement à la conférence, par un de ses délégués, un court exposé de la situation dans laquelle se trouvent les sociétés de secours dans son pays; cet exposé sera toutefois déposé par écrit, pour être inséré au procès-verbal.

L'ensemble de ces exposés portera à la connaissance de l'assemblée la complète sphère d'action des sociétés de secours, dans tous les Etats réunis par la Convention de Genève, et la comparaison des organisations et des expériences diverses profitera à toutes les sociétés.

Vu le grand nombre des comités, chaque exposé pris à part ne devant durer qu'un quart d'heure, on pourra joindre au procès-verbal, sous forme de suppléments, des *mémoires* succincts explicatifs et les *statuts de la société*, afin de donner un tout complet qui sera publié avec les protocoles.

Le *sort* désignera l'ordre dans lequel les exposés seront lus à la conférence.

Les points principaux à traiter dans les exposés et dans les mémoires qui doivent être, autant que possible, rédigés d'une manière sommaire, sont les suivants :

1. L'époque et les circonstances dans lesquelles chaque comité a été fondé.
2. La *substance des statuts*.
3. Principalement l'objet et les limites des buts poursuivis *jusqu'à ce jour* pendant la paix et pendant la guerre. Projets *pour l'avenir*, surtout en ce qui concerne une *activité convenable en temps de paix* et les secours à administrer dans une *guerre maritime*.
4. Désignation des *autres associations et corporations* existant dans le même pays, dont le concours justifie une restriction partielle de l'action du comité central.
5. *Organisation de la société*. Embrasse-t-elle *tout le pays* ou seulement *une partie* du pays? A-t elle des sous-comités, c'est-à-dire des comités provinciaux, sectionnaires et locaux ? Nombre et organisation de ces derniers.
6. *Nombre des membres*; montant de *leurs cotisations annuelles*; payements réguliers (quote-part des recettes) des sous-comités au comité central; *situation actuelle financière de la société*.
7. Expériences faites jusqu'à présent en ce qui concerne la *préparation* et la *collection de matériel* nécessaire pendant la guerre. (Organisation de dépôts dès une déclaration de guerre)
8. Expériences en ce qui concerne *l'envoi* sur le théâtre de la guerre, de *matériel et de personnel*, nommément d'*infirmières*, organisation sur ce même théâtre de dépôts et de soins aux blessés et aux malades; soins continués dans la patrie.
9. *Rapports entre la société et les autorités militaires* du service de santé dans la guerre et dans la paix.

Si, dans les circonstances particulières d'une société, les indications précédentes ne paraissaient pas absolument suffisantes, prière est faite d'y suppléer.

B.

Sujets de délibération.

I.

§ 2. — Forme et limite de l'action des sociétés dans une guerre sur terre.

Propositions du comité central prussien.

1. Les sociétés renoncent à *prendre part au combat*, au moyen d'*ambulances* organisées par elles.

2. L'établissement et l'entretien *d'hôpitaux* par les sociétés n'auront lieu *qu'à l'intérieur* de leur pays. (*Hôpitaux de réserve* des sociétés de secours).

3. Sur le théâtre de la guerre *en pays étranger*, le service sanitaire de l'armée sera *personnellement* et *matériellement* aidé par les sociétés :

Frappé de cette coïncidence, qui a été déjà signalée plusieurs fois dans des épidémies précédentes, M. Peter a fait faire à ce sujet une sorte d'enquête, dont il a bien voulu nous communiquer les résultats. Voici les faits principaux qui ont été relevés dans les deux services de chirurgie de M. le professeur Broca et et de M. Trélat.

Dans le service de M. Broca on a observé, dans cette période, deux cas d'érysipèle et deux cas d'infection purulente.

Les deux cas d'érysipèle paraissaient être les dernières manifestations d'une épidémie qui a sévi tout particulièrement dans le courant du mois de janvier, dans ce service.

Le premier, est celui d'un homme atteint depuis plusieurs mois d'abcès successifs de l'aisselle, qui avaient nécessité plusieurs incisions. Le 8 février, il fut pris d'un érysipèle circonscrit autour des plaies de l'aisselle, qui fut arrêté en 48 heures par un badigeonnage au collodion.

Le deuxième cas d'érysipèle a été observé sur un homme atteint d'ostéite de la jambe. A la suite d'une cautérisation au fer rouge, pratiquée il y a une vingtaine de jours, la jambe et la cuisse ont eté envahies par un érysipèle phlegmoneux très-grave, dont l'issue ne nous est pas encore connue.

Les deux cas d'infection purulente se sont manifestés : le premier, chez un homme atteint de varices de la jambe et de la cuisse droite, pour lesquelles on avait pratiqué une injection de perchlorure de fer et une incision consécutive pour provoquer l'issue des caillots ; le deuxième, chez un malade qui, à la suite d'une contusion du mollet par une roue de voiture, a eu les muscles de cette région sphacélés.

Les renseignements qui ont été recueillis dans le service de M. Trélat sont plus significatifs. Les faits, en plus grand nombre, bien qu'assez différents les uns des autres par la nature des complications qu'ils présentent, semblent cependant avoir tous entre eux un certain air de famille et accuser l'influence d'une même cause générale commune, ainsi que l'a très-justement fait remarquer l'interne du service qui les a relevés.

Voici ces faits très-sommairement :

Salle Saint-Gabriel, n° 8. Homme de 32 ans ; subit le 12 janvier la désarticulation tibio-tarsienne et la résection des malléoles, pour un écrasement du pied. Les jours suivants, la gangrène s'empare des lambeaux, des fusées purulentes parcourent la jambe, la fièvre s'allume. Le malade meurt sept jours après l'opération.

Même salle, n° 6. Homme de 34 ans ; blessure du petit doigt de la main droite par un fragment de verre. Lymphangite et adénite axillaire ; puis phlegmon de l'avant-bras. Larges incisions, tube de drainage. — Tout allait bien, les lambeaux mortifiés s'éliminaient et les bourgeons charnus apparaissaient, lorsque, le 23 janvier, survient un frisson d'abord léger ; le 25, frisson plus violent, pendant que la plaie prend un mauvais aspect et que les traits du malade s'altèrent. Mort le 29, six jours après le premier frisson. Phlébite suppurée de la veine satellite de l'artère cubitale, pleurésie, abcès métastatiques dans les poumons.

Même salle, n° 41. Homme de 54 ans ; fracture ancienne mal contenue, ostéo-périostite suppurée ; ouverture le 14 janvier. Le 2 février, douleur vive dans le mollet droit et œdème malléolaire du même côté. — Le 8, dyspnée considérable, cyanose, fièvre, signes de broncho-pneumonie ; mort le 14. — Hépatisation rouge partielle des deux poumons avec congestion périphérique, etc.

Même salle, n° 33. Pleurésie purulente à la suite d'une opération de fistule. — Mort.

N° 47. Pseudarthrose à la suite de fracture des deux os de l'avant-bras. Avivement des fragments et suture osseuse, suivis quelques jours après de pourriture d'hôpital. Après bien des efforts, la plaie reprend un bon aspect, environ onze ou douze jours après. Le malade est en voie de guérison.

N° 18. Bubon ouvert ; mauvais aspect de la plaie, défaut de cicatrisation, nécessité d'exciser les lambeaux et de cautériser la plaie.

N° 4. Plaie de tête ; plusieurs érysipèles successifs. Guérison.

N° 7 et autre. Plaies de tête, érysipèles. Guérison.

N° 30. Érysipèle spontané, présentant un grand nombre d'abcès sous-cutanés.

Enfin, même salle, n° 10, anthrax au genou droit, communiquant avec la bourse prérotulienne ; ouverture ; symptômes de résorption purulente ; mort.

M. Peter, en rapportant devant ses élèves l'histoire de la petite épidémie dont nous venons de rappeler les traits principaux, a saisi cette occasion pour présenter quelques considérations cliniques très-justes sur la distinction qu'il importe de faire entre la fièvre puerpérale et les lésions intra-pelviennes, qui en sont un des éléments, mais qui ne la constituent point à elles seules. Nous laissons à M. Peter le soin d'exposer lui-même cette partie importante de sa leçon. Ce que nous voulons faire ressortir ici seulement, c'est, d'une part, la signification très-expresse du fait de l'infirmière et de son enfant, qui vient à l'appui des faits exposés, il y a quelques années, dans la thèse bien connue de M. Lorain, pour montrer une fois de plus que la plaie placentaire dont le rôle est si important dans la production des accidents puerpéraux, n'en est pas le point de départ exclusif et qu'il est d'autres voies de pénétration du ferment morbide dans l'économie. D'autre part, nous n'avons pas voulu laisser échapper cette occasion de montrer par ce nouvel exemple, qui se reproduit malheureusement avec une si déplorable fréquence, le danger, pour les femmes encore en état de grossesse, du voisinage d'une malade atteinte de fièvre puerpérale. Ici, toutefois, l'influence pernicieuse de ce rapprochement s'est heureusement circonscrite et n'a pas franchi le seuil de la salle où elle s'est manifestée.

Ceci nous conduit à une dernière réflexion relative au rapport qui a pu exister entre cette petite épidémie locale de fièvre puerpérale et la constitution médicale régnante et en particulier les manifestations qui se sont produites dans les services de chirurgie voisins du siége de cette épidémie. Jusqu'à quel point est-on admis, dans cette circonstance, à rattacher ces deux ordres de faits à une influence pathogénique commune ? Tout en reconnaissant en principe la légitimité de cette hypothèse et toute la valeur, à cet égard, des faits observés dans d'autres épidémies, nous avouerons être moins frappé ici de la certitude de cette connexité, en présence de ce double fait de la succession régulière des accidents puerpéraux observés dans le service de M. Peter, qui permet de suivre en quelque sorte du doigt la marche de la contamination depuis la première jusqu'à la dernière malade, et de l'immunité complète dont ont bénéficié les femmes en couches des autres services, bien qu'elles se trouvassent, en réalité, dans les mêmes conditions, ou à très-peu près du moins, par rapport aux influences morbigènes provenant de l'état sanitaire des salles de chirurgie. Il y a là tout au moins, pour nous, un sujet de doute.

Nous aurons très-probablement l'occasion de reprendre l'examen de cette question au sujet du rapport sur les maladies régnantes du mois de janvier et de février, que nous reproduirons, dans ses parties principales, dans notre prochaine revue.

HÉMORRHAGIES PASSIVES DE L'UTÉRUS.

TRAITEMENT PAR L'ABRASION (1).

Par le docteur O. Saint-Vel

Le mémoire remarquable de M. Robin (2) sur la muqueuse de l'utérus permettait de se faire une idée plus exacte de la maladie décrite sous le nom de fongosités. Déjà, en examinant celles-ci, M. Lebert (3) avait retrouvé les glandules et les autres éléments de la muqueuse utérine plus distincts que dans l'état normal. Il avait entrevu plutôt que reconnu nettement le fait, car dire que ces prétendues végétations ne sont rien autre chose que des fragments de la muqueuse, *qui cependant n'est pas dans son état normal*, c'est, suivant la remarque de M. Rouyer (4), manquer de précision dans les paroles. « Les granulations de Récamier, « dit M. Robin, ont, au point de vue anatomique, la même struc- « ture fondamentale que la muqueuse utérine ; ce sont des ex- « croissances simples de cette membrane ; elles sont formées de « tissu cellulaire en petite quantité et d'éléments fibro-plastiques « plus abondants encore que dans le tissu de la muqueuse pris à « l'état normal. Quelques-unes, parmi les plus petites, sont ta- « pissées d'une couche d'épithélium semblable à celui de l'uté- « rus. La plupart sont, en outre, parcourues par un assez grand « nombre de vaisseaux capillaires. »

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.
(2) *Archives générales de médecine* ; 1848, t. XVII.
(3) *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1860 ; t. II, p. 432.
(4) *Thèse inaugurale*. Paris ; août 1858.

Ce fait important, sur lequel M. Robin appelle l'attention, de la présence du tissu fibro-plastique dans la muqueuse utérine, de l'existence d'un tissu embryonnaire en quelque sorte chez l'adulte à l'état normal, est en rapport avec l'existence temporaire de la muqueuse et sa rénovation à chaque grossesse. Il a évidemment une grande part dans l'état pathologique encore mal déterminé qui réclame l'abrasion. La nature intime des productions que celle-ci ramène au dehors semble être une hypertrophie de la muqueuse utérine avec addition de produits fibro-plastiques. Elles renferment les mêmes éléments que ceux contenus à l'état normal dans la muqueuse du corps ; seulement, comme l'indique M. Ferrier (1), à qui j'emprunte ces détails, deux de ces éléments sont en plus grande proportion qu'à l'ordinaire, en sorte que les autres, qui n'ont pas augmenté de quantité, sont devenus relativement moins abondants. Ces divers éléments sont : 1° des fibres du tissu cellulaires peu abondantes, entre-croisées, écartées les unes des autres et non disposées en faisceaux ; 2° une proportion d'éléments fibro-plastiques plus considérable que dans la muqueuse saine ; 3° une matière amorphe, homogène, incolore, finement granuleuse et dans laquelle sont comme plongés et empâtés les fibres du tissu cellulaire et les éléments fibro-plastiques ; 4° des vaisseaux capillaires nombreux, remplis de sang, formant des mailles polygonales, mais sans offrir des flexuosités aussi nombreuses qu'à la surface de la muqueuse saine. Ces quatre espèces d'éléments sont les parties essentielles qui entrent dans la structure de ces végétations. La plupart de celles-ci contiennent des glandes tubuleuses propres à la muqueuse du corps, mais moins flexueuses qu'à l'état normal. Sur quelques végétations, on trouve des granulations graisseuses isolées ou réunies, et alors visibles à l'œil nu, qui distingue de petits points blancs jaunâtres. La surface de ces végétations est couverte d'une couche unique de cellules d'épithélium cylindrique dont la plupart manquent de cils vibratiles, tandis que l'inverse s'observe sur la muqueuse normale.

La structure des vaisseaux, comme le fait remarquer Virchow (2) pour les petites tumeurs polypeuses, rend compte de l'hémorrhagie et de sa cessation par l'abrasion. « Ceci s'explique « parce que les vaisseaux de la surface forment de nombreuses « ramifications, d'un gros diamètre et à parois minces, tandis « qu'au contraire les vaisseaux du pédicule sont peu nombreux « et possèdent des parois épaisses contractiles. »

La matière ramenée par la curette est de consistance molle, rosée, présentant en divers points de sa masse de petits caillots ; elle rappelle assez les bourgeons charnus des plaies. Irrégulières, d'un volume variable, depuis celui d'une graine de chènevis jusqu'à celui d'un petit pois, ces végétations peuvent être détachées quelquefois par lambeaux du parenchyme de l'utérus. « On y trouve deux faces, observe M. Nélaton : l'une libre, de « couleur rosée, offrant un aspect analogue à celui de la mem- « brane villeuse de l'intestin ; l'autre rouge foncé, et ayant « l'apparence d'un tissu fraîchement coupé. »

Cette altération pathologique occupe-t-elle des points circonscrits ou bien toute l'étendue de la muqueuse ? On ne saurait répondre d'une façon affirmative. Dans certains cas, la quantité de la substance extraite allant jusqu'à deux cuillerées à soupe, fait penser à une altération étendue. Dans d'autres cas, l'extraction de filaments en très-petite quantité semble annoncer une lésion circonscrite. L'altération morbide n'est pas localisée à la muqueuse, elle est évidemment étendue au parenchyme utérin. Récamier avait reconnu que le tissu de l'utérus s'amincit et se ramollit au niveau des parties affectées, particularité très-importante, comme nous le verrons, pour l'introduction de la curette. Est-ce à la métrite partielle qu'il faut rapporter cet amincissement du tissu utérin ? Cette altération préexiste-t-elle à celle de la muqueuse ou bien est-elle la conséquence de celle-ci ? Si les conditions physiologiques qui n'assignent à la muqueuse utérine qu'une existence temporaire et lui permettent de se reproduire laissent comprendre le résultat de l'abrasion qui consiste dans la rénovation d'une muqueuse saine à la place de la muqueuse al-

(1) *Thèse inaugurale*. Paris ; 1854, n° 104.
(2) *Pathologie des tumeurs*. Trad. française. Paris, 1867 ; t. I, p. 240.

---

a. sur les champs de bataille *après* le combat ;
b. au sujet du *transport* des blessés et malades ;
c. dans les hôpitaux ;

4. Pour l'assistance matérielle on établira, à l'intérieur et en pays étranger, des *dépôts centraux* et *locaux* de matériel sanitaire. A l'intérieur on aura égard surtout aux *forteresses* menacées.

5. Les *dons de matériel* seront soumis, avant leur envoi sur le théâtre de la guerre, à un strict *examen*.

6. *L'acquisition de matériel* pour le service sanitaire se fera autant que possible, d'après les modèles adoptés par l'état.

7. L'action des sociétés se conformera sous tous les rapports aux *réglements de l'armée* et suivra, à cet effet, *le plan préalable ment arrêté*.

8. L'assistance aux militaires blessés et malades, dans chaque pays, sera soumise, autant que possible, à *une direction centrale*.

9. Au sujet de l'activité sur le théâtre de la guerre, on s'efforcera d'établir l'entente et l'action commune avec *les sociétés de secours y existantes*.

Propositions ajoutées par d'autres comités de secours.

1. *Le comité international de Genève* souhaite la reprise des délibérations sur les points suivants :

a. Les rapports à établir entre les sociétés de secours et les autorités militaires, en temps de guerre.
b. Les précautions à prendre pour empêcher les abus dans l'usage du brassard international.
c. Les moyens d'assurer une bonne police du champ de bataille après l'action, au point de vue du pillage et des mauvais traitements infligés aux victimes de la lutte.
d. L'observation des prescriptions hygiéniques quant à l'enterrement des morts.
e. L'emploi d'un signe qui permette de constater facilement l'identité de chaque combattant et l'enregistrement exact des morts et des prisonniers.
f. La vulgarisation des principes de la convention de Genève, spécialement parmi les soldats.

2. De la part de *l'Autriche*, le ministère impérial royal de la guerre, les sociétés Patriotique de Vienne, du Royaume de Bohême et de l'Autriche supérieure, l'ordre Teutonique et l'ordre de Saint-Jean de Malte ont fait la proposition de reprendre les articles suivants du programme de la conférence internationale de Paris en 1867.

a. Comment les délégués de la société pourront-ils suivre les grands quartiers généraux avec un petit train de matériel et de personnel ?
b. Comment pourrait-on établir la correspondance si indispensable avec les sociétés de secours de l'armée ennemie ?
c. Par quels moyens pourrait-on encourager les populations à aider l'œuvre sur le théâtre de la guerre ?

3. De la part *du comité central de Stockholm*, on pose cette question :

Ne sera-t-il pas nécessaire que chaque pays, par un règlement ou par une ordonnance, détermine les rapports entre les sociétés de secours et les autorités militaires, avant et pendant la guerre, de même qu'entre les sociétés mentionnées et les généraux en chef sur le champ de bataille ?

4. De la part du *comité central français*, on a émis le vœu suivant :

Que le transport gratuit ou à prix très-réduit soit accordé, par les compagnies de chemins de fer, au personnel et au matériel destinés à secourir les blessés et présentés par les sociétés.

5. De la part du *comité central italien* à Milan, nous avons reçu les questions suivantes :

a. Comment les gouvernements garantiront-ils une pension aux personnes qui, donnant des soins aux blessés pendant la guerre, sont elles-mêmes devenues incapables de gagner leur vie, et aux familles de ceux qui y ont trouvé la mort ?
b. Comment garantira-t-on le transport, sans frais ou avec le moins de frais possible, de matériel d'ambulance et de personnel, des sociétés de secours pendant la guerre et la sustentation et le logement dudit personnel ?
c. Le personnel sanitaire peut-il ou doit-il même porter une devise, et laquelle ? Doit-il porter des armes ou non ?

(*Sera continué.*)

Conférences faites à la Faculté des sciences de Bordeaux. — La Vie, par M. le docteur Jeannel. — Paris, 1869. In-18 de 56 pages. — Prix, 30 cent.

Les eaux thermales du Mont-Dore dans leurs applications à la thérapeutique médicale, par le docteur Jules Mascarel. Paris, 1869. 1 vol. in-8° de 172 pages. Prix, 3 fr. 50.

térée, ces conditions sont insuffisantes en elles-mêmes pour rendre entièrement compte des lésions observées. Il y a là une série de questions qui réclament de nouvelles recherches et sur lesquelles l'étiologie jette peu de jour.

Ces grandes influences, la syphilis, l'arthritisme, l'herpétisme, sont ici hors de cause. La fréquence de cette altération est évidemment liée à l'activité physiologique de l'utérus ; elle semble avoir pour point de départ une métrite qui succède à l'avortement, à l'accouchement à terme, à des imprudences commises durant une période menstruelle. Le plus grand nombre de cas se rencontrent chez les femmes qui ont eu des enfants. Chez des malades guéries par le râclage, la récidive est survenue après un nouvel accouchement. L'avortement, au lieu d'être une cause, est parfois un effet. L'altération de la muqueuse utérine n'empêche pas le développement du produit de la conception, mais elle en limite la durée. Il en était ainsi chez une dame que j'ai vue il y a deux ans avec M. Demarquay, et qui d'ailleurs a parfaitement guéri par l'abrasion. Elle avait eu plusieurs enfants, et souffrait depuis plusieurs mois de douleurs lombaires. Sujette à des ménorrhagies, elle ne se doutait nullement d'une grossesse, lorsque après une métrorrhagie abondante, un fœtus d'environ deux mois fut expulsé le 14 novembre 1866. Comme l'écoulement sanguin, loin de cesser après l'avortement, ne cédait aux médicaments hémostatiques que pour se reproduire, M. Demarquay se décida à l'abrasion le 4 janvier suivant. La curette ne ramena que les productions précédemment décrites.

L'altération peut survivre à la période active de la vie utérine et se rencontrer après l'âge critique. Chez une malade de M. de Miramont, âgée de 68 ans, les hémorrhagies s'étaient montrées quinze ans après la ménopause. M. Demarquay dut pratiquer deux abrasions et la cautérisation de la cavité utérine avec le nitrate d'argent. L'utérus, d'après M. de Miramont, à l'obligeance duquel je dois le fait, n'offrait aucun signe d'atrophie, et il n'existait aucune autre lésion de l'organe ou des annexes qui rendît compte de l'hémorrhagie.

On ne trouve point, dit M. Goldschmidt, de fongosités avant la puberté ; les malades les plus jeunes sont comprises entre vingt et vingt-cinq ans. L'observation suivante montre que la maladie peut remonter à l'établissement de la menstruation et se développer en dehors des rapports sexuels et de la conception.

Mme X..., âgée de 22 ans, a été sujette depuis sa menstruation à des irrégularités et à des pertes. Pour la guérir de ces hémorrhagies récidivées, le mariage a été conseillé, mais il n'a fait, depuis deux ans, qu'aggraver les accidents. Ils ont six années de durée lorsque M. Demarquay pratique l'abrasion, le 11 septembre 1868. Le col entr'ouvert laisse aisément introduire la curette sur le doigt comme conducteur. Mais à une seconde tentative d'introduction, la contraction du col nécessite l'emploi du spéculum. L'écoulement sanguin n'est que modifié et l'abrasion est renouvelée le 17. La malade ne perdant plus de sang, la cautérisation de la cavité utérine est différée jusqu'à nouvel ordre. Elle retourne en province à la fin de septembre.

Les productions recueillies ont leur aspect ordinaire. Examinées au microscope par M. le docteur Bouchard, elles montrent du tissu conjonctif, des vaisseaux avec leurs striations, des cellules d'épithélium, des glandules hypertrophiées, les éléments, en un mot, de la muqueuse de la cavité du corps de l'utérus.

Avant de passer à la symptomatologie, disons un mot des récidives. Lorsque l'hémorrhagie se reproduit peu de temps après le râclage, il est probable que la curette n'a pas enlevé toutes les parties altérées. Les fongosités, d'après M. Ferrier, occupent des points divers, les lèvres du col, sa cavité, le pourtour de l'orifice interne, différents endroits de la muqueuse du corps, rarement toute sa surface. A l'autopsie d'une femme, après l'abrasion faite par Récamier, la cavité utérine était nettoyée de toutes les végétations, sauf de légers vestiges sur le côté droit, au-dessous de l'origine de la trompe. Dans les cas où l'hémorrhagie reparaît après un ou deux ans, ou lorsque après guérison elle se reproduit consécutivement à un avortement ou à un accouchement, c'est alors à une véritable récidive des lésions utérines qu'il faut l'attribuer.

Je ne m'arrête pas à la symptomatologie contenue tout entière dans le diagnostic différentiel. Le symptôme douleur n'a qu'une importance secondaire et même équivoque. Il se rencontre ici, comme dans la plupart des lésions de l'utérus ; il dépend sans doute de la métrite et peut faire défaut comme dans un cas d'abrasion pratiquée avec succès par M. Hirtz. Les écoulements blancs qui accompagnent ou suivent l'hémorrhagie n'ont pas plus d'importance que les douleurs. Les granulations et l'engorgement du col, l'augmentation du corps de l'utérus et l'agrandissement de sa cavité, les flexions et les versions, toutes ces différentes lésions n'ont aucun lien nécessaire avec l'altération spéciale de la muqueuse, ne font nullement partie de sa symptomatologie, et réclament, lorsqu'elles existent, un traitement particulier. L'hémorrhagie seule a une importance spéciale, et encore n'est-elle qu'un signe de probabilité. C'est par exclusion que le diagnostic s'établit.

Chez une femme qui, avec l'anémie consécutive, présente, depuis un temps assez long, plusieurs mois même, un écoulement sanguin qui, succédant aux règles, les continue pour ainsi dire sans être considérable, à quoi rapporter cette hémorrhagie qui tient plus de la ménorrhagie que de la métrorrhagie? A un polype, un corps fibreux ou un cancer? Dans la plupart des cas, le volume normal de l'utérus, l'absence de dilatation de l'orifice du col, éloigneront la pensée d'un polype. Celui-ci s'annonce par des hémorrhagies ordinairement plus abondantes. La supposition d'un polype est à rejeter lorsque c'est à un avortement ou à un accouchement que remonte le début des accidents. Les tout petits polypes de la cavité du corps de la matrice ne déterminent pas de symptômes aussi graves, et, lorsqu'ils existent avec l'état granuleux de la muqueuse, l'abrasion est aussi le meilleur moyen à leur opposer. Dans les cas douteux, la dilatation artificielle et l'exploration directe affirmeront le diagnostic. Celui-ci s'établira aussi d'après la différence de siége pour les polypes muqueux et les fongosités ; les premiers, qui donnent lieu aux mêmes symptômes et restent souvent longtemps sans s'accroître, ont leur siége dans le col ; c'est dans la cavité du corps que les dernières se rencontrent presque toujours.

L'hémorrhagie dépendrait-elle de corps fibreux sous-muqueux ou péritonéaux ? Le développement de l'utérus, l'exploration de sa cavité, le palper, le toucher rectal et vaginal, éclaireront presque toujours le diagnostic en révélant la situation de la tumeur.

Dans le cancer, le toucher reconnaît les bosselures caractéristiques du col, et plus tard les ulcérations. Dans le cas de fongosités, le col est parfois un peu entr'ouvert ou n'offre rien de particulier, ou présente une tuméfaction générale. Les hémorrhagies du cancer, selon la remarque de M. Rouyer, se produisent surtout en dehors des époques menstruelles. Le cancer qui débute par la cavité du corps est très-rare ; il donne aux parois une rigidité que le toucher peut constater. La décomposition du liquide qui baigne la cavité produit un écoulement très-fétide. Ici, comme dans les autres cas de cancer de l'utérus, l'écoulement sanieux et fétide a une très-grande importance pour le diagnostic.

Lorsqu'on est ainsi arrivé au diagnostic par voie d'exclusion, l'introduction de la curette vient confirmer les présomptions en démontrant l'altération de la muqueuse. Dès lors, la possibilité d'une guérison radicale modifie complétement le pronostic. Celui-ci, en dehors de l'opération, ne peut être que grave, car si la vie n'est pas immédiatement menacée, la longueur de l'affection, l'aggravation des lésions préexistantes peuvent déterminer des métro-péritonites et des ovarites suppurées, fatalement mortelles. L'affection, par elle-même, ne tend pas à la guérison ; elle amène toutes les graves conséquences de l'anémie ; elle occasionne la stérilité ou provoque l'avortement, qui peut, comme dans un cas observé par M. Stoltz, déterminer des accidents mortels.

Je ne saurais, dans ce cadre étroit, décrire longuement le traitement. Aussi ne m'attacherai-je qu'à quelques incidents de l'abrasion. L'introduction de la curette est peu douloureuse et en général facile, soit qu'on la dirige sur le doigt comme conducteur, soit qu'on ait préalablement appliqué le spéculum. La réintroduction est parfois moins aisée, parce que le col se contracte. Il ne faut jamais chercher à vaincre cette rigidité par la violence. Il faut attendre qu'elle ait cessé, et au besoin remettre la tentative à un autre moment. D'ailleurs, toutes les opérations qui se pratiquent sur l'utérus, obstétricales ou autres, doivent être faites avec douceur.

Une circonstance toute spéciale commande ici une grande prudence. Souvent l'altération de la muqueuse se rencontre avec le ramollissement du tissu propre contigu. Ce ramollissement peut, dans quelques circonstances rares, être diagnostiqué par le chirurgien. « M. Récamier m'a fait voir à l'Hôtel-Dieu, rap« porte Robert, une jeune femme atteinte de granulations occu« pant surtout la paroi postérieure de l'utérus, laquelle pouvait « être sentie à travers le rectum et le vagin ; elle formait une « saillie remarquable, molle et douloureuse au toucher. »

Cette circonstance anatomo-pathologique doit être toujours présente à l'esprit du chirurgien, lorsque introduisant la curette, il la retourne sur son axe pour racler aussi exactement que possible les parois de la cavité. La friabilité de la paroi en rend la perforation d'autant plus aisée qu'il existe des changements dans les axes de l'utérus. Aussi doit-on préalablement chercher à reconnaître si l'organe présente une version ou une flexion, conditions qui, d'ailleurs, ne contre-indiquent pas l'abrasion. Il faut insister sur ce point que, alors même que les rapports de l'utérus ne sont pas changés, l'amincissement et le ramollissement de la paroi peuvent être tels que la perforation peut se produire, si prévenu que soit le chirurgien contre ce danger, si douce que soit son intervention. Il ne faudrait pas s'épouvanter du résultat, car jusqu'ici les graves conséquences théoriques que l'esprit entrevoit ne se sont pas développées après la perforation. Trois fois cet accident est arrivé à M. Demarquay, et, ni dans ces cas, ni dans deux ou trois faits appartenant à Récamier, ni dans celui dont M. A. Richard (1) a été témoin, ni dans d'autres encore, il n'est survenu d'accidents graves après la perforation de l'utérus par la curette.

La condition *sine qua non* de l'abrasion, d'après M. Demarquay, c'est l'intégrité des annexes de l'utérus. Si le toucher ou le palper révèle un point douloureux dans les annexes, surtout du côté de l'ovaire, l'abstention est commandée. Chez une dame qui réclamait l'emploi de la curette, M. Nélaton crut prudent de s'abstenir après une exploration semblable. La malade succomba peu de jours après à des accidents de péritonite. Cette règle de conduite doit être observée, d'ailleurs, non-seulement dans les opérations qui, comme le raclage, intéressent le corps, mais aussi dans celles, si légères qu'elles semblent être, qui portent sur le col de l'utérus. C'est à la négligence de ce précepte que doivent probablement être attribués les revers très-rares de l'abrasion à l'origine.

La perte sanguine est remplacée par un écoulement mucopurulent qui dure plusieurs jours après le raclage. Une seule introduction de la curette ne suffit pas toujours pour arrêter définitivement l'hémorrhagie. Il est nécessaire d'y revenir une seconde fois dans la plupart des cas, et une troisième dans quelques-uns. La cautérisation de la cavité utérine avec le nitrate d'argent au moyen d'un porte-caustique analogue à celui de Lallemand n'est plus pratiquée, comme le faisait Récamier, immédiatement après chaque raclage. Ce n'est qu'un moyen adjuvant très-utile pour modifier, s'il est nécessaire, les surfaces précédemment abrasées. Son emploi est indiqué lorsque les accidents n'ont pas entièrement disparu, lorsque l'écoulement sanguin, bien que très-diminué, persiste encore et que la leucorrhée est abondante, ou bien rosée, ou panachée de sang.

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, t. V, 1854-1855.

Il est presque inutile de rappeler que les états morbides coexistants de l'utérus devront, après l'abrasion, être traités par les médications appropriées. C'est ainsi que, dans un certain nombre de cas, l'engorgement du col devra être modifié par le cautère actuel. L'hémorrhagie utérine tarie, il faudra en prévenir le retour et guérir la chloro-anémie persistante. Des précautions relativement à toutes les circonstances qui peuvent provoquer la métrorrhagie, un régime analeptique, des médicaments toniques, le sirop de perchlorure de fer, l'observation d'une bonne hygiène compléteront le traitement.

En résumé, si l'on met en regard les avantages et les inconvénients de l'abrasion, on comprendra que, malgré d'assez vives attaques, cette opération devait s'établir définitivement dans la pratique. Elle guérit radicalement une affection qui n'a pas de tendance à disparaître spontanément, qui entraîne toutes les conséquences fâcheuses de l'anémie, qui est une cause d'infécondité ou d'avortements répétés et très-graves, et qui, par sa durée, peut occasionner non-seulement des désordres fonctionnels, mais déterminer du côté des annexes des altérations mortelles. La perforation de la paroi utérine, lorsqu'elle s'est produite, n'a été jusqu'ici suivie d'aucun accident grave. Le raclage n'a aucune conséquence fâcheuse lorsque l'exploration des annexes en révèle l'intégrité. Dans les cas très-rares où la péritonite s'est montrée après l'opération, l'influence de celle-ci n'a pas été toujours bien prouvée. Sur plus de cent abrasions pratiquées par Récamier, il n'y eut de péritonite que dans un seul cas, et encore l'autopsie faite par M. Nélaton laisse des doutes sur la véritable cause. En effet, il existait dans les trompes oblitérées des kystes contenant une matière purulente bien formée, bien que la mort fût arrivée vingt-quatre heures seulement après le raclage. Depuis Récamier, l'opération faite avec plus de prudence et de ménagement, dans des conditions mieux étudiées, devait confirmer ses premiers succès. J'aurais pu appuyer les propositions contenues dans ce travail par plusieurs observations recueillies en ville et dans le service de M. Demarquay, à la Maison municipale de santé, mais il fallait se limiter ; elles auraient déposé encore en faveur de l'innocuité de l'abrasion.

OVARIOTOMIE

Obs. LXXII. — Ovariotomie pratiquée le 24 août 1868. — Guérison.

Par E. Kœberlé.

Mme E..., de Sondernach (Haut-Rhin), âgée de 38 ans, d'une bonne constitution, très-amaigrie, est malade depuis six ans. Elle a eu trois couches à la suite desquelles le ventre est resté de plus en plus volumineux. Cet accroissement du ventre a été surtout très-rapide à partir du mois d'avril 1867, époque de la dernière couche. La malade a pu néanmoins nourrir son enfant, qu'elle allaitait encore quatre jours avant l'opération. La menstruation n'a point reparu depuis la dernière grossesse.

La circonférence du ventre mesure actuellement 1 mètre 20 centimètres. La tumeur est constituée par un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche sans adhérences abdominales. L'excavation pelvienne est libre. Le col de l'utérus est dévié à gauche.

Opération le 24 août 1868, en présence de MM. de Krassowsky (de Saint-Pétersbourg), Regnard (de Paris), Herrenschmidt, Jœssel, Klein et E. Lautz. Incision de 6 centimètres dans la direction de la ligne blanche. A l'ouverture de l'abdomen, on constate qu'il n'y a point d'adhérences abdominales. La poche du kyste ponctionnée donne issue à 16 litres de liquide incolore.

Une petite adhérence épiploïque très-vasculaire nécessite une ligature perdue.

L'opération a duré trois quarts d'heure. La malade a perdu environ 30 grammes de sang. La réunion a eu lieu par deux points de suture profonde et six points de suture superficielle. Le poids de la tumeur, y compris le liquide, était de 19 kilogrammes.

Il y eut quelques vomissements chloroformiques.

Etat excellent dès le deuxième jour. Pouls à 60.

Le troisième jour, pouls à 72. Extraction des points de suture profonde.

Guérison complète le vingt-deuxième jour.

Sur les 20 nouvelles ovariotomies que j'ai faites depuis la publication de ma dernière statistique (juin 1868) jusqu'au 1er mars 1869, j'ai obtenu les résultats suivants :

Cas sans adhérences.	6 cas : —	6 guérisons.
Cas avec adhérences légères.	9 cas : —	9 guérisons.
Cas avec adhérences graves.	5 cas : —	1 guérison ; 4 morts.
	20 cas : —	16 guérisons ; 4 morts.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Le ministre de l'instruction publique ;

Vu l'article publié par M. Georges Pouchet, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, dans l'*Avenir national* du 18 mars, et contenant les passages suivants : « Le Muséum abdique, quand depuis vingt ans l'assemblée des professeurs qui l'administre... sacrifie l'intérêt supérieur de la science à ses rancunes, à ses luttes d'influence, à ses rivalités de coterie... quand cette assemblée ferme l'oreille aux plaintes de ses subordonnés, refuse justice au dehors, et au dedans accueille de calomnieuses imputations, sans même appeler à sa barre les victimes de persécutions à huis clos... » Et plus loin : « Les

professeurs... pouvaient lutter... mais c'était à la condition d'être unis au prix de quelques sacrifices de faveurs, de dignités, de bouts de ruban... Ils n'ont pas eu cet excès de stoïsisme, et nous ne saurions les plaindre de recueillir le fruit de leur complaisance... ; »

Considérant que le langage injurieux tenu par M. Georges Pouchet à l'égard des professeurs du Muséum d'histoire naturelle rend impossible son maintien dans cet établissement ;

Avons arrêté et arrêtons ce qui suit :

Article unique. — M. Georges Pouchet, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est révoqué de ses fonctions.

Fait à Paris, le 18 mars 1869.

V. Duruy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 15 mars 1869, ont été nommés :

1° *Officiers de l'instruction publique :* MM. Cauvy, professeur de physique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier (officier d'académie du 1er novembre 1846). — Delamare, professeur d'histoire naturelle et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes (officier d'académie depuis 1845). — Michaud, professeur de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble (officier d'académie du 29 décembre 1859).

2° *Officiers d'académie :* MM. Herrgott, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg (34 ans de services). — Liégard, professeur de matière médicale et thérapeutique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen (14 ans de services). — Chenevier, professeur de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon (12 ans de services). — Chapelle, secrétaire de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris (25 ans de services).

— M. G. Pouchet, aide-naturaliste au Muséum, vient d'être révoqué de ses fonctions — comme on l'a vu plus haut — pour avoir eu l'imprudence d'écrire ce que tous le monde pense sur cet établissement jadis scientique.

— La Conférence Internationale des comités de secours aux militaires malades et blessés dans tous les Etats dont les gouvernements ont adhéré à la convention de Genève du 22 août 1864, aura lieu à Berlin du 22 au 27 avril prochain.

Le bureau de la conférence sera ouvert quelques jours avant le 22 avril, et délivrera gratuitement des cartes d'entrée à toutes les personnes qui voudront assister à la conférence. En attendant, on trouvera tous les renseignements à Berlin, 4, Linksstrasse.

Nos lecteurs trouveront au feuilleton le programme de la conférence.

— On annonce la mort, à Paris, de M. le docteur Olliffe et de M. le docteur Parent-Auber ; à Savennières, de M. le docteur Mame.

— Un concours pour l'admission aux emplois d'élève pharmacien à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg s'ouvrira :

A Paris, le 10 septembre 1860 ;
A Bordeaux, le 15 du même mois ;
A Toulouse, le 18 du même mois ;
A Montpellier, le 21 du même mois ;
A Lyon, le 24 du même mois ;
A Strasbourg, le 27 du même mois.

Toutefois l'administration de la guerre se réserve de réunir les candidats à Paris, dans le cas où le chiffre de ceux qui se seraient fait inscrire dans les localités indiquées ci-dessus ne serait pas assez considérable pour motiver le déplacement du jury d'examen.

La liste d'inscription, ouverte dès le 1er juillet prochain, dans les bureaux des intendants militaires des 1re, 6e, 8e, 10e, 12e et 14e divisions, sera close à Paris le 9 septembre, et dans les autres localités, le 20 août.

Pour tous les renseignements, s'adresser aux bureaux des intendants militaires ci-dessus énoncés.

— M. le docteur Ch. Fauvel a recommencé son cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, rue Visconti, 18, et le continue les mardis et samedis, de 10 heures à midi. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie, telles que la destruction des tumeurs intra-glottiques au moyen de l'arrachement, de la galvano-caustique.

— Très-bonne clientèle à céder dans la plus riche contrée de la vallée de la Loire. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.

De la pathogénie des hémorrhagies, par le docteur Ch. Bouchard, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris. — Paris, 1869. 1 vol. in-8° de 156 pages. Prix, 3 fr. 50.

De la médication antipyrétique, par le docteur A. Ferrand. — Paris, 1869. In-8° de 90 pages. Prix, 2 fr. 50.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE LA CHARITÉ.) — M. SÉE.

Du diagnostic des fièvres par la température (1).

Je vais traiter un chapitre encore peu connu de la clinique : l'application du thermomètre au diagnostic des maladies. Je veux montrer combien la physiologie peut rendre de services au lit du malade, en vous parlant du diagnostic des fièvres par la température. Si on peut, dès le début d'une fièvre, reconnaître sa nature par l'étude de la température, n'y a-t-il pas là une véritable conquête? Maintenant, grâce au thermomètre, l'hésitation n'est plus permise.

On a défini la fièvre un état morbide caractérisé par l'accroissement de la température, l'accélération du pouls et de la circulation, accompagnée de malaise et de courbature; mais de ces symptômes, dont l'ensemble est nécessaire pour constituer la fièvre, il en est qui peuvent manquer : telle est l'accélération du pouls; aussi, la meilleure définition est celle qui est fondée sur le phénomène primordial qui domine toute la situation : la chaleur.

Le thermomètre ne donne pas la mesure de toute la chaleur de l'économie, il ne peut rien dire de la manière dont elle est produite. C'est qu'il y a au moins deux sortes de chaleurs : la chaleur en excès, qui est due à une exagération des combustions, et la chaleur qui s'accumule dans l'individu. L'une résulte d'un excès d'oxydations, de combustions exagérées, tandis que l'autre résulte de la rétention du calorique produit. C'est en vertu de ce calorique accumulé qu'un individu qui a une température normale de 37,5 peut résister à un froid de 12 degrés; il est doué d'un système nerveux régulateur sous l'influence duquel se produit, par l'impression du froid, une excitation des nerfs vasculaires périphériques, et, par suite, une contraction des vaisseaux superficiels. Il s'ensuit qu'une quantité moindre de sang arrive à la périphérie, et, comme il y a moins de sang au contact de l'air froid, il se fait moins de déperdition de chaleur qu'à l'état normal. Tel est l'effet de la température au-dessous de zéro.

Si nous prenons maintenant la température du Sénégal, 40 degrés, que va-t-il arriver? La température de l'homme ne s'élèvera pas au delà de 37,5, mais, cette fois, c'est par suite de conditions inverses à celles de l'économie soumise au froid. Il se fait alors une énorme déperdition de chaleur par la sueur, qui entraîne le calorique au dehors. En vertu de quel mécanisme? Cette fois les vaisseaux sanguins se dilatent, une plus grande quantité de sang se porte à la périphérie, et il se produit une perte plus grande de chaleur par le contact du sang avec l'air ambiant. Il fonctionne donc dans notre économie un mécanisme régulateur dont le siége est la peau ou le système nerveux, et qui agit, par une température élevée, en sens inverse de celui qui entre en fonction par une température basse.

Cet ingénieux mécanisme, qui maintient l'homme sain et lui permet d'affronter ainsi les climats les plus divers, nous allons le voir à l'œuvre chez le fébricitant.

Que trouve-t-on chez un malade atteint de fièvre? Une augmentation de température qui se traduit par l'accélération du cœur. Le sang, circulant avec une rapidité plus grande, vient se réfrigérer au contact de l'air ambiant, et la sueur qui se produit soulage le fiévreux. Pendant le frisson, au contraire, qui précède la chaleur, le malade se trouve dans les mêmes conditions que s'il était soumis à un froid de 12 degrés. Ses vaisseaux se resserrent et la chaleur se concentre. Chez le fiévreux comme chez l'homme sain, la chaleur tient donc à deux causes : combustion exagérée et rétention de la chaleur.

Comment se développe la chaleur à l'état pathologique? Il existe deux sources principales : Le malade brûle ses aliments, ses tissus, plus qu'à l'état normal; le fiévreux perd une quantité considérable d'urée, et l'urée est la signature de la destruction de nos tissus par le fait de la surcombustion. D'une autre part, la chaleur augmentée s'accumule dans l'économie et ne s'évapore plus par la transpiration. Il y a plus, dans la période de frisson le sang reflue à l'intérieur. Nous retrouvons donc à l'état morbide le même dualisme de production et d'accumulation de chaleur.

Appliquons maintenant la thermométrie à l'étude des maladies.

Le thermomètre peut vous donner le diagnostic d'une fièvre, et cela dès les deux premiers jours; et vous le comprendrez sans peine en réfléchissant que si le thermomètre ne vous indique que l'augmentation de la chaleur, cette augmentation tient sous sa dépendance tous les phénomènes qui constituent la fièvre : l'état du pouls, de la circulation, du système nerveux, et l'état général du sujet.

Les maladies fébriles, au point de vue de la température, ainsi que le dit Wunderlich, se divisent en trois groupes, que je modifierai ainsi :

Premier groupe. — Dans le premier, le mal débute par un frisson et par une augmentation brutale de chaleur, suivie bientôt d'une rémission rapide. C'est ainsi que, dans un accès de fièvre intermittente, on voit en une heure le thermomètre monter de 37,5 à 41 degrés.

Il y a une fausse fièvre intermittente qui induit souvent les praticiens en erreur, surtout dans les pays marématiques : c'est la fièvre purulente, qui se rencontre chez les blessés et les opérés, chez les femmes en couches, à la suite du traumatisme puerpéral; c'est la pyémie puerpuérale, et, enfin, chez les gens soumis au cathétérisme, la fièvre d'accès. Elle débute aussi par un frisson et l'augmentation de chaleur; mais, dans ces cas, la température monte moins vite; il lui faut plusieurs heures pour atteindre son maximum, et, de même, la rémission se fait moins rapidement.

Les mêmes phénomènes se produisent aussi dans la tuberculose aiguë : frisson au début et augmentation rapide de la chaleur; mais il faut au moins une demi-journée pour que le maximum soit atteint, et autant de temps pour la chute du thermomètre.

Ce qui caractérise donc ce groupe de fièvres, ce sont trois phénomènes, à savoir : frisson, augmentation brusque de température, rémission brusque et prompte.

Deuxième groupe. — Dans le deuxième, la maladie débute aussi par un frisson, mais cette fois le frisson n'est plus indispensable et il manque souvent. L'élévation de la température est rapide, mais jamais autant que dans le premier groupe, où le maximum est atteint en quelques heures; il faut, dans le second, douze, vingt-quatre, trente-six heures, et même plus. Puis, ici, se présente un caractère très-important : dans le premier groupe, la fièvre ne se maintient pas; ici elle se maintient plusieurs jours.

Trois caractères différencient les fièvres de ce groupe : frisson non constant, augmentation croissante de température qui se maintient pendant plusieurs jours, décroissance lente ou défervescence rapide.

A ce groupe appartiennent la fièvre éphémère et deux phlegmasies : l'amygdalite et la pneumonie, enfin la plupart des fièvres éruptives.

La pneumonie en est le type ; elle débute souvent par un frisson, mais non constamment ; la température monte d'abord à 39,5, puis, le lendemain, à 40 degrés au plus, et ce n'est que le deuxième ou le troisième jour que le maximum 40,5 ou 41 est atteint. On peut donc dire que, dans la pneumonie, la température est rapidement croissante ; tandis que la fièvre intermittente, qui appartient au premier groupe, a une accélération de température à marche suraiguë.

La fièvre se maintient trois, six jours même, et il n'y a que peu de différence entre la température du soir et celle du matin, moins même qu'à l'état normal. C'est une maladie qui affecte le type continu et continent. Vers le septième ou le huitième jour survient la défervescence, marquée par une chute assez brusque du thermomètre.

A ce groupe appartiennent presque toutes les fièvres éruptives : érysipèle, variole, scarlatine, qui présentent, au point de vue de la marche de la température, des différences variées entre elles, mais ces différences n'existent ni le premier ni le deuxième jour. On peut donc reconnaître une fièvre éruptive, mais il est difficile d'affirmer telle ou telle de ces fièvres rien qu'avec le thermomètre. La rougeole surtout a un type qui se rapproche du troisième type.

Troisième groupe. — Ici nous trouvons une distinction radicale :

Dans le premier groupe, l'échauffement était suraigu ;
Dans le deuxième groupe, il était rapide ;
Dans le troisième groupe, il était graduel.

Il faut à la chaleur au moins deux ou trois jours pour atteindre son maximum de température, et pendant ces jours il y a des rémissions très-marquées du soir au matin.

Dans ce groupe, dont le type est représenté par la fièvre typhoïde, prennent place des maladies diverses.

La fièvre catarrhale, la grippe, présente la même courbe que la fièvre typhoïde ; le maximum se produit à la fin du deuxième ou du troisième jour ; si le thermomètre monte à 41, le diagnostic est assez difficile, car les phénomènes dits *typhoïdes* peuvent exister dans la grippe, et si l'on oublie que les phénomènes catarrhaux ne se produisent guère dans la fièvre typhoïde avant le septième jour, on peut faire erreur : car, dans les deux cas, il y a prostration, céphalalgie, malaise continu ; aussi, si la fièvre catarrhale se prolonge, le diagnostic doit reposer sur la marche décroissante de la chaleur.

Le rhumatisme articulaire a une marche thermométrique ca-

(1) La rédaction de ces leçons est empruntée au *Bulletin général de thérapeutique*.

FEUILLETON

PROGRAMME (1)

Pour la conférence internationale des sociétés de secours aux militaires blessés et malades, qui doit se tenir à Berlin, du 22 au 27 avril 1869.

II.

§ 3. — Secours à donner dans une guerre maritime, notamment exécution de l'article 13 de l'acte additionnel du 20 octobre 1868 à la constitution de Genève.

Propositions du comité central prussien.

1. Les sociétés de secours s'entendront avec les *Sociétés pour le sauvetage des naufragés*, afin que celles-ci, dans le cas d'une guerre navale, et moyennant une prime ou une rémunération plus élevée que d'ordinaire, mettent à la disposition des premières leurs bateaux de sauvetage, y compris les équipages, et engagent, en outre, un nombre suffisant de canots.

2. Avant de louer les bâtiments destinés au secours des naufragés dans une lutte maritime, il faudra résoudre la question de savoir *qui supportera les frais occasionnés* par les avaries ou par la destruction de ces bâtiments.

Dans ce but, on demandera aux *sociétés d'assurances* si elles se chargeraient d'assurer ceux-ci moyennant une prime élevée.

3. *Pendant et après le combat.* Les bâtiments de secours fonctionneront à cet effet; ils suivront les flottes belligérantes et seront aux ordres des amiraux commandants.

4. Ils devront, *pendant la durée du combat*, et aussitôt que le *signal de détresse* sera hissé, se rendre au secours *de tous les vaisseaux, de quelque nationalité qu'ils soient.*

5. Par conséquent, les puissances qui ont adhéré à la convention de Genève seront priées de s'entendre sur le choix de ce *signal de détresse* (*pavillon jaune?*) indiquant le naufrage ou l'incendie d'un vaisseau.

6. Les bâtiments de secours devront, *immédiatement après le combat*, indiquer par un *signal* qu'ils veulent et peuvent recueillir des blessés et des malades.

7. En conséquence, il est à désirer que les puissances susmentionnées fassent choix d'un *signal spécial* pour le cas indiqué ci-dessus. (*Pavillon jaune avec croix rouge?*)

8. Pour bâtiments de secours, on choisira des *bateaux à vapeur* qui possèdent une certaine vitesse, puissent suffisamment tenir la mer, soient faciles à manœuvrer, et aient un entrepont vaste et élevé.

9. Les préparatifs concernant *le personnel*, *la mise en état* et *l'organisation des bâtiments de secours* devront être faits en temps de paix et être en rapport avec l'organisation militaire de l'État.

10. On choisira de préférence pour *commandants des bâtiments de secours* d'anciens officiers de marine ou des maîtres éprouvés, auxquels les sociétés de secours assureront une pension et de la famille desquels elles prendront soin, le cas échéant.

11. Les sociétés de secours enverront à bord *des délégués*, dont les prescriptions en ce qui concerne la destination et le but du bâtiment doivent être suivies par les commandants.

12. Il n'est point nécessaire que *le reste du personnel* des bâtiments de secours soit désigné pendant la paix. Il suffit qu'on l'engage avant l'ouverture des hostilités.

13. Le *matériel* nécessaire aux bâtiments de secours doit être déterminé par un état spécial.

En temps de paix, on se procurera des *modèles* et on prendra note des fabriques et des lieux de production.

14. Ce matériel sera, autant que le but le demandera, acquis d'après les *règles* et sur les *modèles de la marine de guerre.*

Propositions venant des autres comités centraux.

1. Le ministère de la guerre *d'Autriche* et les comités de secours et les corporations autrichiennes indiquées plus haut (§ 2, 2) proposent :

Quels sont les moyens pour arriver à l'exécution réelle de l'article 13 de l'acte additionnel à la convention de Genève?

2. Le comité central *italien* à Milan propose :

Le personnel des bâtiments de secours ne doit-il pas être choisi de préférence, en cas de guerre maritime, par les comités de secours qui existent dans les ports de mer?

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

ractéristique. Jamais la température ne dépasse 38,5, 39, ce qui tient aux sueurs profuses qui inondent le malade et s'opposent, comme nous l'avons vu, à la production de la chaleur. Cependant le début est quelquefois difficile à reconnaître, et tant qu'il n'y a pas de douleur localisée, on peut croire à une grippe,

La pleurésie a une marche contraire à celle de la pneumonie. Pas de frisson au début, pas d'échauffement rapide, l'ascension est lente et graduelle, il y a de la rémission tous les matins. Le maximum reste peu élevé, il ne va jamais à 40 ; il reste entre 39 et 40, et au bout de cinq à six jours il se fait une diminution rapide, bien que l'épanchement persiste. Ainsi, dans la pleurésie, les phénomènes fébriles cèdent très-promptement, mais la maladie continue son évolution.

L'endocardite et la péricardite se distinguent par l'absence de l'augmentation de température ; souvent il n'y a pas même de phénomènes fébriles ; aussi ces maladies échappent souvent au médecin, qui doit les rechercher par l'examen physique.

La tuberculose, avons-nous dit, peut simuler une fièvre intermittente, mais elle peut aussi simuler la fièvre typhoïde, surtout quand elle affecte la forme de phthisie miliaire aiguë. Quand la forme catarrhale prédomine, le diagnostic du tubercule ne peut plus se faire par l'auscultation et le thermomètre est insuffisant. Quand c'est la forme typhoïde, il est encore bien difficile, car la tuberculose et la fièvre typhoïde ont la même marche, les mêmes symptômes bronchiques, et les mêmes symptômes généraux existent ; cependant le thermomètre peut donner, même dans ces cas, des indications précieuses.

Dans la phthisie aiguë, jamais le thermomètre n'atteint le maximum de 41 ; puis, dans la tuberculose, les rémissions sont plus faibles, peuvent manquer ; la fièvre est continue, tandis que dans la fièvre typhoïde les rémissions sont constantes le matin

Diagnostic différentiel des maladies du premier groupe. — Ce groupe comprend la fièvre intermittente, la fièvre pyémique, et une forme de tuberculisation.

Le frisson existe dans presque toutes les maladies de ce groupe. Dans la fièvre intermittente simple, que le type soit quotidien, tierce, etc., il n'y a aucun cas dans lequel il n'y ait de frisson, pourvu qu'il n'y ait pas eu d'intervention thérapeutique. Dans la fièvre pernicieuse il y a *presque* toujours un frisson.

Il faut distinguer trois catégories de fièvres pernicieuses :

1° Celle dans laquelle se présentent des phénomènes cérébraux : délire, convulsions, etc. Au début on ne pense pas à une intoxication paludéenne ; au bout de neuf à dix heures, tous les accidents sont terminés, et l'on attribue cet heureux effet à l'intervention des sangsues ou des vésicatoires, puis le lendemain reviennent les mêmes accidents qui, cette fois, sont mortels. Ceci ne peut arriver que quand on ne tient pas compte de la température, qui est toujours à plus de 40 degrés ; de plus, il y a eu un frisson plus ou moins intense.

2° Les fièvres pernicieuses ou vasculaires. Le frisson est presque permanent pendant tout l'accès, et elles aboutissent en général à la forme syncopale. La température est à 41 ou 42 degrés.

3° Dans le troisième groupe, que Torti a appelé *fièvres pernicieuses colliquatives, cholériformes*, etc., il n'y a pas le frisson ni la température élevée que l'on observe dans les deux premiers groupes. Le frisson et l'élévation de température peuvent manquer au début, mais apparaître à la fin, et la chaleur peut monter à 40 et 41 degrés.

Ces phénomènes forment une série morbide que nous allons chercher à expliquer. Il y a une période préfébrile qui a passé inaperçue, malgré les avertissements de Dehaen, qui avait noté l'ascension de la colonne thermométrique une demi-heure avant le frisson, Gavarret, en 1840, annonça le même fait, mais on n'en tint pas compte, et ce sont les recherches récentes qui ont mis hors de doute sa réalité. Une fois le frisson plus ou moins intense déclaré, la température augmente de deux degrés, arrive à 40, 40,5 en deux heures de temps. Il n'y a pas d'autre cas de maladie où l'ascension soit si brutale ; ce maximum ne dure pas, et la descente est brusque ; mais cette descente reste lente tant qu'elle n'a pas été de 1 degré. Une fois que le thermomètre a dépassé 40 et 41, la chute est précipitée et la courbe presque verticale. En totalité, l'accès dure de dix à douze heures.

Pendant ce temps, il s'est fait une combustion exagérée : l'urée, le représentant de la décomposition de nos tissus, est dans les urines en quantité double de la normale ; outre l'urée, on trouve un dépôt d'acide urique et des urates.

Survient alors un intervalle apyrétique, suivi d'un nouvel accès. Ces accès reviennent toujours entre sept heures du matin et deux heures de l'après-midi.

Fièvre pyémique. — On y trouve une période préfébrile, un frisson violent, mais il faut huit, dix, douze heures pour atteindre le maximum de la température.

Ce maximum atteint au plus 40 à 41 degrés. Il persiste de deux à huit heures ; puis le thermomètre descend rapidement en trois ou cinq heures.

Les produits de décomposition (urée et acide urique) sont en bien moins grande proportion que dans la fièvre intermittente ordinaire. L'apyrexie est incomplète ; enfin l'accès fébrile revient à une autre heure que le précédent et suivant un autre type.

Fièvre intermittente tuberculeuse. — C'est une maladie fréquente, surtout dans l'armée, où on pourrait la prendre pour une fièvre intermittente vraie ; cette erreur aboutit à une thérapeutique inutile, car alors on emploie, mais sans effet, le sulfate de quinine, l'arsenic et l'hydrothérapie.

(*Sera continué.*)

HOPITAL MILITAIRE DE TOULOUSE. — M. DE SANTI.

ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUE

CONSÉCUTIF A UNE CYSTITE CHRONIQUE

Mort et autopsie

Par le Dr E. TACHARD, aide-major à l'hôpital militaire de Toulouse.

L'histoire clinique des abcès périnéphrétiques étant loin d'être complète encore, l'observation suivante nous a semblé présenter assez d'intérêt au point de vue du diagnostic pour être publiée.

Le nommé L..., chasseur à pied au 19e bataillon, âgé de 31 ans, entré à l'hôpital militaire de Toulouse le 2 août 1868, se disait malade depuis un an.

Le motif de son entrée était une cystite chronique, qui tantôt s'amendait et tantôt reprenait une nouvelle intensité. D'une constitution primitivement excellente, cet homme n'a jamais été malade dans son enfance ; et, pendant ses 11 ans de service, il n'a contracté qu'un chancre à Milan en 1859 ; il ne s'est du reste accompagné d'aucun accident syphilitique. Il n'a jamais eu de blennorrhagie, et il a toujours fait, dit-il, un usage modéré de vin ou d'eau-de-vie.

A son entrée, le malade portait tous les signes de l'anémie la plus profonde, sans bruits cependant aux vaisseaux du cou ; l'amaigrissement était très-prononcé ; il pouvait encore se lever chaque jour et se promener dans les jardins. En raison de cet état, on prescrivit dès le début, à côté du traitement indiqué, un régime tonique pour relever cette constitution détériorée.

Interrogé sur les antécédents de sa dernière maladie, il racontait qu'elle avait débuté, sans cause connue, en 1867, au camp de Satonay près de Lyon.

La mixtion était devenue très-fréquente ; les urines étaient cuisantes au passage, déposaient abondamment au fond du vase et exhalaient une forte odeur ammoniacale, peu de temps après leur émission.

C'est dans cet état qu'il fut évacué dans les hôpitaux de Lyon au mois d'octobre 1867. Là, peu de temps après son entrée, il éprouva de vives douleurs dans la région lombaire droite, puis un léger ictère ; et au bout de trois mois de séjour, il sortit sans que le traitement eût apporté d'amélioration notable dans son état.

Son bataillon ayant été envoyé à Toulouse, il dut faire le voyage en chemin de fer ; il éprouva beaucoup de fatigue pendant la route, le besoin d'uriner était fréquent, et le malade était dans l'impossibilité de pisser pendant la marche du train.

Arrivé à Toulouse, la cystite le conduit à l'hôpital ; il y demeure pendant un mois, et il rentre enfin une dernière fois, le 2 août 1868.

Le malade, pâle et anémié, dans un état de faiblesse très-grande, avait une légère fièvre quotidienne, et accusait dans la région lombaire droite de très-vives douleurs irradiant vers le pli de l'aine, la partie antérieure et externe de la cuisse. Il n'y a du côté du point douloureux ni chaleur, ni rougeur érysipélateuse des téguments ; on ne constate qu'un empâtement des tissus profonds. Le testicule du même côté est remonté jusqu'à l'anneau inguinal, sans que le malade puisse préciser l'époque de l'ascension de cet organe.

Bien que les deux membres abdominaux aient absolument la même longueur, dans la station verticale celui du côté affecté ne touche le sol que par la pointe. La colonne vertébrale est cependant parfaitement droite, les deux plis fessiers sont au même niveau, et il n'y a ni empâtement ni chaleur dans la région fessière.

Les membres sont très-amaigris et sans œdème.

L'examen des urines, qui sont rares mais très-fréquemment émises, montre un dépôt abondant jaune blanchâtre, qui est composé de globules purulents en très-grand nombre ; l'analyse chimique nous fit trouver une très-forte proportion d'albumine et de mucus.

En face de pareils symptômes, le diagnostic présentait des difficultés assez grandes ; les uns voyaient là une cystite chronique compliquée d'une affection osseuse ; d'autres, au contraire, comme M. de Santi, médecin principal en chef de l'hôpital, reconnaissaient l'abcès périnéphrétique comme une complication de la cytiste.

Pour moi, je puis dire comme Cabrol : « Je tenois que c'estoit un abcès, estant remémoratif de l'abcès du sieur X... » que j'avais observé deux ans avant et que des faits particuliers avaient dû graver dans ma mémoire.

Dans l'état du malade il n'y a rien de plus à noter qu'une bronchite, avec un très-léger bruit de frottement de papier vélin à la base du poumon droit.

Jusqu'au 15 août, rien de spécial ne se présenta ; mais alors, outre un paroxysme fébrile quotidien et des troubles gastro-intestinaux assez intenses, la région lombaire droite devint plus douloureuse, la dépression costo-iliaque s'effaça complètement, et au-dessous de l'empâtement qui existait on put soupçonner la fluctuation.

Le 19, il y a une augmentation de volume notable, les douleurs sont beaucoup plus vives, et pendant la nuit le malade a eu quelques frissons. M. de Santi prescrivit l'application de pâte de Vienne *loco dolenti*.

Le 25, la tuméfaction ayant encore augmenté, une ponction exploratrice fut faite, suivie bientôt après d'une seconde qui donna issue à 500 grammes de pus phlegmoneux, bien lié et sans odeur urineuse ou stercorale.

Un drain mis à demeure dans l'ouverture du trois-quarts donne issue, pendant toute la journée, à une grande quantité de pus. L'amélioration fut presque instantanée.

Le 30 août, la suppuration est toujours abondante, mais elle a changé de nature, elle est devenue infecte et noircit les instruments d'argent.

Le 2 septembre, le malade est pris de frissons extrêmement intenses qui sont suivis peu après de sueurs très-abondantes ; il éprouve de vives douleurs abdominales, et dans l'après-midi il est pris de vomissements et de diarrhée. Dans la soirée le faciès est grippé, la peau est froide et le malade souffre beaucoup.

Le 3, la diarrhée et les vomissements se calment ; mais cet accident ébranle profondément ses dernières forces, et peu à peu l'affaiblissement croissant, le malade finit par succomber le 3 octobre, dans l'état de marasme le plus profond.

L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

L'aspect extérieur du cadavre n'offre rien à noter ; il n'y a pas d'œdème des membres.

Les poumons ne portent que les traces d'une légère bronchite, et il y a quelques adhérences du poumon droit à la base.

Le cœur est très-anémié comme le reste des tissus ; et les cavités, chose bien remarquable, ne sont pas augmentées de volume.

Rien à noter du côté des vaisseaux.

La cavité péritonéale ne contient pas de liquide. Dans le flanc droit, quelques anses intestinales sont reliées ensemble par d'anciennes adhérences cellulo-fibreuses extrêmement ré-

---

III.

§ 4. — Action des sociétés de secours pendant la paix.

Propositions du comité central prussien.

1. Les comités de secours doivent vouer, en temps de paix, leurs efforts à des œuvres d'humanité correspondant à leurs devoirs pendant la guerre, savoir : au soin des *malades* et à l'assistance dans des calamités publiques exigeant, comme la guerre, un secours prompt et organisé.

2. Sans avoir *augmenté pendant la paix le personnel hospitalier*, les comités de secours ne pourront faire face à leur tâche pendant la guerre.

3. En temps de paix, les sociétés de secours doivent, autant qu'ils le peuvent, aider et favoriser les soins donnés aux malades par les *diaconesses et les sœurs de charité* ainsi que par les corporations des ordres de Saint-Jean et de Saint-Jean de Malte et d'autres communautés semblables.

4. Il leur appartient également de *pourvoir eux-mêmes à l'instruction d'infirmières.*

5. La première condition pour subvenir à ce besoin, c'est de soumettre à un *strict examen* les personnes qui se présentent dans ce but, ainsi que de les *exercer* et de les *éprouver* en leur faisant soigner les malades pauvres.

6. Dans les circonstances actuelles, il ne convient pas à la nature et au but des sociétés de secours de faire elles-mêmes instruire des infirmiers.

7. Le secours, dans des calamités publiques pendant la paix, est aussi nécessaire pour le développement énergique des sociétés elles-mêmes qu'avantageux pour leur préparation à la guerre.

8. Une union solide et bien organisée entre toutes les sociétés de secours de chaque pays, ainsi qu'elles forment *un ensemble clairement défini*, doit être regardée comme la base essentielle de leur efficacité aussi bien pendant la guerre que pendant la paix.

9. La formation des sociétés de secours doit embrasser *tout le pays*.

10. Tous les comités de secours dans les différentes parties d'un pays (*comités locaux*) trouvent leur noyau dans le *comité central* du même pays.

11. Pour faciliter les communications entre les comités locaux et le comité central, il convient d'établir, dans des pays assez étendus, des comités intermédiaires pour de grands districts ou pour les provinces. (*Comités sectionnaires ou provinciaux*.)

12. Les comités centraux de plusieurs pays peuvent se réunir entre eux pour satisfaire en commun à certains besoins de secours.

13. Les comités centraux de secours de pays moins grands peuvent se placer dans la position des comités provinciaux d'un pays voisin et plus grand.

14. Les sociétés doivent arrêter, en temps de paix, un *plan précis et détaillé* de leur action pendant la guerre.

15. Pour le secours efficace pendant la guerre, il leur est nécessaire de *s'entendre d'avance, pendant la paix, avec les autorités militaires.*

16. Les comités de secours doivent faire, en temps de paix, les *préparatifs pour les hôpitaux militaires* dont ils veulent se charger pendant une guerre (*hôpitaux de réserve*). Ces préparatifs embrassent le choix des localités, le matériel et l'administration.

17. Le choix et l'équipement d'un *corps sanitaire* composé d'hommes actifs et vigoureux est aussi avantageux pour remplir la tâche des comités de secours pendant une guerre que pour subvenir aux besoins de la paix.

18. L'acquisition de *tentes ou de baraques bien transportables* destinées aux secours des blessés et malades pendant une guerre et en temps de paix est du ressort des comités de secours.

19. Il n'est pas nécessaire d'établir et de pourvoir pendant la paix des *dépôts* de matériel pour la guerre.

Mais il convient d'acquérir des modèles d'objets nécessaires pour le soin des malades et de s'entendre sur un échange d'objets de cette nature entre les comités des différents pays.

20. Les comités de secours doivent s'informer, pendant la paix, de toutes les nouvelles inventions, expériences et propositions concernant l'hygiène militaire et les soins à donner aux malades dans la guerre.

Propositions des autres comités centraux.

1. De la part de *l'Autriche* (voir § 2, 2) on demande :

La centralisation de l'œuvre des sociétés de secours dans un État, et par conséquent sa direction par un comité central dans la capitale de cet État sont-elles nécessaires seulement pendant la guerre ou doivent-elles également être maintenues pendant la paix ?

2. De la part du comité central *italien* :

a. Nécessité des *comités centraux* ?

b. *Règlement* pour les comités des sociétés par lequel on détermine les rapports avec le comité central et les rapports de comités centraux entre eux et avec le comité international, ainsi que leur action pendant la paix et la guerre ?

sistantes. Le cœcum est libre d'adhérences; mais les portions ascendante et transverse du colon sont réunies d'une façon intime à la partie supérieure de la fosse iliaque droite et à la face inférieure du foie.

Le bord convexe de cette glande remonte jusqu'au niveau du sein droit; son tissu est ratatiné, induré, presque exsangue. Sur la face inférieure s'observe, à droite, une dépression dont le volume aurait suffi à loger une rate normale. La vésicule du fiel est remplie de bile, et le cholédoque est resté perméable.

La rate a son volume normal.

Après avoir enlevé la masse intestinale, on découvre, à droite, dans la région rénale, une coque fibreuse très-résistante, à parois blanchâtres, réunie par des adhérences fibreuses aux parties circonvoisines dont on parvient à l'énucléer. L'atmosphère adipeuse du rein a complétement disparu.

Cette tumeur, qui n'est autre que le rein, a environ trois fois le volume de cet organe à l'état normal. En pratiquant une coupe allant de la grande circonférence vers le hile de la glande, on constate : que l'enveloppe fibreuse, très-épaissie, est intimement soudée au viscère par des brides cellulo-fibreuses très-courtes; que son tissu a une consistance semi-cartilagineuse et crie sous le scalpel; qu'à l'intérieur, le parenchyme glandulaire a complétement disparu et que la substance corticale, transformée en tissu conjonctif, a formé une série de locules remplis de pus caséeux.

Les calices ont disparu, et le bassinet se confond avec l'enveloppe fibreuse de la tumeur.

L'urètre correspondant a son diamètre augmenté des deux tiers, sa muqueuse est détruite; ses parois épaissies, lardacées, crient sous le scalpel; la lumière est complétement obstruée par un muco-pus collé à la surface de la muqueuse.

Quant au rein gauche, il présente les caractères anatomiques de la néphrite parenchymateuse à son second degré.

La vessie, fort petite, avait conservé sa forme pyriforme; les parois, épaissies (5 millimètres au bas-fond), avaient une consistance lardacée, due à l'énorme développement du tissu cellulaire interstitiel; les fibres musculaires s'étaient atrophiées en grande partie.

La muqueuse vésicale était boursouflée et ramollie; elle portait des ulcérations superficielles à bords arrondis; le fond de l'ulcère avait une teinte plus foncée que la circonférence. Outre les ulcérations, on constatait encore de petites élevures circonscrites d'une couleur brune, formées aux dépens de la muqueuse et de vésicules variqueuses.

L'observation précédente m'ayant paru remarquable à plus d'un titre, j'ai cru devoir faire un détail minutieux de chaque symptôme; mais en jetant un coup d'œil rétrospectif sur l'histoire de ce malade, il semblera au premier abord que tout devait y être parfaitement clair, et que le diagnostic n'a pu rester un seul instant incertain. Cependant, jusqu'à la dernière entrée du malade à l'hôpital de Toulouse, le mot d'abcès périnéphrétique n'a pas dû être prononcé, bien que la première apparition du mal ait eu lieu à Lyon.

La maladie a eu un début des plus insidieux; il est certain qu'elle a commencé en 1867, au mois d'octobre, par de vives douleurs lombaires, dont la difficulté de la mixtion a fait négliger la valeur symptomatique. Le pus dut alors se former lentement dans l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein; l'inflammation se propagea dans les parties circonvoisines et détermina mécaniquement l'ictère, dont la signification symptomatique était probablement ne pas être appréciée.

Cet ictère, qui pouvait venir en aide au diagnostic, était le résultat d'une péritonite périhépatique, déterminant un trouble dans la sécrétion biliaire.

Au bout de trois mois de traitement, le malade sortit de l'hôpital imparfaitement guéri, en sorte qu'il est permis de penser, puisque aucune opération ne fut pratiquée, que l'inflammation périnéphrétique ayant rétrocédé, le pus a été enkysté d'abord entre le parenchyme et son enveloppe celluleuse, que les parties liquides ont été résorbées, et que le tout enfin s'est terminé par l'adhérence de ce feuillet celluleux avec l'organe même.

La cystite, cause première de la maladie, persistant toujours, comme le prouve la première entrée du malade à l'hôpital de Toulouse, l'inflammation néphrétique récidive au mois d'août, mais prend tout de suite une gravité excessive, car le tissu de la glande pouvait seulement être atteint, et non plus son enveloppe, qui avait déjà été détruite.

Au mois d'août, le faciès du malade était tellement altéré, l'état général était si mauvais, qu'au premier abord il semblait en proie à la cachexie cancéreuse, ou porteur d'une affection osseuse des vertèbres ou des os iliaques. D'un autre côté, si on tenait compte des antécédents racontés par le malade de l'état de sa vessie, des douleurs lombaires existant à droite, de la rétraction du testicule du même côté, le diagnostic ne devait pas rester incertain.

Il fallait rejeter l'idée d'abcès froid symptomatique, d'une lésion des vertèbres ou des os iliaques, que faisaient naître à l'esprit du chirurgien la démarche pénible du malade et sa position vicieuse dans l'attitude verticale : car à un examen plus attentif l'on voyait très-bien que la colonne vertébrale ne présentait aucune incurvation en dépression, qu'il n'existait de douleur en aucun point de cette région, et que de plus les os du bassin paraissaient parfaitement sains.

L'altération cancéreuse ne pouvait être admise non plus, car on ne constatait cliniquement aucun de ses caractères. Plus tard, à l'autopsie, cette question se représentait, mais nous verrons plus bas ce qui nous a fait rejeter encore cette idée de cancer en voyant sous nos yeux la pièce pathologique.

Toutes les suppositions précédentes ayant été rejetées, ainsi que celle de tumeur de la fosse iliaque, en tenant compte de l'état de marasme du malade, de la fièvre quotidienne, de l'amaigrissement, de l'effacement de la dépression costo-iliaque, de l'état de la vessie et des urines, de l'ascension enfin du testicule, que nous avions observée une autre fois dans un cas d'abcès périnéphrétique, nous fîmes sans hésitation, au moment convenable, une ponction dans la région rénale droite.

Pour nous, il n'y a pas de doute que, dans ce cas, c'est l'altération vésicale et son irritation habituelle qui, en provoquant de grandes douleurs dans la région lombaire, ont déterminé l'inflammation de l'uretère d'abord, puis la destruction de tout le parenchyme rénal. Une première fois, l'inflammation a été limitée au tissu cellulaire, il y a eu enkystement, et enfin une seconde fois la destruction du rein a entraîné la mort.

Il résulte pour nous de cette observation, que les frissons répétés, la fièvre quotidienne, l'inappétence, les douleurs lombaires, la rétraction du testicule, sont des signes certains et manifestes d'un travail inflammatoire périnéphrétique qu'il est urgent d'enrayer le plus tôt possible en faisant une profonde incision jusqu'au tissu enflammé, alors même qu'il n'existerait pas de tumeur dans la région costo-iliaque. Il faut ajouter cependant qu'une pareille conduite ne peut être tenue que s'il existe, depuis un certain temps, une affection douloureuse des voies urinaires.

Cette observation prouve encore que le travail inflammatoire dans cette région se fait très-lentement, et parfois même en deux temps, à des distances assez éloignées.

A l'autopsie, la tumeur que l'on trouvait dans la région rénale était de nature à provoquer de nombreuses discussions. Cette tumeur dure, mate à la percussion, adhérente par plusieurs points aux parties circonvoisines, ressemblait presque, par son contenu, à une masse cancéreuse.

N'y avait-il pas eu, du vivant du malade, erreur de diagnostic, et, au lieu d'une tumeur inflammatoire, n'avait-on pas affaire à un épithélium du rein? Sans faire appel au microscope, en tenant simplement compte de la marche clinique de la maladie, il était évident que cette hypothèse était inexacte; puis on ne trouvait dans ce tissu, complétement dégénéré et détruit, que des cellules à noyaux multiples, de la graisse et nulle part d'épithélium rénal. Nous avons, en outre, fait remarquer précédemment que la tumeur était parfaitement enkystée, sans relation, par suite, avec les ganglions, régulière et d'un très-grand volume.

Dans le cas spécial, l'étiologie ainsi que la pathogénie de l'affection nous échappent; nous voyons bien un lien évident entre la cystite chronique et l'abcès, mais les causes mêmes du catarrhe restent inconnues. Le malade n'a eu aucune affection urétrale, il n'était pas calculeux, et ses habitudes alcooliques, mal prouvées du reste, ou les refroidissements auxquels il a pu s'exposer, ne sont pour nous que des mots, derrière lesquels nous cachons notre ignorance.

EMBRYOGÉNIE

SUR LE RÔLE DES DEUX VÉSICULES QUE RENFERME L'ŒUF PRIMITIF

PAR M. GERBE.

Le corps particulier vu par MM. de Siébold, de Wittich, V. Carus, dans l'œuf de l'araignée domestique, l'espace clair que M. Coste a fait figurer dans l'ovule primitif des oiseaux, ne sont autre chose que la seconde vésicule dont M. Balbiani a démontré l'existence dans l'ovule de plusieurs espèces animales de classes différentes. Sans cette démonstration, il est certain que nous serions encore à nous demander quel est le vrai caractère du corps vu dans les araignées, quelle est la signification de l'espace transparent vu dans l'ovule des oiseaux.

Dans l'ovule de la sacculine, comme dans l'œuf de toutes les espèces à cicatricule, la vésicule depuis longtemps connue sous le nom de *vésicule germinative* est bien réellement celle autour de laquelle se forment et se groupent les matériaux destinés à se transformer en embryon, et elle doit, par conséquent, conserver le nom que les premiers observateurs lui ont donné.

La seconde vésicule, celle autour de laquelle je vois se développer l'élément nutritif, c'est-à-dire l'analogue du *jaune* de l'œuf des oiseaux, ne peut avoir d'autre rôle que celui de centre de formation de cet élément.

Je maintiens comme exacte la détermination que j'ai donnée de la fonction de chacune de ces vésicules, détermination qui ne résulte pas d'une théorie préconçue, mais de l'observation d'un fait sur lequel on ne peut conserver aucun doute quand on a sous les yeux une série d'ovules depuis leur origine jusqu'à leur maturation.

TRAITÉ

DES OPÉRATIONS DES VOIES URINAIRES

Par le Dr Reliquet (1).

La chirurgie des voies urinaires a fait de grands progrès depuis quelques années, et nos traités de médecine opératoire les plus récents, les plus classiques, ne sont pas à cet égard au niveau de la science. — Combler cette lacune, mettre tous les médecins à même de pratiquer heureusement des opérations devant lesquelles reculent d'ordinaire la plupart d'entre eux, tel est le but, que le Dr Reliquet paraît s'être proposé dans son livre. Ce livre, soigneusement élaboré, méthodiquement conçu, mais trop rapidement écrit peut-être, mériterait une longue analyse, et nous prions le Dr Reliquet de ne pas mesurer l'estime que nous inspire son œuvre au nombre de lignes que nous lui consacrons.

Le *Traité des opérations des voies urinaires* se composera de deux volumes. Le premier volume comprend les opérations qui se pratiquent sur l'urètre, le second comprendra celles qui se pratiquent sur la vessie. — L'auteur entre en matière dès les premières pages, sans commettre la moindre préface. Nous l'en félicitons. Les bonnes choses s'affirment elles-mêmes, et ne gagnent rien aux éloges de ceux qui les prodiguent. — Une étude originale de l'intoxication urineuse sert d'introduction à l'ouvrage. L'intoxication urineuse est pour M. Reliquet, comme pour son maître, M. Maisonneuve, le nœud, la clef de la chirurgie des voies urinaires. Qu'une éraillure soit faite à la muqueuse urétro-vésicale, que cette muqueuse soit dépouillée en un point de son épithélium protecteur, aussitôt l'urine passe dans le sang par cette porte ouverte à l'absorption et entraîne les accidents que l'on désignait autrefois sous le nom de fièvre urineuse. Cette fièvre urineuse, si redoutée des chirurgiens, est donc aujourd'hui bien connue dans ses conditions pathologiques : pour la produire, il suffit de quelques gouttes d'urine; pour l'éviter, il suffit d'empêcher l'absorption de ce liquide excrémentiel et toxique. L'auteur appuie sa doctrine sur la

(1) Première partie : *Opération de l'urèthre.* Un volume in-8° de 488 pages, avec figures intercalées dans le texte.

c. Etablir si du moins les comités centraux doivent être distingués par *une enseigne* à leurs bureaux, afin qu'on se souvienne toujours de leur existence?

3. De la part du comité central *wurtembergeois* :

Que l'on fasse les démarches nécessaires afin qu'une loi internationale accorde la franchise de port à la correspondance des sociétés de secours, ou que du moins ce but soit atteint dans la Confédération de l'Allemagne du Nord et dans les États de l'Allemagne méridionale.

IV.

§ 5. — Propositions relatives à des stipulations sur des questions déjà discutées par les comités centraux.

Propositions du comité international de Genève, dans son mémoire du 20 juin 1868.

1. *Création d'un musée international de matériel sanitaire.*

La conférence, considérant que la proposition faite par M. le comte Sérurier à la conférence de Paris, pour la création dans cette ville d'un musée international de matériel sanitaire, n'a pas l'agrément de tous les comités nationaux;

Considérant, d'autre part, qu'on peut suppléer avantageusement à cette institution au moyen de collections du même genre, formées dans les principales villes par l'initiative des comités locaux,

Passe à l'ordre du jour.

2. La conférence, vu l'existence à Genève d'un comité international, institué par la conférence de Genève (1863) et confirmé par celle de Paris (1867), arrête :

a. *Fondation d'un journal international.*

aa. Le comité international de Genève est chargé de publier un *recueil mensuel* en langue française, pour servir de Moniteur général à l'œuvre des secours aux militaires blessés, et de moyen de correspondance entre les comités nationaux.

bb. Si le chiffre annuel *des frais de cette publication* est supérieur à celui des recettes, la dépense sera répartie entre les comités nationaux et supportée par eux, proportionnellement au chiffre de la population qu'ils représentent, mais sous déduction des sommes qu'ils auront payées à titre d'abonnements ou de subventions.

b. *Organisation d'une agence internationale en temps de guerre.*

En cas de guerre, le comité international organisera, dans une localité convenablement choisie, un *bureau de correspondance et de renseignement*, qui facilitera de toutes manières, entre les comités, l'échange des communications et la transmission des secours.

c. *Constitution du comité international.*

aa. Chaque comité national adjoindra un de ses membres au comité international genevois, pour le seconder dans l'exécution du mandat qui lui est conféré par les articles ci-dessus.

bb. Indépendamment des fonctions qui lui sont attribuées par les articles précédents, le comité international continuera à être chargé de faire, au nom de l'œuvre, toutes les démarches d'intérêt général.

Propositions venant des autres comités centraux.

Trois des questions précédentes sont proposées par d'autres comités centraux dans les termes suivants :

1. Le comité central *français* observe que les questions suivantes lui semblent mériter l'attention et la discussion de la Conférence :

a. La définition des attributions du comité siégeant à Genève.

b. Dans la séance du 30 août 1867, la conférence internationale réunie à Paris a émis le vœu qu'un conservatoire international (musée de modèles) fût fondé à Paris. Depuis cette époque, les comités de Berne, Bruxelles, Carlsruhe, Darmstadt, Dresde, Lisbonne, Stockholm et Stuttgart y ont envoyé leur adhésion. L'établissement de ce musée étant un fait accompli et sanctionné par un grand nombre de comités, la conférence de Berlin aurait à donner son avis sur les détails de son organisation.

2. De la part de *l'Autriche* (voir § 2, 2) on demande :

Est-ce désirable de fonder un journal international des comités de secours?

V.

§ 6. — Réunion périodique des conférences internationales.

De la part de *l'Autriche* (voir plus haut, § 2, 2), l'article du programme de la conférence de Paris indiqué ci-après est proposé à la conférence :

Ne serait-il pas utile que des assemblées de sociétés fussent tenues tous les deux ans dans une capitale différente?

A la fin de la conférence, le comité central prussien publiera les questions formant l'objet d'un *second concours littéraire* dans l'intérêt de l'œuvre commune des sociétés de secours.

Berlin, le 1er mars 1869.

LE COMITÉ CENTRAL PRUSSIEN DE SECOURS AUX MILITAIRES BLESSÉS ET MALADES.

triple base de l'histologie, et de l'expérimentation physiologique et de l'observation clinique; puis il en poursuit les applications dans tout le cours de son livre.

Le cathétérisme est l'objet des premiers chapitres, comme il est le premier temps de toute opération pratiquée sur les voies urinaires. Il est des règles communes à tous les cathétérismes, elles reposent sur une étude approfondie de la physiologie de la miction; et les pages où ce rapport est mis en évidence méritent une mention spéciale. Vient ensuite la description des différentes variétés de cathétérisme. On le pratique avec des instruments rigides, ou avec des instruments flexibles. Les sondes rigides se ramènent à trois types. Elles ont une courbure semblable à celle de l'urètre (Gély, Récamier, Bénique), une courbure plus brève (Mercier), ou une courbure plus large (Amussat). Or, par des raisons toutes mécaniques, les manœuvres applicables à l'un de ces trois types de sondes ne sont pas applicables aux deux autres.

Le maniement des instruments flexibles, bougies et sondes de gommes, de cire, de caoutchouc, de baleine, exige à son tour des précautions spéciales.

M. Reliquet a rapproché avec un grand sens clinique toutes les opérations dirigées contre la rétention d'urine; puis, ailleurs, toutes celles qui sont dirigées contre les rétrécissements de l'urètre, contre les fistules urinaires, etc. La marche qu'il a suivie dans leur étude, montre la série des moyens à employer au lit du malade, dans l'ordre même où il convient de les mettre en œuvre.

Nous appelons l'attention sur les pages consacrées à la physiologie pathologique des rétrécissements aux résultats comparatifs de l'urètrotomie interne avant et après l'emploi de la sonde à demeure; aux effets remarquables des injections d'eau phéniquées dans les fistules urinaires.

Mais l'espace nous manque pour insister sur ces différents points, et nous ne pouvons aussi que mentionner les chapitres relatifs à l'irrigation de l'urètre, à sa cautérisation, au phimosis, etc.

On ne doit pas s'attendre à trouver dans l'ouvrage de M. Reliquet l'indication de tous les instruments, de tous les procédés opératoires qui ont été préconisés par les chirurgiens. L'auteur décrit minutieusement tous ceux qu'il croit bons, mais il écarte tous ceux qu'il juge mauvais. Nous ne saurions trop l'en féliciter. Ce que l'élève, le praticien cherchent dans un livre comme celui-ci, ce n'est pas de l'érudition, ce sont des indications précises et le plus sûr moyen de les remplir. M. Reliquet déjà connu par sa thèse sur l'uréthrotomie interne, la meilleure monographie que nous possédions sur la matière, vient, par son livre, de marquer sa place dans la chirurgie des voies urinaires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.

—

Manuel d'histologie pathologique, par M. CORNIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et M. L. RANVIER, préparateur du cours de médecine expérimentale du Collége de France. PREMIÈRE PARTIE : *Anatomie pathologique générale*, avec 168 fig. intercalées dans le texte. 1 vol. grand in-18 de 340 pages. Paris, 1869. Prix : 4 fr. 50.

Des différentes espèces de néphrites, par le Dr V. CORNIL. Thèse présentée au concours pour l'agrégation, 1 vol. grand in-8 de 175 pages. Paris, 1869. Prix : 3 fr. 50.

De la pleurésie purulente, par le Dr DAMASCHINO. Thèse présentée au concours pour l'agrégation. 1 vol. grand in-8 de 174 pages. Paris, 1869. Prix : 3 fr. 50.

De la hernie de l'ovaire, par le Dr LOUMAIGNE. Paris, 1869. In-8 de 48 pages. Prix : 1 fr. 50.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par M. P. GARNIER, rédacteur de l'*Union médicale*, etc, précédé d'un introduction par M. le Dr Amédée LATOUR, 5e année, 1869. 1 vol in-18 de 528 pages. Prix : 6 fr.

Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin, basées sur 414 cas observés à la clinique d'accouchements de Paris pendant 16 ans, par le docteur STANESCO. — Paris, 1869. 1 vol. in-8o de 120 pages, accompagnées de 15 tableaux statistiques. Prix, 4 francs.

Mémoire sur les dissolvants et les désagrégeants des produits pseudo-membraneux et sur l'emploi du brôme dans les affections pseudo-membraneuses, par le docteur Ch. OZANAM. Deuxième édition. — Paris, 1869. In-8o de 48 pages, Prix, 1 fr. 50.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Se composera d'environ 20 vol, grand in-8o cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages avec fig. intercalées dans le texte : 10 fr. — Les tomes I à X sont en vente. — Les principaux articles du tome X sont : Coxalgie, par Valette; Crâne, par Saint-Germain et Lunier; Crétin et Crétinisme, par Lunier; Crise, par Hirtz; Cristallin, par F. Monoyer; Croissance, par Gombault; Croup, par Jules Simon; Crurales (région et hernie), par Gosselin; Cuisse, par Laugier; Cuivre, par Roussin et Barrallier; Curare, par Bert et Aug. Voisin; Cyanose, par Gintrac; Cystite, Cystocèle, par Valette; Daltonisme, par E. Javal; Dartre et affections dartreuses, par Hardy; Datura, par Marchand et Hirtz; Défécation, par Bert; Dégénérescence, par Bœckel; Déglutition, par Oré.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 24 mars 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie est en travail d'enfantement. Après l'élection d'un associé libre, élection d'un membre de la section de pathologie chirurgicale, pour mardi prochain, puis très-prochainement d'un membre de la section d'hygiène; plus tard viendra le tour de la section de pathologie médicale, etc. Aussi, depuis quelque temps, n'entend-on guère que lectures de candidats et de rapporteurs. Hier, c'était le tour de M. Lunier, candidat pour la section d'hygiène, et de M. A. Guérin, rapporteur d'un mémoire de M. Trélat, candidat pour la section de pathologie chirurgicale.

Le sujet de la lecture de M. Lunier était fait pour piquer l'intérêt — Il n'y a pas failli — : *De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés, de ses causes, et des moyens d'y remédier.* C'est là une question dont se préoccupent, à juste titre, depuis quelques années, non-seulement les médecins, mais l'administration et l'opinion publique elle-même. M. Lunier, que ses fonctions d'inspecteur général placent très-favorablement pour ce genre de recherches, a entrepris, sur ce sujet, une enquête spéciale dans tous les établissements d'aliénés de France, et il en a comparé les résultats avec ceux fournis par les recensements généraux de la population et avec les documents publiés à l'étranger.

De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés, révélée par les recensements généraux de la population ; de l'accroissement du nombre des aliénés placés dans les établissements spéciaux et des causes de cet accroissement; de l'augmentation du nombre des cas d'aliénation mentale et des causes de cette augmentation ; des moyens à employer pour arrêter l'augmentation progressive, d'un côté des cas de folie, et de l'autre, du nombre des aliénés internés. Telles sont les graves questions que M. Lunier s'est proposé d'étudier dans ce mémoire. Des tableaux statistiques résument ses recherches sur chacune des trois premières questions formulées. Il y aurait lieu d'être vraiment effrayé à l'aspect du premier tableau qui, pour une période de trente-quatre années, de 1835 à 1869, nous montre la proportion des aliénés, par rapport à la population de la France, s'élever avec une progression régulière et rapide de 4,96 p. 1,000 à 24,28, si l'on n'était immédiatement rassuré sur la signification de ces chiffres par l'imperfection et l'insuffisance notoire des moyens de recensement des aliénés à domicile mis en usage, surtout pour la série des premières années qui figurent dans ce tableau. Mais il n'en reste pas moins, comme témoignage peu satisfaisant, le chiffre de 1 aliéné sur 412 habitants, à la date du 1er janvier 1869, celui de tous qui semble devoir approcher le plus de la vérité, mais qui ne l'exprimerait pas cependant encore tout entière, au dire de M. Lunier, qui n'hésite pas à affirmer qu'il est plutôt au-dessous qu'au-dessus de la réalité.

Le tableau relatif aux aliénés placés dans les asiles, dont le nombre est beaucoup plus facile à déterminer avec exactitude, montre que le chiffre absolu des aliénés traités dans les établissements spéciaux s'est élevé, depuis 1835, de 10,000 à 38,000, c'est-à-dire qu'il aurait presque quadruplé. Mais on est encore quelque peu rassuré, en poursuivant l'analyse de ce tableau, lorsqu'on voit les causes un peu artificielles et plus apparentes que réelles de cette augmentation, tendre à diminuer.

Il n'en reste pas moins, tout compte fait, une augmentation graduelle, beaucoup moins considérable sans doute que ne sembleraient l'indiquer au premier aspect les chiffres relevés par M. Lunier, mais trop réelle cependant, du nombre des aliénés en France. M. Lunier indique quelques-unes des causes probables de cette augmentation, en rectifiant, toutefois, des erreurs accréditées à certains égards et particulièrement à l'égard de la proportion du nombre d'aliénés fournis par les deux sexes.

Quant à la conclusion la plus importante de ce travail, savoir, quels seraient les moyens à employer pour arrêter cette augmentation progressive des cas de folie en France, M. Lunier nous la promet pour une seconde communication. Puisse-t-il ne pas nous la faire trop attendre !

L'Académie avait entendu, dans la séance du 8 décembre dernier, la lecture d'un mémoire très-intéressant et très-bien fait de M. Trélat sur la trachéotomie dans les lésions syphilitiques des voies respiratoires. M. A. Guérin a lu hier un très-bon rapport sur ce mémoire. Aux considérations pratiques importantes que renferme le travail de M. Trélat, M. A. Guérin a trouvé le moyen d'ajouter encore d'utiles indications.

A 4 heures et demie, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la section de pathologie chirurgicale sur les candidats à la place vacante dans cette section. Si les renseignements que nous avons recueillis sont exacts, la section, par l'organe de son rapporteur M. Chassaignac, aurait classé les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Verneuil, 2° M. Dolbeau, 3° M. Giraldès, 4° M. Maurice Perrin, 5° M. Desormeaux, 6° M. L. Lefort. Sur la proposition de plusieurs membres, l'Académie aurait adjoint à la liste les noms de MM. Voillemier et Trélat. L'élection aura lieu dans la séance prochaine.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SÉE.

Du diagnostic des fièvres par la température (1).

La scarlatine a le même début brusque que la variole, mais la température monte bien plus rapidement et atteint son maximum en vingt-quatre heures; c'est alors que se fait l'éruption. C'est la fièvre éruptive qui a la période prodromique la plus courte; elle est donc assez facile à distinguer des autres. Mais il arrive souvent que la scarlatine passe inaperçue, soit que l'éruption échappe par sa pâleur à l'examen du médecin, soit qu'elle manque complétement (scarlatine fruste de Trousseau), soit enfin qu'elle soit très-incomplète et fugace; cependant ces sortes de scarlatines peuvent donner lieu à tous les accidents graves de la scarlatine régulière, à la maladie de Bright, entre autres, et les enfants y seront d'autant plus exposés que, la maladie ayant passé inaperçue, on ne prendra aucune précaution. On évitera cette faute si on a soin d'explorer la température; au début il y a eu de la fièvre, sa durée a été éphémère, vingt-quatre heures soit; mais le thermomètre atteint dans ce laps de temps 40 degrés, et aucune autre maladie que la scarlatine n'atteint ce maximum élevé en un jour.

La rougeole commence au contraire d'une manière lente et perfide : elle a donc une marche essentiellement différente de la scarlatine et de la variole. Tandis que dans ces maladies la température atteint son maximum rapidement et d'une façon continue, dans la rougeole il y a des rémissions le matin, si bien que dès le deuxième jour on peut prédire l'apparition d'une rougeole. La durée des prodromes est longue, et la période d'incubation est de quatre jours. Voici, en général, ce que l'on observe : au début il y a un peu de fièvre, mais elle n'est pas continue, elle a les caractères de la fièvre rémittente ou catarrhale; puis survient un accès transitoire précédé de frissons vers le troisième jour; le thermomètre baisse le matin du cinquième ou du sixième jour, et alors on voit apparaître l'éruption à la fin de ce jour ou le lendemain.

Le maximum de la température survient donc du troisième au cinquième jour.

Diagnostic des fièvres éruptives et de la pneumonie. — Ce diagnostic n'est pas toujours facile, et le médecin peut être induit en erreur d'autant plus que, dans certains cas, le thermomètre ne lui sera d'aucune utilité. C'est ainsi qu'il y a une grande analogie entre le début de la variole et de la pneumonie, car le thermomètre dans les deux cas donne les mêmes signes : élévation rapide de la température, et on sera forcé d'attendre que les signes d'auscultation apparaissent. Puis il arrive souvent, chez les enfants surtout, que l'auscultation est très-difficile à pratiquer; chez eux les crachats manquent complétement, et la dyspnée existe aussi bien dans la variole que dans la pneumonie. Comment se tirer d'embarras ? Le thermomètre ne vous renseigne nullement. Ici, vous n'avez qu'un signe qui peut vous éclairer, c'est la dyspnée. Dans les deux cas il y a de la dyspnée, et en même temps les malades accusent un point douloureux, le point de côté. Dans la pneumonie, la gêne de respiration accompagne le point douloureux ; il siége tantôt à droite, tantôt à gauche, et coupe la respiration; tandis que dans la variole il n'y a pas véritablement gêne de la respiration, c'est plutôt une anxiété, une sensation d'angoisse qui siége soit à la région précordiale, soit au creux épigastrique; une étude attentive de la dyspnée peut donc vous donner quelques probabilités.

Résumons donc en quelques mots la marche caractéristique de chaque fièvre éruptive :

Dans la rougeole, l'éruption apparaît le quatrième ou cinquième jour; dans la scarlatine, l'éruption survient le soir du deuxième jour; dans la variole, le quatrième jour.

Dans la scarlatine, le thermomètre reste au maximum pendant quatre à cinq jours, et la défervescence se fait vers le septième ou huitième jour. La chute est lente.

Dans la variole, une fois l'éruption apparue, la défervescence est complète et l'éruption variolique accomplit sa marche sans que le thermomètre indique une augmentation de la chaleur. Le thermomètre, il faut le dire, remonte à la période de suppuration.

Dans la rougeole, après l'éruption il se fait une montée, puis la défervescence survient le septième ou huitième jour.

Notez bien ces différences relativement à l'éruption :

Dans la scarlatine, une fois l'éruption faite, le thermomètre se maintient et monte.

Dans la variole, après l'éruption, le thermomètre tombe rapidement, pour remonter le huitième jour s'il y a suppuration.

Dans la rougeole, après l'éruption, le thermomètre monte un jour, puis baisse, mais lentement.

Diagnostic de la variole et de la rougeole. — Il peut arriver qu'au début de la période éruptive on hésite à se prononcer, car certaines éruptions de rougeole boutonneuse ressemblent singulièrement à la papule variolique. — Dans ce cas, le thermomètre tranche la difficulté.

Dans la variole, le thermomètre tombera après l'éruption.

Dans la rougeole, le thermomètre monte ou se soutient.

Diagnostic de la scarlatine et de la rougeole. — Certaines scarlatines n'ont pas une éruption bien franche, elles offrent un pointillé sans rougeur qui peut les faire confondre avec la rougeole; mais dans ces cas, si la température a été prise régulièrement, on n'a qu'à se fier à l'époque du début de l'élévation de la température; dans la scarlatine, la température, dès le deuxième jour de l'éruption, touche au maximum et a un maximum considérable ; tandis que dans la rougeole, au deuxième jour de l'éruption, la chaleur tombe.

Ainsi par une analyse rigoureuse de la marche de la température et de la marche parallèle de l'éruption on, doit arriver à un diagnostic précis.

Physiologie du frisson et de la fièvre. — Pour nous, le frisson comprend : (a) une combustion; (b) une sensation; (c) une excitation des vaisseaux sous l'influence de cette sensation ; (d) l'action consécutive sur les nerfs et les muscles.

(a) *Opération chimique.* — Quelle qu'elle soit, la cause fébrile met le feu à l'organisme, il y a une destruction des tissus et le malade fabrique un excès de chaleur; d'autre part, il peut retenir de la chaleur et l'empêcher de se perdre, mais les urines prouvent qu'il y a eu combustion, car il y a un excès d'urée.

Où se fait cette combustion? Il est à peu près démontré que les muscles ne font pas d'urée en excès; en effet, un individu sain ne fait pas plus d'urée en forçant l'exercice musculaire : le combustible seul s'use et non la machine, qui est le muscle.

Il y a dans le sang des centaines de millions de globules qui ont les frais de la combustion; la preuve c'est l'anémie que l'on constate après deux ou trois accès; la rate augmentée de volume en détruit plus, et le déchet se retrouve dans l'urine sous forme d'urée: il y a donc combustion avec excès de température.

(b) *Sensation de frisson.* — Puis le malade accuse la sensation de frisson. Il éprouve un vif sentiment de froid et on peut croire à une réfrigération réelle de l'individu, tandis qu'en fait il y a un échauffement rapide du sang. Ainsi échauffement et sensation simultanée de froid. Or, quand un individu se refroidit après une perte abondante, comme la diarrhée cholérique par exemple, il se refroidit, mais il n'y a pas de frisson. La cause du frisson n'est donc pas le refroidissement, mais le passage brusque de 37 à 41 degrés de la température. Cette élévation subite impressionne le système nerveux, qui traduit, par une sensation douloureuse, cette impression. L'expérience a démontré que, dans un air chauffé brusquement de 37 à 41 degrés, les nerfs présentent une excitabilité excessive capable de provoquer des convulsions.

A cette cause s'ajoute une autre circonstance : c'est la différence entre la température centrale et celle de la périphérie ; ce contraste impressionne encore le système nerveux ; mais c'est la première cause qui domine, car le frisson a lieu même dans le lit quand on diminue l'écart entre la température centrale et périphérique; la sensation, c'est-à-dire la douleur, suit une marche centripète, arrive à la moelle inconsciente, qui réagit sur tous les nerfs moteurs et vasculaires. Il suffit, pour prouver cette action réflexe, de rappeler les expériences de Tholozan et de Brown-Sequard : plongez une main dans l'eau froide, la sensation produit une contraction même des artères opposées.

Phénomènes consécutifs. — Sous cette même influence, il y a engourdissement des membres, fatigue, céphalalgie, malaise général, absence de sécrétion; le malade ne sécrète pas d'urine pendant le frisson.

Au stade de frisson succède le stade de chaleur caractérisé par le relâchement des vaisseaux, la facilité de la circulation; et puis surviennent le stade de sécrétion, les sueurs, la détente. L'excès de température s'en va par l'évaporation, et sous l'influence de cette déperdition d'eau il se fait une nouvelle centralisation des urines avec un excès d'acide urique, ce qui constitue les urines critiques des anciens.

(c) *Excitation des vaisseaux.* — Quelle que soit la source des combustions, la chaleur qui se développe subitement excite les nerfs moteurs et surtout les nerfs vaso-moteurs. Ce sont les petites artérioles possédant les muscles les plus puissants qui

(1) Voir le dernier numéro.

agissent d'abord par leur contraction, de façon à ce qu'il reste à peine du sang à la périphérie; de là une cause de refroidissement périphérique résultant de la stase veineuse et de l'état exsangue des artérioles; ainsi, dans la fièvre pernicieuse, le visage et les extrémités sont d'une pâleur mortelle, ou bien d'une coloration livide, rouge, cyanosée. Cette rougeur et cette pâleur alternatives s'expliquent l'une par la stase sanguine, l'autre par l'anémie des tissus.

Ce n'est pas tout. Le cœur lutte énergiquement contre la résistance des artérioles, et bien qu'en somme il fournisse un travail effectif très-faible, il bat très-vite, 120 à 140 par minute. Le nerf vague ne fonctionne que si le sang est dans son intégrité; sous l'influence de l'acide carbonique qui s'accumule alors dans le sang, le nerf se paralyse finalement, et dès lors il se produit une fréquence excessive des battements du cœur.

(d) *Excitation des muscles.* — L'excitation des nerfs moteurs par la chaleur produit la contraction des muscles, et tout d'abord de ceux des bulbes pileux de la peau : c'est ce qui constitue la chair de poule. L'excitation des muscles animés par la petite branche de la cinquième paire produit le claquement des dents; l'excitation de ceux animés par la septième paire donne lieu à la contraction des muscles peaussiers du cou et de la face, d'où l'état grippé du visage. Enfin, le tronc et les membres sont en proie à des contractions analogues. Le patient se rétracte, se recoqueville ; il cherche ainsi à diminuer le volume du corps, à diminuer sa surface de rayonnement, sa déperdition de chaleur, et en même temps à augmenter les contacts des extrémités qui sont froides, avec le tronc qui est plus chaud. Enfin, la contraction des muscles respiratoires produit l'anxiété précordiale, la dyspnée, et celle des muscles du larynx, la faiblesse de la voix.

Voilà l'interprétation physiologique du frisson, phénomène caractéristique des fièvres de la première catégorie.

Voyons maintenant à distinguer les fièvres de la deuxième catégorie.

Diagnostic des fièvres de la deuxième catégorie. — Ce groupe comprend les fièvres éruptives et la pneumonie. Avant la période d'éruption, les fièvres éruptives ne présentent aucun signe pathognomonique, et c'est alors que l'étude de la température est pour le médecin une précieuse ressource, comme nous allons le montrer. Une fois l'éruption produite, il peut encore y avoir des difficultés pour différencier les fièvres éruptives les unes des autres ; c'est un nouveau diagnostic à faire, qui repose sur d'autres considérations, et nous n'y insisterons pas pour le moment.

Les fièvres éruptives sont : l'érysipèle, la variole, la scarlatine, la rougeole. Nous adoptons cet ordre, parce que la rougeole, qui vient la dernière, a une marche analogue à celle de la fièvre typhoïde et forme ainsi la transition entre les fièvres de la seconde et de la troisième catégorie.

L'érysipèle décrit sa courbe thermométrique comme un simple accès de fièvre éphémère; mais ce qui caractérise cette maladie, c'est que chaque poussée érysipélateuse, chaque extension de l'éruption, comme cela se voit dans les érysipèles ambulants, est annoncée par une nouvelle ascension thermométrique, de sorte que la courbe se compose d'une série irrégulière de montées et de descentes.

Dans la variole, la température initiale monte promptement de 37 à 39°,5, et le deuxième jour au soir (soit après quarante-huit heures) elle atteint le maximum, 40 degrés ; le troisième jour, la chaleur persiste, et l'éruption ne se fait que le quatrième jour au matin dans les varioles ordinaires, mais dans les varioles malignes l'éruption se fait le deuxième jour (après trente-six ou quarante heures). La durée des prodromes de la variole est variable suivant les cas : deux jours pour les varioles graves, trois et quatre pour les autres. Vous pouvez donc, dès cette période, prédire la gravité ou la bénignité d'une variole.

(*Sera continué.*)

HOPITAL MILITAIRE DU CAMP DE CHALONS

M. SONRIER, médecin en chef.

Kyste périostique de la bouche avec trajet fistuleux à la joue.

Nous avons lu avec le plus vif intérêt, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 16 mars dernier, un excellent article de M. le docteur Ancelet (de Vailly-sur-Aisne), sur une variété particulière de kyste périostique de la bouche.

Bien que ce travail ne présente rien de véritablement neuf, puisque ces tumeurs ont été décrites par Dupuytren sous le nom de kystes, séreux Nélaton, *Eléments de Pathologie chirurgicale*, tome II, page 732 ; et par Richet, *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, pages 394 et 442, il n'en est pas moins original en ce qu'il indique avec précision le mode de production de ces poches séreuses et nous fait assister à leur mécanisme : à savoir, le décollement du périoste par une carie du maxillaire ou une déviation des dents.

Ce travail fait donc connaître les kystes à leur début ; mais que deviennent-ils plus tard, si l'art n'intervient pas? C'est ce que nous exposerons dans les deux observations suivantes, en tous points identiques, qui serviront de complément à la note de notre confrère, tout en indiquant les phases intimes de leur évolution morbide.

Ire OBSERV. — Le nommé L..., 22 ans, 10e bataillon de chasseurs à pied, entre à l'hôpital principal du camp de Châlons, le 9 juin 1868, pour un kyste du maxillaire inférieur avec trajet fistuleux à la joue (côté gauche).

Il raconte qu'il y a quinze mois environ, à la suite d'une carie dentaire de la première grosse molaire du maxillaire inférieur, il sentit se former lentement une tumeur indolente dans le tissu gengival. Pendant six mois cette tumeur, grosse comme une noix, n'augmenta guère de volume, mais elle s'étendit à travers l'épaisseur de la joue, qui se colora d'une rougeur plus vive avec chaleur, enfin un abcès se forma, s'ouvrit au dehors, tandis que la tumeur buccale avait disparu.

Il y a donc neuf mois qu'il est atteint de cette infirmité dégoûtante, qui se montre rebelle à tout traitement énergique et rationnel.

L'ouverture externe de la fistule se trouve à un centimètre au-dessus du rebord du maxillaire inférieur, à l'insertion du masséter. Un stylet, introduit d'arrière en avant et de bas en haut, dans la direction de la première molaire, rencontre, à une profondeur de deux centimètres, une surface rugueuse dénudée qui n'est, sans doute, que la face externe de l'alvéole?

En effet, en examinant l'intérieur de la bouche, on trouve de suite la source de cette suppuration intarissable, le corps du délit qui n'est autre qu'un chicot resté dans l'alvéole, dont la paroi externe plus ou moins altérée est recouverte par une tumeur kystique ayant contracté des adhérences solides avec la joue.

Une injection d'encre vigoureusement poussée dans le trajet fistuleux, après avoir rempli le kyste, vient noircir la racine de la molaire vacillante, et indique une communication directe avec l'extérieur.

Inutile de chercher à fermer le trajet fistuleux par des injections irritantes, encore moins par l'autoplastie, ce serait enfermer le loup dans la bergerie, et favoriser la reproduction du kyste. Il vaut mieux supprimer la cause, l'effet disparaîtra. Il y a donc trois indications à remplir :

1° Extraire la racine de la molaire cariée.

2° Interrompre le trajet fistuleux, en débridant jusqu'au-dessous de la carie.

3° Diriger la suppuration vers une autre voie.

L'opération est pratiquée le 10 juin; le bistouri détache largement, en rasant le rebord alvéolaire, le tissu gengival modifié, outre le kyste, dont il ne reste plus qu'un léger renflement; cela fait, on couche dans le sillon alvéolo-génien rétabli, une grosse mèche de charpie, dans le triple but d'empêcher la cicatrisation des parties séparées, de diriger la salive et la suppuration vers les lèvres, enfin d'obturer le trajet fistuleux par une double compression.

Ce moyen réussit au delà de toute expression ; trois jours après, la fistule est fermée; la mèche est laissée encore quelque temps en place; gargarismes astringents, cautérisation avec nitrate d'argent pour activer la cicatrisation.

L..... sort complétement guéri le 29 juin.

II° OBSERV. — Le nommé L..., du 44e régiment, 23 ans, entre à l'hôpital du camp de Châlons le 21 janvier dernier, pour un kyste du maxillaire inférieur, avec fistule salivaire, dont l'orifice externe s'ouvre en avant de l'insertion inférieure du masséter (côté gauche).

Il raconte que depuis dix-huit mois il souffre d'une dent cariée, première grosse molaire; qu'une tumeur s'est lentement formée de ce côté, s'est étendue vers la joue, puis s'est ouverte par un abcès, converti en fistule qui suppure depuis une année.

Un stylet, introduit à une profondeur de 2 centimètres dans la direction de la molaire incriminée, vient frapper contre une surface rugueuse, qui n'est autre chose que la table externe du maxillaire inférieur dénudée. Une forte bride jetée entre la gencive et la joue les réunit et ferme le sillon alvéolo-génien. L'injection noire remplit le kyste, bien réduit de volume, mais ne vient pas colorer la racine cariée, par cette raison qu'elle n'est pas vacillante.

Les indications sont les mêmes que celles décrites dans l'observation précédente; mais nous ne pouvons remplir que la deuxième, par cette raison que la molaire résiste à nos tentatives répétées d'extraction. Deux jours après l'opération, pratiquée le 22 janvier, la fistule commence à se fermer.

26, 28. Nouvelles tentatives infructueuses d'extraction; hémorrhagie dentaire, ulcération fongueuse, cautérisation. La fistule génienne ne s'est pas rouverte.

30, 31. La cicatrisation est définitive, malgré la racine qui reste dans l'alvéole et qu'on n'a pu extraire que deux jours après. Guérison complète; sort le 15 février.

Ainsi que nous le disions en commençant, notre confrère n'a assisté qu'à la première phase du mal; l'abcès en voie de formation, abcès ossifluent. se constituant plus tard en kyste, puis s'étendant au dehors, vers la partie qui résiste le moins et qui offre le plus d'éléments à l'inflammation, mais qui peut rester stationnaire plus ou moins de temps. Nous, au contraire, nous n'avons vu que la fin, aussi avons-nous ajouté à dessein à l'intitulé de notre observation : kyste avec trajet fistuleux à la joue, voulant montrer par là que la fistule n'était que la conséquence, le corollaire pathologique de l'abcès dentaire.

Il ne faut pas croire que ce soit là toujours l'unique mode de terminaison de ces abcès. Non, il arrive que, pour les incisives dont les racines sont simples et moins profondes que celles des molaires, le trajet fistuleux ne s'ouvre pas au dehors, mais soulève le repli muqueux qui tapisse le fond du sillon et verse une suppuration intarissable dans l'intérieur de la bouche.

Pourquoi, dans tous ces cas, le trajet fistuleux s'ouvre-t-il de préférence à la base de l'alvéole, alors que le chemin le plus court serait sur le pourtour de la racine cariée ? L'explication de ce fait se trouve dans les dispositions anatomiques spéciales de cette région. En effet, le pus formé sous le périoste alvéolo-dentaire ne peut remonter, précisément parce que la texture serrée de la gencive qui étreint la dent à son collet lui ferme toute issue de ce côté, tandis que le fond de l'alvéole étant constitué par un tissu spongieux aréolaire, se laisse plus facilement pénétrer, ulcérer même, par le pus accumulé, qui finit par perforer la paroi externe, plus mince et moins résistante que l'interne.

Ainsi donc, pour nous résumer, trois modes de terminaison de ces abcès dont la cause est presque toujours une dent cariée : 1° kyste sous-périostique ou séreux ; 2° kyste avec trajet fistuleux dans la bouche ; 3° kyste avec trajet fistuleux à travers la joue.

Nos observations, ainsi que nous l'avons dit, se complètent et apportent chacune leur contingent de documents à l'histoire des kystes de la mâchoire inférieure.

DE LA FIÈVRE CONTINUE DANS SES RAPPORTS AVEC LA VARIOLE

Par le docteur P. DUROSIEZ.

(Société de médecine de Paris. — 19 février 1869.)

Depuis quelle époque a-t-on remarqué l'influence réciproque de la fièvre continue, de la fièvre régnante et de la variole l'une sur l'autre? La difficulté qu'on éprouve parfois à établir un diagnostic entre les deux maladies, tellement elles peuvent s'intriquer et se masquer réciproquement, a préoccupé plus d'un grand médecin, a suscité plus d'une hypothèse.

Sydenham a noté, pendant les années 1667, 1668 et une partie de 1669, une constitution varioleuse pendant laquelle la fièvre continue empruntait quelques symptômes à la variole, et il a proposé de l'appeler fièvre varioleuse.

Boerhaave et Stoll ont dit que, pendant les prodrômes, la petite vérole est analogue à toute fièvre aiguë, surtout à celle qui règne, et qu'elle en est très-difficilement distinguée. La petite vérole s'ajoute souvent aux autres fièvres, aux populaires surtout, et en aggrave le danger.

Huxham, dans son *Essai sur la petite vérole*, dit que souvent la maladie se montre avec les symptômes habituels d'une fièvre lente nerveuse ; les malades traînent longtemps, la fièvre est modérée, les forces sont abattues, le pouls est faible, la peau pâle ; il n'y a ni soif, ni chaleur ; le malade se plaint de vertige, de céphalalgie, de frissons, de nausées, de vomissements, de malaise général, de faiblesse, de fatigue, etc.

Huxham a vu quelquefois ces symptômes persister sept ou huit jours, et finir par une petite vérole qui presque toujours était irrégulière et se terminait par la mort. Quelquefois la petite vérole s'accompagne d'une fièvre maligne ou pétéchiale.

Huxham a fréquemment observé la fièvre commune épidémique doublant d'une façon évidente la petite vérole ; la fièvre épidémique coïncidant avec la petite vérole chez le même sujet. C'est ce qu'il observa dans beaucoup de cas, en 1740, 1741 et 1745. Une violente fièvre épidémique, de nature pestilentielle, sévissait à Plymouth, surtout parmi les matelots, les soldats et les prisonniers, qui présentaient les symptômes les plus évidents de la fièvre maligne compliquant la petite vérole ; la mort s'ensuivit dans beaucoup de cas, tandis que, dans le voisinage, la petite vérole n'avait aucune gravité.

Henke, Frankel, admettent des formes inflammatoire, nerveuse et putride ; Rilliet et Barthez font remarquer que, pour les médecins de l'Allemagne, ces différentes dénominations indiquent une véritable complication de la variole avec les maladies auxquelles ils donnent le nom de fièvre synoque, nerveuse et putride, tandis que les médecins français ne voient dans ces variétés que la prédominance de certains symptômes.

A. Latour, en effet, a inséré, en 1842, dans le *Bulletin de thérapeutique*, deux observations de varioles qui présentèrent une période prodromique assez lente pour faire songer à une fièvre typhoïde ; mais il n'admet que la variole.

Gubler, notre ami et maître, a insisté de nouveau sur cette forme de la variole, et Bessette, sous son inspiration, a fait sa thèse inaugurale, en 1852, sur la variole bénigne à éruption tardive, simulant la fièvre typhoïde.

Rilliet et Barthez n'ont jamais vu la fièvre typhoïde se développer pendant le cours de la variole ; pour eux, jamais la variole ne coïncide avec la dothiénentérie. Toutefois, ils reconnaissent qu'il y a des rapports et des analogies entre ces deux pyrexies ; mais ce sont de ces rapports qui existent entre des maladies de même classe, qui conduisent à les placer l'une à côté de l'autre dans le cadre nosologique, mais qui jamais ne sauraient justifier une confusion entre elles.

Cependant, disent-ils dans un autre endroit, le développement des plaques et des follicules dans la variole est si fréquent et si remarquable, qu'on doit le prendre en considération comme une des preuves du lien qui unit la variole à la fièvre typhoïde.

Il ne nous paraît pas, en effet, difficile d'admettre que la fièvre typhoïde et la variole ne sont pas la même maladie ; mais peuvent-elles s'associer comme le font, suivant beaucoup d'auteurs, la variole et la rougeole, la rougeole et la scarlatine ? Ici est la question. Jusqu'à présent nous avons conclu à la séparation ; les faits nous entraînent aujourd'hui vers la possibilité de la combinaison, vers la théorie de Sydenham.

Dans un certain nombre de cas, la fièvre typhoïde et la variole sont nettement séparées ; la fièvre typhoïde est guérie depuis un certain nombre de jours ; le malade est complétement convalescent, lorsque apparaît la variole avec tous ses signes indubitables ; mais la variole ne se montre pas toujours aussi claire : parfois il n'y a que la fièvre et les vomissements sans éruption ; parfois il y a l'éruption sans la fièvre ; parfois la séparation entre la fin de la fièvre typhoïde et le début de la variole n'est pas nette, la fièvre ne s'étant pas interrompue. Enfin la fièvre typhoïde et la variole peuvent se combiner de façon à se modifier réciproquement et à se rendre l'une et l'autre méconnaissables, et alors est posée la question du diagnostic entre la variole et la fièvre typhoïde.

La variole peut-elle emprunter à la fièvre typhoïde la longueur de ses prodrômes ?

La fièvre typhoïde peut-elle emprunter à la variole ses éruptions ?

Nous tâcherons, à l'aide des observations, d'élucider quelques-uns de ces points.

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici ce que devient la vaccine en face des maladies éruptives, de manière à bien saisir quelle influence peuvent avoir l'une sur l'autre des pyrexies de l'ordre contagieux, des pyrexies spécifiques. Guersant et Blache ont vu quelquefois la vaccine compliquée de rougeole et de scarlatine, et le plus souvent alors la vaccine suspendait sa marche pour la reprendre seulement après la cessation de la maladie principale; quelquefois aussi les deux affections parcouraient simultanément leurs périodes.

Taupin a noté que chez les enfants atteints d'affections tuberculeuses avancées, la vaccine se développe toujours très-tardivement, rarement avant 10 jours, quelquefois après 15, 20 et même 27 jours. Elle parcourt aussi ses périodes avec une extrême lenteur.

Quand la vaccination a été pratiquée sur des sujets atteints de la fièvre typhoïde ou de phlegmasie de la poitrine, le développement des boutons ne s'est fait, à part de rares exceptions, que dans la période de déclin de la maladie.

Lorsque la vaccine se rencontre avec des fièvres éruptives (rougeole, scarlatine, roséole, urticaire, pemphigus), elle est toujours retardée dans son développement, si l'inoculation a été pratiquée pendant les prodrômes de ces fièvres éruptives.

Dans le cas où l'une ou l'autre de ces maladies survient chez un sujet déjà vacciné depuis plusieurs jours, le cours de la vaccine est même entièrement suspendu dans sa marche, qui ne se continue qu'après la guérison de la fièvre éruptive.

On voit quelquefois sur le même sujet la vaccine coïncider avec la variole et on observe des phénomènes bien différents, suivant que le développement de la vaccine a précédé ou suivi celui de la petite vérole.

Si l'inoculation de la vaccine est pratiquée pendant les prodrômes de la variole et les deux premiers jours de l'éruption, le vaccin réussit en ce sens que les pustules vaccinales se développent, mais rarement la variole en est modifiée avantageusement; le plus souvent les deux éruptions marchent concurremment sans exercer la moindre influence l'une sur l'autre. La vaccination pratiquée plus tard, le troisième ou quatrième jour de l'éruption de la variole, ne donne lieu en général à aucune éruption; si au contraire les pustules vaccinales sont déjà parvenues au sixième ou septième jour, lorsque l'éruption variolique se manifeste, alors les deux maladies se développent simultanément, mais le plus souvent la variole marche plus rapidement que la vaccine et prend la forme bénigne de la varioloïde.

Peut-être cet exposé des différentes manières d'être de la vaccine en face des maladies éruptives nous donne-t-il la clef des différentes manières d'être de la variole en face des maladies éruptives.

Nous voyons, en effet, la vaccine parfois retardée jusqu'au 27e jour par certaines conditions; nous la voyons arrêtée dans son développement par l'apparition des fièvres éruptives, avec lesquelles elle lutte parfois avec avantage.

N'est-ce pas là ce que nous trouverons dans les rapports de la variole avec la fièvre typhoïde?

Comme la plupart des faits que nous rapportons ont été recueillis d'avril 1856 à avril 1858, nous devons donner l'état des varioles pendant ce laps de temps, pour établir les chances de contagion qu'avaient les malades pendant la même époque.

En 1856 (pour les neuf derniers mois), nous trouvons 7 cas de variole ou varioloïde; en 1857, 23 cas; en 1858 (janvier et février), 6 cas; total 36 cas, ainsi décomposés par mois: 1856, avril 1, juin 1, juillet 1, août 1, octobre 1, novembre 1, décembre 1. En 1857, janvier 2, février 2, mai 2, juin 4, juillet 1, août 5, septembre 4, octobre 1, décembre 2. En 1858, janvier 3, février 3.

Nous voyons donc en six mois, de mai à octobre 1857, 17 cas de variole.

Nous trouvons 26 hommes et 10 femmes pour 28 lits d'hommes et 19 lits de femmes.

L'âge varie entre 14 ans et 34 ans.

Sur 36 varioleux, 23 ont été vaccinés; 2 ont été vaccinés e paraissent même avoir déjà eu la petite vérole; 3 portent des marques douteuses de vaccin; 2 n'ont pas été vaccinés, mais ont déjà eu la petite vérole; 3 seulement n'ont été ni vaccinés ni variolés.

Nous ne trouvons qu'un cas de mort, chez une femme notée mal vaccinée, en décembre 1856.

Chez trois individus non vaccinés, la maladie a suivi la marche de la variole, c'est-à-dire qu'à une période d'abaissement du pouls, après l'apparition des premières taches, a succédé une période d'élévation du pouls jusqu'au onzième jour, tandis que pour la variole modifiée, la varioloïde, le pouls continue à tomber après l'apparition des premières taches, sans nouvelle période d'accélération.

Chez deux individus vaccinés et chez un individu déjà variolé, la maladie a également suivi la marche de la variole.

Les taches ont apparu le 2e, 3e, 4e et 5e jour;

5 fois le 2e jour, dont 1 fois dans un cas de mort;

7 fois le 3e jour, dont 6 fois dans un cas de variole;

6 fois le 4e jour, dont 3 fois dans des cas de variole;

3 fois le 5e jour, dont 1 fois dans un cas de variole.

Nous voyons les cas graves se manifester sans relation directe avec le jour d'apparition des taches.

La variole sévissait donc dans les salles de mai à octobre 1857, c'est-à-dire au moment où nous observions la plupart des cas de fièvre typhoïde que nous allons examiner.

Nous commencerons par les observations simples, où la variole survenait pendant la convalescence de la fièvre typhoïde.

— B..., 18 ans, entré le 28 mars 1857. Varioloïde survenant dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Il a été vacciné et n'a pas eu la petite vérole. Le 30 mai, on note le pouls à 112 et une éruption de papules typhoïdes abondante en particulier sur la partie postérieure du tronc et sur les bras. Le 20 juin, le malade est en pleine convalescence. Le 24, le pouls est plus accéléré; on note des vomissements et du dévoiement. Le 28, pouls 132. Varioloïde confluente, anormale, rouge. Rilliet et Barthez ont insisté sur la fréquence de la variole hémorrhagique dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Le 3 août, le malade quitte l'hôpital.

— A..., âgé de 21 ans, entré le 17 juin 1857. Fièvre typhoïde, suivie à distance par une varioloïde.

Vacciné, non variolé. Le 12e jour d'une fièvre un peu irrégulière, mais que nous croyons néanmoins pouvoir rattacher à la fièvre typhoïde, apparaissent quelques boutons sur la figure, puis vient la convalescence.

Un mois plus tard, on note tous les signes d'une varioloïde

— G..., âgé de 19 ans, entré le 23 janvier 1851. Fièvre suivie de variole. Non vacciné, non variolé. Malade depuis huit jours. Après une fièvre un peu irrégulière, suivie de convalescence, apparaît, le 12 février, une éruption varioloïque.

— X..., 44 ans, concierge, entré le 5 octobre 1854. Fièvre typhoïde, suivie à distance de varioloïde. Malade depuis douze jours. Taches rosées lenticulaires typhoïdes. Convalescence.

24 octobre, vomissements bilieux.

4 novembre, éruption de varioloïde.

— G..., 25 ans, ferblantier, entré le 27 octobre 1854 pour une fièvre typhoïde.

27 septembre, variole.

— B..., âgé de 23 ans, cordonnier, entré le 15 juin 1857. Fièvre typhoïde légère, suivie de varioloïde légère. Vacciné, malade depuis 5 à 6 six jours.

Le 19, le pouls est tombé à 60; le 20, à 48. Le 30, le pouls est à 88. Le 30 au soir le pouls est à 60. On note sur la figure quelques pustules déjà sèches; il n'y a pas eu de vomissements.

— L..., 33 ans, entré le 8 janvier 1858. Variole succédant à la fièvre typhoïde chez un individu non vacciné, non variolé. Malade depuis quinze jours, il a pu venir à pied à l'hôpital. Il présente, le jour de son entrée, une éruption vésiculo-papuleuse abondante et généralisée.

Le 9, l'éruption est notée surtout en arrière.

Le 12, les taches pâlissent.

Le 16, le pouls est tombé à 84; les taches ont presque disparu.

Le 18, le pouls est à 108; on note des papules varioliques.

Le 19, les pustules se développent non ombiliquées.

Le 21, on note l'existence des pustules, surtout sur le ventre; une d'elles est peut-être ombiliquée.

Le 22, pouls 116.

Le 23, pouls 124. Pustules pemphigoïdes.

Le 24, mort.

A l'autopsie, on trouve l'intestin guéri; vers la valvule iléo-cæcale est une large ulcération cicatrisée, taillée à pic. De nombreux follicules clos, isolés, font saillie dans l'intestin grêle.

Les papules de la fièvre typhoïde disparaissent pour faire place à une nouvelle éruption; il nous semble donc avoir affaire à deux éruptions différentes, à deux maladies différentes. L'éruption variolique apparaît le 21e jour de la fièvre typhoïde, qui ne peut être mise en doute puisque nous en trouvons la lésion à l'autopsie.

Si l'autopsie n'eût pas été faite, peut-être eut-on dit que la poussée variolique s'était faite en deux fois, qu'il y avait eu un premier effort incomplet, immédiatement suivi d'une manifestation complète. Nous verrons, dans une des observations suivantes, Gubler admettre cette double poussée variolique, peut-être avec raison, peut-être à tort.

(*Sera continué.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 23 mars. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur transmet les tableaux qui donnent les résultats de l'enquête ouverte pour la mortalité des enfants du premier âge dans les dix départements désignés par l'Académie.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Des rapports d'épidémies qui ont régné dans les départements du Pas-de-Calais, de la Moselle, de l'Ain, des Ardennes, du Cantal. (Comm. des épidémies.)

2° Des rapports sur les eaux minérales de Luxeuil, par M. le docteur Delacroix, et de Royat, par M. le docteur Basset.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Elle comprend : 1° Une lettre de M. le docteur Bloch de Plombières (Vosges), accompagnant l'envoi d'un travail sur l'absorption cutanée dans le bain. (Comm. MM. Béclard et Colin.)

2° Une lettre de M. le docteur Luton, de Reims, par laquelle il demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 21 mars 1869.

Ce pli cacheté, ouvert séance tenante, est relatif à la méthode de substitution parenchymateuse imaginée par l'auteur.

M. Béclard met sous les yeux de l'Académie un strabomètre binoculaire, construit par MM. Robert et Colin, sur les indications de M. le docteur Galézowski.

Dans les opérations de strabisme, il importe beaucoup de mesurer avec exactitude le degré de déviation, de même que de pouvoir préciser le résultat obtenu par la ténotomie.

A cet effet, M. le docteur Galézowski nous a fait construire un strabomètre binoculaire, qui réalise complétement ces indications.

Cet instrument se compose d'une tige horizontale graduée, sur laquelle glissent deux aiguilles destinées à indiquer les degrés; l'anneau de l'instrument se tient en haut, la tige transversale doit être au niveau des paupières supérieures; une fourche centrale est appuyée contre la racine du nez. En tournant les boutons fixés aux extrémités de la tige graduée, on fait marcher les aiguilles de droite à gauche et de gauche à droite,



jusqu'à ce qu'elles se trouvent au centre des pupilles. La graduation de la tige donne alors le degré de strabisme, et la moindre différence est précisée.

M. Bouillaud présente la 2e édition du *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, de M. Nonat, fait avec la collaboration de M. le docteur Linas.

M. Tardieu présente : 1° au nom de M. le docteur Hirtz, professeur à la Faculté de Strasbourg, une série de brochures relatives à différents sujets de médecine ; 2° au nom de M. Garnier, le *Dictionnaire annuel des progrès des sciences médicales*, précédé d'une Introduction de M. le docteur A. Latour.

COMMUNICATIONS.

M. Brown-Sequard fait la communication suivante : J'ai annoncé, dit-il, dans la dernière séance, qu'on pouvait provoquer des accidents épileptiformes en coupant le nerf sciatique, et qu'on obtenait ainsi les mêmes résultats que ceux qu'on obtient par la lésion d'une partie de la moelle épinière. Voici deux cochons d'Inde sur lesquels j'ai coupé le nerf sciatique, et sur lesquels je vais provoquer ces accidents en pinçant la zone épileptogène (la face) dont j'ai parlé lors de mes premières communications. On m'a fait l'honneur de me demander quelle était la partie du corps restiforme que je coupais; c'est la partie du corps restiforme qui est voisine du bec du *calamus scriptorius*. (M. Brown-Sequard montre, sur un dessin, la disposition de ces parties.)

M. Bouillaud. Les faits dont vient de nous entretenir M. Brown-Sequard sont de la plus haute importance; ces phénomènes demandent une attention toute particulière. Je conseillerai donc à M. Brown-Sequard de convier amicalement plusieurs membres de l'Académie à assister à ses expériences, afin de leur donner plus d'autorité, s'il est possible.

M. Brown-Sequard. M. Bouillaud va au-devant de mes plus vifs désirs, et toutes les personnes que ces questions intéressent me feront le plus grand plaisir de fixer elles-mêmes un jour pour que je répète devant elles les expériences dont j'ai entretenu l'Académie.

RAPPORT.

Trachéotomie dans les lésions syphilitiques du larynx. — M. Alph. Guérin, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Richet et Broca, lit un rapport sur un travail de M. Trélat, relatif à la trachéotomie dans les lésions syphilitiques des voies respiratoires.

M. le rapporteur appelle d'abord l'attention sur l'importance des lésions syphilitiques des voies respiratoires et sur le silence que gardaient à leur égard la plupart des médecins spécialistes. Il exprime le regret que M. Trélat, n'étudiant ces lésions qu'au point de vue de la médecine opératoire, n'ait pas cherché à résoudre la question de savoir si elles doivent être rattachées aux accidents secondaires ou tertiaires, et si, par conséquent, elles sont justiciables du mercure ou de l'iodure de potassium, ce qui importe cependant avant d'en venir à la ressource extrême de la trachéotomie.

L'opération reconnue nécessaire par suite des accidents de suffocation auxquels il est urgent de remédier, il s'agit de reconnaître le siége précis du rétrécissement, si celui-ci est organique ou simplement spasmodique.

Dans une statistique dressée par M. Trélat, et comprenant 25 cas, 7 fois le siége était dans les replis aryténo-épiglottiques, 10 dans le larynx, et 5 fois seulement dans la trachée. D'où résulte, comme conséquence importante, la rareté relative des ulcérations des parties les plus profondes des voies aériennes.

Etudiant les lésions qui peuvent donner lieu à la suffocation, M. Alph. Guérin rappelle qu'il a déjà établi en principe que les lésions productrices des rétrécissements dépassent toujours les membranes muqueuses. Il n'admet donc pas que les plaques muqueuses engendrent des rétrécissements, mais elles peuvent donner lieu à un œdème de la glotte qui justifie la trachéotomie. Les rétrécissements syphilitiques des voies respiratoires, comme ceux du pharynx, de l'œsophage et du rectum, appartiennent à la période tertiaire et aux accidents tardifs de la syphilis. Ils sont le résultat d'une inflammation chronique et de l'hypertrophie des tissus dans lesquels ils se montrent.

Pour décider la trachéotomie, le chirurgien doit pouvoir dire à l'avance le siége de l'obstacle à la respiration. Cette étude du siége de la lésion a été, pour M. Trélat, l'occasion d'un excellent chapitre. L'opération et le pronostic doivent nécessairement être subordonnés au diagnostic différentiel de l'obstruction laryngienne et de l'obstruction broncho-trachéale. M. le rapporteur rappelle en quels termes M. Trélat a formulé ce diagnostic et notamment la valeur qu'il accorde, avec juste raison, aux altérations de la voix. D'accord avec M. Empis, il admet que dans les lésions du larynx la voix est voilée et éteinte, ou enrouée et rauque, tandis que dans les lésions de la trachée les sons laryngiens sont encore possibles. La cause et le siége de la suffocation étant reconnus, M. Trélat est d'avis qu'il faut pratiquer la trachéotomie toutes les fois que le rétrécissement est dans le larynx, il la propose aussi pour le rétrécissement de la trachée; et il pense que, même alors, on peut conserver quelque espoir de guérison, si l'on parvient à franchir et à dilater la coarctation trachéale, à l'aide de son-

des à boules introduite par la plaie faite au-dessous du cartilage cricoïde.

M. Alph. Guérin déclare qu'il ne peut partager l'espoir de voir céder un rétrécissement trachéal que l'on essayerait de dilater. L'introduction des sondes serait une cause de toux et de suffocation qui ne permettrait pas longtemps l'emploi de ce moyen. M. Trélat est, d'ailleurs, trop prudent pour avoir grande confiance dans la dilatation de la trachée, et il dit lui-même que l'on ne pourra espérer le succès de la trachéotomie pour un rétrécissement trachéal que s'il est possible de franchir et de dilater le rétrécissement avec une canule appropriée.

La commission propose : 1° d'adresser des remerciements à M. Trélat; 2° d'insérer son travail dans le Bulletin. (Adopté.)

LECTURE.

Augmentation du chiffre des aliénés. — M. le docteur LUNIER, candidat pour la section d'hygiène, lit un mémoire ayant pour titre : *De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés, de ses causes et des moyens d'y remédier.*

M. Lunier, afin d'étudier cette question, a entrepris une enquête spéciale dans tous les établissements d'aliénés de France, il en a comparé le résultat avec ceux fournis par les recensements généraux de la population, et il les a mis en regard des documents publiés à l'étranger. Il examine successivement les questions suivantes :

1° L'augmentation progressive du chiffre des aliénés révélée par les recensements généraux de la population en France.

2° De l'accroissement du nombre des aliénés placés dans les établissements spéciaux; des causes de cet accroissement.

3° De l'augmentation du nombre des cas d'aliénation mentale et des causes de cette augmentation.

4° Des moyens à employer pour arrêter l'augmentation progressive, d'un côté, des cas de folie, et de l'autre, du nombre des aliénés internés.

Sur la première question, les recherches de l'auteur l'on conduit à un résultat, qu'il déclare devoir être plutôt au-dessous qu'au-dessus de la réalité, vu l'extrême difficulté d'avoir le chiffre vrai: savoir, 1 aliéné sur 412 habitants, à la date du 1er janvier 1869.

De l'examen du tableau dressé pour répondre à la seconde question, il ressort ce qui suit :

1° Le chiffre absolu des aliénés traités dans les établissements spéciaux s'est élevé, depuis 1835, de 10,000 à 38,000 (presque quadruplé).

2° Le chiffre relatif, autrement dit la population des aliénés séquestrés, par rapport à la population, s'est élevé de 3, 16 à 10,04 p. 1,000 (un peu plus que triplé).

3° Le chiffre absolu des aliénés placés dans les asiles n'a pas cessé d'augmenter. Cette augmentation, qui n'était d'abord que de 5 à 600 par année, s'est élevée progressivement à partir de 1841, de 800 à 1,300 par an; depuis 1862 elle tend manifestement à décroître.

Les causes de cette augmentation sont de deux sortes, à savoir :

1° L'augmentation du chiffre des admissions.

2° L'excédant annuel du chiffre des admissions sur celui des extinctions, c'est-à-dire des sorties par guérison, décès ou autrement.

Il résulte de l'examen de la troisième question que le chiffre annuel des admissions a constamment augmenté depuis 1835. Mais, en comparant cette augmentation annuelle au chiffre total des admissions, on reconnait qu'après avoir été relativement assez forte, elle est devenue aujourd'hui presque insignifiante. Cette augmentation dépend de plusieurs causes : des placements volontaires et des placements effectués par les familles et par l'administration ; enfin de l'accroissement réel du nombre de cas de folie.

Il est encore impossible aujourd'hui, dit à ce sujet M. Lunier, de déterminer exactement jusqu'à quel point le chiffre des cas d'aliénation mentale a augmenté depuis une trentaine d'années; mais il est au moins permis d'affirmer, d'après ce qui se passe dans les asiles, que cette augmentation est, dans tous les cas beaucoup plus considérable qu'on ne le pense généralement. J'en excepterai cependant la folie paralytique, la maladie du siècle, pour ainsi dire, qui semble augmenter de fréquence d'une façon réellement inquiétante, et cela non plus seulement dans les grandes villes, mais aussi depuis quelques années dans des centres moins importants. Par contre, cette augmentation se trouve compensée par la diminution non moins sensible des cas de crétinisme et d'idiotie.

Je ne quitterai pas les deux tableaux qui précèdent, ajoute M. Lunier, sans en tirer un dernier enseignement qui a bien sa valeur. On croit assez généralement que la folie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. C'est une erreur que j'ai déjà relevée et qui ressort de la façon la plus évidente de l'examen de ce tableau. S'il est exact, en effet, de dire qu'à un moment donné il y a dans les asiles un peu plus de femmes que d'hommes, il n'est pas moins certain qu'il entre chaque année dans ces établissements plus d'hommes que de femmes, et cela dans la proportion de cinquante-quatre à quarante-six. Or, n'est-ce pas plutôt le chiffre des admissions que celui des existants qu'il faut ici considérer? (Le travail de M. Lunier est renvoyé à la section d'hygiène, constituée en commission d'élection.)

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Chassaignac, au nom de la section de pathologie chirurgicale, sur les candidats à la place vacante dans cette section.

M. le docteur Garreau de Loubresc, médecin de colonisation, vient de succomber à Fondouck (Algérie).

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

N° 36. — SAMEDI 27 MARS 1869. 42e ANNÉE. SAMEDI 27 MARS 1869. — N° 36

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à cause des fêtes de PAQUES, le Journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE : REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : Maladies régnantes. Constitution médicale. — De la fièvre continue dans ses rapports avec la variole (M. P. Duroziez). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes. — Constitution médicale.

(Mois de Janvier et de Février.)

Le rapport de la commission des maladies régnantes de la Société médicale des hôpitaux, pour les mois de janvier et février derniers, a une étendue considérable, en rapport d'ailleurs avec son importance, et qui nous obligera à lui consacrer cette revue tout entière, tout en négligeant quelques-unes de ses parties les moins essentielles.

« La constitution médicale des mois de janvier et de février, dit le rapporteur M. Besnier, peut être rangée parmi les constitutions régulières, sans cependant en représenter le type le plus parfait; les quelques anomalies qu'elle montre sont directement en rapport avec les caractères particuliers de la constitution atmosphérique, qui pendant un très-grand nombre de jours a été exceptionnellement douce et humide. En effet, ajoute M. Besnier, les affections des voies respiratoires sont devenues fréquentes et graves à l'époque, à peu près constante, où on les voit revêtir dans notre climat ce caractère, c'est-à-dire alors que l'hiver est déjà arrivé à sa période moyenne, et que les conditions particulières de température, de terrain, d'habitation et d'hygiène propres à la saison ont préparé peu à peu la généralité des organismes à l'éclosion complète des maladies saisonnières. »

La mortalité générale, dans les hôpitaux, a continué sa progression croissante. Du chiffre de 1,067 décès qu'elle a donné pour le mois de décembre, elle s'est élevée à 1,276 en janvier et à 1,147 en février. La mortalité de ces deux mois, comparée à celle des mois correspondants des trois années précédentes, n'est pas sensiblement différente. Les mêmes maladies s'y sont montrées prédominantes et dans des proportions à peu près les mêmes, ou peu variables. Ce sont, dans leur ordre de fréquence, la phthisie pulmonaire, les pneumonies, la fièvre typhoïde, la variole, les bronchites, la rougeole, les pleurésies, l'érysipèle, le croup (particulièrement pour les deux années 68 et 69), les entérites, les angines, le rhumatisme articulaire, etc. Nous exposerons les principales particularités qu'ont présentées ces maladies, à peu près dans l'ordre de fréquence de la mortalité qu'elles ont donnée, mais en les groupant toutefois, autant que possible, par analogie de nature.

Phthisie.

La phthisie a subi, à peu près comme tous les ans dans cette même période, un accroissement notable dans la mortalité. La maladie a paru activée généralement dans sa marche par l'influence de la constitution catarrhale régnante. M. Besnier a constaté dans son service de l'hôpital Saint-Antoine une grande fréquence de la pneumonie tuberculeuse, presque toujours annoncée, dit-il, par la rougeur des pommettes, caractérisée par la douleur pleurale et par la finesse des râles, l'accélération du pouls et l'élévation de la température, terminée enfin par la mort avec une excessive rapidité. Chez plusieurs malades du service de M. Frémy, à l'Hôtel-Dieu, les symptômes abdominaux ont été tellement dominants qu'ils simulaient presque une fièvre muqueuse. M. Isambert, à la Pitié, a noté, à titre de particularité, la fréquence des nausées et des vomissements, symptômes qui ont été combattus avec succès par l'application d'un vésicatoire à l'épigastre.

Mais ce qu'il y a eu de particulier à signaler à propos de la phthisie, dans cette période, c'est la fréquence des cas de phthisie aiguë généralisée primitive dans les hôpitaux militaires. La phthisie aiguë généralisée primitive, rarement observée dans les hôpitaux civils, est relativement commune dans les hôpitaux militaires, où elle se montre même parfois d'une manière véritablement épidémique, au dire de quelques médecins. M. le professeur L. Colin, à qui l'on doit particulièrement la connaissance de ce fait et l'étude des différentes formes de cette affection, assure avoir eu chaque hiver, dans son service du Val-de-Grâce, plusieurs cas de tuberculisation aiguë. Pour les deux mois de janvier et février derniers, M. Vallin a signalé, dans le même hôpital, de nombreuses tuberculisations aiguës généralisées s'étant développées soudainement dans les séreuses pleurale, méningienne et péritonéale, sans manifestations bien appréciables du côté des poumons.

Dans les hôpitaux civils, il a été signalé quelques cas isolés de cette forme de phthisie, notamment par M. Guyot à l'hôpital Saint-Antoine, à l'hôpital Beaujon par M. Gubler et par M. Desnos.

Nous reviendrons sur cette affection et sur les considérations très-intéressantes dont elle a été l'objet dans un travail trop peu connu de M. le professeur Colin.

Pneumonies.

C'est en février que les pneumonies ont atteint le degré de fréquence et de gravité le plus élevé. Il y avait eu, en décembre, 34 décès sur 199 pneumonies, soit 18 p. 100 ; en janvier, 53 sur 226 (35, 33 p. 100) ; en février, il y a eu 85 décès sur 226, soit 38,05 p. 100. — A part une tendance adynamique assez générale, et peut-être une association plus commune que d'ordinaire de la pneumonie aux phlegmasies pleurale et bronchique, le rapport ne précise l'existence d'aucun caractère symptomatique, ni d'aucune opportunité thérapeutique propre à la généralité des cas. Dans les mêmes salles et au même moment, on a observé les formes les plus variées nécessitant les médications les plus diverses. Ainsi, tandis qu'à l'Hôtel-Dieu, par exemple, M. Moissenet a constaté chez les pneumoniques des signes très-accentués d'adynamie qui ont nécessité l'intervention du quinquina et de la potion alcoolique dans la médication, à l'hospice de la Salpêtrière M. Delasiauve, dans deux cas en apparence désespérés, a eu recours avec succès, malgré la faiblesse des malades, à l'usage de l'émétique à haute dose. A l'hôpital Lariboisière, M. Boucher de la Ville-Jossy a signalé particulièrement le caractère spécial de gravité qu'ont présenté les pneumonies au commencement de février (5 décès sur 19 cas). A Saint-Antoine, au contraire, M. Bucquoy, qui avait observé en janvier une série de pneumonies funestes, a eu une série relativement heureuse en février. Enfin M. Chauffard conclut du relevé de son service que les pneumonies de cet hiver sont bénignes et tendent franchement à la guérison. A l'hôpital Beaujon, M. Gubler a eu, en janvier, 5 cas de pneumonie sans décès, et en février 16 cas, dont 2 seulement suivis de décès, encore était-ce chez des alcoolisés, qui ont présenté à l'autopsie, avec les lésions de la pneumonie, des altérations spéciales à l'alcoolisme, telles qu'une dégénérescence graisseuse du foie et du cœur, un épaississement des méninges, etc.

A l'hôpital des Enfants, dans le service de M. H. Roger, les pneumonies lobaires ont été rares en janvier ; ce sont les pleuro-pneumonies qui ont prédominé. A Sainte-Eugénie, M. Bergeron a observé, en février, plusieurs pneumonies lobaires primitives, et M. Barthez a eu, pour les mois de janvier et de février, 7 cas de pneumonie franche, tous suivis de guérison, et 7 cas de broncho-pneumonie, dont 6 mortelles.

Pleurésies.

Les pleurésies primitives ou secondaires se sont montrées nombreuses et graves, surtout en février. Elles ont donné 8 décès en janvier et 14 en février. Au Val-de-Grâce, M. Vallin a observé un grand nombre d'épanchements pleurétiques. A l'hôpital de la Pitié, MM. Isambert, Bernutz et Gallard ont signalé un assez grand nombre de pleurésies. Plusieurs cas, accompagnés d'épanchements considérables, ont guéri sans la thoracentèse, sous l'influence des vésicatoires et des diurétiques. A l'Hôtel-Dieu, M. Moissenet a guéri une pleurésie aiguë avec épanchement, compliquée de symptômes d'embarras gastriques, en se bornant à combattre l'état muqueux gastro-intestinal par un vomitif, qui a produit en même temps une crise diarrhéique. Un autre malade, ayant également un épanchement considérable compliqué d'état muqueux, a été guéri par les vomi-purgatifs et les vésicatoires.

Un assez grand nombre de pleurésies secondaires purulentes ont été signalées, en particulier par M. Frémy à l'Hôtel-Dieu, par M. Besnier à Saint-Antoine et par M. Laboulbène à Necker.

A l'hôpital des Enfants, M. H. Roger a eu dans son service, en décembre et en janvier, 9 cas de pleuro-pneumonie, dont 4 ont été purulentes.

Bronchites, grippes.

Les bronchites aiguës simples survenues chez des sujets jusqu'alors bien portants, sous la seule influence du froid, ont été peu nombreuses et légères durant les deux mois de janvier et février. — Ici M. le rapporteur fait une remarque trop juste et trop importante au point de vue de l'exactitude des statistiques et de l'histoire des constitutions médicales, pour que nous ne nous empressions de lui donner à la fois notre assentiment et l'appui de notre publicité. Le tableau statistique rédigé dans les bureaux de l'Assistance publique, d'après le dépouillement des bulletins fournis par les chefs de service, indique un mouvement de 915 bronchites ayant donné lieu à 37 décès, tandis qu'il ne compte que 60 cas de grippe ayant donné lieu à 1 décès. « Il y a là évidemment, dit M. Besnier, une série d'erreurs et de malentendus qu'il importe de ne pas laisser subsister, et qui ne dépendent vraisemblablement que de la manière dont sont rédigés les bulletins statistiques par les chefs de service. Il est évident que presque partout la désignation générique de bronchite est appliquée à toutes les affections aiguës des voies respiratoires qui ne sont ni des pneumonies, ni des pleurésies; que les bronchites ne sont pas même distinguées en primitives ou en secondaires ou deutéropathiques; que la mortalité rapportée aux bronchites devrait être reportée, pour une bonne part, aux affections dont elle n'est qu'un élément ou une complication, et que, en définitive, ces chiffres si laborieusement accumulés ne peuvent pas être utilisés scientifiquement. La plupart des documents qui sont parvenus à la commission ne signalent que la grippe, quelques-uns même spécifient que la bronchite idiopathique proprement dite est relativement très-rare, et voici que le relevé statistique ne compte que 60 cas de grippe pour deux mois dans la totalité des hôpitaux généraux et spéciaux relevés. Il y a là une contradiction que nous ne pouvons laisser subsister, et il nous suffira, nous l'espérons, de l'avoir signalée pour qu'elle n'ait plus lieu par la suite... »

Les mêmes observations pourraient être appliquées à d'autres groupes d'affections qui demanderaient une distinction semblable pour une bonne statistique. Par exemple, au sujet de la phthisie, et particulièrement à propos de la proportion des cas de phthisie aiguë et de l'écart qui existe à cet égard entre les hôpitaux civils et les hôpitaux militaires, M. Besnier a exprimé avec tout autant de raison le regret que la statistique médicale fût encore à ce point rudimentaire qu'on y comptât les phthisies en bloc (1).

Revenons aux bronchites, et constatons avec M. le rapporteur, à l'appui de la justesse de son observation, que ce sont les affections catarrhales des bronches, les grippes et les phlegmasies secondaires des bronches qui ont, en réalité, été observées en grand nombre dans la période dont il s'agit, avec leurs formes et leurs variétés diverses, avec une gravité variable, mais moins grande que dans la période correspondante de l'année précédente. Plusieurs communications ont signalé également la différence qui existe entre cette année et la précédente pour le nombre des affections des voies respiratoires. — Nous ne doutons pas que ce rapport ne soit modifié et que cette différence n'ait disparu par le fait de la recrudescence d'affections bronchites catarrhales, à laquelle ont donné lieu les froids insolites et si persistants du mois de mars.

Quoi qu'il en soit, voici la caractéristique très-fidèle que M. Moissenet a donnée de cette épidémie de grippe, dans une note transmise à la commission. « Dans les mois de janvier et de février, comme dans les mois de novembre et de décembre, la constitution médicale a été essentiellement catarrhale. Nous avons assisté à une véritable épidémie de grippe, dont les alternatives d'aggravation ou d'amendement ont suivi les variations de la température. Les grippes, caractérisées d'abord par la fièvre avec coryza, angine catarrhale et bronchite, n'ont pas tardé à se compliquer de bronchites capillaires et de broncho-pneumonies. Celles-ci, graves pendant les premiers froids, sont devenues extrêmement bénignes à mesure que la température s'est adoucie. Alors l'embarras gastrique et gastro-intestinal a dominé tous les autres symptômes de l'état muqueux. En même temps, des vomissements muqueux ou mucoso-bilieux, des diarrhées muqueuses, bilieuses, séreuses même, et quelques dysenteries sont survenues tantôt comme crises de l'affection catarrhale généralisée, tantôt semblant constituer une maladie particulière et isolée chez les sujets atteints. Pendant la fin de janvier et la moitié de février, nous avons eu à soigner beaucoup de gastralgies, de gastro-entéralgies, parfois très-intenses, dont quelques-unes ont eu des crises incomplètes et des retentissements sérieux du côté du péritoine. D'autres névralgies ont compliqué l'état catarrhal, savoir : les otalgies, les hémicranies, les névralgies sub-orbitaires, occipitale, intercostale, lombo-abdominale et sciatique. Souvent ces névralgies, comme la fièvre catarrhale elle-même, ont revêtu le type intermittent. Pendant le mois de février surtout, nous avons vu l'asthme cardiaco-pulmonaire se manifester par des accès d'une fréquence et d'une intensité peu commune, et, dans trois cas, se terminer brusquement par la mort. Les malades ont succombé asphyxiés par une congestion pulmonaire généralisée. Cette tendance aux congestions et apoplexies pulmonaires s'était déjà signalée chez quelques-uns de nos phthisiques par des hémoptysies. »

Fièvre typhoïde et fièvre intermittente.

La fièvre typhoïde a été en décroissance en janvier et février sur les mois précédents. La mortalité, qui était encore en dé-

(1) Les observations si judicieuses de M. Besnier sur ce point s'appliqueraient avec beaucoup plus de justesse encore aux Bulletins statistiques mortuaires de Londres, qui imputent, pour le seul mois de février, 209 morts aux *Bronchites*, comprenant évidemment sous ce titre des affections très-diverses de l'appareil respiratoire. Nous aurons prochainement à revenir sur ce sujet, à l'occasion de la publication prochaine, par les soins de l'administration de la ville de Paris, d'un Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris et les principales capitales de l'Europe.

(*Note du rédacteur*, Dr Br.)

cembre de 27, est descendue, en janvier, à 18, chiffre à peu près égal à celui du mois de janvier de l'année dernière. La forme prédominante a été la forme adynamique.

La fréquence inusitée des fièvres intermittentes constatée dans le mois de décembre, a persisté en janvier. Elles ont été signalées surtout par M. Vallin, du Val-de-Grâce, qui les considère comme des fièvres vernales anticipées, liées à la température douce et humide des mois de décembre et de janvier, et par M. Empis, à la Pitié.

Affections des voies digestives.

Parmi les affections des voies digestives, il y a à signaler la fréquence, commune à cette époque de l'année, des amygdalites et des pharyngites catarrhales ou phlegmoneuses, et des angines exsudatives multiformes, catarrhales ou rhumatismales. M. Chauffard a remarqué une fréquence insolite d'embarras gastriques sous toutes les formes et avec des associations diverses, qui ont cédé facilement à la médication vomitive.

Il a été observé, dans la même période, un assez grand nombre de diacrises intestinales, diarrhées séreuses, simples, ordinairement sans réaction fébrile; elles ont été fréquentes surtout chez les phthisiques. On a signalé un cas de diarrhée cholériforme et un cas qualifié choléra (à l'hôpital Saint-Antoine).

Fièvres éruptives, varioles, rougeoles, scarlatines.

L'épidémie de variole a persisté durant les deux mois : 24 décès en janvier, 19 en février. Toutes les formes, toutes les variétés, tous les degrés ont été observés: varioles régulières, confluentes, discrètes, anomales, avec éruptions morbitiformes, scarlatiniformes ou purpuriques; varioles hémorrhagiques ou ataxiques, etc.

Au Val-de-Grâce, dans le service de M. Villemin, l'épidémie variolique a fourni, en février, 13 cas de variole ou de varioloïde et 2 cas de varicelle. Tous, un excepté, ont été reçus dans la première quinzaine. Au début, l'épidémie avait respecté les malades de l'hôpital; mais vers les derniers temps, un grand nombre de cas se sont montrés dans les salles. Sur les 13 du mois de février, 8 concernent des individus qui étaient en traitement dans les divers services depuis plus de quinze jours. Les 2 varicelles ont été observées sur deux stagiaires fréquentant l'hopital.

Des éruptions scarlatiniformes ont été fréquemment observées. Dans quelques circonstances, c'est à la suite d'une véritable rougeole que s'est développée la variole. M. Féréol a observé un cas de repullulation de la variole au moment de la dessiccation de la première éruption. M. H. Roger a vu à l'hôpital des Enfants un fait beaucoup plus rare et plus curieux, c'est une seconde variole confluente et mortelle, survenant chez une petite fille de moins de deux ans, dix jours après la première éruption.

L'épidémie de rougeole est en décroissance. Les décès auxquels elle a donné lieu sont dus, comme d'ordinaire, surtout aux complications de broncho-pneumonie et de diphthérite.

La tendance épidémique de la scarlatine signalée dans le rapport précédent, a persisté durant ces deux mois (elle a dû s'accroître pendant le mois de mars courant, si nous en jugeons par le nombre relativement assez considérable de scarlatines que nous avons vues en ville dans un cercle assez restreint). Le nombre des décès pour janvier et février a été de 9. Sur 4 scarlatines observées dans les salles de M. H. Roger, 2 avaient été contractées à l'hôpital. Il y a eu quelques cas de scarlatine disséminés dans les services d'adultes.

Affections diphthéritiques.

Les affections diphthéritiques ont été nombreuses et graves, le caractère infectieux de la maladie très-prononcé, la mortalité excessive. A l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. Barthez, en janvier, 7 cas de croup, 7 décès; en février 7 cas, 7 décès. Tous avaient été trachéotomisés, à l'exception d'un seul. Presque tous ont présenté à l'autopsie une broncho-pneumonie. Dans le service de M. Bergeron, sur 6 cas de croup (en février), un seul a guéri : c'est le cas d'un enfant de quatre ans traité par la saccharure de cubèbe; les cinq autres qui ont été opérés ont succombé.

A l'hôpital des Enfants, service de M. H. Roger, 5 croups opérés en février, 1 guéri, 1 en traitement.

A l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Bucquoy, il y a eu 4 cas de diphthérie dans la crèche; 2 croups opérés, morts par broncho-pneumonie.

Affections rhumatismales.

La grande fréquence des affections rhumatismales a été universellement signalée. Elles se sont présentées sous toutes les formes connues; on a noté la presque constance des complications cardiaques et la simultanéité commune du rhumatisme poly articulaire aigu et du rhumatisme musculaire. M. Empis, en particulier, a observé, chez quelques malades, un torticolis musculaire extrêmement douloureux, en même temps qu'un rhumatisme articulaire très-inflammatoire. M. Besnier a fait une observation analogue à l'hôpital Saint-Antoine.

Chez un de ses malades, M. Gubler a vu les accidents débuter par une péricardite d'une extrême intensité, et M. Boucher de la Ville-Jossy a observé le cas non moins curieux d'une convalescence de fièvre synoque prise d'érythème noueux, puis présentant le lendemain une fièvre violente, en même temps que l'éruption se généralisait aux membres supérieurs; puis des signes d'endocardite, et enfin un rhumatisme envahissant les grandes articulations. M. Empis a constaté, à la Pitié, la coïncidence d'une phlébite des membres inférieurs (phlébite rhumatismale sur laquelle il a appelé récemment l'attention. Dans le même hôpital, M. Isambert a signalé une complication analogue dans un cas de rhumatisme blennorrhagique, et M. Gallard a observé un cas de chorée extrêmement violente chez un enfant de 14 ans convalescent de rhumatisme articulaire. (Le bromure de potassium, à la dose de 4 grammes, a produit, dans ce cas, une amélioration très-rapide.) A l'hôpital des Enfants, M. H. Roger a vu se développer sous ses yeux un cas de rhumatisme d'ailleurs très-léger, compliqué de chorée. Ce médecin a fait cette remarque, que le nombre considérable des cas de chorées dans ses salles (12) pendant les mois de décembre et de janvier, et dont quelques-unes étaient compliquées d'endocardite ou précédées de rhumatisme prouvent la nature rhumatismale de cette affection, qui se manifeste souvent, en effet, sous l'influence des vicissitudes atmosphériques. Enfin, il a été signalé un assez grand nombre de cas de rhumatisme cérébral ou de morts subites chez des rhumatisants.

Affections puerpérales.

A propos des affections puerpérales, M. le rapporteur exprime le regret, qu'en l'absence de tout document officiel, la commission n'ait reçu, des médecins chargés de services de femmes en couches, qu'un très-petit nombre de documents, les médecins ayant un très-grand intérêt à être renseignés sur l'état sanitaire de ces services, et sur l'existence ou la non existence d'épidémies de fièvres puerpérales. Nous avons, pour notre compte, devancé, en partie, le rapport de la commission à cet égard, en rapportant l'histoire de la petite épidémie de la Pitié (voir la Revue de samedi dernier). Voici les quelques documents que nous avons à y ajouter aujourd'hui.

A l'hôpital de la Charité, M. Bourdon a eu, en janvier, un seul décès par métro-péritonite sur 41 accouchements, et plusieurs métrites, et en février 30 accouchements, pas de décès par fièvre puerpérale, 1 cas de mort par broncho-pneumonie. A l'hôpital Necker, M. Laboulbène a eu, en janvier, 5 décès par fièvre puerpérale (petite épidémie produite par encombrement, qui a cessé à la fin du mois, et qui a recommencé en février et a nécessité la fermeture de la salle pendant plusieurs jours). A l'Hôtel-Dieu et à Lariboisière, l'état sanitaire des services a été satisfaisant. Quelques cas d'ophtalmies purulentes et catarrhales seulement ont eu lieu chez les enfants dans le service de M. Hérard.

DE LA FIÈVRE CONTINUE DANS SES RAPPORTS AVEC LA VARIOLE (1)

Par le docteur P. DUROSIEZ.

(Société de médecine de Paris. — 19 février 1869.)

— C..., 23 ans, boulanger, entre le 21 juillet 1854. Combinaison de fièvre typhoïde et d'éruption variolique. Vacciné, non variolé. A l'autopsie, on trouve les lésions de la fièvre typhoïde. Il est entré atteint du choléra; il a conservé de la diarrhée.

Le 23 août, il a le pouls à 96, développé, dur, avec quelques irrégularités. La langue est sèche, râpeuse, noire au milieu; le ventre est ballonné. Le malade est encore fort abattu, mais répond bien aux questions que je lui fais. Il a une fièvre typhoïde.

La peau présente un grand nombre de taches et de boutons à différents degrés de développement. Ici, de simples élevures, là des vésico-pustules, autre part des pustules desséchées; sur les fesses on note des bulles.

Requin voit le malade et est d'avis qu'il y a deux maladies surajoutées, fièvre typhoïde et varioloïde. La marche de la maladie a bien été celle d'une fièvre typhoïde. L'autopsie est faite. On trouve les lésion d'une fièvre typhoïde compliquée de méningo encéphalite.

Dans ce cas, nous n'affirmons pas la varioloïde; nous notons seulement que l'éruption ressemblait assez à celle de la varioloïde, pour que Requin fût d'avis qu'il y avait à la fois fièvre typhoïde et varioloïde.

A propos du choléra, nous rappelons que dans cette maladie on a trouvé les éruptions les plus diverses.

Toutefois, il y aurait lieu d'examiner si les éruptions sont aussi diverses dans la clinique de la ville que dans celle de l'hôpital, qu'il s'agisse du choléra ou de la fièvre typhoïde, les occasions de contagion étant bien plus fréquentes dans un cas que dans l'autre.

Nous sommes ici dans le cœur de notre sujet.

— N... âgée de 14 ans, habite chez des employés de l'hôpital de la Charité. Elle n'est pas encore réglée. A Paris, depuis huit mois seulement, elle a, de temps en temps, du dévoiement et de la céphalalgie.

Je la vois pour la première fois le 14 juillet 1856. Elle est malade depuis huit jours, et plus malade depuis deux jours.

Le pouls est à 108, non redoublé. Le ventre, un peu développé, est douloureux à la pression; au niveau de la fosse iliaque droite, on obtient du gargouillement. La rate est augmentée de volume. La langue est blanche; la céphalalgie est modérée.

Le 15 juillet, le pouls est à 120, tremblotant, légèrement redoublé. La petite malade a cependant bien dormi; elle ne se plaint pas de céphalalgie. La figure est bonne; il y a de la moiteur; la langue est blanche. Le gargouillement iléo-cæcal est abondant.

Soir. Pouls, à 120. La chaleur est assez vive.

16. Un peu de délire dans la soirée. La nuit a été assez calme; la malade a dormi.

Je trouve l'état meilleur; la figure est bonne; la peau est moite. On perçoit toujours un gargouillement abondant; la respiration est un peu rude. Le pouls, à 120, n'est pas redoublé. Je n'aperçois pas de taches sur le ventre.

17. Un peu d'agitation dans la soirée, mais moins qu'auparavant. La nuit a été assez bonne; l'intelligence est parfaitement nette; la peau est moite. Le pouls est à 108, presque redoublé, fluctuant; la langue est blanche, molle.

18. Encore un peu d'agitation dans la soirée. La malade a sué.

La physionomie est bonne; le pouls est à 104, fluctuant; la langue est blanche. On perçoit toujours un gargouillement abondant. La respiration est un peu sèche et étroite, sans râles nets. L'appétit apparaît.

Il n'y a toujours pas de taches.

19. Pouls, à 104, fluctuant; langue humide; intelligence bonne. Le gargouillement persiste.

21. Pouls à 100, nullement redoublé; encore un peu de gargouillement.

22. Pouls tantôt à 84, tantôt à 120. Nous notons enfin sur le ventre des pustules qui existeraient depuis deux ou trois jours, d'après ce que nous dit la malade.

23. Pouls, 84. La malade va bien.

25. Pouls, 84. Les pustules sont ombiliquées.

A quoi avons-nous eu à faire dans ce cas? La marche est bien celle d'une fièvre typhoïde légère; l'éruption est bien celle de la variole. La maladie commence fièvre typhoïde et finit variole.

La localisation des pustules sur le ventre est remarquable.

— R..., dix-sept ans, domestique, entre le 8 février 1858 et meurt le 20. L'autopsie n'est pas faite.

Il a été vacciné et n'a pas eu la petite vérole. Malade depuis dix à douze jours, il est alité depuis cinq à six jours. Le pouls est à 112, la respiration à 46; la chaleur mesure 40°5 dans l'aisselle. On note des taches et des papules. Le lendemain on trouve, en arrière, sur le tronc, quelques vésico-pustules, dont une ou deux sont légèrement ombiliquées. Cette observation, moins remarquable que la précédente, suscite cependant les mêmes réflexions.

Dans les cas que nous venons de rapporter, on peut admettre que nous avons affaire à des fièvres typhoïdes dont l'éruption serait modifiée. Dans les faits suivants, empruntés à la thèse de notre ami le docteur Bessette, nous trouverions des varioles dont les prodromes seraient modifiés.

— *Première observation*, empruntée à M. A. Latour : — Un jeune homme âgé de vingt-trois ans, C....., après être sorti de l'Hôtel-Dieu, où il était resté quelques jours pour une courbature générale, éprouva de nouveau de la fatigue, de la céphalalgie, des tintements d'oreille, du dévoiement et une épistaxis. Après huit jours de ces prodromes, il entra à la Charité avec les phénomènes suivants : langue rouge à la pointe et sur la circonférence, blanchâtre à la base; douleur et gargouillement dans la région iliaque droite; région sous-ombilicale légèrement météorisée; pouls à 92. On note des papilles rouges s'effaçant à la pression, sur l'abdomen et à la base de la poitrine. Deux jours plus tard, une éruption pustuleuse couvre le front, les doigts, le cou, les poignets. La maladie suit dès lors sa marche ordinaire, en même temps que se dissipent tous les symptômes typhoïdes.

L'éruption nous paraîtrait bien tardive, puisque aux onze jours de prodromes il faudrait ajouter les prodromes notés à l'Hôtel-Dieu.

Ne faut-il pas tenir compte aussi de la localisation des premières taches sur le ventre? Nous ne pouvons pas nier, dans ce cas, l'existence de la variole, mais nous pensons qu'on pourrait admettre une subintrance de la varioloïde dans la fièvre typhoïde.

Il nous paraît difficile de présenter avec certitude cette observation comme un exemple de varioloïde à éruption tardive. Il y a quelque chose de plus. Il est surtout singulier que, dans ces cas, on ait toujours l'idée de la fièvre typhoïde.

— *Deuxième observation* recueillie par notre ami le docteur Mailly, dans le service de M. Briquet :

Ni vaccine, ni variole antécédentes. On note, après dix jours de prodromes, quelques taches rosées à la base de la poitrine en même temps que tous les signes de la fièvre typhoïde. Les douleurs lombaires n'apparaissent que le jour de la maladie (28 mai 1852).

Le lendemain, 29, vers la ceinture il existe quelques taches rosées et tous les signes d'une dothiénentérie incontestable.

Le 30, les taches sont plus acuminées que dans la fièvre typhoïde. Le tronc, le visage, les membres sont couverts de boutons disséminés, les uns papuleux, les autres déjà vésiculeux et entourés d'une auréole rouge. La variole n'est pas douteuse.

Le quatorzième jour de l'éruption, les pustules de l'avant-bras, des mains, des cuisses et des jambes sont encore un peu humides; celles du tronc ont un point central dur, celles du visage sont complétement sèches.

Pourquoi encore ici les premières taches rosées apparaissent-elles à la base de la poitrine? Pourquoi des râles ronflants, sibilants, en rapport avec des prodromes que l'on rapporte du premier coup à la fièvre typhoïde?

Enfin, il faut insister sur l'apparition des douleurs lombaires le neuvième jour des prodromes, comme si une variole était venue s'enter sur une fièvre typhoïde.

— *Troisième observation* publiée par A. Latour dans le *Bulletin de Thérapeutique* (déc. 1842) :

Un jeune homme de vingt et un ans s'était livré à des excès de boisson et de fatigue. Après cinq jours de prodromes (ce qui n'est pas très-anormal), on observa quelques taches rosées lenticulaires sur la poitrine et à la partie interne des bras. Le lendemain, éruption générale de variole dont la période de desquammation fut plus longue et moins franche qu'elle ne l'est ordinairement. Ici l'éruption apparaît le cinquième jour; ce n'est pas là une éruption tardive. La seule particularité à noter est le début des taches au niveau de la poitrine et des bras.

— *Quatrième observation* due à M. Gabler :

B..., ébéniste, dix-neuf ans, habite Paris depuis cinq mois et n'a jamais été malade. Pas de traces de vaccine. Après huit jours de prodromes tels que violente céphalalgie, anorexie, bouche pâteuse, nausées, vomissements bilieux, constipation opiniâtre, ni épistaxis, ni bourdonnements d'oreilles, ni dou-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

leurs lombaires ; insomnie. On observe des papules sur presque toutes les parties du corps, surtout au visage ; on voit quelques petites vésicules sur la muqueuse linguale et buccale. (On ne sait pas depuis quand existent ces papules.) On diagnostique une simple varioloïde à forme typhoïde. (Qu'est-ce qu'une simple varioloïde à forme typhoïde ?) Le lendemain (19 mars 1851), les vésicules se transforment en petites ulcérations aphtheuses. Sur la face, les papules ont presque entièrement disparu ; sur le reste du corps elles sont plus tenaces et ne disparaissent même pas complétement par la pression.

Trois jours plus tard (22), le pouls est à 96, dédoublé ; dans la fosse iliaque droite, on perçoit du gargouillement ; il y a eu deux selles.

Le 24, le pouls est à 96 ; le malade continue à avoir un peu de diarrhée ; l'auscultation fournit des râles sibilants et ronflants avec absence de toux. Les papules de la face se sont tout à fait effacées ; sur la surface du corps, au contraire, et aux membres inférieurs, quelques-unes d'entre-elles sont devenues vésiculeuses, mais il faut la plus grande attention pour constater ce progrès. (Or, nous sommes au sixième jour de l'éruption ; chaque individu non vacciné !)

Le 25, l'éruption a très-notablement diminué d'intensité sur le tronc ; sur les membres, on voit encore quelques vésicules.

Dans les premiers jours d'avril, c'est-à-dire plus de 21 jours après le début des accidents, quelques nouvelles taches apparaissent sans mouvement fébrile.

Le 12 avril, des nausées, des vomissements bilieux ont lieu sans douleur lombaire.

Le 13, seconde éruption assez abondante sur le visage et sur le tronc, papuleuse dans certains points, vésiculeuse dans d'autres, légèrement pustuleuse dans quelques endroits.

Le 15, éruption de varioloïde ; quelques aphthes existent sur la langue ; la muqueuse buccale offre, sur toute son étendue, des ulcérations à fond jaune ; une altération de même nature siége sur la paroi postérieure du pharynx.

Le 16, l'éruption marche normalement ; la fièvre est complétement tombée.

Le 17, la dessiccation se fait à peu près partout ; le malade se lève et mange.

Le 22, il sort entièrement guéri. Sans doute on peut admettre une varioloïde à double poussée ; c'est là l'interprétation donnée par notre maître, le docteur Eubler, à qui cette observation appartient ; mais avouons que ce cas est bien complexe et qu'il est impossible de le donner comme exemple d'une forme bien franche et bien déterminée.

Quoi qu'il en soit, dans tous les cas, on admet qu'un élément nouveau s'est ajouté à la variole, l'élément typhoïde. Nous ne sommes pas loin des idées de Sydenham. N'y a-t-il pas quelque chose de singulier dans ce rapprochement des deux mots *bénin* et *typhoïde ?* Une variole *typhoïde bénigne ! De variolis sine variolis.*

Notre esprit ne répugne nullement à admettre l'existence des varioles *sine variolis*. Il faudrait admettre en effet que la variole est une simple maladie de la peau, analogue à l'éruption stibiée, par exemple, ce qui serait absurde.

Lorsqu'on observe avec soin tous les malades placés dans une salle au milieu de laquelle est un varioleux, on en voit un grand nombre pris à des degrés différents, quelques-uns ne présentant plus qu'un peu de fièvre et des vomissements. Nous allons donner un exemple de cette décroissance de la maladie.

C..., âgée de 21 ans, entre le 16 mai 1857, sort le 26 juin. Elle a été vaccinée et n'a pas eu la petite vérole. Elle est malade depuis quinze jours, ne travaille pas depuis cinq jours et est alitée depuis cinq jours. Le pouls reste élevé pendant une dizaine de jours. Elle a une fièvre typhoïde. Le 1er juin, le pouls est à 84 ; la langue est molle, la malade mange une portion. Le 12 juin, le pouls est à 72. Le 16 juin, le pouls est accéléré, la chaleur est plus forte ; la malade a quelques nausées. Le 17, le pouls est à 132 ; on note des vomissements, on observe quelques papules. Le 18, l'éruption a disparu ; la malade est mieux. Le 20, elle mange une portion.

Nous admettons une varioloïde, bien que les papules ne fassent qu'apparaître. Dans les deux cas suivants, elles n'apparaissent même plus.

L..., âgée de 18 ans, entre le 16 mai 1857, sort le 4 juillet 1857. Elle est malade depuis huit jours, ne travaille pas depuis huit jours, est alitée depuis trois jours. La fièvre typhoïde n'est pas douteuse.

Le 27 mai, le pouls est encore à 92 ; on note des sudamina ; le 29, des taches abondantes ; le 30, des sudamina abondants, des taches seulement sur les bras ; il n'y en a pas sur le ventre. Le 19 juin, la malade mange deux portions. Le 23 juin, le pouls est à 120 ; la chaleur est forte. Le 24, je note des vomissements. Le 26, la fièvre a disparu.

J'admets l'intoxication varioleuse, et je crois en avoir le droit en raison des varioles implantées dans la salle.

Autre cas :

V..., âgé de 28 ans, entre le 3 juillet 1857, sort le 27 août.

Il présente les signes d'une fièvre typhoïde non douteuse.

Le pouls est tombé à 52.

Le 14 août, quarante-deux jours après l'entrée, le pouls monte à 100 ; je note des vomissements. Le 21 août, le pouls est à 48.

A plusieurs reprises, je crus que nos malades s'étaient donné des indigestions ; mais il fallut bientôt renoncer à cette explication et admettre que c'était bien la variole qui passait par là, sans trouver de terrain convenable pour la fixer.

Des récidives de fièvre typhoïde. — Dans un certain nombre de cas, on voit les individus atteints de fièvre typhoïde, après quelques jours de rémission, présenter de nouveaux accidents, analogues aux premiers, que d'ordinaire l'on considère comme une récidive de fièvre typhoïde. Nous ne contestons pas la réalité de ces récidives dans quelques cas, mais nous demandons si parfois ces récidives ne sont pas des varioloïdes contractées au contact des varioleux.

D..., 21 ans, domestique, entre le 25 septembre 1857. Malade et alitée depuis 12 jours, elle se plaint de céphalalgie, de douleur au niveau de l'estomac. Le pouls est à 80 le matin ; le soir à 100 ; gargouillement abondant dans la fosse iliaque droite et râles sibilants.

Le 13 octobre (trentième jour de la maladie) la malade va bien depuis plusieurs jours déjà et mange trois portions.

Le 19, il apparaît un peu de chaleur.

Le 22, pouls accéléré, quelques vomissements, quelques papules sur le ventre et sur les reins.

Le 23, pouls à 132, moins de chaleur, gargouillement iléo-cæcal ; râles sibilants. Les papules ne se développent pas.

Le 24, pouls à 120 ; les papules persistent.

Le 7 décembre, la malade ne se lève pas encore. Un peu d'adynamie.

Dans ce cas, nous n'avons pas noté de papules dans la première phase de la maladie.

Sans doute on peut admettre ici une récidive de la fièvre typhoïde ; mais, en face des cas précédents, nous avouons être un peu ébranlé et n'avoir pas une conviction absolue. N'y aurait-il pas à défendre l'idée de l'intoxication varioleuse ?

Conclusions :

La fièvre typhoïde peut être modifiée par la variole et réciproquement.

Les deux maladies peuvent coexister chez le même individu.

La fièvre continue varioleuse de Sydenham nous paraît admissible ; on n'a fait que changer le nom en l'appelant variole bénigne à éruption tardive de forme typhoïde.

On doit rechercher, plus qu'on ne le fait, dans la maladie prédominante la cause de la forme anomale de la variole.

Les varioles *sine variolis* nous paraissent exister.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

—

Séance du 5 mars 1869. — Présidence de M. Lagneau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Joseph, ancien avoué près la cour impériale de Nîmes, sur l'utilité de l'adjonction des feuilles de tilleul au tabac, pour en atténuer les effets nuisibles ;

2° Une lettre de M. le préfet de la Seine, qui demande l'examen de plusieurs employés pour être admis à la retraite.

La correspondance imprimée comprend :

1° Marseille médical ; février 1869 ;

2° La Clinique vétérinaire ; novembre et décembre 1868 ;

3° Revue médicale de Toulouse ; février 1869 ;

4° Inhumations précipitées. — Notes par M. le marquis d'Ourche ;

5° Etudes gynécologiques, par M. le docteur Gros.

COMMUNICATIONS

Statistique. — M. Lunier expose à la Société un projet d'une nouvelle statistique des maladies mentales, élaboré par une commission spéciale dont il est le rapporteur. Il en fait ressortir les avantages au point de vue de la classification de ces affections et de la comparaison des décès et des guérisons aux entrées dans les asiles.

Cordon ombilical. — M. Gros présente une portion de cordon ombilical offrant un nœud complet ; pas d'atrésie apparente des vaisseaux ; l'enfant avait le cordon enroulé autour du cou, et a présenté à peine quelques symptômes d'asphyxie.

M. Géry père a observé au plus six faits semblables. Ces nœuds se forment dans le commencement de la vie fœtale, alors que le fœtus peut exécuter des mouvements ; les battements de l'artère suffiraient pour laisser le passage libre ; il n'a jamais constaté que de l'aplatissement, non de l'atrésie des vaisseaux.

M. Forget pense que l'atrésie peut exister.

M. Charrier offre de disséquer le nœud de ce cordon.

COMPTABILITÉ

M. Géry père rend compte de la gestion de M. le trésorier ; il y a un excédant de 200 fr. de dépenses résultant des frais d'impression du Bulletin. En constatant la parfaite régularité de la comptabilité, M. Géry propose des remercîments à M. Jacquemin, trésorier. La Société les vote par acclamation.

LECTURE

M. Foville lit à l'appui de sa candidature une observation d'apoplexie capillaire de la substance cérébrale consécutive à la thrombose d'une veine méningienne.

Une commission est nommée ; elle se compose de MM. Lunier, Luys et Motet, rapporteur.

M. Delpeuch, également candidat, lit un mémoire sur la guérison de certaines plaies artérielles par la compression directe, la flexion forcée et la compression indirecte intermittente. (MM. Forget, Labbé et Boinet, rapporteur.)

M. Foville fait hommage à la Société d'un exemplaire de son article *Convulsions*, pour le nouveau dictionnaire de médecine.

PRÉSENTATION

Uréthrotomie externe. — M. Leroy d'Étiolles présente un malade sur lequel il l'a pratiqué, huit jours auparavant, une opération d'uréthrotomie externe, pour un calcul engagé derrière la fosse naviculaire.

Les douleurs symptomatiques existaient seules depuis onze ans. Le 23 février, le calcul a quitté la vessie et s'est engagé derrière la fosse naviculaire ; rétention d'urine. Ce calcul est très-dur, allongé, un peu aplati, creusé en dessus et en dessous d'une sorte de rigole ; il ressemble à un noyau de datte : longueur, 15 millimètres ; largeur, 9 millimètres ; il n'excède par conséquent pas le diamètre du canal.

Le 25 février, après de vaines tentatives d'extraction avec la pince uréthrale à trois branches et vu l'impossibilité de l'écraser, M. Leroy d'Etiolles l'extrait au moyen d'une incision de 25 millimètres sur la face inférieure de la verge, en arrière du gland. Il a préféré, dit-il, la boutonnière au débridement du méat, celui-ci étant d'une cicatrisation plus longue et plus difficile. Chose remarquable, cette boutonnière s'est cicatrisée en vingt-quatre heures.

M. Caudmont ne partage pas l'opinion de M. Leroy d'Etiolles sur la lenteur de la cicatrisation après le débridement du méat ; cette opération a cet avantage que, le calcul se trouvant fréquemment arrêté en ce point, on incise directement sur lui.

A ce propos, il mentionne le fait suivant : un enfant de huit ans, qui n'avait jamais souffert de la pierre, tombe sur le siége ; immédiatement vive douleur, impossibilité d'uriner, attribuées à une contusion de l'urètre, tuméfaction de la verge et des bourses ; traitement émollient. Trois jours après, M. Caudmont, appelé, constate : tuméfaction énorme des bourses et de la verge, phimosis ; le périnée est indemne. Débridement du phimosis. La sonde rencontre derrière le méat une pierre qui n'oblitérait pas le canal. Elle fila devant la pince qui tentait de l'extraire, ainsi que devant un crochet ; le calcul rentré dans la vessie, l'urine jaillit aussitôt. Ainsi une chute a eu pour résultat de déplacer un calcul de la vessie et de l'engager dans l'urètre. Plus tard, il y eut infiltration urineuse, gangrène et production de perforations multiples par où jaillit l'urine actuellement. Ce fait est un exemple très-remarquable de l'entrée subite d'un gravier dans l'urètre et provoquant une rupture du canal. Le gravier n'est plus dans l'urètre.

M. Leroy d'Étiolles. Je n'ai pas dit que les incisions du méat ne fussent pas plus faciles à faire que la boutonnière ; ici j'avais à dégager le calcul en produisant le moins de délabrement possible. J'insiste sur le fait curieux que la cicatrisation s'est faite en 24 heures au lieu de 8 jours, terme habituel.

M. Boinet fait remarquer que le calcul dans le fait cité par M. Caudmont n'obstruant pas l'urètre, la rétention devrait être plutôt attribuée à la contusion qu'au gravier.

J'ai vu, dit M. Boinet, un enfant qui était tombé à cheval sur un échalas ; il y eut contusion, déchirure de l'urètre, infiltration, abcès urineux, comme dans le cas précité ; aussi, jusqu'à nouvelle explication, je ne puis rapporter au gravier la rétention d'urine qu'on lui attribue.

M. Delasiauve. J'ai vu un fait analogue. Un enfant de sept ans avait une rétention d'urine depuis la veille ; on n'avait pu le sonder. Mon cathéter tomba sur un calcul, à un pouce du méat, dans la fosse naviculaire ; je pratiquai la boutonnière, et la rétention d'urine cessa, aussitôt le calcul extrait ; la plaie guérit aussi très-rapidement. Il n'y avait eu ni chute ni contusion, le calcul seul avait intercepté l'urine.

M. Lunier croit que l'existence de la pierre, surtout si celle-ci était aiguë, a été pour quelque chose dans la rupture de l'urètre.

M. Caudmont. C'est sur cette rupture de l'urètre que j'ai appelé l'attention de la société ; la dilatation du canal par l'urine accumulée a dû faciliter la rentrée du gravier dans la vessie.

M. Guibout. Une des particularités intéressantes de la curieuse observation de M. Caudmont, c'est l'influence d'une chute pour faire arriver un calcul dans l'urèthre. J'ai vu un fait analogue chez une vieille dame ; à la suite d'une chute, un calcul s'était engagé jusque dans le méat, d'où je l'ai extrait facilement.

M. Boinet. Je n'ai jamais dit que les graviers engagés dans l'urètre ne fussent pas cause de rétention. Dans le cas de M. Caudmont, le calcul est-il venu subitement de la vessie ou n'était-il pas déjà dans le canal ?

M. Leroy d'Étiolles. En fait de coïncidences, on est autorisé à tout admettre. On peut supposer que le calcul était au bulbe et qu'il a contusionné l'urètre en ce point, d'où l'infiltration urineuse. Les chutes sur le périnée chez l'homme déterminent plutôt une rupture de l'urèthre que de la vessie.

M. Lunier pense que la rupture de l'urètre a dû se produire par le mécanisme d'une chute directement sur le calcul.

M. Antonin Martin. A propos de déchirures des organes génitaux, j'ai observé, ce matin même, sur un cavalier du train, le nommé Petit, une déchirure complète de la portion gauche du scrotum, du raphé à l'aine, par une pointe de fer qui n'a pas lésé le testicule. Cet organe pendait sur la cuisse ; je l'ai fait rentrer et j'ai réuni par une suture entortillée au moyen de sept épingles. Je demanderais à la société son avis sur le résultat de cet accident pour l'organe générateur.

M. Caudmont. Tous les obstacles de l'urèthre peuvent donner lieu à une rupture de ce canal ; mais la vessie ne se rompt pas à moins qu'elle n'y ait été prédisposée par une inflammation, des fongosités, des ulcérations de ses parois. L'urèthre, au contraire, se rompt facilement.

Quant au fait cité par M. Antonin Martin, j'en ai vu un presque semblable. Un séminariste de 20 ans, tourmenté de désirs érotiques invincibles conduisant à la masturbation, crut y mettre un terme en se débarrassant d'un testicule. Il se fit au scrotum une incision de 6 centimètres, au moyen d'un couteau qui lésa le testicule. La plaie était fermée au bout de six à huit jours et le testicule atrophié au bout d'un mois ; l'érotisme avait disparu.

M. Lunier. Les plaies du testicule et des bourses, fréquentes chez les aliénés, guérissent facilement. Un palefrenier eut la peau des bourses complétement renversée jusqu'au gland par une morsure de cheval ; cette plaie si étendue a parfaitement guéri par des points de suture.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel,
Dr Antonin Martin.

MALADIE DES MARAIS

par le Dr A. FABRE.

Les fièvres intermittentes ne sont qu'une manifestation de la maladie des marais et ne la constituent pas tout entière. Cette maladie se traduit, en outre, par des troubles divers qui peuvent être, pour la plupart, résumés dans cette formule :

Une anémie générale accompagnée d'hypérémie de divers viscères.

En l'absence des phénomènes fébriles, ces divers troubles morbides fournissent, par leur réunion, une base solide au diagnostic.

(*Montpellier médical.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 mars 1869, M. le docteur Martial, médecin major de 2e classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — Son institués agrégés près l Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour entrer en exercice à partir du 1er novembre 1869 :

Section des sciences physiques. — Pour la physique, M. Le Roux (François-Pierre), né le 4 janvier 1832, à Paris (Seine), pharmacien de 1re classe, docteur ès sciences physiques;

Pour la chimie, M. Jungfleisch (Émile-Clément), né le 21 décembre 1839, à Paris (Seine), pharmacien de 1re classe, docteur ès sciences physiques.

Section des sciences naturelles. — Pour la pharmacie, M. Bourgoin (Edme-Alfred), né le 26 mai 1836, à Saint-Cyr-les-Colons (Yonne), pharmacien de 1re classe, docteur ès sciences physiques;

Pour l'histoire naturelle, M. Marchand (Nestor-Léon), né le 13 avril 1833, à Tours (Indre et-Loire), pharmacien de 1re classe, docteur ès sciences naturelles et docteur en médecine.

— *Ecole de médecine d'Alger.* — M. Caussanel (Louis), docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, en remplacement de M. Trolard, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Achille Chéreau, rédacteur de *l'Union médicale*, sollicite la place de bibliothécaire adjoint de l'Académie de médecine, en remplacement de M. le docteur Guardia.

— L'administration des hôpitaux de Marseille vient de supprimer, à l'hôpital de la Conception, les salles consacrées au service des vénériens.

Cette mesure, d'une gravité exceptionnelle, sera bientôt rapportée devant les accidents qui ne tarderont pas à infecter cette grande ville.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera le cours clinique des maladies des enfants (semestre d'été), le mercredi 31 mars, et le continuera les mercredis suivants.

Visite des malades, tous les jours à huit heures et demie; exercices cliniques les lundis, et vendredis. Leçons à l'amphithéâtre, le mercredi à neuf heures.

— Le maire de la commune de Sidi-Tamtam (province de Constantine), dépendante de la concession Talabot, demande un *docteur médecin.*

Appointements fixes, 3,500 fr. — Fourniture des médicaments. — Logement et faculté d'exercer à l'extérieur.

S'adresser à M. Toulmouche, rue de Douai, 14.

— Il n'y aura pas de concours en 1869 pour l'agrégation des sciences naturelles (agrégation des lycées).

— Très-bonne clientèle à céder dans la plus riche contrée de la vallée de la Loire. S'adrssser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.

—

Du chauffage et de la ventilation des habitations privées, par le docteur CASTARÈDE LABARTHE. — Paris, 1869. 1 vol, in-8° avec 8 planches gravées. Prix, 4 francs.

De la résection de l'articulation coxo-fémorale pour carie, par le docteur GOOD, ex-chirurgien de l'armée d'Amérique. — Paris, 1869. In-8° avec 5 figures intercalées dans le texte. Prix, 2 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'Assistance publique, par le docteur DE MONTMEJA et J. RENGADE. — Prix du numéro, 2 francs.

SOMMAIRE : Deux observations de réparation du périnée, par le professeur RICHET, 1 photographie. — Observations de lichen hyperthrophique, par le professeur HARDY. 1 photographie.— Atrophie musculaire progressive de l'enfance, par le docteur DUCHENNE (de Boulogne). 1 photographie.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

N° 37. — MARDI 30 MARS ET JEUDI 1er AVRIL 1869. 42e ANNÉE. MARDI 30 MARS ET JEUDI 1er AVRIL 1869. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 31 mars 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Entre une élection et un comité secret il n'y a eu guère qu'une petite heure réservée pour les lectures. Cette heure a été bien employée. M. le professeur Dupré, de Montpellier, grâce à un tour de faveur, a pu utiliser cette heure pour la lecture d'un mémoire sur la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques. Depuis le jour où Trousseau fit la première communication à l'Académie sur l'application de la thoracentèse au traitement des épanchements pleurétiques récents, on sait le chemin qu'a fait cette méthode, les services qu'elle a rendus, les préventions qu'elle a fait tomber. Aujourd'hui, l'utilité de la thoracentèse n'est plus en question. Mais quelle est, en réalité l'étendue de ses ressources, quelles sont ses indications précises, et les limites de son intervention ? On a beaucoup discuté à cet égard, et on discutera longtemps encore. M. Béhier, dans son remarquable résumé de la discussion qui a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux, il y a quelques années, rappelant les diverses phases par lesquelles avait déjà passé la question et l'utilité qu'avait eue en particulier cette dernière discussion pour l'avancement de la question, ajoutait : « Tenez pour certain qu'elle se posera plus d'une fois encore devant vous, que comme cette fois, elle y reviendra avec de nouveaux faits et avec des appréciations nouvelles et mieux dégagées. » M. Dupré semble avoir pris à tâche de justifier cette prévision. Si ce n'est devant la Société médicale des hôpitaux, ce sera devant l'Académie de médecine qu'il l'aura posée de nouveau, avec de nouveaux faits et avec des appréciations nouvelles. M. Dupré est un des partisans les plus avoués et les mieux convaincus de la thoracentèse, et un partisan de longue date. Il a été l'un des premiers en France, non-seulement à la pratiquer, mais à en rechercher et préciser les indications, et à en répandre l'usage par ses leçons, aussi bien que par ses exemples.

Le travail dont il a donné lecture hier à l'Académie est le résumé de ses cent premières ponctions ; il a intentionnellement écarté de son analyse celles de ces ponctions qui avaient été appliquées aux épanchements purulents, séro-sanguinolents, ou à des cas de pyo-pneumo-thorax, pour ne s'y occuper spécialement que des épanchements primitifs, idiopathiques, qu'il appelle épanchements séro-plastiques ou rhumatismaux.

Les épanchements rhumatismaux ! Voilà dans sa plus grande concision possible, comme dans sa précision la plus rigoureuse, la signification réelle du travail de M. Dupré. C'est surtout, pour ne pas dire exclusivement, à ces épanchements séro-plastiques liés à la diathèse ou à l'état rhumatismal, que convient, à ses yeux, la thoracentèse ; c'est dans ces conditions qu'il en a retiré les avantages les plus grands. Nous plaçons la statistique de cet honorable professeur, ainsi que les conclusions de son mémoire, sous les yeux de nos lecteurs, qui seront à même d'en apprécier provisoirement la valeur. Nous disons provisoirement, parce que nous espérons que l'Académie ne laissera pas échapper l'occasion de mettre cette belle question de médecine pratique à son ordre du jour.

L'élection d'un membre de la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Velpeau, a eu lieu dans cette séance, comme nous l'avions annoncé. On connaît la liste de présentation de la section, à laquelle l'Académie a ajouté les noms de MM. Voillemier et Trélat. Au premier tour de scrutin, M. Verneuil a eu une majorité relative assez considérable (32); les autres voix ont été réparties entre les autres candidats dans l'ordre suivant : MM. Desormeaux (13), Giraldès (10), Voillemier (9), Maurice Perrin (5), Dolbeau (3). Au second tour de scrutin, M. Verneuil a obtenu la majorié absolue (52 voix sur 72 votants), et a été proclamé élu.

L'Académie devait entendre en comité secret la lecture du rapport de M. Bergeron sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène. Mais ce rapport, très étendu, paraît-il, exigeant plus d'une heure de lecture, sans compter le temps que pourrait prendre la discussion, l'Académie, vu l'heure avancée, a renvoyé l'audition de ce rapport à la séance prochaine.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hardy.

Pemphigus aigu consécutif à l'administration du copahu.

Henri R..., âgé de 28 ans, ouvrier mécanicien, est d'une constitution moyenne. Habituellem nt bien portant, il n'a jamais eu de maladie de peau et ne croit pas que ses parents en aient été atteints.

Dans les derniers jours de décembre 1866, il contracte une blennorrhagie contre laquelle on lui ordonne d'emblée des injections au sulfate de zinc et du copahu ; il prit tous les jours, pendant huit à dix jours, d'abord quatre capsules, puis six, et cessa le copahu parce qu'il éprouvait un malaise général, une sensation de chaleur à la peau et des démangeaisons très-vives qui furent bientôt suivies de l'apparition d'un érythème généralisé, avec saillies papuleuses, rares sur la face et la poitrine, presque confluentes sur les membres. Cette éruption disparut après quatre ou cinq jours de durée.

L'écoulement momentanément supprimé revient vers le 15 janvier, et le 20 le malade reprend les capsules de copahu aux mêmes doses que la première fois, d'abord quatre par jour, puis six, et les continue jusqu'au 4 février. Aucun trouble digestif sous l'influence de ce médicament, pas de vomissements, pas de coliques, pas de diarrhée, seulement quelques éructations copahiques.

Le 2 février, il se plaint d'un sentiment de cuisson et de picotement, principalement au pli du coude et dans le creux poplité, et s'aperçoit que ces deux régions sont le siége d'une rougeur assez intense, mal limitée, qui existe sans saillies papuleuses.

Le 4, la rougeur est plus vive, la peau est comme gercée et fournit un suintement assez épais qui tache et empèse son linge. Les jours suivants, cette éruption s'étend au pli inguinal, au creux axillaire.

Le 7, le malade entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Jean, n° 45, dans le service de M. Hardy.

A son entrée, à l'exception des mains et des pieds, toutes les articulations présentent, du côté de la flexion, une rougeur de la peau, diffuse, mal limitée, s'étendant sur les membres un peu au delà de l'article, rougeur intense sauf sur ses limites, recouverte de squames larges, minces, lamelleuses, d'un blanc jaunâtre, peu adhérentes ; en les détachant, on trouve en dessous des ulcérations superficielles d'où suinte en assez grande quantité un liquide séreux, légèrement troublé. Entre les squames, on aperçoit d'ailleurs le derme à nu, injecté ; on ne trouve, soit entre elles, soit sur les parties érythémateuses, ni vésicules, ni pustules.

Chaleur continuelle à la peau avec prurit ; les démangeaisons sont plus vives le soir et provoquent un peu d'agitation dans la première moitié de la nuit. Malaise général, courbature, inappétence ; pas de diarrhée, pas de fièvre.

Poudre d'amidon sur les parties malades ; un grand bain amidonné de deux jours l'un ; prendre, par jour, quatre verres d'une infusion purgative de follicules de sené et pensée sauvage, 8 grammes dans un litre d'eau.

Du 8 au 15, le malade éprouve quelques coliques intestinales, a une diarrhée assez abondante, de quatre à sept garderobes dans les vingt-quatre heures. Malgré cette dérivation du côté des voies digestives, l'éruption s'étend aux membres supérieurs et inférieurs, sur le tronc, où elle commence dans le voisinage de l'ombilic ; on voit successivement la peau rougir, la rougeur augmenter, l'épiderme soulevé par un liquide trouble se rompre bientôt, et le derme à nu fournir une sécrétion séreuse ; cette sécrétion devient plus active sur les parties primitivement atteintes ; elle a une odeur nauséeuse. Ainsi pas de vésicules, pas de vésico-pustules, mais une bulle irrégulière, incomplète, avortant par défaut de résistance de l'épiderme. A la face externe des jambes et à la face interne des bras, au contraire, la peau rougit, l'épiderme se gerce, se fendille sans se soulever auparavant et laisse entrevoir au fond des gerçures des exulcérations linéaires.

On supprime les bains amidonnés.

Le 15, l'éruption est générale, occupe toute la surface du corps. La peau est rouge, mais sa rougeur présente çà et là une intensité variable ; elle est couverte d'écailles minces, blanchâtres, peu adhérentes, imbriquées par places ; entre les squames, le derme est ulcéré superficiellement et donne un liquide épais, plastique, parfois légèrement sanguinolent. La chaleur et les démangeaisons, peu marquées dans le jour, sont plus prononcées le soir et pendant la nuit ; elles sont cependant moins vives ; la langue est blanche ; il n'y a pas d'appétit ; la diarrhée continue ; absence de douleur abdominale et de fièvre.

Poudre d'amidon sur la peau ; vin de quinquina, 60 grammes ; Sous-nitrate de bismuth et diascordium, 4 grammes en bols de 0gr.,50.

Le 23, la rougeur générale est un peu moins intense ; aux mains, aux pieds, et çà et là sur le corps, on aperçoit plusieurs bulles distinctes, irrégulièrement arrondies, contenant une sérosité trouble ; l'ampoule se rompt, l'épiderme se réapplique en partie sur le derme, puis s'exfolie, forme une squame large, irrégulière, légèrement contournée sur elle-même ; sous elle, la peau est humide ; il se fait un léger suintement, puis elle se détache et laisse à sa place une surface rouge recouverte par un épiderme mince et nouveau.

Le suintement général est moins abondant ; le prurit et la chaleur sont à peine sensibles ; la diarrhée diminue également (deux à quatre garderobes dans les vingt-quatre heures).

On constate une infiltration œdémateuse des pieds, des jambes et de la partie interne des cuisses, un peu de bouffissure de la peau des membres supérieurs ; la vue est claire ; les urines sont peu abondantes, ne se troublent ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique. Cet examen des urines fut répété pendant plusieurs jours, et donna toujours le même résultat négatif au point de vue de l'albumine.

Poudre d'amidon, macération de quinquina, un pot ; vin de quinquina, 60 grammes.

Le 1er mars, la diarrhée a cessé ; l'œdème des membres inférieurs est moins considérable. Sur le tronc et sur les membres, on trouve encore quelques bulles nouvelles qui se forment successivement et se rompent avant d'arriver à leur complet développement ; à côté, les squames deviennent plus larges, plus épaisses, s'enroulent sur elles-mêmes et tombent en laissant à leur place une tache violacée ; la desquamation est abondante ; la peau est un peu chaude ; elle n'est plus le siége de démangeaisons.

Le 10, l'œdème a disparu ; on ne retrouve plus ni bulles, ni soulèvement de l'épiderme. La desquamation est abondante au point de remplir de squames le lit du malade ; elle est générale, existe et sur le corps, où elle présente les caractères que nous lui avons indiqués, et sur la tête, où les écailles sont plus minces et moins larges

2 cuillerées à bouche d'une solution d'arséniate de soude ; 10 centigrammes dans 300 grammes d'eau.

Les jours suivants, les squames du cuir chevelu deviennent de plus en plus petites et sont remplacées par une poussière farineuse. Sur le corps, le desquamation se reproduit encore pendant plus d'un mois ; les squames, en se détachant, laissent la peau rouge, violacée, mais sans ulcération, sans suintement ; elles deviennent de moins en moins larges et finissent par disparaître d'abord sur le ventre, le tronc, la partie antérieure des cuisses, puis sur le dos, les membres supérieurs et inférieurs et à la face.

La desquamation se prolonge plus longtemps au cuir chevelu, à la paume des mains et à la plante des pieds ; dans ces deux régions, les squames sont imbriquées, plus épaisses, plus adhérentes, et rappellent celles du psoriasis ; enfin elles cessent de se reproduire et laissent après elle un épiderme rugueux, ridé, légèrement épaissi.

En même temps que la sécrétion épidermique diminuait, l'écoulement devenait plus abondant ; il suffit de quelques injections astringentes au sulfate de zinc pour l'arrêter complétement.

Le malade sortit guéri le 9 mai 1867.

En résumé, un jeune homme, sans antécédents diathésiques, contracte une blennorrhagie qui est traitée par le copahu à petites doses ; sous l'influence de cette médication se développe un érythème présentant les caractères de l'érythème copahique : taches rosées, saillantes, démangeaisons très-vives ; durée de quelques jours.

L'écoulement, après une suspension momentanée, reparaît et est traitée de nouveau par le copahu, que l'on continue pendant quinze jours aux mêmes doses peu élevées ; alors se montre d'abord aux parties où la peau a le moins d'épaisseur, aux plis articulaires, une éruption qui, plus tard, se généralise ; peu marqués au début, ses caractères deviennent bientôt plus manifestes ; des bulles apparaissent, qui sont suivies d'une sécrétion abondante et d'une desquamation qui se prolonge pendant six semaines.

Quelle est cette éruption ? Au début, l'existence de la rougeur un peu au delà des parties qui se trouvent en contact lors de la flexion, la nature du suintement, la présence des squames assez larges, permettaient d'éliminer l'érythème intertrigo et de penser à un eczéma ; mais bientôt l'apparition de plusieurs bulles sur les membres et sur le tronc et l'extension de la maladie à toute la surface du corps firent mettre de côté le premier diagnostic et admettre un pemphigus. L'eczéma, en effet, peut envahir successivement une grande partie du corps, mais n'est jamais universel, il épargne toujours une étendue plus ou moins notable de l'enveloppe cutanée ; en deux mots, selon la remarque de M. Hardy, il peut se généraliser, mais il n'est jamais général.

Les vésicules et les vésico-pustules qui en marquent habituellement la première période ont fait défaut chez ce malade ; les bulles que nous avons constatées se sont déclarées d'emblée ce n'étaient pas des pseudo-bulles comme on en observe quelquefois aux mains et aux pieds, pseudo-bulles formées par des vésicules qui se développent lentement, augmentent peu à peu et finissent par donner lieu à une ampoule, par suite de la rupture des cloisons qui les séparent.

Enfin, la desquamation a été beaucoup plus abondante qu'elle ne l'est dans l'eczéma ; les squames, en se détachant, laissaient une tache rouge ou violacée avec un épiderme aminci ; nous n'avions pas cette peau rouge, luisante, comme vernissée, chaude à la main, légèrement œdématiée, que l'on observe dans

la troisième période de l'eczéma et qui indique souvent une récidive sous la forme fendillée.

Par sa durée, ce pemphigus est aigu; chaque bulle avait une durée de quelques jours; cependant, par leur succession, les bulles ont prolongé pendant près d'un mois cette première période de la maladie; par sa généralisation et par sa desquamation, il se rapproche du pemphigus foliacé, mais ce dernier en diffère par sa marche beaucoup plus longue et par sa terminaison constamment mortelle.

Je signalerai l'anasarque qui a résisté chez notre malade, sans que nous ayons trouvé d'albumine dans l'urine. Cette complication du pemphigus a déjà été mentionnée par M. Hardy, qui l'attribue à l'abondance soit du suintement, soit de la desquamation et à l'affaiblissement qui en est la suite.

Quoique les causes du pemphigus soient presque entièrement inconnues, que cette affection se montre dans des conditions différentes, au milieu même de l'apparence de la meilleure santé, cependant il me paraît difficile de ne voir qu'une simple coïncidence entre son apparition et l'administration du copahu; une première fois déjà, ce médicament avait déterminé une éruption spéciale; il fut donné une seconde fois et alors se déclara l'affection que je viens de vous décrire.

On sait, d'ailleurs, que le copahu s'élimine en grande partie par la peau, qu'il communique son odeur à la sueur, qu'il manifeste son action sur l'enveloppe tégumentaire par plusieurs variétés d'éruption, soit par un érythème papuleux, soit par un érythème scarlatiniforme ou vésiculeux. Jamais, à ma connaissance du moins, le pemphigus n'avait été observé après son emploi; aussi ce cas m'a-t-il paru intéressant à signaler.

En terminant, j'appellerai votre attention sur la dose relativement peu élevée qui a occasionné ces accidents; le malade a pris de 4 à 6 capsules par jour, c'est-à-dire de 1 gr. 20 à 1 gr. 80 de copahu; chaque capsule contenait en moyenne 30 centigrammes de substance active; mais chez lui aucun trouble digestif n'a été observé; la totalité du médicament a été absorbée et a produit plus sûrement son action du côté de la peau.

PHYSIOLOGIE

REPRODUCTION MÉCANIQUE DU VOL DES INSECTES

Note de M. Marey, présentée à l'Institut par M. Claude Bernard.

Dans une précédente Note à l'Académie (*Comptes rendus*, t. LXVII, p. 1341), j'ai montré que, si l'on dore l'extrémité des premières ailes d'un insecte hyménoptère, et si l'on fait voler cet insecte dans un rayon de soleil, on voit que la pointe de son aile décrit dans l'espace une figure en 8 de chiffre. Cela indique que, pendant la durée d'une élévation et d'un abaissement, l'aile se porte deux fois en avant et deux fois en arrière. Cette première notion était insuffisante encore pour faire connaître le mouvement de l'aile; en effet, elle ne saurait nous indiquer le sens dans lequel s'exécute ce parcours en 8 de chiffre.

Pour résoudre cette seconde question, j'ai pris une petite baguette de verre noircie à la fumée; puis, présentant cette baguette dans les différents points du passage de l'aile, j'ai vu que le frottement exercé sur le noir de fumée laissait sa trace tantôt sur la face supérieure, tantôt sur la face inférieure de la baguette, selon que je l'avais enfoncée en bas ou en haut du parcours de l'aile, en avant ou en arrière.

De la série d'expériences faites dans ces conditions, il résulte que *l'aile se porte d'arrière en avant, aussi bien dans sa descente que dans sa remontée.* L'itinéraire de l'extrémité de l'aile sur tous les points de la figure lumineuse qu'elle décrit se déduit facilement de cette indication.

Le plan de l'aile change deux fois pendant sa révolution. Ce fait ressort de la différence d'éclat que présentent les deux branches du 8 lumineux.

Si la branche descendante est très-brillante, cela tient à ce que l'aile, en la parcourant, présente sa surface dorée sous un angle favorable à la réflexion de la lumière solaire à l'œil de l'observateur; si en même temps la branche remontante est beaucoup moins lumineuse, c'est que l'aile, en la parcourant, n'est plus dans un plan aussi favorable à la réflexion de la lumière. Comme contre-épreuve, on peut voir que, suivant l'orientation qu'on donne à l'insecte, on fait passer à volonté le maximum d'éclat d'une des branches à l'autre.

Enfin, pour préciser la nature de ces changements de place, j'ajoute que *pendant la descente, l'aile présente un peu en avant sa face supérieure,* tandis que *pendant la montée cette face regarde un peu en arrière.*

Tous ces mouvements, si complexes, que l'aile d'un insecte exécute, demanderaient un appareil musculaire très-complexe lui-même si l'animal devait effectuer chacun d'eux par un acte spécial. Il faudrait aussi une coordination bien parfaite pour que ces huit ou dix actes successifs revinssent dans un ordre régulier à chaque révolution alaire, c'est-à-dire 200 à 300 fois par seconde. L'anatomie de l'insecte n'expliquerait pas ce mécanisme compliqué, qui trouve ailleurs une interprétation très-simple.

On peut prouver qu'il suffit que l'aile s'élève et s'abaisse pour que la résistance de l'air entraîne la production de tous les autres mouvements. En effet, l'aile d'un insecte n'a pas partout une résistance égale; sur son bord antérieur, des nervures épaisses lui donnent de la rigidité, tandis qu'en arrière elle est mince et flexible. Dans un abaissement rapide de l'aile, la nervure pourra rester rigide, mais la partie flexible, soulevée par la résistance de l'air, prendra une direction oblique, de sorte que la face supérieure de l'aile regarde en avant. Inversement, dans la montée, comme la résistance de l'air se trouvera en haut, la face supérieure de l'aile s'inclinera en arrière.

Strauss Durkheim avait déjà émis cette idée, que les effets de la résistance de l'air devaient changer ainsi l'inclinaison du plan de l'aile. La méthode optique devait fournir les preuves à l'appui de cette théorie.

Une fois produit, ce changement de plan entraîne l'obliquité du mouvement d'ascension ou de descente de l'aile, qui ne se borne plus à une oscillation simple; et comme la déviation oblique de l'aile croît avec la vitesse du mouvement dont elle est animée, la ligne du parcours s'incurve dans les phases de ralentissement ou d'accélération.

Ce mouvement en 8 de chiffre, avec double changement du plan de l'aile de l'insecte, rappelle entièrement celui de la godille des bateliers. Comme la godille dans l'eau, l'aile de l'insecte doit trouver dans l'air une force motrice qui soutient et entraîne le corps de l'animal et constitue l'essence même du vol.

Pour vérifier l'exactitude de cette théorie, j'ai construit l'appareil suivant: Un mécanisme mis en jeu par une pompe à air produit alternativement l'élévation et l'abaissement d'une paire d'ailes construites sur le même plan que celles des insectes, c'est-à-dire formées en avant par une nervure rigide, et en arrière par une surface flexible, faite de baudruche, que soutiennent de minces tiges d'acier. Cet appareil ailé n'aura pas, sans doute, assez de force motrice pour soulever son propre poids, mais je le place sur une barre pivotante où il est équilibré. Si, par le battement de ses ailes, l'appareil développe la force motrice que la théorie fait prévoir, le système prendra un mouvement de rotation autour d'un axe central.

L'expérience montre que, dans ces conditions, l'insecte artificiel prend un mouvement de rotation rapide. Le petit modèle que je soumets à l'Académie développe une force de traction que l'on peut mesurer au dynamomètre, et qui représente le soulèvement d'un poids de 8 à 10 grammes. En changeant l'étendue, la flexibilité des ailes et la fréquence de leurs battements, on peut obtenir une traction beaucoup plus énergique.

Enfin, si l'on dore la pointe d'une des ailes de cet insecte artificiel, on voit que tous les mouvements et changements de plan exécutés dans le vol de l'insecte véritable se reproduisent dans l'appareil mécanique. Or la force motrice empruntée à la pompe ne peut produire que des élévations et des abaissements de l'aile dans un même plan; il est bien clair, d'après cela, que tous les autres mouvements sont produits par la résistance de l'air.

La théorie du vol, fondée sur l'action d'un plan incliné qui frappe l'air n'est pas entièrement neuve; on peut en trouver l'origine dans Borelli, qui suppose que l'aile de l'oiseau agit sur l'air à la manière d'un coin. Strauss Durkheim émet plus nettement cette opinion et montre comment l'insecte tire de la résistance de l'air, devant le plan incliné de son aile, une composante qu'il emploie à se soutenir et à se diriger. M. Girard a fait des expériences très-rigoureuses pour montrer l'exactitude de l'hypothèse de Strauss; il a prouvé que si, par un enduit siccatif, on altère la flexibilité du bord postérieur de l'aile, le vol de l'insecte est aboli.

Mais on n'avait encore déterminé avec la rigueur nécessaire ni la fréquence des mouvements de l'aile des insectes, ni les changements de son plan. Enfin on n'avait pas réussi à imiter les conditions mécaniques si simples qui produisent les mouvements complexes de l'aile d'un insecte et la force qui le fait voler.

Dans une prochaine Note, j'aurai l'honneur de soumettre à l'Académie la théorie du mécanisme du vol de l'oiseau, que l'on a cru, à tort, identique à celui de l'insecte.

DU CHAUFFAGE

ET DE LA VENTILATION DES HABITATIONS PRIVÉES (1)

Par M. le docteur Castarède Labarthe.

Cet intéressant sujet d'hygiène vient d'être l'objet d'une étude fort remarquable, que M. le docteur Castarède Labarthe a présentée à la Faculté comme dissertation inaugurale.

Après avoir montré l'insuccès des tentatives faites jusqu'à ce jour pour utiliser les sources de chaleur autres que la combustion, après avoir expliqué pourquoi on ne peut séparer l'étude du chauffage de celle de la ventilation, et après avoir signalé le peu de progrès qui ont été faits depuis un siècle (Savot et Gauger) dans la construction des appareils destinés aux habitations privées, l'auteur expose que c'étaient plutôt les combustibles que les appareils qui devaient être modifiés. Il fait voir comment, guidés par l'exemple des peuples anciens, nous devions chercher à utiliser les combustibles préparés, et surtout ceux qui peuvent être brûlés sans danger au milieu des appartements.

Au moyen du chauffage par l'hydrogène, on réalise cette condition, et comme on n'a plus alors à redouter les accidents dus aux produits de la combustion, toute la chaleur développée peut être utilisée pour le chauffage; c'est ce qui fait que ce procédé, essentiellement hygiénique, paraît en même temps susceptible de procurer une notable économie.

Ces questions de chauffage ont été principalement étudiées par des médecins; mais peu à peu, à mesure que les notions d'hygiène se sont propagées, les architectes ont cru pouvoir s'affranchir, aux dépens de l'hygiène, de cette espèce de tutelle exercée sur eux par les médecins et qui les maintenait dans la bonne voie.

De là l'utilité de reprendre médicalement ces importantes questions.

(1) Paris, 1869; in-8° avec planches gravées. Prix : 4 francs.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 30 mars. — Présidence de M. Blache.

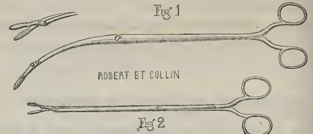
CORRESPONDANCE.

L'Académie reçoit une lettre de MM. Robert et Colin, accompagnant l'envoi de trois nouveaux instruments destinés à extraire : le premier les corps étrangers de l'œsophage, le second les corps étrangers de l'urètre, le troisième les fausses membranes après l'opération de la trachéotomie.

La pince œsophagienne, est représentée par la fig. 1.

La moitié du bec placé à la partie concave reste fixe pendant les manœuvres pour faciliter la préhension, les plus grands mouvements écartent à peine les branches vers les anneaux.

Fig. 2. Nouvelle pince pour extraire les corps étrangers de l'urètre. Ainsi que l'indique le dessin, les branches se déplacent à peine pour obtenir le plus grand écartement des mors; les manœuvres sont donc très-faibles à exécuter dans l'urètre. Cet instrument peut remplacer avantageusement la pince de Hunter.



MM. Robert et Collin font aussi sur ce modèle des pinces pour aller jusque dans la vessie.

Fig. 3. Nouvelle pince pour extraire les fausses membranes dans la trachéotomie.

Il est inutile de retirer les canules pour extraire les fausses membranes; la courbure de cette pince permet de la faire passer par les plus petites canules; son bec s'ouvre et saisit toujours facilement les fausses membranes, que l'on extrait en retirant la pince. Cet instrument a servi à plusieurs chirurgiens.



MM. Robert et Collin font remarquer que ces trois instruments sont construits d'après le mécanisme de la pince à polype du larynx, qu'ils ont faite dernièrement pour M. le docteur Cusco.

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

1° Par M. Michel Lévy, la 5e édition de son *Traité d'hygiène publique et privée*;

2° Par M. Larrey, 1° au nom de M. de Vauréal, une brochure intitulée : *De l'aguerrissement des armées*; 2° au nom de M. le docteur Buez, une brochure sur les eaux de Barréges;

3° Par M. Depaul, au nom de M. le docteur Gabriel Pontous, la thèse inaugurale sur l'éclampsie puerpérale.

M. Bouley donne lecture d'une note pour servir à l'histoire de la transmission de la phthisie pulmonaire de l'homme aux oiseaux de basse-cour, par MM. Devillers, médecin à Arras, et Leugleu, vétérinaire départemental à Arras.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Velpeau.

La liste de présentation portait :

En 1re ligne : M. Verneuil.
2e — M. Dolbeau.
3e — M. Giraldès.
4e — M. Maurice Perrin.
5e — M. Desormeaux.
6e — M. Lefort.

Candidats joints à la liste par l'Académie :
MM. Voillemier et Trélat.

Sur 73 votants, la majorité étant de 37,
M. Verneuil obtient 32 suffrages;
M. Desormeaux, 13;
M. Giraldès, 10;
M. Voillemier, 9;
M. Perrin, 5;
M. Dolbeau, 3.
2 billets blancs.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité des suffrages, l'Académie procède à un second tour de scrutin. Sur 72 votants, la majorité étant de 37,

M. Verneuil obtient 52 suffrages;
M. Voillemier, 8;
M. Desormeaux, 8;
M. Perrin, 2;
M. Giraldès, 1;
1 billet blanc.

En conséquence, M. Verneuil est élu membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

LECTURE.

Thoracenthèse. — M. Dupré, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, donne lecture d'un travail intitulé : *De la ponction dans les épanchements pleuraux.*

L'auteur ne se propose de parler dans ce travail que des

épanchements primitifs, idiopathiques, qu'il a appelés épanchements *séro-plastiques* et *rhumatismaux*.

C'est là que la thoracentèse est vraiment souveraine, comme le démontre la statistique suivante des 76 cas opérés par M. Dupré.

Opérés dans la 2me semaine, 47 : guéris 46, mort 1.
— le 1er mois, 19 : guéris 15, morts 4.
— le 2e mois, 8 : guéris 5, morts 3.
— le 5e mois, 1 : guéri 1.
— le 17e mois, 1 : guéri 1.

Sous le rapport du diagnostic pathogénique, M. Dupré divise les épanchements pleurétiques en trois ordres principaux : 1° les épanchements essentiellement *inflammatoires*, ceux qui accompagnent les véritables pleurésies ou qui leur succèdent : ceux-là ne sont pas du ressort de la thoracentèse ; d'ordinaire, ils se résolvent sans son intervention ; 2° les accumulations séreuses, véritables *hydropisies* qui se font dans les plèvres en conséquence de lésions organiques ou d'altérations générales. Le danger prédominant des lésions qui les ont produites, la nature de la sérosité épanchée, la tendance incessante à l'augmentation, démontrent surabondamment l'inutilité de la ponction ; 3° enfin, ceux que l'auteur appelle *épanchements rhumatismaux* ou *séro-plastiques*.

Ces épanchements règnent par des temps variables : un frisson léger, une gêne douloureuse dans un des points du thorax, en marquent souvent le début ; quelquefois ils succèdent directement à des douleurs articulaires ou à des névralgies sciatiques. Dans quelques circonstances, la douleur thoracique initiale est très-vive et trouble profondément la respiration, mais elle est superficielle, étendue, mal limitée, mobile, s'augmentant par les mouvements apyrétiques ou avec une fièvre sans proportion avec elle. Qui ne reconnait à ce tableau la véritable pleurodynie, le vrai rhumatisme des muscles pectoraux? Or, il arrive que pendant le cours de cet état douloureux, ou plus souvent au moment où il s'apaise, on voit s'exhaler dans l'une des cavités pleurales, obscurément d'abord, un liquide surabondant qui peut devenir, en très-peu de temps, un épanchement considérable. Cet épanchement se produit sans douleur, sans oppression, sans toux, il n'existe aucune dyspnée subjective ; il n'y a point de fièvre ; l'appétit et le sommeil sont conservés. Cependant une nuance de pâleur livide sur le visage, un effort anormal de contraction dans certains muscles de la face ou du cou, l'interruption brusque des grands mouvements inspirateurs au milieu de leur évolution, le décubitus unilatéral, la gêne, l'irrégularité, le dicrotisme du pouls, en font pressentir l'existence avant même que les signes physiques l'aient démontrée ouvertement.

Les épanchements de cet ordre ont été fréquemment observés par MM. Michel Lévy, Tholozan, Saucerotte et Fonssagrives. Ce sont eux que M. Pidoux a si bien décrits sous le nom de *pleurésie latente*.

Contre de tels épanchements le traitement médical est tardif dans ses effets, incertain dans ses résultats, impuissant dans quelques cas. La lenteur de son action permet la formation de lésions irrémédiables ou la survenance d'accidents funestes, ou même la mort subite, instantanée, sans que rien ne l'annonce.

M. Dupré s'attache à démontrer que la ponction de la plèvre et l'évacuation du liquide épanché peuvent prévenir ces accidents, et que cette petite opération n'ajoute absolument rien à la gravité de la situation.

L'auteur décrit ensuite le trocart dont il se sert et le *Manuel opératoire*. A moins d'indications spéciales, il perfore le 6e espace intercostal à droite et le 7e à gauche, dans la direction d'une ligne qui, partant du centre du creux axillaire, s'abaisse perpendiculairement vers l'hypocondre.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Il existe des épanchements pleuraux idiopathiques dont l'apyrexie, la latence et la progression sont les caractères habituels ;

2° Ils se distinguent des épanchements inflammatoires et des accumulations hydropiques par toute la caractéristique clinique qui les rapproche au contraire des rhumatismes ;

3° La présence de la sérosité plastique dans les plèvres et son séjour prolongé constituent un danger réel et considérable. Il faut l'évacuer le plus promptement possible, soit indirectement par le secours de la médecine, soit directement par les moyens chirurgicaux ;

4° La thoracentèse, pratiquée suivant les règles prescrites, est absolument inoffensive. Son action immédiate, ses suites directes n'exposent le malade à aucun danger ;

5° Il faut la pratiquer immédiatement dans les épanchements qui ont plus de 15 jours de date, surtout ceux qui siégent à gauche et qui occupent toute la cavité pleurale ;

6° Dans ceux qui se forment sous les yeux de l'observateur, il ne faut y recourir qu'après le 10e jour et s'ils occupent au moins les 2/3 de la cavité pleurale.

Le travail de M. Dupré est renvoyé à une commission composée de MM. Barth, Béhier et J. Guérin.

— A quatre heures trois-quarts, l'Académie se forme en comité secret. L'objet de ce comité devait être la lecture du rapport de M. Bergeron, au nom de la section d'hygiène, sur les candidats à la place vacante dans cette section ; mais, l'heure étant trop avancée, le comité secret a été renvoyé à la séance prochaine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

Séance du 28 février. — Présidence de M. MARTINEAU, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et approuvé.
M. Martineau a la parole à propos du procès-verbal.

M. MARTINEAU. Je ferai remarquer que l'exploration digitale chez les enfants atteints d'œdème de la glotte est non-seulement difficile, mais même dangereuse. Trousseau a signalé des cas dans lesquels on a observé des accès de dyspnée, parfois mortelle, qui s'étaient développés sous l'influence de l'introduction du doigt dans l'arrière-bouche.

M. THIERRY lit une observation de pemphigus aigu consécutif à l'administration du copahu (voir plus haut).

DISCUSSION.

M. MEURIOT. Dans les réflexions qui suivent son observation, M. Thierry parle de l'abondance de la desquamation qu'il a observée chez son malade, et il considère ce phénomène comme une des principales causes de l'anémie et des accidents consécutifs que celui-ci a présentés. Je ne sais pas au juste quelle est la valeur de cette assertion ; mais je m'explique plus facilement cet état d'anémie que l'on rencontre chez les malades atteints de pemphigus, par la sécrétion du pus qui est parfois considérable dans cette maladie. M. Thierry nous a fait remarquer encore que son malade n'avait consommé qu'une très-petite dose de copahu lors de l'apparition de son affection cutanée : n'est-ce pas là un fait d'observation commune? Les malades qui offrent l'érythème copahique voient, en effet, apparaître leurs accidents cutanés dès le début de l'administration du médicament, et l'on a généralement signalé que c'était toujours à la suite de l'ingestion de doses très-modérées de copahu. L'érythème copahique n'est jamais le fait d'une exagération dans l'administration des doses du médicament ; mais il trouve bien plutôt les conditions favorables à son développement dans une certaine susceptibilité individuelle propre au malade.

M. THIERRY. Mon malade a présenté une desquamation tellement abondante que son lit se trouvait constamment couvert de squames. Je ne crois pas qu'on puisse négliger un pareil phénomène dans la pathogénie des différents accidents consécutifs que nous avons observés ; et quand on considère que la desquamation est l'exagération d'une sécrétion, on comprend, je pense, facilement l'influence qu'elle a pu avoir dans ce cas. Je reconnais parfaitement que les affections cutanées qui se montrent consécutivement à l'administration du copahu se développent habituellement après l'ingestion de doses minimes de ce médicament, et qu'on doit par conséquent rattacher leur évolution à une disposition particulière des malades. Mais j'ajouterai que, chez mon malade, on n'a pas observé de troubles digestifs à la suite de l'administration du copahu, et qu'on doit en conclure que toute la substance médicamenteuse a été absorbée : ce qui a concouru sans doute au développement de l'affection cutanée que nous avons observée.

M. MONOD. Je voudrais revenir sur le premier argument présenté par M. Meuriot, et qui a trait à l'influence de la desquamation sur le développement de l'œdème chez le malade de M. Thierry, et je rapprocherai cet accident de cet œdème non albuminurique que l'on voit se développer dans le cours de la scarlatine. Dans ce cas, les auteurs sont d'accord pour attribuer l'œdème à la suspension des fonctions de la peau par suite de la maladie cutanée, et l'on ne peut ici faire intervenir la desquamation, puisque celle-ci n'existe généralement pas encore lors de l'apparition de cet œdème. Raisonnant par analogie, j'ai de la tendance à admettre une explication semblable pour le fait de M. Thierry.

M. MARTINEAU. Pour expliquer la naissance de l'œdème chez le malade de M. Thierry, il faut tenir compte de l'affaiblissement produit par la longueur de la maladie ; mais il ne faut pas exclure la desquamation des causes qui ont déterminé cet accident. La desquamation a été signalée par tous les auteurs comme pouvant être une cause d'œdème. Tous les auteurs qui se sont occupés des œdèmes sans albumine ont admis dans leur pathogénie la perte incessante des squames épithéliales. Celle-ci peut parfois conduire le malade au marasme. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans les cas de diarrhée suivie d'œdème. On sait qu'à la suite de la diarrhée, même de courte durée, il n'est pas rare d'observer de l'œdème sans albumine. La désalbumination du sang s'est effectuée alors par les pores. L'anasarque s'observe donc à la suite de toutes les pertes organiques un peu abondantes ; une perte incessante et prolongée de squames épidermiques peut donc parfaitement développer un semblable accident. Quant à l'idée de rattacher la lésion du sang à l'altération des fonctions de la peau, dans le cas d'anasarque scarlatineux, sans albuminurie, je ne la crois pas juste. Cet anasarque s'observe du vingt au vingt-cinquième jour, au moment de la desquamation ; il n'y a donc pas alors de suppression de fonction de la peau : je pense donc qu'il vaut mieux rattacher l'œdème dans ce cas à une altération du sang survenue à la suite de troubles digestifs. C'est là d'ailleurs l'opinion la plus avérée.

M. MONOD. L'anasarque scarlatineux qui se montre vers la troisième semaine se rattache à une maladie de Bright, tandis que l'anasarque non albuminurique se développe vers le huitième ou dixième jour, au moment où la desquamation ne fait que commencer.

Le Secrétaire : MEURIOT.

CORRESPONDANCE

Paris, le 30 mars 1869.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro du 11 de ce mois, vous avez rendu compte de la séance de l'Académie impériale de médecine du 9, dans laquelle j'ai présenté quelques nouvelles observations sur le musée pathologique de l'hôpital Saint-Louis ; vous me faites dire que c'est à la suite d'un rapport que m'aurait remis M. Devergie que l'idée de cette création a été adoptée, et que je ne fais aucune difficulté de reconnaître que c'est à lui qu'on doit attribuer la paternité de cette création.

Ce compte rendu, que l'*Union médicale* a reproduit dans des termes absolument identiques, ce qui donne lieu de croire que l'erreur n'est pas le fait de votre rédaction, manque d'exactitude (1). M. Devergie, qui a cessé depuis longtemps tout service actif dans les hôpitaux, n'avait à m'adresser et ne m'a adressé effectivement aucun rapport ayant trait au musée de Saint-Louis, et je n'ai jamais reconnu qu'on dût lui attribuer la paternité de la création dont il s'agit.

Si vous voulez bien vous reporter au compte rendu officiel imprimé au *Bulletin de l'Académie*, vous verrez dans quels termes j'ai rétabli la vérité des faits. M. Devergie m'a offert des aquarelles pour être mises à la disposition des élèves ; mais des dessins de cette nature, s'ils peuvent être exposés utilement dans un amphithéâtre ou réunis dans un atlas pour être consultés, ne sauraient fournir les éléments d'un musée médical. Pour en composer les diverses parties, il ne faut rien moins que des pièces pathologiques reproduites avec assez de perfection et dans des conditions assez durables pour représenter exactement, sous le rapport des formes et de la couleur, le membre ou la partie malade, avec tous les détails des productions ou accidents morbides qui constituent chaque espèce et chaque variété d'affection.

Ce sont précisément les moulages si parfaits exécutés à l'hôpital Saint-Louis et notamment le don qui m'a été fait, par M. le docteur Lailler, de vingt-six moulages très-remarquables, et, par M. le docteur Bazin, de douze autres moulages auxquels il a bien voulu ajouter le prêt d'un grand nombre d'aquarelles, qui ont montré la possibilité de réunir et de développer, au grand profit de la science, une collection qui n'est encore qu'à ses commencements et dont les étrangers viennent déjà nous demander des copies.

Telle est l'origine du Musée pathologique de l'hôpital Saint-Louis. Je n'ai pas contesté assurément à M. Devergie le mérite du présent généreux qu'il a fait de ses aquarelles, en vue de faciliter l'instruction des élèves ; mais la création d'un musée médical digne de ce nom appartient à un autre ordre d'idées, et j'ai expliqué, dans la séance du 9 mars, les circonstances dans les- quelles elle avait eu lieu, en essayant de faire impartialement la part de chacun dans cette œuvre intéressante.

Mon attention n'a été appelée que ces jours derniers sur votre compte rendu, et je n'ai pu dès lors vous adresser plus tôt cette réclamation. Je vous prie de vouloir bien l'insérer dans votre plus prochain numéro.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

A. HUSSON,
Membre de l'Académie impériale de médecine.

Monsieur le Rédacteur,

Je remercie le Dr Sonrier de la bienveillance avec laquelle il a lu ma note insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 16, et de l'appoint qu'il apporte à l'étude de la question ; mais je le prie de me permettre une courte rectification.

La priorité m'importe peu : il est probable que d'autres observateurs ont rencontré des faits semblables aux miens et les ont vus de la même façon, quand même des recherches forcément restreintes ne m'auraient rien appris à ce sujet.

Je crois pouvoir dire, toutefois, que les auteurs invoqués par M. Sonrier n'en ont absolument rien dit.

Quand Dupuytren traite des kystes des os maxillaires (t. II, p. 129), il s'occupe exclusivement de ceux qui siégent dans l'épaisseur de l'os, de kystes à parois osseuses contenant de la sérosité sanguinolente, et M. Nélaton se borne à analyser Dupuytren en quelques lignes. C'est à la même question que se rapporte un important Mémoire publié en 1847, dans l'*Union médicale*, par M. Eug. Guibout (*Des Kystes séreux qui se développent dans l'épaisseur des os maxillaires*), et un grand nombre de faits épars dans les Recueils scientifiques.

Quant à M. Richet, je n'ai point son ouvrage entre les mains.

Ailleurs (t. III, p. 409), sous le nom de kystes muqueux ou séro-muqueux, Dupuytren décrit de petites tumeurs siégeant à la surface interne des joues, sous la langue, au devant des gencives, mais il les attribue au développement des follicules muqueux ou des conduits excréteurs ; ce sont pour lui des kystes salivaires.

Velpeau (*Méd. opér.*, t. III) parle à son tour de tumeurs semblables siégeant entre l'arcade alvéolaire et la joue, entre la gencive et la langue, dans l'épaisseur des joues et des lèvres, mais il ne se prononce pas sur leur nature. Ce sont des kystes salivaires, *du moins en apparence*.

Les observations que j'ai pu lire sur les kystes buccaux, autres que la grenouillette, ne sont pas plus explicites.

Donc, aucun auteur, à ma connaissance, n'a parlé de kystes *séreux* ou *hémato-séreux* dus au développement kystique du périoste par suite d'une déviation ou d'une altération des dents.

M. Forget, dans son savant Mémoire sur les anomalies dentaires, couronné par l'Institut en 1859, ne fait aucune allusion à des cas de ce genre.

Un kyste périostique primitivement séreux peut devenir purulent ; ma première observation en donne un exemple.

Les deux observations intéressantes de M. Sonrier sont-elles des kystes d'abord séreux devenus purulents? Étaient-ils primitivement *purulents*, et sont-ce des abcès enkystés? Dans cette dernière hypothèse, sans rien perdre de leur intérêt, ils s'éloigneraient un peu des faits que j'ai signalés. Peut-être se rapprocheraient-ils de ce que M. Magitot a décrit sous le nom de kystes purulents sous-périostaux, dans un Mémoire sur les maladies du

(1) La partie du compte rendu qui concerne M. Husson a été rédigée en commun par les rédacteurs des quatre journaux de médecine qui rendent compte régulièrement des séances de l'Académie : *la Gazette médicale, l'Union, la Gazette hebdomadaire*, et *la Gazette des hôpitaux*, ce qui explique l'identité de rédaction remarquée par M. Husson. Nous avions cru voir dans cette identité même une garantie d'exactitude. Nous regrettons qu'il n'en ait pas été ainsi. (*Note de la rédaction.*)

périoste que je ne connais que par une analyse, et que, à mon grand regret, je n'ai pu me procurer.

Je vous prie, Monsieur le Rédacteur, d'agréer l'assurance de ma parfaite considération.

E. Ancelet.

Vailly, 26 mars 1860.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours d'agrégation pour quatre places de chirurgie et une place d'accouchement a commencé le 1er mars à midi, à la faculté de médecine de Paris.

Les juges du concours sont :

MM. Denonvilliers, président; Depaul, Gosselin, Laugier, Pajot, professeurs; baron Larrey, membre de l'Académie; Guyon, agrégé.

14 candidats ont pris part à la première épreuve. Ce sont :

MM. Anger (Benj.), Anger (Th.), Bergeron, Cocteau, Dubreuil, Fort, Gillette, Horteloup, Lannelongue, Ledentu, Nicaise, Charpentier, Guéniot, Ferdut. (Ces trois derniers seulement pour la place d'accouchement.)

Le sujet de la première épreuve, composition écrite, était : *De l'appareil de la respiration*, anatomie et physique, au point de vue des phénomènes mécaniques.

Le sujet de composition des candidats pour la place d'accouchement était : *Mamelle*, anatomie et physiologie.

La lecture des compositions a eu lieu les lundis, mercredis et vendredis ; elle est complétement terminée.

La deuxième épreuve commencera le mercredi 31 mars, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Il consiste en une leçon orale de trois quarts d'heures après trois heures de *réflexion*, sous la surveillance de l'un des concurrents.

Les séances de cette seconde épreuve auront lieu dans l'ordre suivant :

Le mercredi 31 mars, à quatre heures, MM. Gillette et Dubreuil.
Le vendredi 2 avril, MM. Fort et Horteloup.
Le lundi 5, MM. Nicaise et Anger (Th.).
Le mercredi 7, MM. Lannelongue et Cocteau.
Le vendredi 9, MM. Ledentu et Anger (Benj.).
Le lundi 12, MM. Bergeron et Ferdut.
Le mercredi 14, MM. Charpentier et Guéniot.
Les deux candidats traitent la même question.

— M. le professeur Sée reprendra le cours de clinique, à la Charité, vendredi 2 avril, à neuf heures, et le continuera les lundis et vendredis.

— M. le docteur E. Verrier recommencera son cours d'accouchement et manœuvres le jeudi 1er avril, à quatre heures et demie, rue de Buci. Leçon tous les jours, mercredi excepté. Durée, six semaines. Exercices du *toucher*.

— Le docteur commencera son cours public sur les *opérations des voies urinaires*, le lundi 5 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants, à la même heure.

— M. le docteur F. de Ranse commencera le lundi 5 avril, de cinq à six heures, un cours public sur les maladies de l'appareil génital de la femme, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

— Le docteur Auzias-Turenne commencera un cours public sur la syphilis le *jeudi 1er avril, à quatre heures*, dans son amphithéâtre, rue des Poitevins, n° 6.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 2 avril, à 3 heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Discussion du Mémoire de M. Duroziez. — 2° Lecture de M. Duroziez sur : trois nouveaux cas de rétrécissement de la tricuspide; sur l'examen nécropsique du cœur sous l'eau; sur trois faits d'endocardite et de péricardite varioleuse. — 3° De la classification des maladies mentales.

— Clientèle médicale, en Touraine, avec maison et dépendances. Produit annuel : 6,000 fr. Belle résidence. S'adresser à la librairie Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

— Dans le numéro de samedi dernier, on a attribué, par erreur, au *Montpellier-médical*, un travail sur la maladie des marais, extrait du *Marseille-médical*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.

—

Pour paraître prochainement : **Le choléra à la Guadeloupe ou la contagion démontrée par les faits.** In-8° de 300 pages, par M. Pellarin, médecin principal de la marine.

Du chauffage et de la ventilation des habitations privées, par le docteur Castarède Labarthe. — Paris, 1869. 1 vol. in-8° avec 8 planches gravées. Prix, 4 francs.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

Nº 38. — SAMEDI 3 AVRIL 1869. 42e ANNÉE. SAMEDI 3 AVRIL 1869. — Nº 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des dégénérations secondaires de la moelle épinière.

Dans notre revue du samedi 20 mars, à l'occasion d'un cas d'aphasie qui avait fait le sujet d'une des leçons cliniques de M. le professeur Béhier, nous avons indiqué seulement, en passant, le fait si important des contractures musculaires consécutives aux hémorrhagies cérébrales, et des lésions secondaires de la moelle dont elles dépendent, annonçant que nous réservions pour une revue suivante l'exposé des recherches anatomo-pathologiques récentes dont ces altérations secondaires ont été l'objet. C'est ce qui va faire le sujet principal de notre revue d'aujourd'hui.

Ainsi que nous le rappelions dans l'article précité, jusque dans ces derniers temps on attribuait généralement les contractures des apoplectiques à un travail inflammatoire consécutif des parois du foyer apoplectique, se propageant aux parties voisines et quelquefois à la masse cérébrale tout entière. Que dans les quelques circonstances rares où des contractures se montrent immédiatement après la manifestation des premiers symptômes paralytiques ou à une époque très-rapprochée de leur début, on voie dans ces contractures précoces l'indice d'un travail inflammatoire ou irritatif des parois du foyer apoplectique et des portions du cerveau lacérées ou atteintes par l'hémorrhagie, c'est ce qu'on ne saurait contester. Mais il n'en est plus de même pour les contractures tardives, c'est-à-dire pour celles qui ne se manifestent que plusieurs semaines, le plus souvent plusieurs mois, après les premiers accidents, ce qui est de beaucoup le cas le plus ordinaire. C'est cette forme de contracture consécutive, et qui le plus habituellement devient permanente, qui a été dans ces derniers temps l'objet d'études dont les résultats sont d'un très-grand intérêt physiologique et pratique. C'est dans le beau mémoire publié par M. Bouchard en 1866, dans les *Archives générales de médecine*, qu'on trouve l'exposition la plus complète de toutes les recherches qui ont été faites à ce sujet. C'est à ce travail et à la savante analyse qu'en ont faite les auteurs du *Traité élémentaire de pathologie interne*, MM. Béhier et Hardy (t. IIIe, 1re partie, 2e édition), que nous allons emprunter ce qui suit :

Nous avons dit que la contracture tardive, c'est-à-dire ne survenant que plusieurs mois après les accidents paralytiques, était de beaucoup le cas le plus ordinaire. En effet, M. Bouchard, dans son mémoire, rapporte que sur trente-deux cas d'hémiplégie ancienne, relevés par lui à la Salpêtrière, les membres paralysés avaient été trouvés contracturés trente et une fois, une fois seulement les muscles étaient restés flasques. Cette contracture a été trouvée généralement plus marquée au membre supérieur qu'au membre inférieur. Les muscles du tronc n'en sont jamais atteints. Dans le membre supérieur encore, la rigidité ne s'observe pas sur tous les muscles, et ceux qui sont le plus habituellement contractés ne le sont pas toujours au même degré. Ce sont surtout les muscles du bras, de l'avant-bras et de la main qui sont généralement frappés de rigidité. Elle peut affecter quelquefois les muscles de la face, ce qui explique comment les traits déviés, au début d'une hémiplégie, du côté sain, par le fait de la paralysie du côté opposé, peuvent plus tard être entraînés du côté malade par la contracture tardive des muscles, d'abord flasques, inertes, et donner le change, au premier abord, pour une paralysie du côté de la face qui est resté sain.

Un point qu'il faut noter encore, et sur lequel insistent les auteurs du *Traité de pathologie*, c'est que très-habituellement cette rigidité ne porte pas sur un seul ordre de muscles, mais que leurs antagonistes sont également rigides à un degré plus ou moins marqué. M. Bouchard rapporte plusieurs exemples qui montrent d'une manière évidente cette contracture simultanée des muscles antagonistes.

La contracture, une fois développée, persiste pendant de longues années. Il paraît même douteux qu'elle puisse jamais guérir entièrement; on n'en a constaté jusqu'à présent aucun exemple authentique.

Les muscles contracturés s'atrophient assez souvent; cependant cette atrophie n'est pas une conséquence de la rigidité : M. Bouchard a vu la contracture 9 fois sur 31 sans atrophie, et il a également constaté l'atrophie des muscles du bras chez un malade atteint d'hémiplégie ancienne, sans qu'il y ait jamais eu de contracture.

La contracture ne modifie en rien les phénomènes de calorification exagérée, observés dans les membres paralysés, calorification qui persiste, comme on le sait, à une époque très-avancée.

La cause de cette contracture — c'est le point de ces recherches que nous tenions surtout à faire ressortir ici — ne doit point être cherchée dans une altération cérébrale, telle qu'une irritation chronique des parois du foyer primitif. Les recherches dont nous analysons les résultats ont conduit à en découvrir la cause dans une lésion secondaire de la moelle. Nous avons dit qu'à M. Cruveilhier revenait l'honneur d'avoir découvert le premier les altérations secondaires descendantes, consécutives aux lésions cérébrales, qu'il a constatées dans les pédoncules, dans la protubérance et dans le bulbe ; que L. Türck avait montré depuis que ces lésions secondaires pouvaient s'étendre jusqu'à certaines parties de la moelle épinière elle-même, et qu'enfin MM. Charcot, Vulpian et Bouchard avaient multiplié dans ces derniers temps les observations de ce genre.

Voici en quels termes M. Bouchard décrit ces lésions consécutives de la moelle :

Les altérations secondaires de la moelle épinière ne s'observent jamais que dans les faisceaux de substance blanche. La substance grise a toujours été trouvée intacte. Ces dégénérations ont été observées dans la substance blanche de la partie antérieure de la moelle et dans celle de la partie postérieure. Quand un cordon blanc est lésé, par une cause quelconque, dans un point de son parcours, soit dans la moelle même, soit dans les prolongements encéphaliques, l'altération secondaire ne survient, en général, que d'un côté de la lésion primitive, soit au-dessus, soit au-dessous, mais elle s'étend à toute la longueur de cette portion jusqu'à son extrémité centrale ou périphérique. De là les noms de dégénération ascendante et de dégénération descendante. Les tubes lésés s'altèrent seuls et s'altèrent dans toute leur longueur, à partir de la lésion. Or, comme les cordons blancs de la moelle reçoivent chemin faisant de nouvelles fibres qui ne pourront pas participer à la dégénération, il en résulte que l'altération secondaire subira progressivement une diminution relative à mesure qu'on s'éloignera du point primitivement affecté.

Pour faire comprendre en quoi consiste cette dégénération et à quels caractères on peut la reconnaître, M. Bouchard rappelle les effets produits par la section des nerfs. On sait que les nerfs dont on détruit les connexions avec les centres nerveux présentent au bout de 24 heures une diminution de leur excitabilité propre. Cet affaiblissement s'étend du centre à la périphérie, augmente graduellement, et enfin toute activité disparaît totalement au bout du quatrième jour. A cette époque les éléments des nerfs, qui n'avaient encore offert aucune altération appréciable dans leur structure, commencent à présenter des modifications notables qui témoignent du trouble profond opéré dans leur nutrition. Dès le cinquième jour, la substance médullaire des tubes s'est pour ainsi dire coagulée, en même temps que des fissures s'établissent dans son épaisseur et la divisent en blocs inégaux et irréguliers : c'est ce qu'on appelle la segmentation des tubes nerveux. Bientôt après, ces fragments de substance médullaire se montrent parsemés de granulations graisseuses qui vont se multipliant et qui se substituent à eux dans toute la longueur du tube. Au bout d'un certain temps ces granulations graisseuses sont résorbées, et on ne voit plus que le névrilemme flétri et revenu sur lui-même. Les tubes ainsi détruits peuvent se régénérer. Au bout d'une quinzaine de jours environ, on peut saisir les premiers indices d'excitabilité dans le nerf régénéré, d'abord dans les parties les plus voisines de la section, puis successivement sur des points de plus en plus éloignés.

C'est par des recherches analogues et en appliquant ces notions à l'étude des dégénérations secondaires de la moelle, que l'on est arrivé à déterminer, au moins en partie, le mode suivant lequel elles se produisent. Une première difficulté provenait de la nature même des faits pathologiques qui sont le sujet de cette étude, et qui ne permettent pas toujours de suivre facilement l'évolution complète de la dégénération dont il s'agit. D'un autre côté, M. Bouchard reconnaît que si l'on peut conclure par analogie de ce qui est connu pour les nerfs à ce qui doit se passer dans les cordons médullaires, il est bon de ne le faire qu'avec une extrême réserve, les faits observés jusqu'à ce jour montrant que la même altération présente, dans ces deux ordres d'organes, des différences notables, surtout au point de vue de la marche et des terminaisons.

Quoi qu'il en soit, voici ce qui résulte des recherches en question :

Dans deux cas de compression récente de la moelle (15 jours pour l'un et 6 semaines pour l'autre), M. Bouchard a pu voir, en examinant à l'état frais les faisceaux dégénérés, qu'un certain nombre de tubes présentaient un état de segmentation manifeste ; des fentes plus ou moins profondes divisaient le cylindre de myéline suivant son épaisseur. Sur certains points de la préparation, ces fragments étaient infiltrés de granulations graisseuses, d'autres avaient été déjà détruits en partie par le travail régressif, ce qui donnait aux tubes un aspect morcelé et comme déchiqueté. Indépendamment des granulations graisseuses contenues dans les tubes altérés, un grand nombre étaient libres entre les éléments, et sur certains points elles se réunissaient en amas, de manière à constituer ce qu'on connaît sous le nom de corps granuleux de Gluge.

Dans des cas plus anciens, dans des altérations descendantes, suite de ramollissement cérébral datant de six mois, un an, deux ans, M. Bouchard a trouvé, en dilacérant à l'état frais le tissu des cordons malades, que les tubes nerveux étaient sains et légèrement variqueux, qu'ils étaient séparés les uns des autres par une matière amorphe peu abondante, en général, molle, transparente, comme gélatineuse, renfermant des granulations graisseuses abondantes, des corps granuleux plus ou moins nombreux et des noyaux analogues à ceux qui existent normalement dans la substance grise des centres nerveux, et que M. Robin a décrits sous le nom de *myélocytes*. Ces noyaux n'étaient jamais très-nombreux ; mais ils étaient d'autant plus abondants que l'altération était plus ancienne. Les coupes obtenues sur les mêmes moelles, après une macération de quelques semaines dans une solution étendue d'acide chromique, faisaient apprécier entre les parties saines et les parties malades une différence notable. Examinée à un faible grossissement, la préparation montrait dans les portions altérées des stries claires ou des points transparents, disséminés entre les tubes qui, par leur opacité, tranchaient avec ces espaces occupés par la substance amorphe décrite plus haut et qui, seuls, laissaient passer facilement la lumière. Dans les parties normales, les tubes, pressés les uns contre les autres, s'opposaient partout au passage de la lumière et donnaient à la coupe une teinte sombre uniforme.

Enfin, dans un cas de compression de la moelle remontant à treize années, l'examen fait à l'état frais montrait dans les faisceaux malades une matière amorphe, molle, transparente, abondante, parsemée de myélocytes, et dans son épaisseur, des tubes rares, non granuleux, mais variqueux. Les granulations moléculaires, graisseuses, étaient peu nombreuses, les corps granuleux ne se rencontraient que de loin en loin ; les vaisseaux étaient à peu près normaux. Les coupes minces faites après macération dans l'acide chromique et examinées à un faible grossissement, faisaient découvrir au premier abord les parties malades, qui tranchaient de la façon la plus nette par leur transparence sur les parties saines, qui conservaient leur teinte sombre, uniforme. De plus, dans les points altérés, on voyait disséminés dans l'épaisseur de la substance amorphe transparente des points noirs représentant la section des tubes qui n'avaient pas été détruits.

En résumé, trois faits principaux ressortent de ces recherches :

1° L'apparence athéromateuse des capillaires et la formation de corps granuleux dans le tissu qui se régénère ; 2° l'altération, puis la disparition d'un nombre plus ou moins grand de tubes nerveux ; 3° la formation d'un tissu conjonctif qui se substitue aux tubes.

Quant à l'interprétation à donner à ces faits, voici celle que propose M. Bouchard : Les tubes lésés sur un point de leur parcours s'altèrent primitivement dans toute la portion où ils ont perdu leurs connexions avec leur centre d'origine. Les choses se passent alors identiquement comme dans le bout périphérique d'un nerf sectionné. La matière des tubes se transforme en granulations graisseuses qui se répandent dans ce tissu, les unes isolées, les autres accumulées en amas (corps granuleux), ou en traînées le long des vaisseaux (apparence athéromateuse des capillaires). L'activité nutritive du tissu est mise en jeu par cette substance étrangère qui s'infiltre, l'absorption s'en empare et la fait disparaître peu à peu, en même temps qu'une prolifération conjonctive vient combler les vides.

M. Bouchard n'a pas borné là ses recherches; dans une deuxième partie de son mémoire il étudie en particulier les dégénérations secondaires à la suite de lésions primitives des hémisphères cérébraux, des pédoncules, de la protubérance, du bulbe, de la moelle elle-même et des racines spinales.

Les dégénérations consécutives aux lésions des hémisphères sont les premières qui aient été découvertes.

L'altération qui, dans le bulbe, est limitée à la pyramide antérieure du côté correspondant à la lésion primitive du cerveau, pénètre dans la moelle en suivant la distribution que l'anatomie normale a fait connaître ; elle accompagne l'entre-croisement des pyramides et occupe dans la moelle le côté opposé à la lésion primitive. Dans tous les cas où l'altération secondaire du bulbe est manifeste, on trouve une altération de même nature dans le cordon antéro-latéral de la moelle du côté opposé. Cette altération se limite à la partie postérieure du cordon latéral, entre le sillon collatéral postérieur et le ligament dentelé. Dans les cas de dégénération considérable et très-ancienne, où un grand nombre de tubes ont disparu et ont été remplacés par du tissu conjonctif, on voit le cordon antéro-latéral, sain dans le reste de son épaisseur, présenter comme une tache colorée de carmin, et qui, sur les coupes minces, tranche par sa transparence sur le tissu ambiant et figure comme un trou fait à l'emporte-pièce. Tout autour, le tissu médullaire est normal, et l'on trouve toujours une petite bandelette de substance blanche intacte qui sépare la partie altérée de la pie-mère. L'altération de la partie postérieure du cordon latéral, plus marquée à la région cervi-

cale, va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne du bulbe; mais on peut, le plus souvent, la suivre dans une grande étendue de la moelle, quelquefois même jusqu'à la partie inférieure du renflement lombaire.

Dans certains cas, on observe, à la suite de la lésion d'un seul hémisphère, une dégénération de la partie postérieure du cordon latéral opposé et de la partie interne du cordon antérieur correspondant, c'est-à-dire une lésion des deux côtés de la moelle, — ce qui s'explique par ce fait anatomique, qu'à la partie inférieure du bulbe l'entre-croisement des pyramides n'est pas complet, une portion des fibres qui composent chaque pyramide se rapprochant de la ligne médiane pour former la partie interne du cordon antérieur du même côté.

La dégénération consécutive de la lésion des pédoncules cérébraux n'est connue que par une seule observation; encore cette observation paraît-elle contestable; nous ne nous y arrêterons pas.

Les renseignements font encore plus complétement défaut à l'égard de la dégénération consécutive à la lésion de la protubérance.

La dégénération consécutive à une lésion du bulbe a dû être rarement observée, cette lésion entraînant généralement la mort avant que la dégénération ait eu le temps de se produire. Cependant M. Bouchard a eu l'occasion de recueillir deux observations qui lui ont permis de l'étudier. Voici le résumé de ces deux faits.

Dans l'un de ces cas, il s'agit d'une petite fille de cinq ans, affectée d'arthrite cervicale. Un abcès, produit par une carie de l'axis, fusant en avant de la dure-mère, comprimait le bulbe, qui avait fini par s'enflammer. La mort étant survenue quinze jours après le début des symptômes paralytiques, a permis de reconnaître dans la moelle, à différentes hauteurs, des corps granuleux nombreux dans toute l'épaisseur des cordons antéro-latéraux, accumulés surtout dans la moitié postérieure des cordons latéraux. Les capillaires présentaient à un haut degré l'apparence athéromateuse; il n'y avait encore aucune prolifération d'éléments de tissu conjonctif. Les cordons postérieurs étaient parfaitement sains.

Dans le deuxième cas, le bulbe était comprimé par une arthrite sèche, dans sa portion antérieure et latérale gauche. Le début des accidents remontait à un an lorsque l'autopsie a été faite. Aussi trouva-t-on une production de tissu conjonctif abondante à la place des portions de moelle dégénérée. Dans ce cas comme dans l'autre, la dégénération n'était pas limitée seulement aux parties postérieures des cordons latéraux, mais elle se disséminait de chaque côté sur l'ensemble des cordons antéro-latéraux. La seule différence est que, dans le cas le plus récent, on trouvait des corps granuleux dans l'épaisseur du cordon antérieur et de la partie antérieure du cordon latéral, tandis que, dans le cas ancien, on n'a pas remarqué qu'il y eût dans ces portions une accumulation du tissu conjonctif, qui n'avait proliféré qu'à la surface.

Les dégénérations consécutives aux lésions de la moelle épinière ont été observées dans des circonstances très-diverses; mais c'est plus particulièrement à la suite de compressions de la moelle par des tumeurs des méninges, par des collections purulentes du canal rachidien, par des fractures de la colonne, et surtout par le mal de Pott, qu'elles ont été bien étudiées.

Toute lésion de la moelle sur un point de son parcours détruit, par dégénération descendante, non-seulement les fibres qui viennent directement des diverses portions de l'encéphale, mais encore celles qui ont émergé de la substance grise de la moelle audessus ou au niveau du point lésé. La dégénération descendante offre donc le plus haut degré de complication. D'autre part, les cordons postérieurs, intéressés dans un point de leur parcours, dégénèrent d'un côté du point primitivement altéré. Cette altération des tubes, dont le centre trophique est à l'extrémité inférieure, donne lieu à des dégénérations ascendantes qu'on retrouve constamment dans les cordons postérieurs, et quelquefois dans une partie déterminée des cordons latéraux.

Les altérations descendantes ont la plus grande analogie avec celles qui résultent de lésions primitives du bulbe. Tous les faits observés, et ils sont assez nombreux, montrent la dégénération secondaire descendante occupant exclusivement les cordons antéro-latéraux, les cordons postérieurs restant toujours intacts; l'altération la plus considérable et la plus étendue en longueur se limite à la partie postérieure des cordons latéraux; les cordons antérieurs et la partie antérieure des cordons latéraux dégénèrent également; mais, dans ces faisceaux, la dégénération diminue rapidement, pour disparaître totalement à une distance peu éloignée du point primitivement lésé.

Les dégénérations secondaires ascendantes de la moelle, à la suite de lésions primitives de cet organe, qui ont été constatées, portaient principalement sur les cordons postérieurs, et quelquefois sur la partie postérieure des cordons latéraux. Dans les cordons postérieurs, la dégénération diminue graduellement d'intensité, se limitant peu à peu à la partie interne et postérieure des faisceaux, et se terminant en pointe sur le plancher du quatrième ventricule. Les cordons antérieurs et la partie antérieure des cordons latéraux ont toujours été trouvés sains.

La dégénération ascendante de la moelle n'a été observée qu'une seule fois à la suite de lésions primitives des racines postérieures. Il s'agissait d'une tumeur intra-rachidienne comprimant la queue de cheval; l'altération nerveuse portait également sur les racines antérieures et les racines postérieures. Ces dernières étaient dégénérées dans le sens centripète, tandis que les racines antérieures ne l'étaient que dans la direction périphérique. La moelle présentait dans toute la longueur une raréfaction des tubes des cordons postérieurs, raréfaction étendue à toute l'épaisseur des faisceaux au niveau du renflement lombaire, diminuant graduellement d'intensité à mesure qu'on s'élevait, et se limitant vers la partie interne et postérieure des faisceaux postérieurs. La dégénération s'éteignait au niveau du plancher du quatrième ventricule.

Les faits que nous venons d'exposer sommairement renferment des déductions importantes au double point de vue physiologique et pathologique. Elles feront le sujet du premier article de notre prochaine revue.

Action directe des anesthésiques sur le système nerveux cérébral.

M. le docteur Ferran, médecin-major, nous transmet de Blidah, comme document de l'enquête que nous avons ouverte dans nos colonnes sur le mode d'action des anesthésiques, la relation du fait suivant, qui prouve que les vapeurs de chloroforme, et probablement aussi celles des autres anesthésiques, mises directement en rapport avec le système nerveux cérébral, amènent l'abolition de la sensibilité générale et de la motilité aussi radicalement que lorsque ces vapeurs sont absorbées par les voies respiratoires.

Voici l'expérience qui, à ses yeux, a résolu cette question :

« Je pris, ditnotre confrère, un fort lapin, qui fut tenu étendu sur le dos par deux aides, et, après lui avoir incisé la trachée-artère, j'introduisis dans sa portion inférieure une canule métallique à laquelle se trouvait adapté un tube en caoutchouc de 70 centimètres de long, de sorte que l'air respiré par l'animal était absolument pur de tout mélange chloroformique.

La respiration ne se faisant plus désormais que par le tube en caoutchouc, je pris un grand verre cylindrique de la capacité d'un tiers de litre au fond duquel se trouvait une éponge imbibée de chloroforme, et, dans ce verre, j'introduisis le museau du lapin jusqu'aux yeux, en ayant soin de tamponner les intervalles avec de la charpie. De cette façon, la vapeur du chloroforme ne pouvait parvenir au grand centre nerveux que par l'intermédiaire des nerfs olfactifs.

Le lapin continua à agiter ses narines, absolument comme s'il eût respiré encore par cette voie; mais, au bout de sept minutes, le mouvement des narines se ralentit et les contractions musculaires des membres cessèrent de se faire sentir. Dès lors je pus piquer l'animal profondément et sur toutes les parties du corps sans qu'il manifestât des signes de sensibilité.

Comme contre-épreuve, je sortis un instant le museau de dedans le verre, et la sensibilité reparut. L'ayant remis de nouveau sous l'action intense du chloroforme, l'insensibilité et la résolution musculaire se reproduisirent à tel point que je pus laisser mon lapin librement étendu sur la table pendant deux heures et demie sans m'en occuper autrement que pour renouveler le chloroforme. Pendant tout ce temps, l'insensibilité fut complète, et la respiration continua à se faire suivant son rhythme le plus régulier.

Lorsque, jugeant l'expérience suffisante, j'ôtai la canule trachéale et remis le lapin sur ses pattes, il lui fallut trois à quatre minutes pour reprendre ses sens, de sorte que ses premiers mouvements étaient remplis d'hésitation; un quart d'heure après il paraissait tout à fait remis.

Je dois à la vérité de déclarer que, dans cette expérience, le mérite de l'idée première ne m'appartient pas. Je la fis à l'instigation de mon savant ami M. Lemoine Moreau, qui l'avait déjà faite, de son côté, avec des résultats identiques. C'est donc par pur intérêt scientifique que j'en donne ici la relation, et parce qu'elle me semble démontrer clairement deux choses très-importantes :

1° Que les vapeurs du chloroforme, à l'instar de celles de l'alcool, n'exercent leur influence sur le système cérébral qu'en se substituant momentanément à l'influx nerveux au point d'en annihiler et d'en masquer complétement l'action;

2° Que la sensibilité et la motilité nerveuses pourraient *sans inconvénient* être suspendues par les vapeurs anesthésiques pendant un temps très-long si l'on pouvait les faire arriver au cerveau par les nerfs olfactifs, au lieu de les faire passer par la voie pulmonaire. »

HOPITAL COCHIN. — M. Léon Lefort.

Luxations incomplètes de l'avant-bras en arrière. Réduction par l'extension forcée.

(Observation recueillie par M. Ory, externe du service.)

Les luxations incomplètes de l'avant-bras en arrière, décrites par J. L. Petit, niées jusque dans leur possibilité par Boyer et son école, ont été définitivement admises depuis les travaux de Malgaigne, qui les déclare même plus communes que les luxations complètes. Pour les unes comme pour les autres, la flexion du bras dans l'articulation du coude, aidée de tractions sur le poignet et de la propulsion directe sur l'olécrâne au moyen du pouce des deux mains entourant l'articulation, réussit presque toujours; mais, dans quelques cas, les tentatives échouent, et, dans ces circonstances, on peut avec succès recourir à l'extension forcée. C'est ce qui arriva à Malgaigne dans une circonstance où Gerdy avait échoué, bien que les tractions opérées sur l'avant-bras fléchi eussent été portées à 150 kilogrammes.

Les deux observations suivantes sont des exemples de l'utilité de l'extension comme moyen de réduire les luxations incomplètes en arrière, et, dans la première, la flexion aidée des tractions avait échoué, tandis qu'on réussit par une légère extension opérée fortuitement.

I. — R..., Étienne, âgé de 26 ans, entre le 20 janvier 1869, salle Cochin, n° 1. Cet homme, très-vigoureusement constitué, était en état d'ivresse lorsque, la veille au soir, il fut jeté à terre dans une rixe et tomba sur la paume de la main. Aussitôt il ressentit une vive douleur dans l'articulation du coude gauche et les mouvements devinrent impossibles.

Lors de son entrée à l'hôpital, l'avant-bras, est étendue dans une demi extension et en pronation; une saillie considérable, formée par l'olécrâne, existe en arrière; mais la partie saillante de cette apophyse, au lieu de se trouver fort au-dessus de la ligne qui réunit l'épicondyle à l'épitrochlée, la dépasse à peine de quelques lignes. Le tendon du triceps, fortement tendu par la contraction permanente du muscle, sépare deux dépressions latérales assez profondes. Dans celle qui correspond à l'épicondyle, on reconnaît par le palper la cupule radiale qui déborde notablement cette apophyse; mais la surface articulaire radiale n'est pas accessible dans toute son étendue, comme cela existe dans la luxation complète en arrière.

La mensuration ne laisse pas constater de différence de longueur entre les deux membres. La flexion spontanée est impossible; la flexion provoquée est difficile. La supination, fort limitée, est très-douloureuse; on sent, lorsqu'on cherche à l'effectuer, la cupule radiale rouler sous le doigt.

Le malade, non chloroformé, est assis sur une chaise; on cherche à fléchir l'avant-bras, qu'on amène à peu près à l'angle droit; et, en même temps que des tractions assez énergiques sont exercées sur le poignet, le chirurgien presse directement sur l'olécrâne. La réduction ne peut être faite, et l'heure avancée, l'état de semi-ébriété dans lequel se trouve le malade et qui paraît contre-indiquer l'emploi du chloroforme, font remettre au lendemain des tentatives de réduction pour lesquelles, en cas de difficultés trop grandes, on emploiera la machine de Jarvis.

Dans la journée, un des élèves du service, prenant l'observation du malade, étudia l'étendue des mouvements de flexion et d'extension, et, à sa grande surprise, au moment où il cherche à étendre davantage l'avant-bras en même temps qu'il exerce quelques mouvements de rotation, la luxation se réduit en quelque sorte spontanément. Le malade quitte l'hôpital le 25 janvier. Les mouvements de l'avant-bras, s'exécutent facilement, mais on lui recommande le repos pendant plusieurs jours.

II. — Le nommé Hypolite M..., âgé de 30 ans, brossier, entre à l'hôpital, salle Cochin, n° 6, le 14 février 1869. Le malade a fait la veille une chute dans laquelle le coude a porté sur le bord du trottoir. L'avant-bras dans la pronation est dans une demi-extension. Le diamètre antéro-postérieur du coude est notablement augmenté; l'olécrâne est un peu plus rapproché de l'épitrochlée que de l'épicondyle, la distance de la saillie olécrânienne à l'épicondyle est, du côté sain, de 8 centimètres tandis qu'elle n'est que de 5 centimètres du côté malade. En même temps l'olécrâne a remonté en haut et en arrière; mais, dans la position qu'occupe le bras, il reste à un centimètre audessous de la ligne horizontale allant de l'épitrochlée à l'épicondyle; du côté sain, l'éloignement est de 2 centimètres 1/2. Au fond de la dépression épicondylienne, on sent le bord de la cupule radiale, mais elle ne peut être sentie que dans une faible partie de sa surface. De l'acromion à l'olécrâne, on constate 1 centimètre de raccourcissement. Les mouvements spontanés du coude sont abolis; les mouvements communiqués de flexion et de rotation sont seuls possibles, mais dans une faible étendue.

La réduction est opérée facilement en exagérant le mouvement d'extension en même temps qu'on presse fortement avec les pouces sur l'olécrâne, qu'on cherche à pousser en avant. Cette réduction se fait d'une manière lente et graduelle sans produire le bruit de claquement caractéristique. Les mouvements redeviennent aussitôt possibles. Le malade sort deux jours après. Il se représente les jours suivants au traitement externe; quinze jours après, l'intégrité des mouvements a reparu.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LA CRÉOSOTE

Par M. G. Pécholier

Dans les leçons de clinique que j'ai faites l'été dernier à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, j'ai cherché à démontrer les points suivants :

1° Les lésions multiples, constatées chez les sujets qui succombent à la fièvre typhoïde, dans le tube intestinal, le foie, la rate, le poumon, le cerveau, les muscles, etc., font de cette affection un vrai type de celles auxquelles les anciens attachaient la dénomination de maladies *totius substantiæ*.

2° Cette altération de la nutrition dans tous les organes, qui se constate dans la fièvre typhoïde, doit nécessairement être précédée par une modification pathologique du sang, ce réservoir général où les organes prennent les matériaux de leur composition. La justesse de cette assertion est d'ailleurs démontrée par l'examen physique et chimique du sang luimême.

3° La modification pathologique du sang dans la fièvre typhoïde dépend de l'action d'un ferment organisé, lequel se comporte dans le sang à la manière dont M. Béchamp a démontré que se comportent tous les ferments organisés. Puisant dans le sang les matériaux de sa nutrition, il y exhale ceux de sa décomposition et l'altère ainsi radicalement.

4° Cette altération, que l'on peut proprement appeler *vitale*, n'est pas la fièvre typhoïde elle-même. La maladie qui porte ce nom est le résultat de la modification produite sur l'économie vivante par le sang vicié et de la réaction de l'économie contre une cause de trouble.

5° La mort des typhoïsans serait à peu près infaillible si le ferment organisé dont la présence provoque la maladie ne mourait pas lui-même assez vite, c'est-à-dire dans un temps qui n'excède pas d'ordinaire une vingtaine de jours. Cette destruction du ferment tient, soit à une pullulation extrême et à un véritable encombrement, soit au manque d'aliment convenable dans le sang vicié, soit à toute autre cause encore inconnue. Une fois le ferment mort, l'organisme se débarrasse par un effort spontané, par une *véritable crise*, de ce que les anciens appelaient les *humeurs peccantes*, c'est-à-dire, pour nous,

des produits de la fermentation et des détritus du ferment. La santé tend alors à se rétablir, si le malade a pu durer jusque-là et s'il est capable de faire les frais de sa réparation. Il faut ajouter cependant que les altérations multiples de la nutrition dans l'intestin, le poumon, le cerveau, etc., dont nous avons déjà parlé, quoique dépendant primitivement de la modification pathologique du sang, s'en sont plus tard émancipées et qu'elles deviennent par elles-mêmes causes d'accidents graves et variés, très-divers en leur marche et leur terminaison, dans ce que nous avons appelé la deuxième période de la maladie.

6° Ces considérations nous ont amené à poser une indication thérapeutique, du premier ordre à nos yeux. Profitant des travaux de M. Béchamp sur les effets de la créosote contre le développement des ferments organisés, nous nous sommes dit que, si la créosote pouvait empêcher l'apparition ou la multiplication des *ferments typhoïdes*, elle deviendrait un puissant remède contre une affection si rebelle à la thérapeutique.

7° Dans cette idée, sur une soixantaine de malades atteints de fièvre typheïde que nous avons eus à soigner dans le service de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Eloi, pendant les mois de juillet, août, septembre et le commencement du mois d'octobre de l'année dernière, nous avons essayé l'emploi de la créosote.

Les malades prenaient tous les jours, par cuillerées, une potion contenant 3 gouttes de créosote, 2 gouttes d'essence de citron, 90 grammes d'eau commune et 30 grammes de fleur d'oranger; l'essence de citron était là comme correctif et peut-être même comme adjuvant. En même temps, on administrait par jour deux lavements, contenant chacun de 3 à 5 gouttes de créosote.

Ce n'étaient pas de fortes doses de remède que nous voulions donner, mais pour ainsi dire une atmosphère de créosote dont nous voulions imprégner le sang et tout le corps des sujets.

8° La médication dont nous parlons a été suivie sans aucune difficulté par tous les malades, la potion telle que nous l'avons formulée étant d'un goût très-supportable. Nous n'avons observé, ni le moindre accident, ni même le moindre inconvénient. Le traitement institué par nous ne nous a d'ailleurs jamais empêché de remplir aucune autre indication thérapeutique sérieuse.

9° Voici maintenant quel a été le résultat de notre expérimentation :

Dans tous les cas où nous n'avons pu agir qu'à une période avancée de la fièvre typhoïde, les résultats thérapeutiques ont été absolument nuls. Cela se comprend, du reste, car on n'intervient alors que lorsque tous les ferments organisés sont développés, et la créosote très-diluée est tout à fait impuissante contre eux dans de telles conditions.

Dans les cas, au contraire, et ils ont été nombreux, où les malades sont entrés assez tôt à l'hôpital pour que nous ayons pu agir sur eux dès le début de la maladie, ou du moins à une période rapprochée du début, la médication instituée par nous a eu une action très-efficace pour diminuer l'intensité de la fièvre typhoïde et raccourcir sa durée. Nous savons bien qu'une telle appréciation peut être parfois sujette à l'erreur; car il est difficile de calculer d'une manière rigoureuse l'intensité future d'une fièvre typhoïde qui commence. Cependant, quand nous avons vu chez un grand nombre de nos malades qui ont pris le remède en temps opportun l'affection rester très-bénigne au milieu d'une épidémie, grave d'ailleurs, nous pensons qu'il est permis d'affirmer qu'il n'y a pas eu là une simple coïncidence, mais bien une action thérapeutique très-heureuse et très-réelle. D'ailleurs ce ne sont pas des résultats empiriques purs que nous annonçons. L'expérimentation n'a marché que guidée par les inspirations d'une théorie qui répond pour ainsi dire de la valeur de ses résultats.

Conclusion. — Des faits et des considérations précédentes nous croyons pouvoir conclure que la créosote, administrée à faible dose, en potion et en lavement, et probablement aussi en vapeurs, au début de la fièvre typhoïde et dans les premiers jours de son invasion, a des effets puissants pour diminuer l'intensité de la maladie et raccourcir sa durée.

Nous ajoutons que ce remède, employé comme moyen prophylactique en temps d'épidémie, dans les hospices, les casernes, les colléges, etc., aurait sans doute une efficacité radicale.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 10 février 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

Fracture de la clavicule. — M. LABBÉ. Depuis la dernière séance, j'ai eu l'occasion d'observer trois fractures de la clavicule. Sur l'un de ces malades, il y avait un déplacement considérable, et je n'ai pu, par aucun moyen, modifier la position des fragments à un degré suffisant pour qu'on puisse dire qu'il y avait réduction; cependant la fracture était récente, non pas qu'elle se fût produite quelques heures auparavant, mais elle ne datait guère de plus de vingt-quatre heures.

M. CHASSAIGNAC. L'époque à laquelle on fait les tentatives de redressement doit être notée avec soin dans les observations. Quand j'ai pu intervenir de très-bonne heure, la réduction a toujours pu être faite. Après quelques jours, on peut être moins heureux. En tirant l'épaule en haut et en dehors, on rétablit l'espace compris entre les deux extrémités acromiales et strnacles de la clavicule; la réduction est la conséquence naturelle de ce fait. D'ailleurs, tout le monde est d'accord sur la nécessité d'immobiliser l'épaule, et le meilleur moyen est d'appliquer un appareil qui, outre l'immobilisation, remplit l'indication de rétablir les rapports entre les extrémités osseuses déplacées.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : *l'Art dentaire*, — *le Montpellier médical*;

Le Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1868, n° 10, 3e série, tome II.

M. GIRALDÈS dépose sur le bureau le *Catalogue de l'Atlas des maladies de la peau*, publié par la nouvelle Société de Sydenham (en anglais), in-8°, Londres, 1869.

M. MARJOLIN offre, de la part des auteurs, le 1er fascicule du 4e volume de l'important *Traité de chirurgie* publié par MM. Bilroth et Pitha.

M. LOUIS THOMAS (de Tours) remercie la Société de sa récente élection au titre de membre correspondant.

Ovariotomie. — M. F. GUYON présente, de la part de M. le docteur Leteuneur, de Nantes, une observation d'ovariotomie suivie de succès. L'opération a été pratiquée le 5 septembre dernier à l'hôpital de Pornic (Loire inférieure). M. Letenneur voulut bien demander mon concours pour cette opération, qui fut pratiquée avec l'aide de MM. les docteurs Trochon et Bocandé, médecins de l'hôpital de Pornic. La malade a guéri, et sa santé ne laisse actuellement rien à désirer. Ce qu'il y a surtout à noter dans ce cas, ce sont les adhérences étendues et très-solides du gros intestin dans sa position transversale et descendante gauche. Ces adhérences furent déchirées péniblement avec les doigts. L'écoulement de sang, qui aurait pu être abondant, fut successivement empêché par des pinces à pression et par des ligatures d'attente. Il fallut cependant laisser trois ligatures de soie fine qui, coupées au ras, furent abandonnées dans le péritoine. La trompe gauche, fusionnée avec la tumeur par son pavillon, dut être excoriée et liée avec un fil d'argent qui fut maintenu hors de la plaie avec le pédicule. Le péritoine, très-épaissi, 1 demi-centimètre au moins, ne fut pas compris dans la suture. L'observation a été publiée dans tous ses détails dans *le Journal de médecine de l'Ouest*.

DISCUSSION

Sur les tumeurs fibreuses pendant la grossesse.

M. BLOT. Avant de rentrer dans cette discussion, suspendue depuis environ six mois, permettez-moi de vous rappeler qu'à l'exemple de notre honorable collègue M. Depaul, je n'entends m'occuper que des tumeurs fibreuses qui ont pour siége l'épaisseur de la paroi utérine, et surtout celles qui, se rapprochant de la surface péritonéale de l'organe gestateur, s'en détachent quelquefois pour former des espèces d'appendices qui lui restent attachés par des pédicules variables en longueur et en largeur.

Dans toutes les questions du genre de celle qui nous occupe en ce moment, le point essentiel est de colliger un grand nombre de faits rigoureusement observés pour en tirer ensuite les conclusions pratiques qui peuvent en découler naturellement. Je me contenterai donc aujourd'hui de vous exposer l'analyse abrégée de trois faits qu'il m'a été donné de recueillir.

Le premier remonte à 1856, à l'époque où j'étais chef de clinique de M. le professeur P. Dubois. Cette observation et un dessin représentant l'état des organes du bassin ont été publiés dans la thèse de concours pour l'agrégation de M. Tarnier, à qui je les ai communiqués, est relative à une femme d'Argenteuil, Angélique B..., âgée de 38 ans, primipare, qui fut prise, 30 novembre 1856, au terme de sa grossesse, des douleurs de l'enfantement. Une sage-femme, appelée auprès d'elle, attend patiemment la terminaison de l'accouchement. La dilatation étant complète et la rupture des membranes s'étant opérée spontanément, la sage-femme cherche à constater la présentation et ne peut y parvenir, à cause de l'élévation de la partie fœtale. Un peu plus tard, la main du fœtus apparait à la vulve. Un médecin est appelé, qui tente inutilement la version. Un second médecin n'est pas plus heureux. Alors on se décide à faire transporter la malade à Paris. Elle entre à l'hôpital des Cliniques le 1er décembre, à 9 heures du soir. M. Paul Dubois, appelé immédiatement, la trouve dans un état général fort grave. L'enfant est mort. Le cordon et la main font procidence à la vulve. En ce moment, le ventre est uniformément tendu, et on ne peut reconnaître par le palper abdominal une tumeur distincte du globe utérin. Le toucher fait constater une étroitesse considérable du détroit supérieur, qu'il est d'ailleurs difficile de bien explorer à cause de son oblitération par l'épaule fœtale. La patiente ayant été plongée dans le sommeil anesthésique, M. P. Dubois et moi faisons sans succès deux tentatives de version. Le lendemain, après un bain et une saignée, nouvelles tentatives sans plus de résultat. Alors, à la prière de M. P. Dubois, M. Depaul, qui assistait à la visite, réussit à amener un pied hors de la vulve. En tirant sur ce pied, on parvient, avec de grandes difficultés, à extraire le reste du fœtus, dont la tête présente un aplatissement considérable. Au moment où la tête franchit le détroit supérieur, je remarque un ressaut très-marqué comme quand une partie rétrécie du bassin vient d'être traversée.

L'état général de la malade ne fit que s'aggraver de plus en plus, et elle succomba le surlendemain.

Voici ce que démontra l'autopsie :

L'utérus volumineux, parfaitement rétracté, offre, à la partie supérieure droite de la paroi antérieure, une tumeur fibreuse arrondie du volume d'une boule de billard, renfermée dans l'épaisseur du tissu utérin, qui est parfaitement sain.

Un autre corps fibreux, gros comme une aveline, occupe la partie moyenne de la hauteur de cette même paroi.

En trois ou quatre points de la surface péritonéale on remarque plusieurs autres petites tumeurs fibreuses de volume variable, depuis celui d'un pois à cautère jusqu'à celui d'une noix.

De plus, de la partie moyenne de la face postérieure du corps de l'utérus part une grosse tumeur pédiculée du volume d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur remplit complétement le cul-de-sac utéro-rectal et s'élève au-dessus du détroit supérieur jusque vers le fond de l'utérus. Cette tumeur tient à la face postérieure de l'utérus par un pédicule volumineux de 5 à 6 centimètres de diamètre. Elle est comme renversée dans le cul-de-sac utéro-rectal, *au fond duque elle adhère par des tractus fibro-celluleux très-solides*. A droite, la tumeur offre une mollesse et une fluctuation qui démontrent l'existence d'un liquide à son intérieur. Sa paroi supérieure, de ce côté, est réduite à quelques millimètres d'épaisseur, toute sa surface est tapissée par le péritoine, qui se continue sur l'utérus. La partie molle incisée laisse écouler un demi-verre environ d'une bouillie grisâtre.

L'obstacle à l'accouchement, dans ce cas, a donc été causé par l'existence de ces adhérences solides qui, unissant la tumeur fibreuse à la paroi inférieure de l'excavation, l'a empêchée de remonter dans la cavité abdominale proprement dite dans les derniers mois de la grossesse, ce qui a réduit au tiers de sa capacité ordinaire l'excavation pelvienne.

Dans les deux autres cas que j'ai eu l'occasion d'observer, la terminaison a été différente.

L'un a pour sujet Mme R..., cliente de M. Huguier, auprès de laquelle notre honorable collègue nous appela en décembre 1867, M. Pajot et moi, pour décider la conduite à tenir.

Cette dame, âgée de 30 à 35 ans, primipare, arrivée au septième mois de sa grossesse, porte environ une douzaine de tumeurs fibreuses, qu'on sent à travers les parois abdominales. L'une de ces tumeurs remplit complétement l'excavation pelvienne où elle est enclavée, sans qu'on puisse la faire mouvoir. Le col de l'utérus est aplati entre la symphise du pubis et la tumeur.

Il s'agissait de savoir ce qu'il convenait de faire, et M. Huguier nous consultait surtout sur l'opportunité de provoquer l'accouchement prématuré. M. Pajot et moi nous pensâmes que, dans l'état où étaient les choses, il n'y avait qu'à attendre les modifications que l'évolution naturelle de l'utérus amènerait dans cet organe et dans les tumeurs qui lui étaient appendues.

Trois semaines plus tard, réunis de nouveau en consultation avec MM. Huguier et Pajot, nous pûmes constater tous trois que, par suite du développement naturel de l'utérus et de son ascension dans la cavité abdominale, la tumeur contenue dans l'excavation pelvienne était remontée et avait dégagé cette cavité assez pour que le doigt vaginal pût atteindre et sentit nettement une petite portion de la tête fœtale. Dans ces conditions, il ne pouvait plus rester de doute sur la conduite à tenir; on s'en tint à l'expectation.

Le 28 février 1868, à une heure du matin, le travail commence; la portion de la tête accessible au doigt a beaucoup augmenté; le travail marche naturellement et les contractions utérines ont pour effet d'éloigner de plus en plus la tumeur de l'excavation et de la dégager. Après la rupture des membranes, la tête vient s'appliquer au détroit supérieur; la tumeur remonte toujours, mais lentement, et comme les battements du cœur fœtal semblent perdre un peu de leur force et de leur régularité, j'applique le forceps et, sans trop de difficulté, j'extrais un enfant vivant.

Depuis cette époque, j'ai revu plusieurs fois la mère et l'enfant, dont la santé ne laisse rien à désirer.

Enfin, le troisième cas s'est offert à mon observation au printemps de 1868, chez une cliente de mon confrère M. Homolle, qui a bien voulu me remettre l'observation suivante, qui retrace très-fidèlement les principaux points de ce nouveau cas.

« Le 12 avril 1868, je suis appelé chez Mme J..., 29, rue des Saints-Pères. Cette dame, âgée de 31 ans, mariée depuis deux ans, bien menstruée et d'une bonne santé antérieure, est arrivée au quatrième mois d'une grossesse dont les commencements n'ont rien présenté d'insolite que de la constipation et de fréquents besoins d'uriner.

« Le toucher vaginal fait reconnaître que l'excavation pelvienne est entièrement occupée par une tumeur arrondie, sans bosselure, lisse, d'une consistance ferme, uniforme, non élastique, et du volume apparent d'une tête de fœtus à terme. Le doigt rencontre en arrière le cul-de-sac utéro-vaginal à trois centimètres au plus de la vulve, tandis qu'en avant ce n'est qu'avec la plus grande difficulté, en déprimant la tumeur, qu'il arrive au col utérin relevé au dessus de l'arcade pubienne.

« La rétention d'urine étant devenue complète et déterminant des accidents, le cathétérisme ne peut être pratiqué qu'en se servant d'une sonde d'homme flexible.

« Dans la pensée d'une rétroversion utérine, des tentatives de réduction sont faites sans succès et me portent à attribuer à une tumeur fibreuse les phénomènes observés. Je demande à m'éclairer de l'expérience de notre distingué confrère M. le docteur Blot, qui avait, l'année précédente, déjà vu Mme J... à l'occasion d'une fausse couche de six semaines. (L'utérus, au dire de la malade, aurait conservé un volume considérable après l'expulsion complète du produit de la conception.)

« M. Blot, après un examen attentif et renouvelé à quatre jours d'intervalle, ne conserve aucun doute sur la nature fibreuse de la tumeur. et conseille l'expectation jusqu'au terme de la grossesse, en se bornant à combattre les symptômes qui pourraient réclamer l'intervention du médecin.

« Le cathétérisme dut être pratiqué pendant plusieurs jours. Une fièvre intense avec symptômes graves, vomissements, anorexie complète, exfoliation de la muqueuse buccale, douleurs de nature à faire craindre l'avortement, amaigrissement extrême, etc., etc., donnèrent pendant plus de vingt jours des craintes même pour l'existence de la malade. Peu à peu cependant les phénomènes perdirent de leur gravité, la miction devint possible, et la grossesse, qui avait paru très-compromise, continua son cours.

« Au mois de juin, Mme J... put être transportée à la campagne, où le régime lacté et l'usage de l'huile de foie de morue lui rendirent un peu de force et d'embonpoint.

« De retour à Paris vers la fin d'août, elle me fit appeler, et je pus constater cette amélioration générale; mais je trouvai les organes génito-utérins dans les mêmes conditions, et la tumeur remplissait toujours le petit bassin.

« Le 6 septembre dans la nuit, Mme J... est prise de douleurs utérines et me fait appeler. Les parties sexuelles sont lubrifiées par un liquide onctueux d'odeur amniotique, sans qu'il y ait eu d'écoulement d'eau, et le doigt introduit dans le vagin ne peut qu'à grand, peine atteindre au dessus de l'arcade du pubis le col utérin effacé, et présentant une fente transversale linéaire plutôt qu'une véritable dilatation, sans qu'il soit possible de reconnaître la présentation fœtale.

« Les douleurs se succèdent assez régulièrement sans amener de changement appréciable. Un bain tempéré, pris le 7 au matin, repose un peu la malade sans avancer le travail, et le jour entier se passe dans ces conditions. Le soir, je constate une tendance de la tumeur à se porter à gauche et en haut par une sorte de mouvement

de bascule pendant que le col s'abaisse à droite. Il ne m'est pas encore possible de reconnaître la présentation.

« Je passe la nuit auprès de la patiente, attendant l'occasion d'intervenir, et ce n'est que vers le matin que le toucher me permet de rencontrer, entre les lèvres du col, le gros orteil du pied gauche. Cependant l'évolution, observée dès la veille, continue d'abaisser à droite l'orifice du col utérin, en même temps que la tumeur exécute un mouvement ascensionnel à gauche sur la concavité du sacrum. L'introduction de deux doigts, puis de la main entière, devenue possible, permet enfin de saisir le pied et de l'amener à la vulve, où il est fixé au moyen d'un lacs ; puis, la main introduite de nouveau, amène le deuxième pied et successivement le tronc, les membres supérieurs et la tête en position occipito-antérieure droite, pendant que simultanément la tumeur continue son évolution au-dessus du détroit supérieur.

« L'extraction du placenta ne présente aucune difficulté, la perte de sang est modérée et les suites de couches sont naturelles.

« L'enfant, petit, mais bien conformé, vivait encore avant le commencement de la manœuvre obstétricale ; il a probablement succombé à la compression du cordon.

« Pendant quelques jours la tumeur utérine resta élevée au-dessus du détroit supérieur ; mais, vers la troisième semaine, elle est redescendue dans le petit bassin et gêne de nouveau la miction.

« Le repos prolongé, associé à un traitement iodé, a sensiblement amélioré cet état; la menstruation s'est rétablie sans accident, les fonctions digestives sont régulières, la marche est possible.

« Aujourd'hui, 10 février 1866, voici le résumé de l'examen :

« La région hypogastrique présente une matité arrondie occupant le côté gauche, mais un peu allongée transversalement ; le doigt introduit dans le vagin rencontre une tumeur du volume d'une orange moyenne ; le col, porté en avant, est aminci et comme effacé par la pression de la tumeur. »

La terminaison complétement heureuse du deuxième fait, partiellement heureuse du troisième, et complétement fatale pour la mère et l'enfant dans le premier, s'expliquent évidemment très-bien par l'existence dans ce dernier des tractus fibro-celluleux qui ont retenu invinciblement la tumeur dans l'excavation pelvienne et l'ont empêchée de remonter au-dessus du détroit supérieur. L'absence de cette complication fait, au contraire, comprendre la terminaison favorable dans les deux autres.

Quant à l'influence de la grossesse sur le développement des tumeurs fibreuses de l'utérus, sans oser rien affirmer, je suis porté à croire que ces tumeurs augmentent de volume pendant la grossesse et diminuent après l'accouchement. Dans les cas qu'il m'a été donné d'observer, il m'a semblé que ces tumeurs avaient diminué notablement après l'accouchement.

Si maintenant il me fallait formuler des conclusions, je dirais qu'il n'existe pas de règle générale, absolue, sur la conduite à tenir dans le cas de tumeur fibreuse de l'utérus compliquant la grossesse ; autant de cas, autant de terminaisons possibles. Il est cependant vrai de dire que, dans un bon nombre de circonstances, l'accouchement peut avoir lieu sans de très-grandes difficultés quand il n'y a pas d'adhérences entre la tumeur et les organes contenus dans l'excavation pelvienne. Lorsque ces adhérences existent et que le volume de la tumeur est assez grand pour produire un rétrécissement considérable, il devient presque toujours impossible d'amener à terme un enfant vivant. Il va sans dire que la santé et même la vie de la mère se trouvent sérieusement compromises par cette complication, d'autant plus fâcheuse que nos moyens d'exploration ne nous permettent presque jamais de la reconnaître d'avance.

A 4 heures et demie, la société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Association générale. — L'Assemblée générale de l'Association aura lieu le dimanche 4 avril, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur Tardieu.

L'ordre du jour de cette séance publique est ainsi fixé :

Allocution par M. le président Tardieu ;

Compte rendu des actes de la *Société centrale*, par M. Le Roy de Méricourt, secrétaire de la Société;

Rapport général sur les actes de l'Association dans son ensemble, par M. Amédée Latour, secrétaire général.

Le lundi 5 avril, à une heure, même amphithéâtre, séance particulière des présidents et délégués des Sociétés locales, du conseil général et du conseil judiciaire et administratif.

Le *Banquet annuel* offert à MM. les présidents et délégués des Sociétés locales aura lieu le dimanche 4 avril, à 7 heures, au Grand-Hôtel, boulevard des Capucines. On souscrit directement ou par lettre, chez M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, rue d'Aumale, n° 23. Prix de la souscription : 20 fr.

— Le docteur Reliquet commencera son cours public sur les *opérations des voies urinaires*, le lundi 5 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants, à la même heure.

— M. le docteur Galezouski commencera, à l'Ecole pratique de la Faculté, amphithéâtre n° 1, le mardi 6 avril, à 7 heures et demie du soir, un cours public sur les Maladies des yeux, et le continuera les samedis et les mardis de chaque semaine à la même heure. Ce cours comprendra : 1° Maladies des paupières, des conjonctives, des voies lacrymales, de la cornée, de la sclérotique et de l'iris ; 2° Étude sur les cataractes et différentes méthodes opératoires ; 3° Réfraction et accommodation de l'œil. Choix des lunettes. A la fin de chaque séance, démonstrations ophthalmoscopiques.

Conférences cliniques tous les jours à midi, 26, rue Dauphine.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

N° 39. — MARDI 6 AVRIL 1869. 42e ANNÉE. MARDI 6 AVRIL 1869. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SÉE.

Du diagnostic des fièvres par la température (1).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES MALADIES DU TROISIÈME GROUPE.

Ce groupe comprend la fièvre typhoïde, la fièvre synoque, la fièvre catarrhale (la grippe) et le rhumatisme articulaire aigu.

Diagnostic de la fièvre typhoïde. — Rien n'est plus difficile que le diagnostic de la fièvre typhoïde au début, et cela surtout dans les pays palustres, et cependant il y a peu de questions plus importantes pour la pratique médicale ; le médecin en présence d'un fébricitant est sollicité par les parents de donner son avis, et s'il se trompe ou s'il veut garder la réserve, il en résulte un effet défavorable pour le malade et souvent pour le médecin.

Si vous ouvrez vos livres classiques, le chapitre de la fièvre typhoïde est tout simple, il repose sur les données suivantes : Dans la première semaine paraît la fièvre, de la prostration avec épistaxis ; puis la deuxième semaine est marquée par des taches et des râles caractéristiques, de la diarrhée, des gargouillements et la tuméfaction de la rate.

Or c'est là un pur tableau de fantaisie, car il suppose le malade au grand complet avec tous les phénomènes caractéristiques, tandis qu'on n'observe que des malades incomplets. Que de fois pendant la première semaine n'y a-t-il qu'un seul symptôme, la fièvre ! L'épistaxis et la prostration manquent souvent. De même, dans la seconde semaine les taches font défaut et les râles typhoïdes sont absents. Alors l'embarras est grand, et dans la pratique civile l'on ne se contente pas du mot *fièvre continue*, on insiste pour savoir si ce n'est pas une fièvre typhoïde, car les gens du monde craignent la contagion, et ils demandent que le médecin se prononce et décide.

Je n'admets que deux formes de fièvre typhoïde : la forme régulière et la forme irrégulière.

La forme régulière comprend le type bénin et le type grave. Ces deux types débutent de la même façon, et la distinction n'est possible que vers le neuvième ou le dixième jour. Les symptômes sont semblables et la courbe thermométrique est la même pendant huit à dix jours.

Les anatomistes avaient tenté d'expliquer ces deux types par la différence des lésions anatomiques, et ils disaient : le type bénin est dû aux plaques molles, et le type grave à la formation de plaques dures. Ils partaient de cette opinion que la fièvre typhoïde était localisée dans les glandes de l'intestin et les plaques de Payer en particulier ; mais la gravité de la maladie ne dépend pas de l'ulcération de l'intestin, l'altération des plaques de Payer ne constitue qu'un accident localisé dans l'intestin ; la gravité de la maladie dépend des phénomènes généraux, ou bien des accidents localisés vers le cerveau ou les poumons, mais l'intensité de la fièvre et de la température n'a aucun rapport avec la lésion intestinale. Les deux types sont nettement dessinés par la thermométrie et non par la lésion.

La fièvre typhoïde irrégulière est caractérisée par la présence de phénomènes graves qui peuvent survenir du côté du cerveau, de la moelle et leurs méninges, des muscles, des poumons.

Ainsi, pour le cerveau, dès le début peut apparaître un délire intense qui peut faire croire à une méningite ou à une attaque d'alcoolisme aigu.

Dans le poumon, le catarrhe bronchique, qui est constant, s'exagère, les mucosités sécrétées en grande abondance s'accumulent, obstruent les bronches et il en résulte ce qu'on a appelé à tort *la pneumonie lobulaire*, qui n'est en réalité qu'un collapsus du tissu pulmonaire, un affaissement de ce tissu qui ne reçoit plus d'air par suite de l'obstruction des bronches ; alors il peut arriver qu'on soit tenté d'attribuer à la pneumonie ces lésions qui sont sous la dépendance de la fièvre typhoïde.

D'un autre côté, certaines pneumonies débutent par un délire intense et s'accompagnent d'un état analogue à l'état typhoïde et il n'est pas toujours facile de distinguer la pneumonie à forme typhoïde de la fièvre typhoïde avec localisation pulmonaire.

Dans une période avancée de la fièvre typhoïde, il peut survenir, en effet, une véritable pneumonie qui sera prise à tort pour un simple collapsus pulmonaire.

Enfin, au point de vue des localisations pulmonaires, n'oublions pas que le diagnostic de la phthisie aiguë et de la fièvre typhoïde est souvent très-difficile.

Type régulier et bénin. — Jusqu'au neuvième et dixième jour, il affecte tout à fait la même marche que le type grave. Il faut donc lui reconnaître deux périodes : la première, qui dure neuf à dix jours, et une deuxième qui se caractérise ultérieurement. Il faut diviser cette première période en deux : l'une de quatre jours, où se dessine nettement le type des autres fièvres que l'on pourrait confondre avec la fièvre typhoïde, et une autre qui dure de cinq à six jours. Cette division est basée essentiellement sur la marche de la température fournie par le thermomètre, et vous voyez qu'il ne faut plus se fier à la division en septenaires qui règne en médecine depuis Hippocrate et Pythagore.

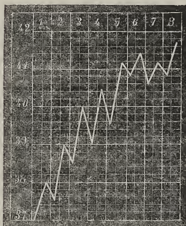


Fig. 1. Première période de quatre jours de la fièvre typhoïde.

Voyez, en effet, la courbe thermométrique dans cette figure, première période de quatre jours ; la température monte en zigzag pendant ces quatre jours, c'est-à-dire qu'elle gagne de chaque matin à chaque soir, en douze heures, 1 degré à 1°,5 ; mais en même temps, de chaque soir au lendemain matin, il y a une diminution de 0°,5. Ainsi, étudiez le tableau suivant :

Le premier jour au matin vous avez	37 degrés,	le soir	38 degrés.
Le deuxième	—	37,5	—	39
Le troisième	—	38,5	—	40
Le quatrième	—	39	—	41

La figure 1 indique la marche de la température dans la forme grave de la fièvre typhoïde.

Voici la marche de la température au début dans la forme bénigne :

Le premier jour au matin, on a	36 degrés,	le soir	37 degrés.
Le deuxième	—	36,5	38
Le troisième	—	37,5	39
Le quatrième	—	38,5	39,5

Cette marche caractéristique de la température de cette période de début étant bien connue, vous pouvez en toute sûreté affirmer votre diagnostic. Voyons, en effet, les divers cas qui peuvent se présenter :

1° Vous êtes en présence d'un malade qui a ou a eu la fièvre ; si le deuxième ou troisième jour vous trouvez une température normale de 37 degrés, 37°5, excluez nettement la fièvre typhoïde ;

2° Le malade a de la fièvre continue, mais la température du soir est constante à 38 degrés, 38°,5, et ne varie pas ; vous pouvez dire : ce n'est pas une fièvre typhoïde, car pour l'annoncer il vous faut une progression croissante, cette courbe caractéristique en escalier ;

3° Si votre malade, dans les deux premiers jours, offre une température de 40 degrés, excluez, et cela à coup sûr, la fièvre typhoïde ;

4° Si le troisième jour au matin votre malade présente une chute de la température, affirmez que ce n'est pas une fièvre typhoïde, car il vous faut une progression croissante ;

5° Si maintenant nous prenons les fièvres à frisson, nous avons des caractères bien tranchés. Vous savez que dans l'accès avec

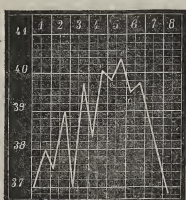


Fig. 2. Rougeole confluente.

frisson, la température atteint en douze heures le maximum de 40 degrés ; la fièvre typhoïde, elle, met quatre jours pour arriver à ce chiffre. Mais il peut arriver, et cela se voit surtout dans les pays palustres, que la fièvre typhoïde peut débuter par un accès de fièvre intermittente : alors il y a une différence dans la température de l'accès. Dans l'accès de fièvre palustre simple, la température atteint 40 degrés en douze heures ; quand c'est un accès qui marque le début d'une fièvre typhoïde, la température ne dépasse pas 38°,5 à 39 degrés. En pareille occurrence, le médecin doit toujours soupçonner une fièvre typhoïde.

Passons maintenant au diagnostic de la fièvre typhoïde avec les fièvres de la deuxième série (fièvres éruptives).

La difficulté parfois n'est pas très-grande. Souvent vous avez en vingt-quatre heures une température de 40 degrés : c'est ce qui nous arrive pour la scarlatine et l'érysipèle. Pas de doute alors.

La variole débute comme une fièvre continue, mais elle ne présente pas de rémission le matin, bien que sa marche soit progressive. Cependant il y a des cas où l'erreur est facile à commettre ; certains malades ont une rachialgie telle, qu'ils sont immobiles dans leur lit et qu'on les croit dans une prostration profonde ; la marche de la température peut seule dissiper les doutes.

La rougeole présente la même marche que la fièvre typhoïde au point de vue thermométrique : progression constante de la température avec rémission le matin ; aussi les deux premiers jours l'erreur peut être infaillible, mais le doute est dissipé le le troisième jour dès que le thermomètre dépasse 39 degrés, car la rougeole ne va que rarement au delà de ce maximum ; la figure 2 en est cependant un exemple. On voit très-bien l'analogie de la courbe de la fièvre typhoïde et de la rougeole, caractérisées toutes les deux par les rémissions du matin.

La pneumonie, au début, peut aussi tromper le médecin et lui faire croire à une fièvre typhoïde, surtout si elle s'accompagne d'adynamie ; les signes stéthoscopiques peuvent faire complétement défaut et l'expectoration peut être nulle. La courbe thermométrique rectifie le jugement, car dans la pneumonie la température a une marche rapide ; en vingt-quatre heures elle atteint 40 degrés, et, dès le troisième et le quatrième jour, le maximum se maintient constant aussi bien le matin que le soir.

Etudions maintenant les maladies qui complètent le dernier groupe : la fièvre synoque, la grippe et le rhumatisme articulaire.

Il paraîtra peut-être étrange à quelques-uns d'entre vous que j'admette une fièvre synoque, maladie que vous voyez rarement dans les hôpitaux ; mais son existence m'est bien démontrée ; vous la rencontrerez dans la pratique civile, et elle se caractérise sous la forme d'une fièvre continue simple qui dure huit, dix à douze jours ; jamais le thermomètre ne dépasse 39 degrés.

La grippe, au début, présente des symptômes analogues à la fièvre typhoïde : fièvre le soir, rémission le matin, prostration, fatigue musculaire, râles bronchiques comme dans la fièvre typhoïde. Mais il ne faut pas oublier que les râles n'apparaissent pas au début de la fièvre typhoïde, mais bien vers le sixième ou le septième jour, et que dans la grippe ils existent dès le premier jour. La rémission de la fièvre dans la grippe n'est jamais aussi marquée que celle de la fièvre typhoïde, et, enfin, vers le quatrième jour, jamais le maximum de température n'atteint 40 degrés dans la grippe.

Rhumatisme articulaire aigu. — Certaines fièvres typhoïdes présentent ce qu'on a appelé *la forme arthritique*, c'est-à-dire présentent des douleurs localisées dans des articulations multiples. Comment les distinguer du rhumatisme au début ? Par l'étude de la température.

Dans le rhumatisme, la marche de la température est lentement croissante, il lui faut au moins une semaine pour atteindre le maximum, qui ne dépasse jamais 39 degrés, et il ne faut pas croire que la température s'élève quand il survient une complication telle qu'une péricardite ; la lésion du péricarde ne modifie en rien la température, il faut que le médecin en soit prévenu et sache bien que le rhumatisme est une maladie qui a toujours une température peu élevée, parce que le malade perd son calorique par la transpiration.

Fièvre synoque. — La fièvre seule existe sous la forme continue ; or, il est certaines fièvres typhoïdes qui, au début, ne présentent pas d'autres symptômes ; il n'y a ni prostration, ni épistaxis ; mais la synoque présente habituellement le type continu ; parfois il y a des rémissions le soir, et la fièvre cesse après une période de sueur vers quatre heures du soir, ce qui ne se voit jamais dans la fièvre typhoïde. Enfin, arrivé au quatrième jour, si vous voyez que la température n'atteint pas 39 degrés, vous pouvez vous prononcer et exclure la fièvre typhoïde.

Deuxième période de la fièvre typhoïde, de cinq à dix jours. — Nous avons dit que la première période, qui comprend quatre à cinq jours au point de vue thermométrique, a une marche typique qui permet de la différencier avec d'autres maladies qui présentent dès le début des symptômes analogues, telles les fièvres éruptives, la grippe, l'érysipèle, la pneumonie. Nous allons maintenant examiner la deuxième période, qui dure du cinquième au dixième jour, et présente au point de vue de la marche des différences notables avec la première ; c'est ici que le thermomètre vous donnera la clef du diagnostic des formes de la fièvre typhoïde entre elles, ce qui est très-important au point de

(1) Voir les numéros des 23 et 25 mars.

vue du pronostic, car vous pourrez prédire presque à coup sûr l'issue de la maladie.

Tout d'abord, du cinquième au dixième jour, vous trouverez la même marche dans tous les cas, qu'ils soient graves ou bénins ; la seule différence pour les fièvres malignes consiste dans des irrégularités dans la marche de la température, qui est extravagante : fièvre le matin plus encore que le soir ; alors le pronostic doit être réservé ; mais il ne faut pas être trop affirmatif, car à cette période on voit les malades qui ont atteint 41 degrés guérir. Ne vous hâtez pas de tirer l'horoscope du malade et n'exprimez que des craintes.

Dans les cas de moyenne intensité se présentent deux formes au point de vue de la marche : dans l'une la température atteint 40°,5 le soir, il y a cinq dixièmes de moins le matin ; mais il se peut faire que la rémission matinale soit moindre et ne soit que de deux dixièmes ; il ne faut pas s'en alarmer, car, dans cette période, le thermomètre ne donne que des conclusions pronostiques nulles. Dans l'autre forme, la température ne dépasse jamais 39°5, et la température matinale baisse d'un degré, d'un demi ; alors il est permis de porter un pronostic favorable. Ces cas de fièvres typhoïdes dans lesquels la température ne dépasse jamais 39°5, constituent des fièvres typhoïdes avortées, ce qu'on a appelé improprement *le typhus abortif*.

Si dans la période que nous venons d'étudier, il faut être réservé sur le diagnostic, à partir des onzième et douzième jours on peut faire le prophète et affirmer le pronostic.

Voici, en effet, ce qui se voit : Dans les cas favorables, le soir du dixième jour ou le matin du onzième, il y a une élévation considérable de température suivie de rémission, puis le douzième jour il y a nouvelle recrudescence, et le treizième jour au matin l'élévation de température est presque nulle, car il se produit une rémission d'un degré et demi qui continue les jours suivants. Ce n'est que le quatorzième jour que l'exacerbation du soir diminue, cependant le malade n'est pas guéri, et ce n'est que le dix-septième jour que le thermomètre descend à 37 degrés. Enfin, jusqu'au vingt et unième jour, il y a de légères exacerbations. En présence d'une telle marche, la guérison est certaine.

Voyons maintenant ce qui se passe dans les cas graves qui doivent être mortels ou prolongés. A partir du neuvième jour la température matinale ne descend plus au-dessous de 39°,5, parfois elle se maintient à 40 degrés, et le soir elle est de 40°,5 à 41 degrés. Puis on constate trois autres phénomènes, qui sont les suivants : Absence de la détente du douzième jour, augmentation de température le quinzième, enfin des exacerbations vespérales qui se prolongent jusqu'à minuit ou même deux heures du matin, et empiètent sur les rémissions matinales au point de les supprimer presque, puisqu'on les voit se produire dès dix heures du matin au lieu de quatre à cinq heures du soir. Dans ce cas le pronostic est très-grave.

Les cas qui se terminent par la mort sont prévus par ce fait, que dans la troisième et la quatrième semaine la température persiste à 40°,5 et 41 degrés, et surtout le matin on la retrouve à ce chiffre. Il y a des oscillations de température accentuées aussi bien le soir que le matin. Enfin si le thermomètre marque 42 degrés, la mort est à peu près certaine, bien qu'elle ne soit pas infaillible.

Quant aux formes irrégulières, elles ne se rencontrent que chez des individus ou très-jeunes, ou âgés au delà de quarante ans, ou chez des anémiques.

Chez les enfants au-dessous de douze ans, l'ascension du thermomètre est rapide et la première période ne dure plus quatre jours ; puis la deuxième, qui commence le troisième jour, peut être suivie de défervescence du neuvième au douzième jour ; l'on peut donc dire que la marche de cette forme est bien plus rapide, et le jugement peut-être plus prompt.

Chez les enfants, la fièvre typhoïde en général présente une marche bénigne, et les symptômes sont parfois si peu accentués que le diagnostic peut être difficile ; mais en revanche, il y en a de très-graves à début brusque avec prédominance des troubles cérébraux et pulmonaires ; c'est l'exception.

La fièvre typhoïde marche tout autrement chez le vieillard ; rarement le thermomètre atteint 40 degrés, il reste au-dessous et le maximum ne se prolonge pas au delà de la troisième semaine ; il se produit des oscillations fréquentes, surtout dans la convalescence, où les rechutes se voient souvent et s'annoncent par une réascension subite de la courbe thermométrique ; enfin il faut redouter un collapsus profond dans lequel tombent facilement les gens âgés.

Les anémiques ont au point de vue de la fièvre typhoïde certains priviléges. Ils n'ont point ce cortége d'accidents terribles qu'on rencontre chez les pléthoriques et les gens robustes ; chez eux la maladie affecte le type bénin, mais ils sont exposés à des hémorrhagies fréquentes (épistaxis, hémorrhagies intestinales) et à des infarctus hémorrhagiques, puis la maladie se prolonge, il se produit facilement des escharres, et c'est alors que l'on observe le délire d'inanition qui a souvent trompé les anciens observateurs.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 17 février 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine.— Le *Bulletin de thérapeutique*.— Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.— La *Revue d'hydrologie médicale*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*. — Le premier numéro du *Bulletin de la Société médicale d'observation*.

2° *De l'hydrothérapie à domicile*, par le docteur P. Delmas. Broch. in-8°, 1868.

3° *Étude critique sur l'écoulement et l'infiltration de sérosité dans les fractures du crâne*. J.-J. Bonin, thèse inaug. Paris, 1869.

4° Uréthrotomie externe sans conducteur, suivie de guérison, par le docteur Letenneur, membre correspondant.

5° *Masseteromia intrabuccale per la cura di una anchilosi del mascellare inferiore*. Broch. in-4° par le professeur Fr. Rizzoli de Bologne.

6° M. Larrey offre à la Société les *Comptes rendus de l'Académie des sciences pour l'année 1868*.

7° M. Giraldès offre, au nom de M. A. de Graefe, membre associé étranger, l'importante collection complète des *Archives d'ophthalmologie*, publiée par MM. Arlt, Donders et Graefe.

M. Giraldès annonce à la Société la mort d'un de ses associés étrangers, Hogson (de Londres), mort le 7 février 1869.

Uréthrotomie externe sans conducteur, par le docteur Letenneur, professeur à l'école de médecine de Nantes.

P... Joseph, âgé de 26 ans, apiculteur, entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes, salle Saint-Louis, au commencement du mois d'avril 1868, a depuis quatre ans une fistule urinaire consécutive d'une fracture du pubis, d'abord méconnue, ayant amené une rétention d'urine et des abcès.

P... revint à un état à peu près satisfaisant; cependant les fistules de la cuisse gauche persistaient et laissaient toujours passer une certaine quantité d'urine.

Le canal de l'urètre paraissait libre et on devait compter sur la guérison, lorsque, deux ans après l'accident, le jet de l'urine diminue graduellement, les fistules se multiplièrent, et enfin il ne passa plus par le canal que quelques gouttes d'urine. C'est dans cet état que le malade vient s'adresser à moi.

La face interne de la cuisse gauche est couverte d'orifices et de trajets fistuleux dans une hauteur de 20 centimètres; les fistules supérieures occupent le pli génito-crural.

Le périnée et le scrotum sont intacts et n'ont jamais été le siége d'abcès.

En pressant sur la partie libre du canal de l'urètre et jusque sous l'arcade du pubis, on ne trouve ni tumeur ni indurations anormales.

L'arcade du pubis est rétrécie et il est facile de constater les places de la fracture sur la branche horizontale et sur la branche descendante du pubis, qui est entourée d'une masse calleuse dont la dureté se confond avec celle des os.

Une sonde de moyenne grosseur, des bougies en gomme élastique et en baleine sont essayées avec une grande persévérance et ne peuvent dépasser le niveau de l'arcade pubienne.

Le malade garde facilement son urine dans la vessie, et lorsqu'il fait des efforts pour uriner, il sent l'urine couler par les fistules.

Il nous dit qu'il a quelquefois des pollutions nocturnes, que la sensation est la même qu'autrefois et que le sperme s'échappe goutte à goutte par les fistules après quelques minutes.

Ces détails nous prouvent que la vessie est intacte, ainsi que la prostate. En conséquence, je diagnostique une rupture de l'urètre à la paroi gauche de la portion membraneuse, par suite de la pression du fragment externe du pubis, qui aura glissé au moment de l'accident derrière le fragment antérieur.

Il n'y avait pas lieu de songer à un autre traitement que l'uréthrotomie externe, opération qui semblait présenter de grandes difficultés.

Elle fut pratiquée le mardi 28 avril.

Le malade, soumis à l'action du chloroforme, fut placé dans la position usitée pour la taille périnéale. Un cathéter cannelé est introduit jusqu'à l'obstacle et maintenu par un aide.

Je pratique alors sur la ligne médiane une incision de 5 centimètres environ, dépassant un peu en avant l'extrémité du cathéter et s'arrêtant à un centimètre et demi au devant de l'anus.

En coupant les tissus couche par couche, je mis à découvert l'extrémité du cathéter, que nous pûmes faire saillir dans la plaie; mais la profondeur du cul-de-sac ne permettait pas de rechercher les places du conduit urétral, qui se trouvait derrière la symphise du pubis.

J'allai donc sans plus tarder à la recherche de la partie postérieure du canal; pour cela, j'incisai peu à peu les tissus en me guidant sur l'indicateur gauche introduit dans le rectum. Mais ces tentatives paraissaient devoir être infructueuses. Je cherchai alors à mettre à profit les fistules elles-mêmes en y introduisant une sonde cannelée; mais cet instrument se dirigeait toujours bien en dehors de l'arcade pubienne et s'engageait profondément dans un trajet fistuleux.

Je fis alors, en me dirigeant d'abord sur la sonde cannelée, une incision transversale tombant perpendiculairement sur l'incision première; mais je perdis bientôt toute trace de fistule et je divisai des tissus calleux comme cartilagineux, qui entouraient la branche descendante du pubis.

C'est pendant ces manœuvres que j'acquis la certitude que l'urine arrivait à la cuisse par le trou obturateur et non par l'arcade du pubis, et les instruments introduits au niveau de la fistule, où j'avais fait pénétrer plusieurs fois la sonde cannelée, entraient dans le bassin en rasant la face externe de la branche descendante du pubis.

Après cet examen, je recommençai mes recherches sous le côté gauche de l'arcade et j'arrivai enfin à un point plus dépressible, donnant au doigt la sensation du vide. Une sonde d'argent portée sur ce point pénétra bientôt jusque dans la vessie, ce que nous révéla un beau jet d'urine.

Mais cette sonde se dirigeait très-obliquement et le pavillon se portait du côté gauche; pour le ramener vers la ligne médiane je dus, avec le bistouri boutonné, faire une incision transversale sur le fond du cloaque. Cette incision libératrice rectifia immédiatement la position de la sonde. Nous étions donc en possession des deux parties libres du canal, et il ne restait plus qu'à les réunir en creusant une tranchée profonde dans la masse indurée qui les séparait. Cette tranchée fut creusée avec le bistouri et avec les ciseaux par petits coups, suivis chaque fois de l'exploration avec l'extrémité du doigt. Les tissus malades furent ainsi complétement incisés, et je ne m'arrêtai que lorsque le doigt me donna la sensation des tissus souples et sains.

Je remplaçai alors la sonde d'argent qui était dans la vessie par une sonde en caoutchouc vulcanisé, que je dirigeai à l'aide d'un stylet.

Je mis dans la partie antérieure du canal une sonde élastique conique, plus volumineuse que la sonde vésicale. Le pavillon de cette dernière étant excisé, j'introduisis dans sa cavité l'extrémité conique de l'autre sonde; un fil poussé par les yeux de la sonde urétrale assujettit l'extrémité antérieure de la sonde vésicale, qui fut entraînée ainsi avec la plus grande facilité jusqu'au méat.

Elle se logeait très-naturellement dans la gouttière que j'avais creusée et sa direction était parfaitement régulière.

La sonde fut fixée avec un anneau qui ne comprimait pas la verge, et aucun pansement ne fut appliqué sur la plaie périnéale, ni sur les fistules de la cuisse; on se borna à des soins de propreté.

Le malade éprouva, pendant toute la journée et la nuit qui suivit l'opération, des nausées et un trouble singulier dans les idées; j'attribuai ces phénomènes à l'action du chloroforme. Cependant, la veille de l'opération, nous avions observé quelque chose d'analogue et nous avions pensé que les préoccupations de l'opération pouvaient en être la cause.

Le lendemain, l'état était très satisfaisant, le pouls était régulier à 65, la peau fraîche.

L'urine coulait facilement par la sonde, que je recommande de déboucher fréquemment.

Dans la soirée, il y eut des nausées, du dégoût, avec horripilations plutôt que du frisson véritable, et dès le lendemain, deux jours après l'opération, nous constatons un gonflement de la verge avec rougeur érysipélateuse qui s'étend dans l'aine gauche.

Un purgatif est administré *illico* et 60 centigrammes de sulfate de quinine sont prescrits en trois doses pour la soirée. Les parties rouges sont saupoudrées de poudre d'amidon.

Pendant toute la semaine, P... a de la fièvre, l'érysipèle envahit bientôt la cuisse, la hanche, l'aine droite, l'hypogastre. En même temps, le délire se déclare et s'accompagne d'agitation; le malade détache sa sonde et la retire. La sonde que le malade avait retirée présente quelques *incrustations*.

Une autre sonde en caoutchouc vulcanisé, comme la première, est introduite à l'aide d'un mandrin avec autant de facilité que dans un canal normal.

A la visite du 5, on nous dit que le malade a été très-agité pendant toute la nuit. Nous le trouvons assis sur son lit, pâle, l'air hébété, immobile, et n'ayant pas conscience de ce qui se passe autour de lui. La peau est sèche, le pouls misérable, l'érysipèle s'est beaucoup étendu et a pris une teinte livide.

Le 6, amélioration notable. Le pouls est à 110.

Pendant les jours suivants, alors qu'il y avait du délire et de l'agitation, il se manifesta une suppuration abondante dans tout le canal de l'urètre autour de la sonde, et la peau du prépuce se gangrena à la suite d'un paraphimosis inflammatoire.

Je retirai la sonde, je fis des injections d'eau tiède dans le canal, et je remis la sonde en place.

Le 12, je mets une sonde plus grosse que la précédente. Il ne s'écoule plus une goutte d'urine par la plaie.

L'appétit reparaît; l'érysipèle s'efface sur tous les points; la verge revient à son volume normal, mais le malade se plaint d'érections fréquentes.

Le 25, le mieux est très-marqué ; P... se lève pour aller aux latrines et demande à passer quelques heures dans un fauteuil.

A partir de ce moment, la convalescence marche rapidement. La plaie de l'opération se cicatrise régulièrement et cache entièrement la sonde dans un canal de nouvelle formation; les tumeurs formées à la cuisse par les anciens trajets fistuleux s'affaisent et les tissus reprennent leur souplesse.

Le 2 juin, j'enlève la sonde, sur laquelle il n'existe aucune incrustation (21 jours de séjour dans le canal), j'en mets une autre avec facilité; le malade sort chaque jour dans le jardin.

Le 4 juin, le malade se trouve si bien qu'il demande à retourner chez lui; mais je l'engage à attendre quelques jours encore afin d'apprendre à introduire lui-même les sondes.

J'eus bientôt lieu de regretter ce parti, car, deux jours après, il est pris de malaise, de fièvre, de subdélirium; il a enlevé sa sonde et se désespère de ne pouvoir la remettre; enfin je découvre à la cuisse gauche une large plaque érysipélateuse qui, les jours suivants, gagne la jambe et le scrotum.

Le 10, l'érysipèle et la fièvre disparaissent encore une fois.

Le 11, je renouvelle la sonde à l'aide d'un mandrin.

Le 16, une sonde nouvelle est introduite sans mandrin, avec la plus grande facilité.

Le malade demande de nouveau à retourner chez lui, ce qui lui est accordé.

Au moment du départ, il n'existait plus au périnée qu'une plaie superficielle de trois millimètres de diamètre.

P... est retourné avec bonheur à ses abeilles; il n'a plus éprouvé d'accidents; il urine facilement, mais a soin de passer deux fois par semaine une grosse bougie pour éviter un rétrécissement.

Les dernières nouvelles reçues sont du 10 décembre, c'est-à-dire huit mois après l'opération.

Anévrisme poplité. — M. Legouest. Le malade dont j'ai déjà entretenu la société et que j'ai traité, sans pouvoir obtenir la guérison complète de son anévrisme poplité, par la compression digitale et par la compression au moyen d'appareils, est aujourd'hui guéri par la flexion forcée intermittente. La flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin a été pratiquée seulement deux heures par jour, une heure le matin, une heure le soir. Après quelques séances, je remarquai une diminution notable de la tumeur; le cinquième jour, on n'y sentait plus de battements et l'on n'y entendait plus de bruits de souffle. Il y a six jours de cela, et tout me porte à croire que ce malade est aujourd'hui, sinon guéri, du moins en très-bonne voie de guérison.

Fractures de la clavicule. — M. Chassaignac. Au point où la dernière discussion sur les fractures de clavicule a laissé cette question, je n'ai pas le désir de provoquer le retour de la discussion, mais je crois pouvoir demander à mes honorables collègues de me laisser formuler les conclusions suivantes, qui sont le résultat d'une expérience de vingt-cinq années dans les hôpitaux de Paris et dans ma pratique particulière :

1° Si, dans la majorité des cas de fracture de clavicule, les moyens de traitement de la pratique générale peuvent suffire à satisfaire le desideratum du chirurgien, il est des malades chez lesquels ces moyens sont tout à fait impuissants.

2° La fracture de clavicule mal réduite ou maintenue d'une manière insuffisante peut entraîner des conséquences très-fâcheuses, parmi lesquelles on peut citer les suivantes : « 1° la formation d'une pseudarthrose; 2° l'impuissance durable, quelquefois même indéfinie, du membre fracturé; des douleurs parfois intolérables; une difformité choquante et très-gênante due à un cal irrégulier et volumineux.

3° Il n'y a point de fracture de clavicule qui, dans les premières heures et même dans les premiers jours après l'accident, ne puisse être réduite par le procédé que j'ai publié (procédé de l'amplexation, décrit et figuré dans mon Traité d'opération, t. II, p. 26 et 27).

4° Le seul obstacle sérieux à la réduction consiste, non dans l'enclavement des fragments, non dans la formation rapide d'un travail organique qui retiendrait ceux-ci dans une position vicieuse, mais dans la résistance des muscles qui maintiennent le chevauchement.

5° Quand la fracture est tout à fait récente, le procédé de réduction que j'ai indiqué suffit toujours à rétablir le niveau des fragments. Lorsque plusieurs jours se sont écoulés, et lorsque la réduction paraît impossible par la seule action du procédé décrit, le malade, placé en décubitus horizontal, doit être endormi au chloroforme. Toute contraction musculaire ayant cessé, on fait facilement cesser l'immobilité des fragments dans leur position vicieuse, et le procédé qui venait d'être reconnu insuffisant, appliqué de nouveau pendant l'anesthésie, et le malade étant toujours dans la position horizontale, obtient le succès voulu.

6° Toute fracture de clavicule peut être maintenue, réduite par l'un ou l'autre des deux appareils suivants :

1° Celui que j'ai figuré et décrit dans mon Traité des opérations, t. II, p. 26 et 27;

2° Celui dans lequel la main du membre fracturé étant portée sur un coussinet qui recouvre l'épaule saine, y est maintenue par des circulaires et des doloires qui s'enroulent autour du thorax et qui, au lieu de passer sur la clavicule fracturée, comme dans l'appareil inamovible décrit par Velpeau (Méd. op., t. I, p. 229 et 230), ne porte que sur l'épaule saine exclusivement, laissant complétement découverte la région claviculaire du côté de la fracture.

7° Tout ce traitement est fondé sur ce principe que, quand le moignon de l'épaule fracturée est porté à son plus haut degré d'élévation et s'y trouve maintenu, aucune difformité de la fracture ne résiste aux efforts du chirurgien.

Ovariotomie. — M. LÉON LE FORT. Dans la dernière séance, M. G. Letenneur nous a envoyé une très-intéressante observation d'ovariotomie suivie de succès. Ce n'est certes pas à cause du fait de notre confrère, puisque toutes les précautions avaient été prises et que l'opération était formellement indiquée et est justifiée par l'opération même, mais parce que la lecture du procès-verbal m'en fournit l'occasion, que je désire soumettre à la Société ce point de pratique. Est-on autorisé à faire l'ovariotomie avant d'avoir fait la ponction du kyste pour assurer le diagnostic? Voici ce qui motive mon observation.

Il y a quelques jours j'avais dans mon service une malade présentant tous les signes d'un kyste ovarique *multiloculaire*. La poche offrait çà et là des bosselures et des dépressions qui me faisaient croire à la multiplicité des kystes. La malade, jeune, d'une bonne santé habituelle, mais fatiguée de porter sa tumeur et ayant entendu parler de l'ovariotomie, désirait se soumettre à l'opération. Je lui déclarai que je ne la pratiquerais qu'après avoir fait la ponction préalable, et je convins avec elle qu'elle serait chloroformée, ponctionnée pendant son sommeil, et que sans attendre son réveil je ferais, s'il y avait lieu, l'ovariotomie. J'agis suivant ce que je lui avait dit, mais la ponction me montra que j'avais affaire à un kyste séreux, uniloculaire, qui put facilement être complétement évacué. Sans cette précaution que je crois indispensable, j'aurais fait courir à la malade de formidables chances de mort, et cela peut-être sans aucune utilité. En effet, si cela est rare, on peut du moins voir des kystes ovariques uniloculaires à contenu séreux guérir après une simple ponction. J'en eus il y a quatre ans un exemple remarquable.

Remplaçant à la Charité M. Denonvillers, j'avais dans mes lits une jeune femme portant un kyste de l'ovaire. Faisant aux élèves qui suivaient la visite quelques remarques sur le traitement de cette maladie, j'appelai leur attention sur les inconvénients des ponctions répétées, quand il s'agissait de kystes multiloculaires ou simples, mais à contenu gélatiniforme, comme pouvant amener des inflammations, des adhérences et, par conséquent, des difficultés en cas d'ovariotomie ultérieure. Le lendemain la malade, qui par parenthèse était sage-femme, réclama l'ovariotomie et refusa la ponction. A mon tour je refusai de rien tenter avant d'avoir pratiqué la ponction, d'autant plus que le kyste me paraissait uniloculaire; la malade se rendit à mes avis et bien lui en prit. Je fis la ponction et j'évacuai tout le contenu du kyste. Quatre années se sont passées; la malade est venue, il y a deux mois, me voir à l'hôpital Cochin; la guérison est complète et le kyste ne s'est nullement reproduit.

Or, dans cette sorte d'épidémie d'ovariotomie que nous traversons depuis deux ou trois ans, je crois, d'autre part, si certaines statistiques sont améliorées par le refus d'opérer les cas qui ne promettent pas un succès non plus possible, mais très-probable, l'opération est parfois au contraire pratiquée dans des cas où elle pourrait ou devrait ne pas l'être, et je demande si la ponction ne doit pas toujours précéder l'ovariotomie.

M. TARNIER. La discussion actuellement pendante devant la Société de chirurgie a une double origine; elle a été successivement soulevée par M. Depaul à propos d'une tumeur fibreuse expulsée spontanément de l'utérus, et par M. Guéniot, qui a lu devant vous une observation très-importante d'un accouchement heureusement terminé, chez une malade atteinte d'une tumeur fibreuse qui obstruait l'excavation. Ces deux communications ont donné à notre collègue M. Forget l'occasion de rappeler les points principaux du mémoire qu'il avait publié depuis longtemps sur le même sujet et de le compléter. La discussion s'engagea, et vous avez successivement entendu MM. Guéniot, Depaul et Blot. Je pense, pour mon compte personnel, que cette discussion ne saurait être trop approfondie, parce qu'elle élucidera, je l'espère, l'une des causes les plus graves et les moins bien connues de la dystocie. Les occasions d'étudier les empêchements que les tumeurs fibreuses apportent à l'accouchement sont rares, et jusqu'ici les observateurs mis en présence de ces faits ont été en quelque sorte pris au dépourvu et n'ont point trouvé dans la science des préceptes nettement formulés. Ce serait un honneur pour notre Société de poser les règles générales qui doivent guider les accoucheurs en pareil cas.

Les orateurs qui m'ont précédé ont traité leur sujet à différents points de vue et l'ont limité comme ils l'ont entendu. Pour moi, j'étudierai successivement l'influence des corps fibreux sur la grossesse, sur l'accouchement et sur les suites de couche, mais je ferai une plus large part aux corps fibreux qui entravent l'accouchement, parce que c'est là véritablement le point en litige.

Je n'ai pas l'intention d'étudier l'anatomie pathologique de ces tumeurs, j'aurais d'ailleurs peu de chose à ajouter à ce qui en a été dit; mais je discuterai deux points principaux de leur histoire, l'hypertrophie et le ramollissement qui, ont été niés par M. Guéniot et affirmés par M. Depaul.

M. Guéniot a mis en doute l'hypertrophie des tumeurs fibreuses sous l'influence de la grossesse; pour lui, cette hypertrophie, quoique très-vraisemblable, manque d'une rigoureuse démonstration. M. Depaul n'a pas partagé cette manière de voir, et il vous a apporté à l'appui de son opinion le résultat de son observation personnelle sur plusieurs malades. Je suis ici de l'avis de M. Depaul contre M. Guéniot, mais je n'ai pas eu l'occasion de suivre pas à pas, comme l'a fait M. Depaul, cette hypertrophie. — Un malade de la Clinique, que j'observais à ce point de vue, succomba au choléra avant qu'une opinion fût définitivement arrêtée. Je dus me contenter de recueillir et de conserver l'utérus, qui vous a été montré par M. Depaul dans une de nos séances. — Une israélite, chez laquelle je suivais attentivement le développement de tumeurs fibreuses multiples, échappa également trop tôt à mon observation sans que j'ai pu retrouver ses traces. — Mon observation a été plus complète chez une malade, de la rue de la Roquette, près de laquelle j'aie appelé M. Depaul. Cette femme portait une énorme tumeur qui remplissait plus de la moitié de l'excavation, où elle descendait jusqu'au niveau du périnée; en haut elle débordait le pubis de quatre travers de doigt environ, et s'étendait à droite jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Elle accoucha en 1865, mais j'ai pu l'examiner il y a quelques jours seulement, et la tumeur est tellement diminuée de volume que j'ai eu quelque peine à la retrouver. Chez cette femme les parois abdominales sont très-flasques; elle porte en outre une hernie ombilicale volumineuse qui, lorsqu'on la refoule, permet au doigt d'entrer en quelque sorte dans la cavité abdominale. J'usai aussi de cette manœuvre, pendant qu'avec mon autre main je pratiquais le toucher vaginal, et je pus m'assurer de la sorte que l'utérus était encore notablement augmenté de volume par la présence d'une tumeur; mais, je le répète, l'état actuel ne ressemble en rien à ce que j'avais constaté pendant la grossesse. Le corps fibreux s'est donc considérablement atrophié, et cette atrophie me parut être la preuve qu'il s'était hypertrophié en même proportion pendant la grossesse. N'est-il pas, en outre, rationnel de penser que les corps fibreux, qui vivent aux dépens de l'utérus, doivent s'hypertrophier avec cet organe, qui, chez une femme non enceinte, pèse de 40 à 60 grammes, tandis qu'il pèse 1,000 ou 1,200 grammes à la fin de la grossesse? Je sais que M. Guéniot répondra que les tumeurs fibreuses s'hypertrophient alors que les femmes ne sont pas enceintes, et que leur accroissement de volume, constaté pendant la grossesse, n'est qu'une simple coïncidence, et qu'il n'y a pas là une relation de cause à effet. Je ne pousserai pas plus loin cette argumentation, parce que, si l'hypertrophie peut avoir lieu en dehors de la grossesse, il est parfois démontré qu'elle peut être considérable pendant sa durée, et ce résultat est en définitive le point capital à bien connaître au point de vue de l'accouchement.

Passons au ramollissement de ces tumeurs. Quand M. Guéniot me fit l'amitié et l'honneur de m'appeler près du malade dont il vous a lu la remarquable histoire, j'opposai aux craintes légitimes qu'il exprimait l'espérance que peut-être la tumeur se ramollirait et que l'accouchement serait moins difficile qu'il ne l'imaginait. L'accouchement se fit en effet, mais je dois dire que ce fut par un mécanisme tout autre que celui du ramollissement. M. Guéniot a trouvé là une occasion de mettre en doute le ramollissement des tumeurs fibreuses pendant la grossesse. Non, sans doute, le ramollissement n'envahit pas toujours les tumeurs fibreuses pendant la grossesse, mais on l'observe néanmoins dans bon nombre de cas. Ici encore M. Depaul s'est trouvé le contradicteur de M. Guéniot, et il admet que les couches les plus superficielles de ces tumeurs peuvent se ramollir en s'imbibant de liquide. J'irai plus loin que M. Depaul et je ne craindrai pas d'avancer que ce ramollissement peut être complet et poussé à un point extrême.

Ce ramollissement présente même deux formes distinctes : tantôt il consiste en une simple imbibition de la tumeur qui se ramollit en s'abreuvant de sucs; elle devient alors molle de dure qu'elle était auparavant; tantôt c'est au centre de la tumeur que se fait une sorte de fonte du tissu fibreux, qui est alors parsemé de cavités pleines d'une bouillie analogue par sa consistance à celle qu'on rencontre dans certaines tumeurs encéphaloïdes.

Chez une malade, la dame D..., près de laquelle j'avais été appelé, ainsi que M. Depaul, par le docteur Ossian-Henri, on trouvait sur le côté de l'excavation une tumeur du col de l'utérus, du volume environ d'un œuf de poule. Cette tumeur était tellement molle qu'on pouvait hésiter sur sa nature, et, malgré sa grande expérience, M. Depaul pensa qu'il s'agissait d'un kyste; je fus au contraire d'avis qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse ramollie, probablement parce que j'étais sous l'influence de la lecture d'un fait analogue. Toujours est-il qu'après l'accouchement, la tumeur se détacha et fut expulsée. C'était bien une tumeur fibreuse, ramollie par imbibition, sans fonte de tissu. Je conserve encore cette tumeur dans un bocal comme une preuve de conviction.

Il y a quelques jours à peine, une femme m'était envoyée à la Maternité par le docteur Joseph. L'accouchement était chez elle empêché par une tumeur du volume d'une petite orange, et placée à la partie postérieure de l'excavation, où elle semblait distendre le cul-de-sac recto-utérin. Au-dessus d'elle on sentait la tête de l'enfant qui était arrêtée par cet obstacle. Cette tumeur était très-molle, sans fluctuation. Après l'accouchement, en introduisant les mains dans le vagin, je pus, grâce à la souplesse des parties maternelles, prendre cette tumeur à pleine main et constater que le ramollissement était extrême, si complet qu'on avait alors quelque peine à suivre le contour du corps fibreux. La malade mourut après être sortie de l'hôpital et l'autopsie n'a pu être faite, mais je suis convaincu qu'il s'agissait là d'une tumeur fibreuse ramollie par imbibition.

A ces deux faits je puis en ajouter huit autres que j'ai recueillis çà et là. Dans quatre cas, de MM. Huguier, Blot, Breslau, Mayer, on trouve au centre des tumeurs fibreuses une ou plusieurs cavités remplies d'une bouillie ramollie. Ces cavités sont de dimension variable, quelquefois très-vastes, quelquefois multiples. — Dans quatre autres cas, de Spath, Madge, Faye, Malgaigne, la tumeur parut liquide pendant la vie, et on tenta une ou plusieurs ponctions pour évacuer le liquide; à l'autopsie on trouva des tumeurs fibreuses avec ramollissement central.

Ces faits, auxquels on pourrait sans doute en ajouter d'autres, suffisent, je pense, pour démontrer que le ramollissement des tumeurs fibreuses peut affecter les deux formes que j'ai indiquées, que ce ramollissement n'est pas une chose rare et exceptionnelle. On ne pensera pas davantage qu'il est produit par les violences exercées pendant l'accouchement, ou par une décomposition cadavérique, puisque dans bon nombre d'observations il a été observé au début du travail et pendant la vie.

Dira-t-on que ces faits ne prouvent rien parce que les tumeurs peuvent se ramollir chez des femmes qui ne sont pas enceintes? Je ne le nie pas, du moins pour ce qui a trait au ramollissement central; mais il faut que les accoucheurs sachent aussi que ce ramollissement peut se produire pendant la grossesse, parce qu'il faut en tenir compte à un certain degré dans le pronostic à porter.

Tout d'abord, je pensais que ce ramollissement pouvait avoir une importance considérable en favorisant l'aplatissement de la tumeur au profit de l'accouchement; j'étais encouragé dans cette manière de voir par ce que j'avais observé chez la malade du docteur Ossian Henri, dont j'ai déjà parlé. M. Depaul pense, au contraire, que le ramollissement ne peut avoir qu'une médiocre utilité au point de vue de l'accouchement, et j'avoue que le dernier fait que j'ai observé à la Maternité me donne singulièrement à réfléchir. Dans ce cas, on se rappelle, en effet, que le ramolissement était très-considérable, et cependant l'accouchement fut laborieux et funeste pour la mère et pour l'enfant.

Quelle est l'influence des tumeurs fibreuses utérines sur la grossesse? Il est évident qu'elles n'empêchent pas celles-ci d'avoir lieu. Toutefois il est probable que les tumeurs fibreuses sous-muqueuses, en prédisposant aux hémorragies, doivent rendre l'expulsion d'un œuf fécondé plus facile. Il est certain, cependant, que beaucoup de femmes enceintes, affectées de tumeurs fibreuses de l'utérus ne font pas de fausses couches, et il ne serait pas facile d'établir qu'elles sont plus sujettes à l'avortement que les femmes qui n'ont pas de tumeurs semblables.

Ce que je crois, c'est que ces tumeurs peuvent avoir dans quelques cas une influence fâcheuse sur la santé des femmes enceintes. Sur 42 observations que j'ai pu réunir, j'ai trouvé 4 cas dans lesquels la santé et la vie des malades ont été sérieusement compromises. Dans une observation qui m'est personnelle, celle de la malade de la rue de la Roquette, dont j'ai déjà parlé, la santé, qui avait été excellente jusqu'au milieu de la grossesse, s'altéra rapidement à dater de cette époque. La malade ressentait d'horribles douleurs dans le ventre, était tourmentée par des envies d'uriner incessantes et très-douloureuses; elle maigrit rapidement, s'étiola, et, à 7 mois 1/2, je fus obligé de provoquer artificiellement l'accouchement, plutôt à cause de l'état de santé de la femme qu'à cause de la présence d'une tumeur fibreuse dans l'excavation. — Dans trois autres observations de Pillore, Wegscheider, Thibault et Malgaigne, les malades ressentirent également de très-vives douleurs dans le ventre, furent tourmentées par une diarrhée ou une constipation excessive, quelquefois par de la rétention d'urine. Ces faits confirment l'observation de M. Depaul sur la malade de Laon. Sans doute de pareils accidents ne sont pas fréquents; mais ils sont possibles, et ils peuvent être assez graves pour obliger les accoucheurs à provoquer l'avortement, comme l'a fait M. Depaul, ou a pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, comme je m'y suis décidé moi-même.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MOREL (de Montdidier) présente un malade auquel il a pratiqué, il y a six mois, l'amputation tibio-tarsienne par le procédé de Jules Roux. Le malade marche avec la plus grande facilité, et peut faire de longues routes sans aucune fatigue anormale.

M. FORGET présente un malade portant une tumeur de la région massétérine gauche, survenue après un coup de poing reçu sur ce côté de la face. M. Forget demande, sur ce cas intéressant, l'avis de ses collègues.

M. DESPRÈS. Il y a sous le muscle masséter une bourse séreuse qui me paraît être le siége du mal; la contusion a probablement amené là un épanchement séro-sanguin. Je crois que l'abstention est la seule conduite à tenir.

M. DEMARQUAY croit, au contraire, que la tumeur est comprise dans l'épaisseur du masséter; il fait remarquer que la partie externe du rebord supérieur de l'orbite porte une exostose. Son opinion est qu'il s'agit d'une tumeur syphilitique.

M. DESPRÈS. Cette tumeur ne me paraît pas siéger dans le muscle, mais sous le muscle; il y a fluxion inflammatoire sur la face et vers l'œil; je persiste à croire qu'il y a inflammation de la bourse muqueuse, siége de l'épanchement. Je ne trouve d'ailleurs aucune trace de syphilis dans les antécédents.

M. LIÉGEOIS croit à un épanchement sanguin, mais non dans une bourse séreuse, car il n'en existe pas à ce niveau.

M. DEMARQUAY présente une tumeur maligne de la mâchoire supérieure, qu'il a enlevée par la résection de la partie moyenne de la mâchoire.

M. TILLAUX. L'année dernière, j'ai présenté à la Société un malade ayant subi une opération de même nature; il portait un appareil prothétique qu'il tolérait parfaitement, et paraissait radicalement guéri. La tumeur était un enchondrome. Aujourd'hui il y a récidive.

M. VERNEUIL fournit le complément d'une observation communiquée dans une des séances précédentes : il s'agissait d'un *albuminurique affecté de phlegmon à la suite d'une saignée du bras.* Le malade

ayant succombé, dans les premiers jours de février, aux suites d'un épanchement pleurétique, l'autopsie a montré les particularités suivantes :

Dans la plèvre droite, grande quantité de liquide d'un jaune verdâtre un peu louche, avec fausses membranes flottant dans la plèvre ou adhérant faiblement à la plèvre. Le tissu du poumon est sain.

Un peu d'épanchement dans le ventre ; traces de péritonite périhépatique récente. La rate et le foie ne présentent pas d'altérations notables. Les deux reins, à peu près également altérés, offrent les lésions de la maladie de Bright au troisième degré ; çà et là quelques lobes offrent des vestiges d'hyperémie.

Examen du bras. — Les ulcérations sont presque entièrement cicatrisées. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose d'enveloppe, confondus et fusionnés, forment une gangue indurée, inextensible, au milieu de laquelle on ne reconnaît qu'à grand'peine les veines sous-cutanées.

Cependant j'ai pu m'assurer par une dissection attentive que ces veines, quoique très-contractées et devenues presque filiformes, étaient partout perméables et n'offraient à l'intérieur aucun caillot ancien ou récent. Je n'ai pu même retrouver le point où la veine a été saignée. Il y a donc eu phlegmon diffus et non phlébite. Ceci est important à noter, car c'est toujours à l'inflammation de la veine qu'on attribue les accidents consécutifs de la saignée.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel :
Léon Le Fort.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

AVIS.

MM. les internes des hôpitaux de province qui ont 14 inscriptions et qui désirent passer le 3e examen de fin d'année à la session d'avril, sont invités à faire connaître, dans le plus bref délai, leurs noms au secrétariat de la Faculté, ce troisième examen devant avoir lieu du 12 au 15 avril courant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'annoncer que notre savant ami et collaborateur M. le docteur Koeberlé, professeur agrégé près la faculté de médecine de Strasbourg, vient d'être nommé membre honoraire de la Société impériale de médecine et de chirurgie de Saint-Pétersbourg.

— L'assemblée générale des médecins de France a eu lieu hier, dimanche, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Tardieu.

L'assistance a successivement entendu et applaudi l'allocution du président et les rapports généraux de M. Leroy de Méricourt, secrétaire de la Société centrale, et de M. A. Latour, secrétaire général de l'association. Nous exposerons dans quelques jours les faits principaux qui ressortent de ces deux rapports.

— Le concours annuel d'anatomie et de dissection de l'Ecole de médecine de Lyon vient de se terminer par les nominations suivantes :

Première année. — Médaille de vermeil : M. Berthomier. — Médaille de bronze : M. Chandelux.

Deuxième année. — Médaille de vermeil : M. Glénard. — Médaille de bronze : M. Poncet.

— Un concours pour une place de prosecteur près l'École de médecine de Lyon s'ouvrira dans cette ville le 8 novembre 1869.

— M. le docteur Henri Blatin vient de mourir à Paris.

— M. le docteur Martin de Moussy vient de succomber à Bourg-la-Reine.

Né en 1810, notre éminent confrère avait étudié avec le plus grand soin la Confédération Argentine.

— M. le professeur Sée a repris son cours de clinique à l'hôpital de la Charité, et le continuera les lundis et vendredis, à neuf heures.

— M. le professeur Longet a ouvert son cours aujourd'hui à midi, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Il traitera cette année des fonctions du système nerveux.

— M. le docteur Mallez commencera son cours d'*opérations* jeudi 8 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre no 7 de *l'Ecole pratique*, pour le continuer les mardis, jeudis et samedis, à la même heure).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.

De la résection de l'articulation coxo-fémorale pour carie, par le docteur Good, ex-chirurgien de l'armée d'Amérique. — Paris, 1869. In-8° avec 5 figures intercalées dans le texte. Prix, 2 fr. 50.

Des bronchites. Pathologie générale et classification, par le docteur G. Hayem, lauréat de la Faculté et des hôpitaux de Paris. — Paris, 1869. 1 vol. in-8°. Prix, 3 fr. 50.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

N° 40. — JEUDI 8 AVRIL 1869. 42e ANNÉE. JEUDI 8 AVRIL 1869. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 7 février 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Cette séance avait été annoncée comme devant se passer tout entière en comité secret ; mais on avait compté sans la visite annuelle d'un certain nombre de nos confrères des départements, qui n'ont que cette occasion d'aborder la tribune de l'Académie. L'ordre du jour a dû être un peu modifié ; mais le public habituel des séances s'étant en grande partie abstenu, c'est presque en comité secret que MM. les docteurs Burdel, de Vierzon, et Bardinet, de Limoges, ont fait deux très-intéressantes lectures : le premier sur le tubercule issu du cancer, le second sur les amputations des membres sans instruments tranchants. On trouvera, au compte rendu de la séance, un résumé de ces deux mémoires, qui deviendront très-probablement l'occasion d'utiles discussions.

Après ces deux lectures, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Bergeron sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, l'élection devant avoir lieu dans la séance prochaine.

Dr Brochin.

La réunion annuelle des délégués des Sociétés savantes de France a eu lieu, la semaine dernière, à la Sorbonne. Les sciences historiques et archéologiques font les frais principaux de ces séances ; mais les sciences physiques et naturelles y ont aussi leur part. Nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion de signaler ici l'apport qui a été fait par quelques-uns de nos confrères des départements dans ces grandes assises.

Voici, dans le nombre assez considérable de communications qui ont été faites dans la section des sciences naturelles, celles qui ont plus particulièrement attiré notre attention :

M. le professeur Rouget, de Montpellier, a exposé les résultats de ses recherches sur la nature des mouvements musculaires. L'objet de ce travail est de démontrer que, dans les muscles, il n'y a pas une substance contractile, mais bien une substance élastique. Le muscle serait un ressort au repos pendant la contraction, en travail pendant l'allongement.

M. Estor, de la même ville, dans un travail fait en commun avec M. le professeur Béchamp, s'est proposé de démontrer qu'il existe, dans les cellules animales, des granulations moléculaires ou microzymes de moins de 1 millième de millimètre, douées d'un mouvement brownien. Dans l'opinion de ces auteurs, ces granulations seraient des microphytes-ferments, se comportant comme des ferments alcoolique, acétique ou butyrique.

M. Espagne, de la même ville, a présenté quelques considérations hygiéniques relatives aux machines à coudre et aux effets funestes qu'elles produisent sur les ouvrières. L'auteur, entre autres propositions, a exprimé le vœu que l'industrie des machines à coudre fût exercée, dans les prisons de femmes, par des détenues jeunes et robustes ; que des médecins fussent appelés à se prononcer sur le choix des femmes qui devraient être employées à ce travail ; enfin que les machines à coudre fussent mises en jeu par un moteur autre que le pied.

(Il nous semble que si l'auteur avait commencé par cette troisième proposition, il aurait pu se dispenser d'émettre les deux autres. Cette question est, du reste à l'étude, et plusieurs moyens pratiques ont déjà été mis utilement à l'épreuve pour supprimer l'inconvénient, exagéré sans doute, mais réel cependant dans une certaine limite, de la mise en mouvement de la machine par le pied).

M. Diday, de Lyon, a traité des lésions d'entrée du virus. Ce travail se résume dans les deux propositions suivantes : La première manifestation d'un virus a lieu au point par où il s'est introduit dans l'organisme. La lésion d'entrée concentre en elle l'action du virus et en atténue aussi les effets délétères.

M. Sicard, de la même ville, a lu un mémoire sur l'éducation physique et morale de la première enfance.

M. de Labordette, de la Société Linnéenne de Normaudie, a rendu compte à la société d'abord, puis en assemblée générale de la section des sciences, de ses recherches sur l'asphyxie des noyés, et il a présenté le spéculum laryngien de son invention, destiné à vaincre la contracture des mâchoires des noyés, contracture qui n'est pas, comme on l'a longtemps cru, un signe de mort, mais, au contraire, un signe certain de la persistance de la vie.

M. Jeannel, de la Société Linnéenne de Bordeaux, a présenté de nouvelles observations sur la préparation et les propriétés du chloroxyde ferrique, dont il avait déjà entretenu la section l'an dernier, et il a indiqué les perfectionnements qu'il a fait subir avec succès à la préparation de ce produit pharmaceutique.

M. Bourguet, d'Aix, par l'organe de M. le comte de Saporta, a présenté une étude sur les causes et le modes de propagation de la clavelée en Provence, et les mesures sanitaires à prendre pour arrêter les ravages de cette épizootie.

M. Duval-Jouve, de Strasbourg, a fait connaître un fait anatomique destiné à éclaircir le mode d'épaississement des parois cellulaires.

M. Plasse, du Nord, s'est occupé des maladies épizootiques, et M. Moussaud a traité de l'influence heureuse du dessèchement des marais sur la santé des populations.

Dimanche, 4 avril, à midi, a eu lieu la distribution des récompenses distribuées aux membres des sociétés savantes du département, sous la présidence de M. le ministre de l'instruction publique, assisté de M. le président de l'académie de Paris, des présidents de sections et d'un grand nombre de membres des divers corps enseignants.

Dans un discours fréquemment interrompu par les applaudissements de l'assemblée, M. le ministre a exposé tout ce que le gouvernement a fait depuis l'année dernière pour le développement des hautes études en France, la création des laboratoires d'enseignement et des laboratoires de recherches, réunis en une seule institution, l'Ecole pratique des hautes études, à laquelle sont rattachées des missions ayant pour objet l'étude du mouvement de la science à l'étranger ; la fondation d'un observatoire météorologique ; l'appropriation de l'enseignement du Muséum aux études d'application économique ; l'appel fait au concours de l'Ecole des arts-et-métiers, de l'Ecole d'Alfort, des divers établissements du parc de Vincennes, de l'Ecole d'arboriculture fondée par la ville de Paris pour les études agronomiques, etc., etc.; sans compter un grand nombre de fondations analogues en voie de réalisation ou déjà réalisées dans quelques-unes des principales villes de France ; enfin, la fondation toute récente, par un décret du 30 mars, d'un prix annuel pour l'histoire, l'archéologie et les sciences dans chacune des académies universitaires.

La séance a été terminée par la proclamation des noms des lauréats, parmi lesquels nous avons distingué pour l'ordre des sciences : M. Lory, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble, M. Reynès, préparateur à la Faculté des sciences de Marseille, MM. Pomel, d'Oran, et Villes, de Chambéry, pour des travaux de géologie ; M. Lespès, professeur à la Faculté des sciences de Marseille, pour des études sur l'organisation des insectes ; M. Séguin, doyen de la Faculté des sciences de Grenoble, pour des travaux de physique ; M. Violette, professeur à la Faculté des sciences de Lille, pour des travaux de chimie ; M. Timbal-Lagrave, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Toulouse, pour travaux de botanique, etc.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Opération du phimosis chez un diabétique. — Guérison.

(Observation recueillie par M. G. Boyron, externe du service.)

M. Arthur D..., commerçant, âgé de trente-deux ans, est entré le 17 mars 1869 à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, pour se faire opérer d'un phimosis qui, depuis quelque temps, le gêne considérablement quand il urine et le fait souffrir en lui occasionnant des démangeaisons insupportables.

En examinant le malade, on constate un léger gonflement du prépuce; le gland paraît très-enflammé, il est douloureux à la pression et c'est à peine si par l'ouverture du prépuce ont peut apercevoir le méat. A quoi attribuer cette affection ? Depuis sa naissance, le malade nous dit qu'il a toujours eu le gland recouvert par le prépuce sans en être incommodé en aucune façon. Jamais il n'a eu de contusion, de blessure sur cette partie, jamais de blennorrhagie, jamais d'ulcérations d'aucune nature, et depuis plus de six mois le malade n'a eu aucun rapport avec sa femme, M. Bouchardat le lui ayant défendu pour motif de santé. En effet, il y a environ sept mois, le malade a été consulter le professeur d'hygiène de la Faculté parce que ses forces diminuaient. Ce dernier, à la simple inspection de son pantalon, maculé par le sucre que contenaient ses urines, lui dit qu'il doit être diabétique. Ses urines, examinées avec soin, renfermaient alors 70 grammes de sucre par litre, et il en rendait par jour 3 litres 6 décilitres. Un traitement anti-diabétique lui fut conseillé, mais le malade ne le suivit que très-imparfaitement.

Cet état diabétique suffit pour nous expliquer la balanite du malade. La miction fréquente d'une urine sucrée qui se répand sur la muqueuse du gland et du prépuce peut, comme il est facile de le comprendre, en amener l'irritation et l'inflammation d'autant plus prononcée que ce liquide est plus âcre. Chez le diabétique, cet accident se produit dans les mêmes circonstances que chez les goutteux et les calculeux, dont l'urine est fortement chargée d'acide urique; le prépuce, continuellement irrité, s'enflamme et à cause du phimosis préexistant, la balano-posthite arrive presque infailliblement. C'est donc ici un phénomène dépendant de la glycosurie. La plupart des auteurs l'ont, du reste, signalé; Trousseau, Niemeyer, Jaccoud, parlent de cet accident comme très-fréquent dans cette affection.

Malgré l'ancienneté du diabète, l'état général du malade est bon, l'appétit est resté le même qu'autrefois. Le malade n'a pas l'air fatigué, ses yeux sont brillants, sa vue n'a point baissé et son sommeil léger le repose parfaitement. Chez lui l'acte vénérien est possible, il a des désirs et souvent des érections qu'il ne satisfait pas, par ordonnance du médecin ; mais il nous assure qu'il en serait capable et que, sous ce rapport, il ne croit pas avoir beaucoup perdu. Deux ou trois fois par mois, nous dit-il, il a des éjaculations abondantes avec érections pendant son sommeil. Le sperme alors tache les draps en brun jaunâtre. Il a une petite fille âgée de deux ans et demi qui se porte à merveille; sa procréation remonterait donc à une époque antérieure au début de son affection, ce qui concorde parfaitement avec l'opinion des auteurs qui prétendent que les zoospermes ne peuvent garder leur activité dans un liquide altéré par la présence du sucre. Ce fait explique la stérilité des glycosuriques qui ont conservé leur aptitude à l'acte vénérien. Ses forces cependant ont beaucoup diminué et pour monter un escalier un peu haut, il est obligé de s'arrêter plusieurs fois, ses jarrets refusent de le soutenir. Un symptôme, qui l'a surtout frappé, est l'affaiblissement de son énergie; sa volonté n'est plus ferme comme avant, son caractère s'est aigri, il est devenu maussade, changeant, un rien l'irrite, un rien lui fait plaisir. Les incisives de la machoire inférieure sont fortement déchaussées, les gencives blanchâtres et fongueuses maintiennent à peine les dents qui remuent avec facilité dans leurs alvéoles. Ce phénomène, relaté partout comme un des caractères de la glycosurie, est expliqué par Falk de la manière suivante : « Les dents des diabétiques seraient exposées à l'action des acides libres qui se forment par la décomposition des sécrétions buccales sucrées. » Tout le monde connaît, du reste, la propriété qu'a le sucre de faire gâter les dents.

Le malade boit beaucoup et éprouve, nous dit-il, du plaisir à boire. Ses urines abondantes, quatre litres, quatre litres et demi par jour, contiennent encore maintenant 70 grammes de sucre par litre, soit 280 à 300 grammes par jour. Sa température est sous l'aisselle de 36° 4/5.

Le chirurgien se trouve ici en présence d'une affection douloureuse pour le malade et très-facile à opérer. Tout semble donc l'engager à faire l'opération. Mais il faut qu'il sache bien qu'une opération simple et rapidement guérissable chez une personne en santé, peut suffire pour occasionner dans un cas de diabète des accidents mortels. Landouzy disait que les diabétiques sont pour les chirurgiens de véritables *noli me tangere*; et personne n'ignore avec quelle facilité les inflammations se propagent chez les diabétiques, et que, sous l'influence d'un état constitutionnel qui modifie et les caractères physico-chimiques du sang et les conditions mécaniques de la circulation, elles peuvent très-facilement se changer en gangrène. Niemeyer appelle, lui aussi, l'attention du chirurgien sur la grande tendance aux inflammations se terminant par nécrose ou gangrène, qui se montre dans le cours du diabète. Un des cas les plus intéressants à l'appui de l'opinion de Landouzy, est celui rapporté par M. Pall et relaté dans la thèse de M. Brouardell Un individu qui urinait du sucre depuis très-longtemps, mais qui avait d'ailleurs conservé tout son embonpoint, fut opéré d'un phimosis accidentel. La gangrène dévora successivement la peau des organes génitaux; celle du bas-ventre et celle de la partie supérieure des cuisses, et finalement emporta le malade.

Malgré toutes ces considérations, l'état général relativement bon du malade décida M. Demarquay à tenter l'opération. Le 20 mars il lui excise le prépuce par sa méthode ordinaire.

Il saisit avec deux pinces à ligature en haut et en bas du gland la peau et la muqueuse du prépuce, de façon à ce qu'elles soient bien parallèles. Ces pinces, confiées à un aide, servent à tendre le prépuce pour lui permettre de passer au travers dans une direction perpendiculaire au méat urinaire, et aussi près du gland que possible, deux fils au moyen d'une aiguille plate. Les fils passés, avec de forts ciseaux il coupe d'un coup le prépuce entre les pinces et les fils. Cette circoncision une fois opérée, la cavité du prépuce est plus ou moins largement ouverte et l'on voit les fils qui passent sur le gland. Il les coupe au milieu, et forme ainsi quatre anses, deux de chaque côté du gland. Il fend alors avec les mêmes ciseaux, longitudinalement la peau du prépuce sur le dos du gland, la ramène de chaque côté, où il la fixe avec des serres fines. Les anses formées par les fils coupés, liées une à une, tiennent maintenues en contact la peau et la muqueuse sur les côtés du gland. L'opération s'est passée sans hémorrhagie. Nous appelons l'attention du lecteur sur ce fait, car M. Verneuil pensait avoir remarqué que toutes les inci-

sions que l'on pratiquait sur les diabétiques étaient toujours suivies d'une perte de sang relativement énorme. Le lendemain, la plaie réunie par première intention permet d'enlever les serres-fines qui sont devenues inutiles; deux jours plus tard, les fils sont coupés et le prépuce parfaitement cicatrisé laisse le gland à découvert. Dix jours après l'opération, le malade nous quitte guéri sans aucune difformité ; l'ouverture prépuciale est parfaitement régulière. Pendant le temps qu'a duré la cicatrisation, l'état du malade est resté le même. Il suivait le régime indiqué par M. Bouchardat.

Comment expliquer cette guérison rapide quand tout semble être contre elle, et l'opinion des auteurs, et la facilité plus grande qu'a sur les autres tissus le prépuce à contracter des inflammations? Pour expliquer ce fait, qui semble contradictoire, il suffit d'examiner avec soin la marche de la glycémie et, comme M. Jaccoud dans ses leçons cliniques de la Charité, de distinguer trois périodes. « Durant la première période, dit-il, le malade forme son sucre avec les aliments féculents ; l'aberration nutritive ne porte que sur l'évolution organique des matières amylacées. Plus tard, à la seconde phase de la maladie, l'aberration dévie également l'évolution des matières azotées, le malade en emploie la plus grande partie à former de la glycose ; si la polyphagie permet alors de réparer les pertes, le diabétique peut rester gras ou ne subir qu'une médiocre déchéance ; le budget organique est encore en équilibre, mais c'est un équilibre artificiel. A la troisième période, l'équilibre est rompu, le malade emploie ses aliments et sa propre substance à faire du sucre et de l'urée en excès; la dépense l'emporte sur la recette, la banqueroute de l'organisme est fatale; la consomption apparaît, le diabète gras devient un diabète maigre. » Cette comparaison ingénieuse va nous permettre de nous expliquer facilement cette guérison rapide. Le malade, quoique diabétique depuis longtemps, était, comme on peut s'en convaincre par les symptômes énumérés plus haut, à la fin de la première période de sa maladie : son budget est encore en équilibre. Puisqu'il fait face à la dépense, que tous ses créanciers sont contents, il peut avec la plus grande facilité contracter un léger emprunt qu'il remboursera prochainement. Son crédit est encore assez grand pour y faire face. Mais, dans sa position, il est probable qu'il n'aurait pu faire les frais d'une opération plus sérieuse ; car il ne peut emprunter à longue échéance. On ne peut l'hypothéquer, n'ayant rien pour répondre. Le déficit aurait augmenté rapidement et il aurait fallu déclarer la banqueroute.

De tout ce qui précède, nous pouvons conclure que dans la première période du diabète on peut, en soumettant le malade à un traitement anti-diabétique entreprendre la plupart des opérations chirurgicales; et dans un cas de traumatisme assez grave pour nécessiter l'amputation, il faudrait hésiter d'autant moins que le malade serait près de la première période. M. Demarquay nous dit qu'instruit par sa propre expérience, il se range complétement à l'avis de M. Verneuil, qui, dans sa communication à la Société de chirurgie, a insisté particulièrement sur les contre-indications qui peuvent empêcher les chirurgiens d'avoir recours à l'amputation dans le cas de gangrène diabétique, annonçant même qu'il avait refusé d'amputer des malades chez lesquels l'indication paraissait cependant posée.

Nous nous rallions complétement à ces sages conclusions, car la pratique de l'abstention dans le cas de gangrène, c'est-à-dire chez les glycosuriques arrivés à la troisième période, nous paraît pour le malade bien préférable à l'opération qui l'emportera presque infailliblement. M. Edouard Cruveilhier, en faisant connaître à la Société de chirurgie le résultat malheureux d'amputations pratiquées chez des diabétiques, vient confirmer cette opinion.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 avril. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur transmet une lettre accompagnant l'envoi d'une brochure de M. Carlotti, *Sur les effets fébrifuges de l'Eucalyptus.*

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Le compte rendu annuel des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Manche pendant l'année 1867; 2° Un rapport de M. le docteur Billout, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Gervais, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1867.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Elle comprend : 1° Une lettre de M. Dupré, professeur à la Faculté de Montpellier, qui sollicite le titre de membre correspondant.

(Comm. des correspondants nationaux).

2° Une lettre de M. le docteur Fouquet, accompagnant l'envoi de quatre cartes coloriées, à joindre au compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Morbihan de 1851 à 1869.

(Comm. des épidémies.)

3° Une lettre de MM. les docteurs Raoul et Léon Rougedemontant, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

4° Une lettre de M. Caccia (du Havre), indiquant un moyen de reconnaître la mort réelle de la mort apparente.

(Comm. du prix d'Ourches.)

5° Un rapport de M. le docteur Michel (de Chaumont), sur une épidémie de fièvre catarrhale, observée dans l'arrondissement de Chaumont, pendant l'année 1868.

(Comm. des épidémies.)

6° Un travail de M. le docteur Dechaud, de Montluçon : *Sur l'embaumement dans la gangrène interne et externe.*

(Comm. MM. Demarquay, Mialhe et Bouley.)

7° Une lettre de M. Mariau, fabricant d'instruments de chirurgie, accompagnant l'envoi d'un nouvel instrument pour la dilatation des paupières.

Cet instrument se compose :



1° D'un manche portant à sa partie supérieure un abaisseur fenêtré A ;

2° D'une tige d'acier glissant à coulisse sur le manche, terminée par un anneau ovalaire B, au sommet et au centre duquel est fixé le releveur C ;

3° D'une pédale D, qui sert pour ouvrir et fermer l'instrument à tous les degrés que l'on désire.

Les avantages du nouveau dilatateur sont :

1° D'introduire derrière les paupières, en un seul temps et à la fois, le releveur et l'abaisseur ;

2° De simplifier la manœuvre d'écartement des paupières, en permettant au praticien de le faire d'une seule main et sans aide, laissant ainsi l'autre main libre ;

3° Par un mécanisme fort simple, on peut substituer au releveur et abaisseur d'adultes les mêmes pièces pour enfants.

M. le docteur Fano a eu l'occasion d'appliquer le nouveau dilatateur sur un grand nombre de malades de sa clinique, et toujours avec succès.

M. Depaul donne communication d'une note de M. Lanoix, relative à l'envoi de génisses vaccinifères à bord des paquebots de la Compagnie transatlantique.

(Comm. des épidemies.)

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

1° Par M. Robinet, au nom de M. Marchand (de Fécamp), membre correspondant, 1 volume intitulé : *Étude statistique, économique et chimique sur l'agriculture du pays de Caux.*

2° Par M. Larrey, au nom de M. le docteur Wecker, la 2e édition du *Traité théorique et pratique des maladies des yeux.*

3° Par M. Gubler, au nom de M. le docteur Laborde, sa thèse de concours pour l'agrégation, section de médecine, sur *la Physiologie pathologique de l'ictère.*

4° Par M. Pidoux, le 2e volume du *Traité de thérapeutique.*

LECTURES.

Tubercule issu du cancer. — M. le docteur Burdel, médecin de l'hospice de Vierzon, lit un travail sur le tubercule issu du cancer et termine ainsi ce travail :

En soumettant ces observations au jugement de l'Académie, et en la remerciant d'avoir bien voulu consacrer à m'entendre de précieux moments; je me hâte de le dire, dans cette communication, je n'ai prétendu ni faire un travail didactique, ni établir une doctrine ; je n'ai voulu qu'exposer les faits comme je les ai recueillis, dans leur simplicité et leur réalité; car, portant avec eux la vérité, ils n'ont pas besoin de commentaires. — Je dis : Voilà ce que j'ai vu depuis mes débuts dans la carrière médicale jusqu'à ce jour, et voilà ce que chacun peut voir. Sur plus de cent familles cancéreuses, soixante-quinze ont fait souche de phthisiques. Que l'on veuille donc chercher, observer, et bientôt, j'espère, on arrivera à reconnaître, comme je crois l'avoir reconnu, que, tôt ou tard, directement ou indirectement, une proportion énorme de phthisiques ont pour ancêtres des parents cancéreux ou destinés à le devenir.

Sur ce point, ma conviction est telle, que parfois je suis effrayé de l'avenir qu'elle me dévoile; et, soit que je voie la mort moissonner de jeunes enfants sous les yeux de leurs parents encore pleins de vie, laissant au temps de révéler l'origine de leur fin prématurée, soit, au contraire, que voyant s'éteindre les parents dans la lente agonie du cancer, je songe à la destinée réservée à une partie de leurs enfants, la prévision est également douloureuse. Mais si triste que soit cette révélation de l'expérience, tout ne semble pas perdu, puisque au fond, comme dans la boîte de Pandore, il nous reste l'espérance, et que, par l'hygiène et la thérapeutique, le mal peut être retardé, atténué, peut-être même conjuré. Que cette espérance donc et mon intention me fassent pardonner l'imperfection de ce travail, car mon excuse est dans cette parole empruntée à M. Pidoux et que j'ai prise pour épitaphe : « J'ai trop vu de ces choses et j'y ai trop pensé pour ne pas en parler beaucoup. »

(Le travail de M. Burdel est renvoyé à une commission composée de MM. Pidoux, Colin et Vigla.)

Amputation des membres sans instrument tranchant. — M. Bardinet (de Limoges) donne lecture d'un travail intitulé : *De l'amputation des membres, en général, et particulièrement de l'amputation de la jambe, sans instrument tranchant.*

M. Bardinet résume son travail en ces termes :

En résumé, je ne recherche pas si les opérations pratiquées sans instrument tranchant ont tous les avantages qu'on leur a attribués, c'est une question à suivre. Je ne prétends pas que les chirurgiens doivent briser leurs couteaux et n'employer que l'écraseur. — J'ai voulu simplement établir qu'on peut pratiquer dans de bonnes conditions l'amputation des membres, et particulièrement celle de la jambe, sans intrument tranchant. L'expérience dira si cette manière d'opérer n'a pas certains avantages, et ne peut pas être utilement substituée, dans quelques cas du moins, aux amputations ordinaires.

M. Larrey demande que cette communication soit l'objet d'une discussion.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bergeron sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine.— La *Gazette médicale de Strasbourg.* — Le *Bulletin de thérapeutique.*

2° Dr Chavernac (d'Aix) : *Le docteur Tournatoris, sa vie et ses manuscrits.* Broch. in-8°, 1869.

3° De Labordette : *De l'emploi du spéculum laryngien dans le traitement de l'asphyxie par submersion.* Broch. in-8°. Paris, 1868.

4° Alfred Tournier : *Du pseudo-chancre induré des syphilitiques.* Extrait des Archives gén. de médecine. Juin 1868.

— M. Lerroy dépose une courte note sur la *Statistique médicale de l'armée anglaise.*

— MM. Giraud-Teulon et Paul Horteloup adressent des *lettres de candidature* à la place de membre titulaire déclarée vacante.

Galvano-puncture. — M. Ciniselli adresse un résumé de son travail publié dans la *Gazette médicale de Lombardie*, sur la *galvano-puncture dans le traitement des anévrismes de l'aorte thoracique.*

Dans l'état actuel des connaissances médicales, la galvano-puncture constitue le seul traitement direct qu'on puisse appliquer aux anévrismes internes, et spécialement à ceux de l'aorte thoracique. Dès que M. Pétrequin eut démontré l'efficacité de ce moyen, jusqu'au mois de juillet 1868 (lorsque ce travail a été composé), quatre étaient les anévrismes aortiques traités par cette méthode. Le résultat a été l'amélioration dans un cas, manqua dans deux, a été de mort dans l'autre. Ce résultat cependant, loin de nous décourager, il nous a conduit à considérer les circonstances propres de chacun de ces cas. On aperçoit, en effet, que la maladie dans l'os, déjà trop avancée, avait produit de tels désordres à ne pouvoir plus rien espérer et que l'application même de la méthode aurait aussi contribué au mauvais succès du traitement.

Dans le premier des cas susdits, traité par moi en 1846, la galvano-puncture a été appliquée deux fois sur un anévrisme faux, consécutif à la région sous-claviculaire droite, dérivant d'un vaste anévrisme de l'aorte ascendante, qui apparut à l'extérieur par l'érosion de la tête de la clavicule et de la première côte. L'opération restée sans effet, quatre mois et demi après, la malade succomba à la rupture de l'anévrisme interne (1).

Dans le second cas, relaté par M. Bossé, de Saint-Pétersbourg, la tumeur, ayant causé par sa pression la consomption des côtes et du sternum, s'élevait sur les parois du thorax et s'étendait de la 2e à la 6e côte du côté droit, du sternum axillaire. Elle était mollasse, présentant dans sa partie centrale une tâche bleuâtre qui en menaçait la rupture. Traitée par la galvano-puncture en 1847, l'opérateur sut profiter des connaissances qu'on avait déjà acquises pour faire deux applications d'une manière plus favorable. L'opération a été suivie de la diminution de la tumeur, qui se fit plus consistante, et de la disparition de la tâche bleuâtre, de sorte que le malade n'eut plus à craindre la rupture (2).

Dans le troisième cas, relaté par le professeur Duncan, la tumeur anévrismale se manifestait au milieu du sternum, qui était perforé; elle était arrivée à la grosseur d'une orange; une petite hémorrhagie avait déjà eu lieu. Weight y appliqua deux fois la galvano-puncture en 1865. Les pulsations de la tumeur s'affaiblirent, l'opération n'eut aucune conséquence, le malade mourut subitement sept jours après, pour la rupture du sac anévrismal. Le corps de la troisième vertèbre du dos était aussi carié, avec suppuration fétide et séquestre (3).

Le quatrième cas, relaté par le même, regarde un anévrisme à développement rapide, qui se manifesta à la partie supérieure de la poitrine. La galvano-puncture, appliquée deux fois en 1866, a été suivie de fortes réactions générales et locales, la pulsation se fit plus forte; la tumeur augmenta de volume, devint livide et ulcérée, donnant des hémorrhagies qui causèrent la mort 34 jours après la deuxième opération. L'anévrisme était de l'aorte, près l'origine du tronc brachio-céphalique; il y avait perte de substance de la 2e, de la 3e et de la 4e côte, avec cario-nécrose du sternum et de la clavicule (4). Aux circonstances qui, dans les cas susdits, s'opposaient à un résultat heureux, il faut ajouter le procédé opératoire, qui n'a été à propos ni pour l'obtenir, ni pour épargner les dangers propres de la galvano-puncture.

Dans une des applications faites dans le premier cas et dans les deux applications du quatrième, on a agi à courant continu sur deux aiguilles implantées dans la tumeur; on ne pouvait, par conséquence, obtenir qu'un seul caillot en correspondance du pôle positif, ce qui peut suffire pour les petits anévrismes, non pour ceux dont il s'agissait. — Le courant continu, employé dans les quatre cas, n'a pas manqué de panser les cautérisations électro-chimiques, qui dans le quatrième ont été profondes et cause d'hémorrhagie mortelle. — Les cautérisations ont eu lieu malgré la couche isolante dont étaient couvertes, les aiguilles et dans le quatrième, des débris de la couche même étant restés dans le trajet des piqûres, elle a été la cause aussi de l'inflammation phlegmoneuse. Les piles de Wollaston et de Bunsen, donnant un courant de grande intensité, ont causé de fortes réactions générales et locales dans le premier, le troisième et le quatrième cas, favorisées dans le troisième de la durée du courant, et du trop court délai d'une application à l'autre.

On pourra espérer un résultat heureux dans le traitement des anévrismes de l'aorte thoracique lorsque la tumeur, encore toute renfermée dans la cavité de la poitrine, ne se manifeste que parmi les espaces intercostaux et en élevant les côtes; lorsqu'on pourra diagnostiquer que l'anévrisme est peu développé, qu'il est latéral et communiquant avec l'artère par une ouverture limitée; qu'il n'y

(1) *Gazetta medica di Milano*, 1847, n° 2.
(2) *Gazette médicale de Paris*, 1850, N° 33.
(3) *Edinburgh med. Jour.*; avril 1866.
(4) *Edinburgh med. Jour.* — *Gazette méd. de Paris*; 1868, N° 23.

ait aucune altération organique, et d'autres désordres dans les fonctions du cœur et des poumons que ceux qui sont dus à la présence de la tumeur.

Pour ce qui regarde l'application de la galvano-puncture, il faut profiter de l'expérience, qui nous apprend quelles sont les règles à suivre, quels sont les dangers propres de l'opération, quelle est la manière de les éviter. Je me dispense de tout rappeler ici, en m'arrêtant seulement sur ce qui se rapporte à nous mettre à l'abri des accidents les plus redoutables, tels que l'inflammation phelgmoneuse du sac anévrismal et des tissus qui l'entourent, et les eschares des tissus traversés par les aiguilles : accidents absolument mortels dans les anévrismes dont il est question. Les faits nous ont appris que l'inflammation est en rapport avec l'appareil électromoteur et le pouvoir du courant; les eschares avec la qualité du métal dont sont composées les aiguilles et la manière de faire agir le courant.

L'expérience nous a appris ce que la science nous avait déjà indiqué, que, pour procurer la coagulation du sang dans le sac anévrismal, il faut compter plutôt sur la tension du courant que sur son intensité; on a proclamé, lors des premiers essais, qu'une pile composée de plusieurs éléments à petite surface devait être l'appareil le plus propre. Telle, en effet, s'est montrée la pile de Volta. En ne dépassant pas certaines limites, ni dans le nombre, ni dans l'extension des couples, et convenablement appliquée, elle n'a jamais causé d'accidents graves; le succès ou il a manqué ou il a été favorable. Ç'a été pour s'en assurer mieux, ou pour obtenir le brillant succès de la coagulation immédiate, qu'on a renforcé cet appareil d'un nombre excessif de couples, et qu'on eut recours aux piles douées de grande intensité.

En effet, la pile de Volta, appliquée trente fois dans 21 anévrismes, donna 14 guérisons et 7 insuccès; dans 5 de ceux-ci, il survint l'inflammation et la gangrène du sac anévrismal, qui réclama la ligature de l'artère. Dans ces cas, les couples qui composaient la pile excédaient en surface et en nombre, qui fut porté à 60 et jusque à 80, de sorte que le courant donnait de vives étincelles; la tension était au delà de ce qui est nécessaire pour obtenir la coagulation du sang. — Les piles de Wollaston, de Bunsen, de Daniel, de Sence, appliquées 28 fois dans 19 anévrismes, donnèrent 8 guérisons et 4 insuccès; 11 des opérés ont subi des accidents graves, auxquels 5 ont succombé, et dans 2 la maladie resta aggravée. L'accident le plus fréquent a été l'inflammation phlegmoneuse, presque toujours accompagnée d'eschares, bien que l'appareil se composât d'un nombre limité d'éléments, et aussi d'un seul. Ces faits nous apprendront à proscrire ces appareils pour le traitement des anévrismes, en adoptant la pile de Volta ou celles qui lui ressemblent. Dans les cas de guérison, obtenue par l'emploi de cette pile, les couples de forme carré avaient de 5 à 10 centimètres de côté; leur nombre, qui a été seulement de 6 dans 1 cas, n'a jamais dépassé les 40, animées par une solution saturée de sel commun ou par le vinaigre.

En ôtant de ces applications les appareils à grande intensité, on évite aussi le danger des eschares par l'action thoracique du courant, qui ne manqueraient de se montrer si par hasard les aiguilles venaient à se rencontrer dans le sac anévrismal.

On ne peut pas en dire autant des eschares produites par l'action chimique du courant, qui peuvent se montrer quel que soit l'appareil, à petite ou à grande intensité. Pour éviter cet accident, qui est le plus redoutable de la galvano-puncture, assurément mortel dans les anévrismes dont il s'agit, il faut avoir égard à la qualité des aiguilles et à la manière de faire agir le courant.

Pour empêcher que les acides organiques, qui se développent par l'électrolyse, exercent leur action cautérisante sur les tissus traversés par les aiguilles, il faut que celles-ci soient de métal oxydable. L'acier se prête assez bien. Mis en communication avec le pôle positif, il ne tarde pas à apparaître un petit cercle noir autour d'elle, qui annonce son oxydation, ainsi que l'oxygénation de la partie colorante du sang, au lieu de l'eschare, qui serait inévitable si l'aiguille était d'or ou de platine. La petite altération susdite se réduit après à un point séché, qui se détache sans ulcération. Cette ulcération même, ainsi que l'oxydation de l'aiguille, garantit les tissus de l'action, non-seulement des acides, mais aussi de celle des acalis, lorsqu'on fait passer sur l'aiguille même le réophore négatif, qui autrement ne manquerait pas de former une eschare, quel que soit le métal dont l'aiguille est composée. — Ce fait important, publié par moi dès 1850, et après dans mes travaux successifs, n'aurait besoin d'être rapporté encore une fois, si on ne voyait qu'il est méconnu ou oublié par des opérateurs distingués.

Il faut donc, au commencement de l'opération, mettre une des aiguilles implantées au contact du réophore positif, tandis que le négatif communique avec la peau près de l'anévrisme, par un conducteur humide; après l'apparition du cercle noir autour de l'aiguille, il faut passer le réophore positif sur une autre aiguille, et le négatif sur la première, et ainsi de suite, en ne touchant jamais aucune des aiguilles avec le pôle négatif, qu'il n'ait été mis avant en communication avec le positif, et qu'il se soit manifesté le petit cercle noir, qui annonce son isolement des tissus, dont l'expérience démontra que les vernis cohibents sont insuffisants et dangereux. Il ne manque pas de cas, dans lesquels on n'a fait agir que le pôle positif sur une ou plusieurs des aiguilles implantées, en appliquant le négatif près de la tumeur à l'aide d'un conducteur humide. On a agi de cette manière en considérant que c'est le pôle positif qui forme le caillot électrique, et dans la croyance erronée que ceci soit dissous par le négatif. Ce procédé, que je sache, n'a donné jusqu'ici aucun résultat heureux. Il n'a valu non plus à épargner les eschares lorsque les aiguilles étaient d'or ou de platine, ni l'inflammation phlegmoneuse lorsqu'on a agi avec des appareils doués de grandes intensité. Les faits cliniques ont démontré qu'il faut agir avec les deux pôles sur les aiguilles implantées, comme les expériences sur les animaux ont démontré que l'électricité négative ne dissout pas le caillot formé par la positive.

Les aiguilles ne doivent dépasser l'épaisseur de 1 millimètre, et pour obtenir plusieurs centres de coagulation, il faut les multiplier, en les appliquant à la distance de 2 à 3 centimètres l'une de l'autre. L'expérience aurait aussi démontré n'être pas prudent d'en appliquer plus que 6, pour ne pas s'exposer à une réaction trop vive.

La manière de faire agir le courant, outre ce que j'ai dit à l'égard d'épargner les eschares, exige d'autres considérations, qui sont d'une grande importance pour le résultat de la galvano-puncture.

Le courant peut être continué sur les mêmes aiguilles du commencement jusqu'à la fin de l'opération, ou interrompu pour changer sa direction sur chacune des aiguilles. Or, voilà le résultat de la pratique : le courant continu, appliqué 34 fois sur 23 anévrismes, donna 7 guérisons, 22 insuccès et 5 morts; 10 applications ont été suivies d'accidents graves. — Le courant interrompu, au contraire, appliqué 25 fois sur 22 anévrismes, donna 15 guérisons et 10 insuccès, sans aucun cas de mort; l'opération a été suivie 5 fois d'accidents graves. On doit aussi remarquer que certains anévrismes restés sans effet, par le courant continu, sont guéris par le courant interrompu, et deux qui n'avaient subi aucun changement par l'action de celui-ci, sont restés dans le même état par le courant continu appliqué après.

Il résulte de ces données statistiques que le courant continu est resté sans effet plus fréquemment que le courant interrompu; en conséquence il a dû être appliqué plusieurs fois sur les mêmes anévrismes; le petit nombre de guérisons obtenues, la fréquence des accidents graves, les cas de mort, conseillent de l'ôter de la pratique, pour adopter toujours le courant interrompu.

En appliquant le courant interrompu de la manière susdite, tandis qu'on obtient de nombreux caillots dans le sac anévrismal, on s'expose le moins possible au danger de l'inflammation et eschares, en suite de la courte durée du courant sur chacune des aiguilles. Celles-ci doivent être mises en communication successivement avec les deux pôles, pour la durée de 3 à 5 minutes; il faut disposer les réophores de manière à pouvoir établir la communication successive avant d'ôter la première, afin d'épargner le plus possible les secousses au malade; la durée totale du courant doit être de 20 à 30 minutes; les aiguilles doivent être extraites immédiatement après.

Si on croit que l'effet de l'opération soit manqué, on ne doit jamais la répéter avant que la réaction locale soit finie, pour ne pas provoquer l'inflammation phlegmoneuse et la gangrène du sac anévrismal, l'expérience ayant démontré qu'il faut au moins huit jours d'une application à l'autre.

Il faut se rappeler que dans la plupart des anévrismes qui sont guéris, la coagulation du sang se fit lentement et s'accomplit après beaucoup de temps; il est donc prudent d'attendre, lorsque, la réaction locale finie, on aperçoit un peu plus de consistance dans la tumeur et quelque diminution dans son étendue et dans la force des pulsations.

En suivant ces règles on peut parvenir à employer la galvanopuncture de la manière la plus efficace, et en même temps sans danger, aux anévrismes de l'aorte thoracique, au but d'en essayer les progrès ou de les guérir, pourvu qu'ils soient dans les conditions les plus favorables, en associant à la galvano-puncture les moyens propres pour modérer les mouvements de la circulation et pour favoriser la coagulation du sang.

Anus contre nature. — M. LOUIS THOMAS (de Tours) adresse la note suivante :

I

ANUS CONTRE NATURE DE LA RÉGION OMBILICALE, OPÉRATION, AMÉLIORATION, CAUTÉRISATION, GUÉRISON.

Mme F..., habitant Saint-Symphorien, près Tours, âgée de 48 ans, d'une bonne santé habituelle, mais douée d'un énorme embonpoint, portait, depuis plusieurs années, une hernie ombilicale peu volumineuse, réductible et habituellement maintenue par un bandage. Le 24 juin 1865, l'application du bandage fut négligée et la hernie s'étrangla. Des tentatives de réduction furent faites sans succès à plusieurs reprises et la kélotomie fut pratiquée dès le lendemain du début des accidents d'étranglement.

La hernie renfermait de l'épiploon et une anse d'intestin grêle. Ces parties étranglées ne présentant pas d'altération notable furent réduites après le débridement et la plaie pansée à plat. L'opération fut suivie de la disparition des accidents et du rétablissement du cours des matières. La plaie marcha régulièrement vers la cicatrisation, qui était complète trois semaines après.

A quelques jours de là, vers le 20 juillet, apparut, au niveau de la cicatrice, une petite tumeur qui acquit bientôt le volume d'une noix. Cette tumeur était fluctuante et à son niveau la peau était si amincie, que, le 1er août, elle présentait plusieurs orifices, qui donnaient issue à des matières stercorales liquides. Cet écoulement, qui fut suivi de l'affaissement de la tumeur, augmenta les jours suivants et prit bientôt des proportions telles que la moitié des matières fécales environ suivait cette voie anormale. Plusieurs des orifices, à travers lesquels s'était ouvert cet abcès stercoral, s'oblitérèrent néanmoins, deux seulement persistèrent.

Le docteur Baugé, de Saint-Symphorien, médecin habituel de la malade, tenta d'obtenir l'oblitération de ces orifices et mit en usage, à cet effet, la cautérisation avec le nitrate d'argent, puis ensuite avec la teinture d'iode, le rapprochement des bords des ouvertures et leur occlusion avec le diachylon, le taffetas d'Angleterre, le collodion, les serres fines, la compression avec des rondelles d'amadou, une plaque de métal, l'application d'une grosse serre fine, la suture entortillée, tous ces moyens furent employés sans succès.

La malade, découragée, ne voulut plus se soumettre à d'autres moyens de guérison, considérant sa triste situation comme au-dessus des ressources de l'art, elle resta sans rien faire jusqu'au mois de mars 1866, époque à laquelle je fus appelé à l'examiner.

Sur la paroi abdominale existait, au niveau de l'ombilic, une dépression infundibuliforme de 3 centimètres de diamètre environ. De la circonférence de cette dépression, des plis cutanés se dirigeaient en rayonnant vers le fond de l'infundibulum. Ces plis, ainsi que les tégumens voisins, étaient rouges, et dans leur interstice la peau était légèrement ulcérée sur certains points. Le fond de cette dépression était occupé par un orifice ayant, dans le sens vertical, 6 à 7 millimètres de diamètre, tandis que les bords étaient presque en contact transversalement. Cet orifice livrait passage à des matières stercorales liquides. La malade ne pouvait dire combien de temps après les repas survenait cet écoulement, dont la quantité était du reste très-variable. Peu abondant parfois, il le devenait beaucoup plus dans d'autres moments; souvent alors il était précédé de coliques. La malade avait tous les jours par l'anus, à la suite de lavements, des selles de matières fécales. Ces selles étaient assez abondantes et la malade estimait que les matières fécales sortaient à peu près en quantité égale par l'anus et par l'orifice ombilical, l'avantage était peut-être cependant pour cette dernière voie.

Si l'écoulement par l'orifice anormal des matières contenues dans l'intestin indiquait l'existence d'un obstacle à leur cours régulier, la persistance des selles apprenait en revanche que cet obstacle ne s'y opposait pas d'une façon absolue et que l'intestin était encore perméable. L'insuccès des tentatives faites à diverses reprises pour former l'orifice ombilical et forcer la totalité des matières à suivre leur cours normal montrait, en outre, combien était grande la puissance de cet obstacle, dont il était impossible de déterminer la nature.

Je répétai les tentatives faites déjà par le docteur Baugé, et, malgré l'application de rondelles de taffetas, d'amadou, de diachylon, etc., que je disposai à différentes reprises sur l'orifice pour en obtenir l'occlusion, en même temps que, par leur intermédiaire, j'exerçais une compression assez énergique à l'aide d'un bandage de corps, je ne pus, non-seulement suspendre, mais même modérer l'écoulement anormal. Malgré ces conditions défavorables, je pensai qu'il y avait lieu d'intervenir et de tenter de débarrasser cette malheureuse femme de sa triste infirmité.

Voici le plan que je me proposais de suivre. Entourer, par une incision circulaire la circonférence d'où rayonnent les plis cutanés qui se rendent à l'orifice anormal, disséquer ce lambeau par sa face profonde jusqu'au niveau de l'orifice, isoler ensuite le conduit qui va de cet orifice à l'intestin dans une étendue correspondante à l'épaisseur de la paroi abdominale; puis, renverser en dedans et aussi profondément que possible les bords de cet entonnoir, de façon que les surfaces saignantes se trouvent adossées, et les maintenir dans cette situation par plusieurs points de suture. Enfin les bords de la plaie, résultant de cette dissection, seraient réunis par d'autres points de suture, qui se trouveraient placés superficiellement par rapport aux premiers. Cette double suture et le tampon formé par le lambeau dans l'intérieur du trajet, devraient opposer aux matières une barrière infranchissable. Une alimentation très-légère, l'administration de l'opium, continuée pendant plusieurs jours, dans le but de modérer les sécrétions intestinales, devraient également, en diminuant la quantité des matières, rendre plus facile leur cours régulier. Pendant ce temps, la cicatrice pourrait acquérir la solidité nécessaire pour lutter contre l'obstacle qui diminuait le calibre de l'intestin.

Mon savant et regretté maître Follin, auquel je montrai la malade, approuva mon plan et me fit l'honneur d'assister à l'opération, que je pratiquai, avec l'aide du docteur Baugé, le 9 avril 1866.

La malade étant chloroformée, je pratiquai une incision circulaire de 5 centimètres de diamètre, ayant pour centre l'orifice anormal, je disséquai les téguments jusqu'au niveau de cet orifice et je dégageai, par des incisions circulaires, dans presque toute l'épaisseur de la paroi abdominale le trajet intermédiaire. Je ne pus alors, ainsi que je me l'étais proposé, renverser dans son intérieur les téguments que j'avais disséqués, de façon à adosser leurs surfaces saignantes. La friabilité des tissus ne me le permit pas. J'avivai alors la face interne de l'entonnoir aussi profondément que possible, j'excisai les plis cutanés et je divisai le lambeau circulaire, dont les deux faces étaient alors saignantes, par une incision verticale, en deux lambeaux latéraux. Ceux-ci furent réunis par trois points de suture métallique, que je passai aussi près que possible de l'orifice abdominal du trajet anormal. Je rapprochai ensuite, par quatre points de suture, les lèvres de l'incision circulaire que j'avais pratiquée au début de l'opération. Je fis un pansement simple, soutenu par un bandage de corps et ordonnai une pilule d'extrait d'opium (d'un centigramme) toutes les heures.

Le soir même de l'opération, malgré cette double suture, les liquides intestinaux suintaient par l'angle inférieur de la plaie. Cet écoulement devint plus abondant les jours suivants. Huit jours après, l'opération, je retirai les fils; la plaie était réunie partiellement; il restait deux orifices séparés par un point. L'orifice supérieur, plus petit, avait à peine 2 millimètres de diamètre; l'inférieur, 4 ou 5 millimètres. L'écoulement, toujours fort abondant, l'était moins cependant qu'avant l'opération.

A quelques jours de là, je tentai l'occlusion de l'orifice à l'aide de rondelles de taffetas recouvertes d'une couche de collodion. Ce pansement, auquel je donnai une épaisseur de plus d'un centimètre, fut bientôt décollé et les matières s'écoulèrent par sa partie inférieure. Je résolus alors de mettre en jeu une puissance qui seule pouvait entrer en lutte avec l'obstacle qui s'opposait au cours des matières, je veux parler de la rétraction cicatricielle. A cet effet, j'eus recours à la cautérisation du trajet anormal avec le nitrate d'argent. Cette cautérisation fut pratiquée environ douze fois, du mois de mai au mois de septembre, c'est-à-dire à dix ou douze jours d'intervalle. Le lendemain ou le surlendemain de la cautérisation, la malade remarquait ordinairement une augmentation dans la quantité des matières qui s'écoulaient par l'anus contre nature, puis cet écoulement diminuait les jours suivants. Après quatre ou cinq cautérisations, l'orifice supérieur était oblitéré, l'orifice inférieur persistait, mais la malade qui, avant l'opération, était forcée de se changer plusieurs fois par jour, ne se changeait plus que le matin et le soir, exceptionnellement dans le milieu du jour. En même temps que se montrait une amélioration aussi notable, la malade qui n'avait jamais éprouvé que des troubles digestifs assez légers, commença à ressentir, à des intervalles assez rapprochés, de très-violentes coliques. Leur durée était de plusieurs heures et elles étaient suivies d'un écoulement plus abondant de matières par l'orifice ombilical. Ces coliques me semblaient causées par l'engouement de la partie supérieure de l'intestin, par les matières qui, accumulées au-dessus de l'obstacle, faisaient effort pour le vaincre; à ce point de vue, je considérais ces coliques comme très-favorables à la guérison.

Vers la fin du mois d'août, je fis une dernière cautérisation. L'écoulement de matières fécales restait alors quelquefois plusieurs jours sans se produire et ne survenait guère qu'à la suite de coliques, qui revenaient toujours aussi souvent et parfois même avec une intensité qu'elles n'avaient jamais eue précédemment.

Depuis, j'avais eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer cette malade, mais sans pouvoir l'examiner. De loin en loin il y avait un léger écoulement, ordinairement à la suite de coliques. La malade avait repris sa profession de marchande, que son infirmité l'avait forcée d'abandonner. Enfin, vers la fin de l'année, j'apprenais par

plusieurs membres de sa famille qu'elle était guérie, mais qu'elle éprouvait toujours de très-violentes coliques.

Au mois de juin 1867, après un violent effort, elle ressentit, au niveau de l'ombilic, une très-vive douleur avec sensation de déchirure. Pendant trois jours la malade eut des vomissements fréquents, et la cicatrice de l'anus contre nature résista complétement aux efforts qui en étaient la conséquence. Ce ne fut que vers la fin de la maladie que la cicatrice se déchira pour donner issue à une petite quantité de liquide intestinal. Cet écoulement se reproduisit plusieurs fois, en très-petite quantité, dans les semaines qui suivirent.

Actuellement, juillet 1868, il n'y a pas eu trace d'écoulement depuis près de dix mois. La cicatrisation de l'orifice anormal est complète. Mais la malade éprouve encore des coliques; il est vrai qu'elles sont moins fortes et moins fréquentes que par le passé. Ainsi, dernièrement, cette malade est restée près de deux mois sans en ressentir.

L'obstacle qui s'opposait au libre passage de la totalité des matières contenues dans l'intestin, et dont la nature reste indéterminée, se trouve donc enfin vaincu dans cette lutte qui s'était établie entre lui et la rétraction cicatricielle. Cette dilatation graduelle, mais forcée aurait pu peut-être présenter des inconvénients plus grands que les coliques qu'a éprouvées et qu'éprouve encore la patiente. Tout danger est aujourd'hui passé et la guérison définitivement assurée.

(*Sera continué.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

22. Lecoquierre (A.). De l'influence du froid et de l'humidité sur la production de l'albuminurie.

30. Andrey (Édouard). Du diabète et de son traitement.

31. Stanesco (Constantin). Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin.

32. Banzolini (Émile). De l'intoxication saturnine considérée au point de vue du traitement.

33. Lemoine (Gustave). Remarques cliniques sur quelques manifestations de l'affection rhumatismale.

34. Castarède-Labarthe. Du chauffage et de la ventilation des habitations privées.

35. Boullet (Emmanuel). Considérations sur l'anatomie, la physiologie pathologique et le traitement de l'hématocèle de la tunique vaginale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par un arrêté en date du 16 mars 1869, le ministre de l'intérieur a institué une commission chargée d'étudier les questions relatives à la mortalité des enfants du premier âge.

Cette commission est formée ainsi qu'il suit :

MM. de Royer, vice-président du Sénat, premier président de la cour des comptes, président; de Mentque, sénateur; Le Peletier d'Aunay, député au Corps législatif; de Beauverger, député au Corps législatif; de Mackau, député au Corps législatif; Merruau, conseiller d'Etat; Genteur, conseiller d'Etat; de Bosredon, conseiller d'Etat, secrétaire général du ministère de l'intérieur; Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, membre de l'Académie des sciences morales et politiques et de l'Académie de médecine; Marbeau, maître des requêtes au conseil d'Etat; Chauchat, maître des requêtes au conseil d'Etat; Durangel, chef de division au ministère de l'intérieur; Bucquet, inspecteur général des établissements de bienfaisance; Mettetal, chef de division à la préfecture de police; F. Boudet, membre de l'Académie de médecine, président de la Société protectrice de l'Enfance; le docteur Broca, professeur à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine; le docteur Blot, professeur agrégé à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine; Lenoir, membre du conseil municipal de Paris.

M. Durangel remplira les fonctions de secrétaire; M. Follet, chef du bureau au ministère de l'intérieur, et M. Burin des Roziers, auditeur de première classe au conseil d'Etat, rempliront les fonctions de secrétaires adjoints avec voix consultative.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.

—

Maladies des organes génito-urinaires. Traité pratique du docteur GOEURY-DUVIVIER. 9e édition. 700 pages, 200 fig. Prix, 5 fr.

Dermatologie hippique, ou Traité de l'organisation des maladies de la peau du cheval, par J.-P. MÉGNIN, vétérinaire en 1er au 3e lanciers. Ouvrage récompensé d'une médaille d'or par le ministre de la guerre. Paris, 1869, in-8o. Prix, 5 fr.

Quelques considérations sur l'apoplexie et la paralysie. Thèse d'un vieux médecin à ses jeunes confrères, par M. BRAUDON, médecin à Dompierre-sur-Mer. Paris, 1869. Brochure gr. in-8o de 31 pages. Prix, 1 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

Nº 41. — SAMEDI 10 AVRIL 1869. 42e ANNÉE. SAMEDI 10 AVRIL 1869. — Nº 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT		
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	Trois mois. . 8 fr. 50 c.	POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes
	Six mois. . . 16 —	
	Un an. . . . . 30 —	

Paris, le 7 février 1869.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des dégénérescences secondaires de la moelle épinière (1).

Nous avons dit, dans notre dernière revue, que les faits exposés dans le mémoire de M. Bouchard sur les dégénérescences secondaires de la moelle épinière, renfermaient des déductions importantes au double point de vue physiologique et pathologique. C'est à l'exposé de quelques-unes de ces déductions que nous allons consacrer ce deuxième article.

On a vu que les lésions de diverses parties, et même de parties très-élevées de l'encéphale, déterminaient des dégénérations descendantes qu'on peut suivre dans toute la longueur de la moelle épinière, ces dégénérations existant d'ailleurs exclusivement dans les cordons antéro-latéraux. On en peut conclure déjà, qu'il existe dans toute la longueur de ces cordons des tubes qui ont leurs cellules trophiques dans différentes parties de l'encéphale. D'autre part, les dégénérations descendantes diminuent d'intensité à mesure qu'on s'éloigne du bulbe; donc les tubes encéphaliques qui se prolongent dans la moelle n'ont pas tous la même destination, mais quittent, chemin faisant, les cordons antéro-latéraux, de sorte qu'ils ne sont plus qu'en nombre très-restreint à la partie inférieure de ces cordons. Ces fibres, qui abandonnent les cordons antéro-latéraux, ne s'échappent pas par les racines; on est donc conduit à admettre qu'elles se jettent et se terminent dans la substance grise.

Les dégénérations descendantes par lésions de l'encéphale ne sont pas disséminées dans toute l'épaisseur des cordons antéro-latéraux; elles portent quelquefois sur la partie interne du cordon antérieur, du même côté que la lésion primitive, et cette altération du cordon antérieur disparaît à la région dorsale; d'autre part, elles portent toujours sur la partie postérieure du cordon latéral du côté opposé, et la dégénération se poursuit jusqu'à l'extrémité inférieure de la moelle. D'où la conclusion que l'entrecroisement des pyramides n'est pas complet, que quelques fibres de la partie externe, qui est le plus rarement dégénérée, gagnent la partie interne du cordon antérieur, s'appliquent sur le sillon antérieur, se perdent de distance en distance dans la substance grise, et que les plus longues de ces fibres encéphaliques ne vont pas plus loin que le milieu de la région dorsale. M. Bouchard appelle l'ensemble de ces fibres, faisceau encéphaliques direct ou interne. Une seconde conclusion est celle-ci : c'est que la grande majorité des fibres que le cerveau envoie à la moelle, s'entrecroisent au-dessous des pyramides pour se loger à la partie postérieure du cordon latéral du côté opposé, qu'elles conservent cette position dans tout leur trajet descendant, qu'elles se perdent infailliblement dans la substance grise, mais qu'il en existe d'assez longues pour atteindre l'extrémité inférieure de l'axe rachidien. C'est le faisceau encéphalique, croisé ou externe.

Enfin, l'étude des dégénérations par lésions primitives de la moelle, montre encore qu'il existe, dans les cordons antéro-latéraux, indépendamment des fibres d'origine encéphalique, d'autres fibres descendantes, fibres médullaires propres, qui naissent de la substance grise de la moelle elle-même, et qui établissent des relations entre des parties de l'axe gris séparées par des distances assez considérables. Ce seront les fibres commissurales longues.

Il y a aussi, dans l'épaisseur du cordon antéro-latéral, des fibres commissurales qui naissent de la substance grise, et vont se perdre dans cette même substance grise.

Enfin, la substance grise de la moelle envoie, à travers la partie postérieure des cordons latéraux, quelques fibres qui gagnent le cervelet par les corps restiformes et les pédoncules cérébelleux inférieurs.

En résumé, l'analyse des faits pathologiques exposés dans la première partie de ce travail, montre que les cordons antéro-latéraux de la moelle renferment des fibres encéphaliques disposées en deux faisceaux, à chaque extrémité, à la partie interne du cordon antérieur, à la partie postérieure du cordon latéral, et que, de plus, ils sont constitués en plus grande partie par des fibres descendantes propres à la moelle, établissant des relations entre les divers étages de la substance grise, fibres commissurales assez courtes dans les cordons antérieurs et dans la partie antérieure des cordons latéraux, beaucoup plus longues dans la partie postérieure de ces mêmes cordons. Il existerait, enfin, également dans cette portion postérieure de la substance blanche antérieure de la moelle, des fibres ascendantes qui mettraient l'axe rachidien en relation avec le cervelet.

Quant aux cordons postérieurs, dont l'organisation paraît moins complexe que celle des cordons antéro-latéraux, ils seraient constitués par des fibres qui viennent directement des racines postérieures, par des fibres commissurales et probablement aussi à la partie supérieure, par des fibres qui, suivant les parties latérales, gagneraient l'encéphale par les corps restiformes, où elles seraient en rapport avec les fibres ascendantes des cordons latéraux.

On pourrait donc, d'après tout ce qui précède, considérer la moelle comme constituée essentiellement par un axe gris, dont les différentes parties peuvent sans doute communiquer entre elles dans l'épaisseur même de la substance grise, mais dont les relations s'établissent aussi dans toute la longueur, par des fibres commissurales, les unes antérieures, les autres postérieures. Cet axe, qui recevrait à sa partie antérieure et dans toute sa longueur, des fibres qui viendraient directement de l'encéphale, et à sa partie postérieure et dans toute sa longueur, des fibres qui viendraient des ganglions des racines postérieures; ces dernières fibres étant de deux ordres, les unes directes, plongeant immédiatement dans la substance grise; les autres, ascendantes, n'y arrivant qu'après un trajet plus ou moins long. Enfin, de l'axe gris partiraient deux ordres de fibres, les unes se dirigeant vers l'encéphale par la partie postérieure des cordons latéraux, les autres quittant la moelle en un point très-voisin de leur origine et se rendant à la périphérie par les racines antérieures.

Ainsi envisagée, la moelle pourrait être représentée comme formée de parties intrinsèques, l'axe gris et les fibres commissurales antérieures et postérieures, et de parties extrinsèques, les unes afférentes, les autres efférentes. Les parties extrinsèques afférentes d'origine encéphalique, n'existeraient que dans les cordons antéro-latéraux, et mettraient chacun de ces cordons en rapport avec les deux hémisphères cérébraux, avec celui du même côté par le faisceau encéphalique direct ou interne, avec l'hémisphère du côté opposé, par le faisceau encéphalique croisé ou externe. Les parties extrinsèques afférentes d'origine périphérique viendraient des ganglions spinaux par les racines postérieures et se diviseraient en deux séries de fibres, les unes plongeant directement dans l'axe gris, les autres parvenant également à la substance grise, après avoir concouru à former les cordons postérieurs.

Les parties extrinsèques efférentes auraient aussi deux destinations. Les unes, à destination encéphalique, remonteraient dans le cordon antéro-latéral pour gagner le cervelet; d'autres, naissant probablement de la moitié supérieure de l'axe gris, gagneraient la protubérance à travers la partie externe des cordons postérieurs. Les autres, à destination périphérique, sortiraient immédiatement de la moelle par les racines antérieures, pour se terminer dans les muscles.

Ainsi, ajoute M. Bouchard, la moelle formerait un intermédiaire obligé pour toutes les impressions qui, de la périphérie, gagnent l'encéphale, pour toutes les excitations qui, de l'encéphale, se rendent à la périphérie; aucune fibre n'irait directement du cerveau aux muscles, de la surface tégumentaire au cerveau.

Telles sont les déductions de l'anatomie pathologique, qui viennent, comme on le voit, confirmer et compléter les déductions auxquelles avaient conduit les études anatomiques directes.

Jetons un coup d'œil maintenant sur les déductions pathologiques qui ressortent des belles recherches de M. Bouchard, et de celles des habiles observateurs qui l'ont précédé ou accompagné dans cette voie d'étude féconde.

En se fondant sur l'analogie avec ce qui se passe quand un cordon nerveux est coupé sur un point de son parcours, on pouvait presque dire *à priori* que le travail de dégénération qui s'opère dans un cordon de la moelle ne se traduit actuellement par aucune modification symptomatique. C'est, en effet, ce que montre la clinique. Tandis que le cordon latéral du côté paralysé commence à présenter des indices manifestes de dégénération graisseuse dès le sixième jour après le début de l'attaque apoplectique, on ne voit généralement pas les symptômes présenter à cette époque des changements notables; et lorsque la contracture débute, les tubes lésés dans l'encéphale sont déjà détruits dans toute leur longueur. Ce n'est donc pas à l'altération granulo-graisseuse des tubes qu'il faut attribuer la contracture. Quelle en est donc la cause ?

Voici, d'après M. Bouchard, comment les choses se passent. Les tubes d'origine encéphalique, dit-il, sont mélangés dans la moelle avec d'autres tubes qui ont leur origine dans la substance grise de la moelle elle-même. Ces tubes médullaires propres vont donc être plongés au sein d'un tissu qui, après un temps assez considérable, à partir du début des accidents apoplectiques, est le siége d'une prolification conjonctive assez abondante. C'est à l'irritation de ces tubes médullaires, par cette néoplasie, à cette sclérose secondaire, qu'il croit devoir rapporter la contracture tardive des hémiplégies.

Les contractures tardives des muscles paralysés dans les hémiplégies ont été, de la part de M. Bouchard, l'objet d'une étude particulière. Nous en avons déjà résumé les principaux résultats. Nous n'y reviendrons pas.

La contracture permanente, qui est commune aux hémiplégies et aux compressions de la moelle, présente dans les deux cas les plus grandes analogies au point de vue symptomatologique; elle est en rapport avec un état anatomique de la moelle commun à ces deux affections, et ne se développe dans les deux cas qu'au moment où débute la sclérose secondaire des cordons latéraux. La contracture permanente des membres s'observe avec les mêmes caractères dans la sclérose primitive des cordons latéraux, et aussi dans certains cas de sclérose diffuse de la moelle, portant plus ou moins sur les mêmes cordons latéraux.

Cette interprétation donne encore, suivant M. Bouchard, la raison de certains faits qui pouvaient paraître jusque-là inexplicables. Ainsi, dit-il, dans les compressions de la moelle, la contracture des membres inférieurs est plus forte que dans les hémiplégies, parce que dans l'hémiplégie la sclérose secondaire se développe seulement à la place d'une portion du faisceau encéphalique croisé, tandis que dans la compression de la moelle elle remplace non-seulement ce faisceau tout entier, mais encore un certain nombre de fibres commissurales longues. Ainsi, dans les hémiplégies, le membre supérieur est plus souvent pris de contracture, et l'est à un degré plus élevé que le membre inférieur, parce que le faisceau encéphalique croisé est plus riche en fibres nerveuses à la région cervicale qu'à la région lombaire, où il se termine en pointe, etc.

Indépendamment des contractures, un symptôme assez important semblerait encore pouvoir être attribué aux dégénérations descendantes, et plus particulièrement à la sclérose secondaire du bulbe, c'est l'accès épileptiforme ou même l'attaque franchement épileptique qu'on observe fréquemment chez les sujets atteints d'hémiplégie dans l'enfance, et quelquefois même chez les vieillards atteints de ramollissement et chez lesquels on trouve à l'autopsie des atrophies considérables d'un pédoncule de la protubérance et du bulbe.

Il n'a été question jusqu'à présent que des symptômes de la dégénération descendante; quant aux scléroses secondaires ascendantes, elles ne paraissent se révéler par aucun symptôme.

Enfin un point important, — le plus important sans contredit au point de vue pratique, — c'est que plusieurs faits, observés par M. Bouchard à l'hôpital Sainte-Eugénie et à la Salpêtrière, lui permettent d'affirmer que la guérison est possible, alors même que les cordons de la moelle ont dû subir la dégénération secondaire. Dans ces faits (au nombre de 5), il s'agissait de paraplégie complète due à la compression de la moelle par le mal de Pott. Dans 4 cas, la sensibilité et le mouvement ont reparu avec toute leur intégrité; dans 1 seul, les mouvements, sans avoir recouvré leur entière liberté, ont permis cependant la marche. Dans ce cas, la paraplégie était flasque; dans les autres, elle s'accompagnait de contracture.

On peut donc conclure, dit en terminant M. Bouchard, que les tubes nerveux de la moelle peuvent se régénérer comme ceux des nerfs périphériques, non-seulement chez l'enfant, mais encore chez l'adulte, et alors même que les faisceaux dégénérés ont été déjà le siége d'un travail d'hypergénèse des éléments nucléaires. D'où une indication thérapeutique capitale, que M. Béhier n'a point omis de signaler dans la leçon qui nous a fourni l'occasion d'exposer ces recherches, et que nous trouvons formulée dans le chapitre des hémorragies de l'appareil nerveux, de la 1re partie du t. III du *Traité élémentaire de pathologie interne* de MM. Béhier et Hardy, qui vient d'être tout récemment publié. Elle consiste à favoriser, par une alimentation substantielle et un régime tonique approprié, le travail naturel de réparation et de reconstitution des tubes nerveux, sans dépasser toutefois, lorsqu'il s'agit notamment des suites d'une hémorrhagie cérébrale, le degré d'excitation qui pourrait constituer, à son tour, une cause nouvelle de péril, en stimulant trop énergiquement soit le système circulatoire, soit le système nerveux lui-même.

Nouvelles expériences relatives à la question de l'action directe des anesthésiques sur le système nerveux cérébral.

MM. Dieulafoy et Krishaber nous adressent, au sujet des expériences de M. le docteur Ferran rapportées dans notre dernière Revue, la communication suivante :

« Dans votre numéro du 3 avril, M. le docteur Ferran nous a donné connaissance d'expériences qui tendaient à prouver que l'anesthésie, au moyen du chloroforme, peut être obtenue par le simple contact des vapeurs de cet agent avec les ramifications du nerf olfactif. Or, ce fait, s'il était exact, aurait une importance considérable; il prouverait que le chloroforme peut agir sur les centres nerveux par voie directe, au moyen d'un nerf sensible agissant par action centripète, et par voie détournée, en passant primitivement par le système circulatoire pulmonaire.

Nous avons répété l'expérience de M. le docteur Ferran, et nous sommes arrivés à un résultat tout contraire :

Nous avons pris un jeune lapin, bien constitué, et après avoir introduit un tube en gutta-percha dans sa trachée, nous

avons sectionné le conduit aérien au-dessus de ce point, et nous en avons fortement lié le bout inférieur sur le tube.

L'animal ainsi préparé, et ne respirant plus que par cette canule, a été placé sur le dos, et attaché dans une gouttière. Une aiguille longue et fine, piquée dans le cœur, nous indiquait avec précision, le nombre des pulsations, la forme et l'énergie des battements cardiaques.

Alors, ayant soin de tenir à l'écart le tube au moyen duquel respirait l'animal, nous avons placé une petite éponge imbibée de chloroforme sous le nez du lapin. Cette expérience a été reproduite à trois reprises différentes, d'abord pendant cinq minutes, puis pendant dix minutes, et il n'est survenu aucun phénomène d'anesthésie.

Le diaphragme conservait l'amplitude de ses mouvements, les battements du cœur ne changeaient ni de rythme, ni de fréquence, et la sensibilité restait absolument intacte.

Ces premiers faits étant bien constatés, nous avons entrepris la contre-épreuve. L'éponge imbibée de chloroforme a été approchée près du tube respirateur, et dix secondes ne s'étaient pas écoulées, que les battements du cœur devenaient irréguliers, diminuaient de fréquence, et la sensibilité s'éteignait; l'animal serait mort bientôt après, si nous n'avions pas eu soin de retirer l'éponge. Elle fut maintenue une quatrième fois, et pendant dix minutes, sous les narines de l'animal, ce qui ne l'empêcha pas de revenir de l'état d'anesthésie dans lequel nous l'avions plongé.

D'où vient que deux expériences faites dans des circonstances si analogues, ont donné lieu à des résultats si différents? Il faut peut-être en chercher la cause dans le manuel opératoire.

Nos honorables confrères, MM. Ferran et Moreau, n'auront pas eu la précaution de sectionner la trachée ou de la lier fortement sur le tube, et l'on conçoit dès lors que le chloroforme, aspiré par les narines de l'animal, a pu, quoique d'une manière lente, pénétrer jusqu'au poumon, en suivant le léger espace formé par les parois de la canule et celles de la trachée.

Pour ce qui est de nos conclusions, elles sont, de tous points, contraires à celles de ces expérimentateurs, et nous nions l'action directe du chloroforme sur les centres nerveux au moyen des nerfs olfactifs. »

Ulcère rebelle de la langue chez un phthisique.

Dans une de ses dernières leçons cliniques, à l'hôpital de la Charité, M. Gosselin a signalé un homme de 38 ans, entré depuis quelques jours pour une ulcération superficielle arrondie, à surface pulpeuse, à bords et à fond durs, qui occupe la pointe et surtout la face inférieure de la langue, depuis la pointe jusqu'à l'implantation du filet. Cet ulcère a commencé, il y a quelques semaines, sans que le malade ait pu tout d'abord préciser exactement la date de son origine. On ne lui connaît aucune cause. Point de dent inégale qui ait pu l'occasionner ou l'entretenir, point d'excès dans l'usage du tabac à fumer. En présence de cette solution de continuité, M. Gosselin s'est demandé s'il avait affaire à un ulcère cancéreux, syphilitique tertiaire, ou syphilitique primitif (chancre). D'après les signes physiques, il était difficile de choisir, attendu que les caractères de ces trois variétés d'ulcères sont peu différents. Cependant, considérant : 1° que le mal s'est étendu plus vite que ne le font habituellement les cancers et les cancroïdes, 2° qu'il n'est pas accompagné des bosselures et inégalités de la surface, des indurations profondes que l'on sent ordinairement dans ces derniers, M. Gosselin a cru pouvoir mettre de côté, pour le moment, l'idée d'une affection cancéreuse ou cancroïdienne. Celle d'une maladie syphilitique constitutionnelle dut être abandonnée aussi, pour cette raison que le malade n'accusait aucun antécédent et ne présentait pour l'instant aucun symptôme concomitant de cette nature. Restait donc l'opinion d'un chancre primitif, opinion que rendaient acceptable l'induration du contour et de la base, et la difficulté d'expliquer autrement la maladie. Il est vrai que l'on n'observait pas l'adénopathie indolente, ni les premières manifestations secondaires du chancre infectant. Or, on sait que les chancres de la langue, comme la plupart des chancres céphaliques, sont ordinairement infectants. Le malade a été tenu en observation pendant une quinzaine de jours. Pendant ce temps, on l'a interrogé de nouveau, et l'on a appris que l'ulcère, au lieu de dater de trois ou quatre semaines, comme on l'avait pensé d'abord, remontait à plus de deux mois; on a continué de plus à ne voir aucun symptôme secondaire, et le malade a persisté à déclarer qu'il ne s'était pas exposé à contracter un chancre primitif. Il y a par conséquent eu des raisons pour rejeter encore cette interprétation diagnostique.

De quelle nature, s'est demandé M. Gosselin, est donc cet ulcère rebelle? Le malade, a-t-il dit, est pâle, amaigri, tousse et a de plus les symtômes physiques d'excavations pulmonaires aux deux sommets; il a, en un mot, une phthisie assez avancée. Or, M. le docteur Buzenet, en 1858, et M. le docteur Julliard, en 1865, ont appelé l'attention sur certains ulcères de la cavité buccale chez les phthisiques. Le premier a rapporté un fait très-semblable au nôtre, dans lequel M. Ricord, après avoir incliné d'abord pour un chancre induré de la pointe de la langue, a admis ensuite qu'il s'agissait d'un ulcère analogue à ceux que l'on voit se développer au larynx chez les tuberculeux. Le second a cité plusieurs faits semblables observés, soit par M. Fournier, soit par lui-même, dans les salles de MM. Tardieu et Oulmont.

Du moment où les annales de la science nous font connaître la possibilité d'ulcères de la langue chez les phthisiques, et où nous avons des motifs pour rejeter les trois interprétations indiquées plus haut, nous sommes donc autorisés à admettre ici l'existence d'un ulcère de la langue développé sous l'influence de la phthisie, et de la cause générale qui a produit cette dernière.

Ce n'est pas une raison pour que le pronostic de cet ulcère soit favorable et son traitement facile; car, dans les cas connus, le mal a résisté à tous les moyens mis en usage; et, sous ce rapport, il est permis de le rapprocher du cancroïde. Nous employons pour le moment des lotions fréquemmment répétées avec une solution de 15 grammes de chlorate de potasse pour 300 grammes d'eau. Nous toucherons la solution de continuité de temps à autre avec le nitrate d'argent et la teinture d'iode; mais il est à craindre que la tuberculisation pulmonaire emporte le malade avant que nous ayons pu obtenir la cicatrisation de l'ulcère lingual.

Dr Brochin.

DU TRAITEMENT DES NÉVROSES CONVULSIVES

PAR LE BROMURE DE POTASSIUM (EXEMPT D'IODURE)

Analyse d'une discussion à la Société de médecine de Bordeaux, par le docteur Aug. Maréchal.

La *Gazette des hôpitaux* a récemment annoncé qu'une enquête venait d'être ouverte dans toute la France par la Société de médecine pratique, dans le but de rechercher et d'étudier l'action thérapeutique du bromure de potassium dans les névroses convulsives. L'initiative prise par l'une des plus anciennes sociétés savantes de Paris, devra conduire aux résultats les plus féconds, et l'on saura bientôt si les grandes espérances de succès qu'a fait tout à coup concevoir le très-remarquable ouvrage clinique de M. le docteur Legrand du Saulle (1) se réalisent pleinement ou sont à la veille de se réaliser. L'honorable médecin de Bicêtre a fait un appel à l'expérimentation scientifique, dans des termes si dignes et si convaincus, que chacun a pris à tâche aujourd'hui de ne plus abandonner à eux-mêmes des malades qui peuvent être soulagés, notablement améliorés ou guéris.

Tandis que l'enquête se poursuit, la Société de médecine de Bordeaux a devancé l'heure des révélations. Nous lisons, en effet, dans l'un des derniers numéros de l'*Union médicale de la Gironde*, une très-intéressante discussion sur le sujet qui nous occupe. M. Chatard, par exemple, a rapporté l'observation d'un enfant qui avait tous les jours deux ou trois attaques d'épilepsie d'une violence extrême, sans *aura* précurseur, avec émission involontaire des urines et des fécès, et qui, après un traitement bromuré datant de six mois, n'a plus maintenant « qu'une crise très-légère toutes les trois semaines en moyenne, crise pendant laquelle l'enfant ne perd plus ni ses urines, ni ses fécès. Il ne tombe même pas, et tout se borne à un étourdissement de quelques secondes. » M. Chatard a dû, dans ce cas, élever la dose du bromure de potassium jusqu'à 7 grammes.

M. Marx a donné des soins à une jeune fille de quinze à seize ans, épileptique depuis plusieurs années, et qui avait de dix à douze attaques par jour! Autrefois grande, forte, bien constituée et intelligente, elle avait subi un affaiblissement mental considérable et n'avait plus à sa disposition qu'un petit nombre d'idées primitives. Son corps avait été frappé d'un arrêt de développement; son teint était pâle et maladif. Tout en pensant qu'il s'agissait d'une épilepsie symptomatique d'une tumeur cérébrale, M. Marx se mit néanmoins à l'œuvre. Il débuta d'abord par l'administration d'un remède secret, puis il donna progressivement de 1 à 8 grammes par jour de bromure de potassium. « Sous cette influence, la malade est restée jusqu'à cinquante-quatre jours sans crises. Craignant alors, ajoute M. Marx, d'user complétement l'action de ce médicament ou quelque accident de saturation, je songeai à l'hydrothérapie pour me venir en aide.... Le résultat fut déplorable, car, dès la deuxième douche, il y eut une crise d'épilepsie très-violente, et nous renonçâmes à ce traitement. Le bromure de potassium a été repris depuis, et l'amélioration reparut sous cette influence. »

M. Lugeol a communiqué à la société quatre observations : 1° Une femme de 40 ans, épileptique depuis son enfance, avait une grande attaque tous les huit jours. Soumise depuis neuf mois au traitement bromuré, « elle n'a guère actuellement qu'une attaque par trois mois, encore cette attaque est-elle légère et de courte durée. » 2° Une jeune fille de quatorze ans, non menstruée, avait des attaques complètes d'épilepsie, précédées d'*aura*, et, grâce au bromure de potassium, elle n'a plus maintenant que « des attaques légères presque insignifiantes. Depuis quatre mois c'est à peine si l'on a pu constater quelques atteintes du petit mal. » 3° Un tout jeune enfant offrait, entre autres symptômes de l'épilepsie, des convulsions violentes et des évacuations involontaires de l'urine. Le bromure de potassium a bientôt rendu les attaques moins fréquentes, « de moins en moins violentes, et, finalement, si légères et si espacées les unes des autres, » que M. Lugeol considère ce cas comme un succès complet. 4° Un boulanger, depuis très-longtemps épileptique, et offrant de l'hébétude, presque de l'idiotie, a été guéri. « Il y a treize mois que le traitement a été institué, et, depuis cette époque, le malade n'a pas eu une seule attaque. » M. Lugeol a terminé sa communication en faisant remarquer que les doses élevées de sel bromique ne lui paraissaient pas toujours nécessaires, et que, sous ce rapport, il s'éloignait un peu du procédé thérapeutique recommandé par M. Legrand du Saulle.

M. Méran a traité, depuis deux ans, un certain nombre d'épileptiques par le bromure de potassium, mais sans avoir pu constater de résultats précis. Dans un cas cependant, la situation du malade a été grandement améliorée.

M. Le Barillier a d'abord traité une jeune fille de vingt ans, aménorrhéique et épileptique. Après trois mois de médication bromurée — la dose du sel ayant oscillé entre 2 et 5 grammes, — aucun résultat satisfaisant ne fut obtenu et la malade quitta l'hôpital. M. Le Barillier a soigné ensuite un jeune homme de 21 ans et ayant de grandes attaques. Il essaya sur lui en premier lieu les douches cervicales, mais les effets furent défavorables. Il administra alors de 1 à 6 grammes de bromure de potassium. Les attaques devinrent moins graves, plus éloignées, si éloignées même que le malade crut à sa guérison et quitta l'hôpital. Il retomba cependant, et M. Le Barillier « demeure convaincu qu'avec plus de patience et de persévérance, on aurait obtenu une guérison complète. » Enfin, ce même médecin, donne en ce moment ses soins à un très-jeune malade, qui prend régulièrement chaque jour 5 grammes de bromure de potassium. L'amélioration a été prompte et est considérable; aussi, M. Le Barillier se croit-il « autorisé à escompter l'avenir et à croire à un succès complet. »

M. Delmas, par l'emploi de l'hydrothérapie seule, n'a pas été conduit à des résultats brillants en matière d'épilepsie, mais l'association du bromure de potassium et de l'hydrothérapie fournit, au contraire, à ce praticien des améliorations beaucoup plus appréciables. Avec une bonne foi qui l'honore, M. Delmas, médecin d'un établissement hydrothérapique, ajoute : « Si nous avions à opter pour l'une de ces médications à l'exclusion de l'autre, nous choisirions sans hésiter le bromure de potassium comme le plus efficace. »

M. Boursier a traité deux cas d'épilepsie par le bromure de potassium. Chez les deux malades, les attaques d'épilepsie ont disparu depuis près de deux ans.

Quelque magistrale qu'ait été la discussion ouverte devant la Société de médecine de Bordeaux, et quelque concluante qu'elle soit, il nous semble que les orateurs n'ont point accordé une suffisante attention aux conditions fondamentales de l'expérimentation bromurée. Ainsi, la durée du traitement, la persévérance rigide dans l'usage du sel bromique, la pureté chimique indispensable du bromure de potassium, l'inefficacité absolue du potassium ferrugineux, la surveillance si nécessaire des effets du brome et le meilleur mode d'administration du médicament, sont autant de questions qui ont été étudiées avec un soin minutieux par les médecins de l'hospice de Bicêtre, et dont les membres de la Société de médecine de Bordeaux n'ont point parlé. Ont-ils accepté comme péremptoirement démontrés les faits cités par MM. Voisin, Legrand du Saulle et Falret? Cela me paraît très-probable.

Après l'examen de tous ces faits cliniques, et en face de la qualité détestable du bromure de potassium dans la plupart des pharmacies, il reste évident que le médecin doit toujours prescrire le sirop de Henry Mure au *bromure de potassium* (*exempt d'iodure*). Chaque cuillerée de cette préparation représente exactement 2 grammes de sel bromique d'une irréprochable pureté. On comprend alors combien ce dosage mathématique simplifie la prescription du praticien et facilite pour le malade la prise du médicament. Le sirop de Henry Mure est extrêmement recherché et employé en Angleterre, et il entre de plus en plus dans la pratique médicale parisienne. Lorsqu'un produit pharmaceutique réunit autant de conditions de supériorité que le *sirop au bromure de potassium* (*exempt d'iodure*), il est bientôt adopté par la science et recherché par le public. Aussi son succès est-il aujourd'hui passé à l'état de fait accompli.

(1) *Pronostic et traitement de l'épilepsie.* — Broch. in-8° de 32 pages; Paris, novembre 1868.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars 1869. — Présidence de M. Verneuil.

II

ANUS CONTRE NATURE DE LA RÉGION ILIAQUE. AUTOPSIE.

Dans le mois de juin 1867, une jeune fille de 15 ans, atteinte d'un anus contre nature de la région iliaque droite, succombait dans le service chirurgical de l'hôpital de Tours, dont je me trouvais momentanément chargé.

L'interne du service me fournit, sur cette enfant, les renseignements suivants : A l'âge de 7 ans, elle fut atteinte d'un abcès de la fosse iliaque droite. Le médecin qui lui donnait des soins fit une application de caustique de Vienne et incisa sur l'eschare. L'abcès fut vidé et l'ouverture se ferma rapidement, mais la guérison ne fut pas définitive; de temps en temps, la cicatrice s'ouvrait pour donner passage à du pus et se refermait ensuite. Les choses continuèrent ainsi pendant quatre ans; à cette époque, des matières stercorales s'écoulèrent avec le pus. L'ouverture se cicatrisa cependant, mais, à des intervalles assez rapprochés, la cicatrice se déchirait et laissait écouler des mélanges de pus et de matières fécales.

En 1864, la malade avait alors 12 ans, l'ouverture devint permanente et continua à livrer passage aux matières stercorales, qui augmentèrent de quantité, si bien qu'après quelques mois, la totalité des matières stercorales s'écoulait par cette voie anormale et qu'un anus contre nature se trouvait définitivement constitué.

Admise à l'hôpital le 7 avril 1866, cette jeune fille fut pendant longtemps soumise à l'usage de lavements, administrés dans le but de rétablir la perméabilité et de produire la dilatation du bout inférieur de l'intestin. Plus tard, le chirurgien dilata, avec l'éponge préparée, l'orifice anormal afin de s'assurer de la situation de l'ouverture intestinale. Ces tentatives durent être abandonnées assez promptement, elles provoquèrent une suppuration assez abondante. La malade, qui était déjà très-épuisée, s'affaiblit davantage; la fièvre hectique survint et elle succomba deux jours après que j'eus pris la direction du service. Le lendemain, je procédai à l'autopsie, dont voici le résultat :

Il existe, sur la partie inférieure et latérale droite de la paroi abdominale antérieure, au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une large ouverture à grandaxe dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, dans une étendue de 5 centimètres environ. Les bords de cette ouverture sont irréguliers, déchiquetés, amincis et décollés surtout en dedans, dans une étendue de plusieurs centimètres. Il en est résulté une cavité irrégulière, située au-dessous des tégumens et au fond de laquelle on apperçoit un orifice circulaire, de 2 centimètres de diamètre environ. Cet orifice étant incisé, on pénètre dans une cavité dont l'un des angles est occupé par l'ouverture intestinale. Cette ouverture siége sur l'intestin et permet facilement l'introduction de l'extrémité du petit doigt

dans sa cavité. Cette cavité, dans laquelle s'épanchaient les matières stercorales avant d'être versées à l'intérieur, est traversée, dans toute son étendue, par le bout inférieur de l'intestin, très-rétréci et présentant à peine le volume du petit doigt. Cette partie rétrécie de l'intestin, qui adhère en arrière à la paroi de la cavité, n'est autre que le cæcum; il est facile de voir qu'il se continue directement avec le colon.

A l'intérieur de l'abdomen, la dernière portion de l'intestin grèle et le cæcum se réunissent à angle aigu et adhèrent à la paroi abdominale, dans l'étendue de quelques centimètres. L'iléon a conservé son volume normal, tandis que le colon est notablement diminué. L'intervalle qui sépare le cæcum et l'héon, est occupé par le mésentère, l'épiploon et deux anses d'intestin unies par des adhérences.

L'intestin grêle étant incisé sur son bord libre, on trouve, à l'extrémité de cet intestin, une saillie proéminant dans sa cavité de 1 à 2 centimètres, recouverte par sa muqueuse et présentant à son sommet un orifice. Cette partie saillante offre quelque analogie avec le gland et le méat urinaire. Un stylet entra droit dans le cæcum et le gros intestin. Cette saillie était libre dans la cavité de l'intestin et entourée par un cul-de-sac, au fond duquel se trouve, en bas et en avant, l'ouverture intestinale de l'anus contre nature. Le sillon qui entoure la saillie que forme le cæcum dans la cavité de l'iléon fait défaut sur un point seulement de sa circonférence. Ce point, au-dessous duquel se trouve l'ouverture intestinale, m'a semblé formé par l'appendice iléo-cæcal.

L'intestin grêle présente donc ici, par rapport au cæcum, une disposition inverse de celle qu'on observe à l'état normal. Ce n'est plus l'intestin grêle dont les parois s'adossent pour faire saillie dans la cavité du cæcum et constituer la valvule de Bauhin; ici, c'est le cæcum qui fait saillie dans la cavité de l'intestin grêle. Cette disposition, jointe à la diminution du calibre du cæcum créait, à la guérison de l'anus contre nature, un obstacle insurmontable.

Je ne ferai suivre d'aucune réflexion cette description d'une lésion, dont je n'ai rencontré aucun exemple dans les différents recueils que j'ai pu consulter; je me bornerai, en terminant, à faire remarquer le siége de l'ouverture intestinale sur l'iléon et ce qu'a d'insolite une pareille terminaison des abcès de la fosse iliaque.

DISCUSSION

Sur les corps fibreux utérins qui compliquent la grossesse et l'accouchement.

M. GUÉNIOT. Lorsque, dans une première communication, j'ai avancé, contrairement à une opinion aujourd'hui accréditée, que l'influence exercée par la grossesse sur les fibromes utérins est beaucoup moins évidente et surtout plus exceptionnelle qu'on ne le croit généralement, je devais naturellement m'attendre à trouver des contradicteurs. Vous n'avez pas oublié que MM. Depaul et Guyon se sont en effet constitués les défenseurs de la doctrine régnante. Déjà, auparavant, M. Forget s'en était déclaré partisan, et vous avez entendu, dans nos dernières séances, M. Tarnier se prononcer dans le même sens. Si donc, comme je le pense, cette doctrine si chaleureusement défendue est cependant encore mal assise et ne repose jusqu'ici que sur des données insuffisantes, il importe que je vous fasse connaître les raisons d'une telle dissidence avec nos savants collègues.

D'ailleurs, messieurs, le sujet de ce débat est assez important pour mériter un examen approfondi. Il ne s'agit pas seulement d'une question d'anatomie et de physiologie pathologique; mais la pratique des accouchements est encore intéressée à une bonne solution du litige. Si, en effet, la grossesse exerce réellement une action sur les fibromes utérins, en provoquant leur vascularisation, leur ramolissement et leur hypertrophie, on conçoit que les déterminations du clinicien pourront être, dans nombre de cas, fort différentes de ce qu'elles seraient en l'absence de ces modifications anatomiques. Le pronostic de la grossesse et de l'accouchement devra lui-même nécessairement varier selon que les altérations futures du néoplasme seront jugées plus ou moins probables. J'ajoute que si l'importance pratique de la question ne vous paraissait pas encore évidente, il me suffirait sans doute, pour la rendre telle, de vous citer l'opinion suivante du docteur Ingleby, de Birmingham : « Au lieu, dit-il, de provoquer l'accouchement avant terme, comme l'a proposé le docteur Ashwel, ne vaudrait-il pas mieux abandonner les choses à elles-mêmes, vu la possibilité de résoudre les tumeurs par le travail de ramollissement qu'elles subissent sous l'influence de la grossesse ? » (*Arch. de méd.*, 1839, 3e série, t. V, p. 242.)

Vous le voyez, voilà pour ainsi dire toute une pratique conseillée d'après cette croyance que la grossesse ramollit les hystéromes. Il est donc bien essentiel d'être édifié sur la valeur réelle d'une théorie qui peut provoquer de telles déductions.

Permettez-moi maintenant, avant d'entrer dans le corps de la discussion, de rappeler les deux conclusions par lesquelles j'ai terminé ma première communication. Il est d'autant plus nécessaire d'en reproduire la teneur, que mes honorables contradicteurs (qu'ils veulent bien me pardonner cette remarque) me semblent les avoir trop oubliées en me prêtant parfois une opinion, je ne dirai pas *contraire*, mais absolument différente de celle que j'ai cherché à faire prévaloir. En effet, après un examen rapide du sujet, je me suis cru autorisé à conclure :

« 1° Que la réalité des modifications imprimées à certains fibromes utérins *par* la gestation, quoique très-vraisemblable, manque cependant encore d'une rigoureuse démonstration;

« 2° Que l'influence dont il s'agit étant supposée incontestable, on ne saurait du moins la considérer jusqu'ici que comme un fait purement exceptionnel. »

Je n'ai donc pas nié que les fibromes utérins pussent se ramollir et s'hypertrophier *pendant* la grossesse. Ce fait est d'une telle évidence qu'il ne peut constituer la matière d'un débat. J'ai d'ailleurs cité moi-même plusieurs cas de ce genre; mais ce que j'ai cru pouvoir contester, c'est qu'il fût scientifiquement démontré que la gestation est l'*agent provocateur*, la *cause active* de ce ramollissement ou de cette hypertrophie. Il s'agit de savoir, en un mot, si les altérations que subissent parfois les fibromes utérins, dans le cours de la grossesse, sont réellement produites par la gestation elle-même, ou bien au contraire si elles ne sont pas simplement la conséquence de l'évolution naturelle des tumeurs, la grossesse n'ayant pris aucune part évidente à leur manifestation. Voilà, si je ne m'abuse, quel est le vrai point en litige.

Puisque MM. Depaul et Guyon, ainsi que MM. Forget et Tarnier, sont, sur cette question, en dissidence avec moi, c'est apparemment qu'ils considèrent comme *rigoureusement démontrée* la doctrine qu'ils défendent. Voyons donc, à mon avis, ce qu'il convient d'en penser.

1° RAMOLLISSEMENT. — De ce qui concerne le ramollissement des tumeurs, un certain nombre d'observations anciennes ou encore inédites ont été successivement produites à cette tribune, dans le but de démontrer que la grossesse était bien la cause de cette altération. MM. Depaul et Tarnier en ont surtout mentionné plusieurs qui leur sont personnelles, et dans lesquelles l'examen digital du néoplasme leur avait paru révéler une mollesse plus ou moins évidente. Mais tous ces faits, dont je suis loin de nier la réalité, ont-ils bien la valeur et la signification qu'on leur attribue? Je ne le pense pas.

En effet, les exemples de mollesse fluctuante, et même de suppuration des hystérômes, ne sont pas absolument rares dans l'état de vacuité, c'est-à-dire en dehors de toute influence de la gestation. Je pourrais même dire qu'ils sont relativement assez nombreux. Le docteur Caillard a rapporté dans sa thèse (Paris, 1833, n° 307) l'observation d'une femme de 40 ans qui succombe à des symptômes de fièvres hectique, celle-ci étant déterminée par une tumeur fibreuse suppurée de la matrice. Or, cette femme avait un col utérin « dont les caractères étaient ceux d'un col de *nullipare.* » Une action quelconque dépendante de la grossesse ne peut donc être invoquée. Cependant, à l'autopsie, on trouva la matrice grosse comme une tête d'enfant, et dans l'épaisseur de sa paroi, une poche purulente où se remarquaient trois ou quatre fibromes isolés et flottants. N'est-ce pas là, il faut en convenir, un fait d'une remarquable analogie avec celui qu'a relaté M. Hugnier dans nos Bulletins, t. VIII, p. 98, de 1857? et vous n'ignorez pas que ce dernier a été souvent invoqué comme une preuve de l'action de la grossesse sur les altérations des corps fibreux.

En 1826, M. Pinault, de Rennes, présentait à la Société anatomique un utérus intact qui était développé comme à six mois de conception. Cet organe avait appartenu à une femme morte dix jours après son entrée à l'hôpital, et chez laquelle on avait en effet diagnostiqué une grossesse d'environ six mois. C'était, dit M. Cruveilhier, un véritable problème anatomique que M. Pinault proposait à la Société. S'agissait-il réellement d'une grossesse ou d'un kyste, ou de toute autre tumeur fluctuante. Chacune de ces opinions trouva des défenseurs. La matrice fut enfin ouverte et l'on reconnut que la tumeur était un corps fibreux ramolli.

Plusieurs observations analogues se trouvent consignées dans l'excellente thèse du docteur Caternault (*De la Gastratomie dans les cas de tumeurs fibreuses péri-téurines.* Strasbourg 1866, n° 942). Dans la caractère, réuni à quelques autres, fit penser qu'on avait affaire à un première, par exemple, le ramollissement de la tumeur était tel que ce kyste de l'ovaire. Deux ponctions furent successivement pratiquées dans le point le plus fluctuant; mais elles furent sans résultat. Il s'agissait « d'un corps fibreux interstitiel de la matrice, développé sur le fond de l'organe, à son angle gauche. » Cette même mollesse conduisit pareillement, dans l'observation VI, à une semblable erreur. Plusieurs ponctions furent également faites dans la tumeur, qui n'était autre qu'un fibrome utérin du poids de 5 kilogrammes.

Tout dernièrement M. Demarquay me citait deux faits qui lui sont personnels, et exactement semblables aux précédents. Lui aussi pratiqua des ponctions dans ces tumeurs fluctuantes qu'il croyait être des kystes ovariques, et l'autopsie lui révéla qu'il s'agissait de fibromes utérins. Ces erreurs ne rappellent-elles pas, trait pour trait, celles que M. Tarnier a citées comme si convaincantes, parce qu'elles avaient eu lieu dans le cours de la gestation? Je pourrais rappeler encore bien d'autres cas du même genre, tel que l'un, rapporté par M. Luya (*F. Guyon, thèse d'agrég.* Paris, 1860, p. 27); un autre, publié par M. Barth, etc. Mais ceux que je viens de mentionner suffisent à démontrer que *le ramollisement des fibromes utérins peut s'effectuer d'une manière tout aussi complète, en dehors de la grossesse que pendant la grossesse elle-même.*

Mais, du moins, ce ramollissement des hystéromes (pour employer l'expression de M. Broca) s'observe-t-il communément dans le cours de la gestation? Eh bien, je ne suis pas en mesure d'en préciser la proportion relative; mais ce que je puis dire, c'est que les faits abondent (et des faits avec autopsie), dans lesquels ces néoplasmes ont été trouvés d'une *dureté fibreuse* ou même *cartilagineuse*, soit pendant, soit immédiatement après la grossesse. Permettez-moi de vous en citer quelques-uns à titre d'exemples.

Dans le cas si remarquable et si connu de M. Danyau (*Revue méd.-chirurg. de Paris*, 1851, t. IX, p. 299), cas où le fibrome dut être enlevé pour permettre l'accouchement, il est dit que « la consistance générale était *très-ferme.* » Et cependant, remarquez-le bien, il s'agissait d'une tumeur qui « probablement » s'était développée d'une façon rapide. Elle pesait 650 grammes, et son début supposé ne datait pas de plus de six ou sept mois. Malgré ces conditions, la tumeur était très-ferme. Il est bien vrai que M. Danyau ajoute : « A la face antérieure de la tumeur et même un peu à sa partie inférieure, le tissu, au moins superficiellement, était mou, inégal, presque fongueux. » Mais cette remarque ne détruit nullement la valeur de l'observation principale, à savoir que *la consistance générale de la tumeur était très-ferme.* J'aurai d'alleurs à m'expliquer ultérieurement sur la nature de ces ramollissements superficiels de certains fibromes très-durs dans leur masse.

M. Cruveilhier a figuré, dans son *Atlas d'anatomie pathologique* (XIe liv., p. 45), la matrice d'une femme morte de péritonite quelques jours après l'accouchement. Cette matrice, recueillie par Désormeaux, portait, à sa partie supérieure, un fibrome interstitiel du volume de la tête d'un fœtus à terme. Or, il est dit que « la densité du corps fibreux, sa blancheur nacrée, contrastaient avec la mollesse et la vascularité du tissu utérin. » (*Traité d'Anat. path.*, t. III, p. 698.)

Mme Lachapelle (*Mémoires*, t. III, p. 382) cite également le cas d'une femme qui succomba aux suites d'un travail laborieux, et chez laquelle on découvrit « l'existence d'une tumeur dure et d'un tissu fibro-cartilagineux, développée dans l'épaisseur de la lèvre postérieure de l'orifice utérin. »

D'Outrepont (*Arch. de méd.*, 1830, 1re série, t. XXIII, p. 121) en produit un autre où l'on voit que trois tumeurs furent trouvées dans l'utérus d'une femme morte peu d'instants après sa délivrance. Et « ces trois tumeurs étaient d'une structure cartilagineuse, ne pouvaient être comprimées, et ne contenaient ni cavité, ni esquilles osseuses. »

L'observation du docteur Thibault (*Bull. de la Soc. anat.*, 1844, t. XIX, p. 166), dont a déjà parlé M. Tarnier en la rangeant, bien à tort, parmi les tumeurs ramollies, est encore un exemple du même genre. A l'autopsie, en effet, cette tumeur, qui avait forcé Malgaigne de pratiquer l'opération césarienne, fut trouvée « en grande partie formée d'un tissu blanc, » tandis que, dans certains points, elle présentait des noyaux teintés en rose par des vaisseaux capillaires.

Pendant que j'étais chef de clinique à l'hôpital de la Faculté, j'ai examiné avec M. Depaul, qui, sans doute, n'a pas oublié le fait, une femme d'environ 35 ans, accouchée depuis 12 jours d'un enfant que nous trouvâmes bien portant. Le médecin et la sage-femme qui avaient présidé au travail, trompés par l'existence d'une grosse tumeur abdominale, avaient soumis la patiente à une vraie torture, lui administrant du seigle ergoté, l'explorant de toute façon et la faisant marcher sans pitié, dans le but de provoquer l'expulsion d'un second enfant. Mais ce jumeau retardataire n'était autre qu'un énorme fibrome développé sur le fond de l'utérus. Or cette tumeur, d'un diagnostic non douteux, offrait une dureté fibreuse toute caractéristique.

Enfin, pour clore cette revue, je me bornerai à ajouter que d'autres cas semblables se trouvent relatés par Deneux (*Lancette franç.*, 1829, t. II, p. 10), par Ingleby (*Arch. de méd.*, 1839, 3e série, t. V, p. 242), et par divers autres que j'ai déjà mentionnés dans ma communication de juillet 1868. — A propos de cette dernière source d'indications, permettez-moi de compléter ici un renseignement. L'observation de la *Gazette des hôpitaux*, 1864, p. 197, ne fait pas mention de la consistance ferme de la tumeur. Mais mes propres souvenirs, ceux de M. Tarnier, qui a présenté la pièce à la Société anatomique, et les difficultés que le fibrome suscita dans l'accouchement, témoignent suffisamment qu'il ne s'agissait point d'un tumeur ramollie.

Ainsi, messieurs, les faits qui précèdent démontrent surabondamment, je pense : d'une part, que le *ramollissement des fibromes* s'observe parfois à un très-haut degré *dans l'état de vacuité des femmes*, c'est-à-dire en dehors de toute influence provenant de la grossesse; et, d'autre part, qu'il n'est pas rare de trouver, *pendant la gestation*, de ces mêmes tumeurs qui conservent leur *dureté fibreuse ou semi-cartilagineuse.*

Comment donc, en présence de ces faits, peut-on conclure que c'est la gestation qui a provoqué le ramollissement, quand on vient constater celui-ci, soit dans son cours, soit peu de jours après l'accouchement? Sans compter qu'il ne serait pas superflu de savoir, au préalable, si le ramollissement n'existait pas dès avant le début de la grossesse. Il faudrait au moins que l'une ou l'autre des conditions suivantes eût été réalisée : il faudrait, ou bien que l'on eût démontré la fréquence plus grande du ramollissement pendant la grossesse, ou bien que ce ramollissement fût aussi passager que la grossesse elle-même, c'est-à-dire que, né dans son cours, il diminuât après elle, pour disparaître bientôt d'une manière complète. Alors, en effet, l'influence de la gestation sur la production du phénomène serait vraiment incontestable. Mais en est-il ainsi? C'est ce que, jusqu'ici, aucun de mes contradicteurs n'a essayé de démontrer. Je me trompe : M. Depaul a relaté trois observations qui seraient très-significatives si les assertions touchant la diminution de consistance n'avaient été émises avec une certaine réserve. J'aurai d'ailleurs à revenir sur ces trois faits importants, qui méritent un examen spécial. Pour le présent, ce que je tiens à constater, c'est que ni l'une ni l'autre des conditions indispensables pour une démonstration rigoureuse n'a été réalisée d'une manière complétement satisfaisante.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 11 mars 1869 :

Il est institué, dans chaque ressort académique de l'Empire, un prix annuel de 1,000 francs qui sera décerné à l'ouvrage ou au mémoire jugé le meilleur sur quelque point d'histoire politique ou littéraire, d'archéologie ou de science, intéressant les départements compris dans le ressort.

Ne prennent point part à ce concours les personnes résidant dans le département de la Seine.

Chaque année, un prix de 3,000 francs sera décerné par le comité des travaux historiques et des sociétés savantes à l'ouvrage jugé le meilleur parmi ceux qui, durant l'année précédente, auront été couronnés dans les concours académiques établis par l'article 1er.

Les dépenses nécessaires auxdits concours seront imputées sur les fonds affectés au budget du ministère de l'instruction publique pour le service des sciences et lettres.

Le prix ci-dessus mentionné sera décerné alternativement : en 1869 sur un travail d'histoire politique ou littéraire, en 1870 sur une question d'archéologie, en 1871 sur une question de science, et successivement dans le même ordre les années suivantes.

Le choix des sujets est laissé aux concurrents.

Sont admis à concourir tous les ouvrages et mémoires manuscrits ou imprimés, sous la réserve que les auteurs résident dans le ressort académique et que les ouvrages ou mémoires imprimés n'auront pas été publiés plus de trois ans avant le terme fixé pour le concours.

Sont exclus du concours les ouvrages ou mémoires qui auront déjà été couronnés par l'Institut.

Le jury chargé de décerner le prix est composé, sous la présidence du recteur : 1° de délégués des sociétés savantes du ressort académique, dont les travaux se rapportent à l'objet du concours; 2° de membres choisis par le ministre, en nombre inférieur à celui desdits délégués. Les concurrents ne peuvent faire partie du jury.

La proclamation du prix aura lieu dans la séance solennelle de la rentrée des facultés. Elle sera précédée de la lecture du rapport fait au nom du jury.

Le prix annuel de 3,000 francs, institué par l'article 2 du décret précité en faveur du meilleur des ouvrages couronnés dans

les concours académiques, sera proclamé dans la réunion des sociétés savantes qui a lieu, chaque année, à Paris, sous la présidence du ministre.

Les recteurs sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

— Par décret en date du 31 mars 1869 : M. Lartet (Edouard) est nommé professeur de paléontologie au Muséum d'histoire naturelle en remplacement de M. le vicomte d'Archiac.

— *Faculté de médecine de Paris.*— M. Joulin, agrégé, est chargé de faire pendant le deuxième semestre de l'année classique 1868-1869, les cours des élèves sages-femme, à la clinique de ladite Faculté.

— *Ecole supérieure de pharmacie de Paris.*— M. Lecanu, professeur de pharmacie à la susdite école est promu à la 1re classe.

— *Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.* — M. Buissard, chargé du cours de chirurgie interne, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

M. Minder, chargé du cours de clinique externe, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

M. Corcellet, chargé du cours de physiologie, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

— *Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.* — M. le docteur Bourlier (Auguste) est nommé suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à la susdite école.

— *Lycée impérial de Toulouse.* — M. le docteur Nougués est nommé médecin-adjoint du lycée impérial de Toulouse.

— La conférence internationale des délégués des gouvernements signataires de la convention de Genève du 22 août 1864 et des comités de secours aux militaires blessés et malades aura lieu à Berlin, du 22 au 27 avril, au palais de la Chambre des représentants, Leipriger-strasse, 75.

Les séances commenceront le 22 avril à onze heures du matin.

Le bureau de la conférence sera ouvert au palais susmentionné dès le 20 avril et fournira des billets d'entrée à tous ceux qui voudront assister aux séances.

— Le docteur Giraud-Teulon, ancien élève de l'Ecole polytechnique, reprendra ses leçons publiques sur la réfraction et l'accommodation de l'œil, le mardi 13 avril à une heure, à son dispensaire, 2, rue Séguier (quai des Grands-Augustins), et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.

—

De l'aguerrissement des armées, palestrique, entraînement, hygiétique, somascétique, par le docteur De Vauréal. — Paris, 1869. 1 vol. d'environ 200 pages. Prix, 2 fr.

Introduction à l'étude de l'ulcère simple, par J. Auzillon, aide anatomiste à la Faculté de médecine de Montpellier. Ouvrage couronné par la Société de médecine et chirurgie pratique de la même ville. — Paris, 1869. 1 vol. in-8. Prix, 2 fr. 50.

Des symptômes de la paralysie générale et des rapports de cette maladie avec la folie, par le docteur Baillarger, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine.

Appendice au traité des maladies mentales du professeur Griésinger. Ce fascicule se délivre gratis aux souscripteurs.

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Se composera d'environ 20 vol, grand in-8° cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages avec fig. intercalées dans le texte : 10 fr. — Les tomes I à X sont en vente. — Les principaux articles du tome X sont : Coxalgie, par Valette; Crâne, par Saint-Germain et Lunier; Crétin et Crétinisme, par Lunier; Crise, par Hirtz; Cristallin, par F. Monoyer; Croissance, par Gombault; Croup, par Jules Simon; Crurales (région et hernie), par Gosselin; Cuisse, par Laugier; Cuivre, par Roussin et Barrallier; Curare, par Bert et Aug. Voisin; Cyanose, par Gintrac; Cystite, Cystocèle, par Valette; Daltonisme, par E. Javal; Dartre et affections dartreuses, par Hardy; Datura, par Marchand et Hirtz; Défécation, par Bert; Dégénérescence, par Bœckel; Déglutition, par Oré.

Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin, basées sur 414 cas observés à la clinique d'accouchements de Paris pendant 16 ans, par le docteur Stanesco. — Paris, 1869. 1 vol. in-8° de 120 pages, accompagnées de 15 tableaux statistiques. Prix, 4 francs.

Dermatologie hippique, ou Traité de l'organisation des maladies de la peau du cheval, par J.-P. Mégnin, vétérinaire en 1er au 3e lanciers. Ouvrage récompensé d'une médaille d'or par le ministre de la guerre. Paris, 1869, in-8°. Prix, 5 fr.

Quelques considérations sur l'apoplexie et la paralysie. Thèse d'un vieux médecin à ses jeunes confrères, par M. Braudon, médecin à Dompierre-sur-Mer. Paris, 1869. Brochure gr. in-8° de 31 pages. Prix, 1 fr.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 12 avril 1869.

Rapports sur les progrès de l'hygiène (1).

« Au milieu du progrès général qui s'accomplit dans les différentes branches de la médecine, écrivait il y a vingt ans M. Royer-Collard, l'hygiène, plus qu'aucune autre des parties qui la composent, est restée pour ainsi dire stationnaire. Des travaux partiels ont jeté sur quelques points de cette science de vives et nouvelles lumières ; mais, si l'on cherche à embrasser dans un seul coup d'œil la science entière, on est frappé de la confusion qui règne dans son ensemble... Qui ne voit pas qu'il n'y a pas là de science véritable ? qui ne comprend l'urgente nécessité de sortir d'un tel état de choses, et de ramener l'hygiène au niveau des autres parties de la médecine ? Mais, par quel moyen arriver à cette rénovation indispensable ? »

On le voit, pour Royer-Collard, l'hygiène n'était pas une science véritable. L'est-elle devenue depuis? Pas davantage. Et nous ne craindrons pas d'ajouter que le brillant professeur d'hygiène se laissait abuser par sa prédilection pour l'objet de ses études, lorsqu'il cherchait le moyen de la constituer à l'état de science. L'hygiène n'a été, n'est et ne sera jamais une science particulière, définie et autonome, pas plus que la médecine légale, dont on a voulu aussi faire une science spéciale ; et cela, par une raison toute simple, c'est que l'hygiène et la médecine légale ne reposent ni l'une ni l'autre sur aucun fait principe qui leur soit propre, c'est qu'elles ne constituent ni l'une ni l'autre un ensemble de faits liés et mutuellement enchaînés, et que l'on puisse résumer en un certain nombre de lois ou de propositions se déduisant les unes des autres. C'est qu'elles n'ont, en un mot, aucun des caractères, aucune des conditions d'une science véritable, qu'elles ne sont que des applications des diverses sciences constituées, ne vivant en quelque sorte que d'emprunts : celle-ci appliquant, dans un but déterminé, à l'élucidation de faits particuliers les notions générales de physiologie, de médecine, de chirurgie ou de toxicologie que tout médecin doit ou est censé connaître ; celle-là faisant également appel à toutes les connaissances physiologiques et médicales d'une part, et d'une autre part à tout ce que la physique, la chimie, les arts manuels, la météorologie, la géographie et la science générale des milieux mettent à sa disposition pour étudier, prévenir et conjurer toutes les causes et les influences morbides provenant de l'une ou de l'autre de ces sources multiples. Que fait, en effet, l'hygiéniste, lorsqu'il étudie les tempéraments et les constitutions pour y rechercher les indications de l'hygiène individuelle, si ce n'est de la physiologie ? lorsqu'il recherche les causes de nos maladies, si ce n'est de la pathologie ? Et lorsque, en vue de garantir la salubrité publique et de prévenir les maladies populaires, les endémies ou les épidémies, soit qu'il s'agisse d'assurer aux populations les subsistances nécessaires et les moyens protecteurs de la vie et de la santé, ou d'éloigner les causes pathogéniques, générales ou spéciales, qui peuvent les menacer, il indique des mesures de police et d'administration générale et provoque les grands travaux publics d'assainissement, que fait-il autre chose qu'un appel au concours des sciences administrative et économique et des divers arts techniques qui en relèvent ? Ne voit-on pas le témoignage, en quelque sorte vivant, de cette variété d'éléments dont se compose l'hygiène, dans la composition même des conseils et des commissions dont s'entoure l'administration, et où l'on trouve, à côté des médecins, des physiciens, des chimistes, des ingénieurs, des représentants de diverses industries, des économistes, des administrateurs ? Où trouver dans ces éléments divers, qui puisent en quelque sorte à toutes les sources d'information, une science une et autonome ?

Mais si nous refusons à l'hygiène le titre de science spéciale, est-ce à dire que nous entendions en amoindrir pour cela l'importance ? Loin de là. L'hygiène est à nos yeux la fin et le but le plus élevé et le plus utile des études médicales. Si elle partage aujourd'hui avec la thérapeutique toutes les aspirations du médecin et le bénéfice des progrès qui s'accomplissent incessamment dans toutes les sciences physiques et naturelles, c'est pour arriver un jour à la primer par l'importance et par la généralité des services qu'elle est appelée à rendre.

La physiologie au sommet, éclairant la pathologie dont elle a reçu elle-même les premières lumières, l'hygiène à la base recevant à la fois le rayonnement de toutes les sciences biologiques et répandant partout à son tour les bienfaits de son action prévoyante et tutélaire, tel nous apparaît dans l'avenir l'idéal du perfectionnement des études médicales.

Ce programme est encore loin, sans doute, d'être accompli ; mais on y tend, et déjà on en peut voir se dessiner les premiers linéaments dans l'ensemble des rapports dont nous reprenons aujourd'hui l'examen.

Ces prémisses établies, l'objet et le but de l'hygiène ainsi définis, voyons comment les auteurs des rapports sur les trois grandes divisions, hygiène générale ou civile, hygiène militaire et hygiène navale, ont accompli leur œuvre.

M. Bouchardat a commencé par formuler très-nettement le but de l'hygiène en disant qu'elle se propose de prévenir les causes des maladies. Pour prévenir ces causes il faut les connaître. La recherche et l'étude de l'étiologie morbide, tel est donc le premier objet de l'hygiène, telle en est la portée scientifique véritable. Elle est, comme on le voit, par son objet, tout entière en quelque sorte absorbée dans la médecine elle-même et dans l'une des parties les plus importantes et les plus ardues de la médecine. Aussi, dès les premiers pas dans l'exécution de son programme, M. Bouchardat condamne avec raison les systèmes qui ont été aussi nuisibles aux progrès de l'hygiène qu'à ceux de la médecine elle-même. L'avenir de l'une comme de l'autre est, comme il le dit très-justement, dans l'étude des causes des maladies. « L'hygiène nouvelle s'appuyant sur l'étiologie, présente les rapports les plus étroits avec les parties de la pathologie, qui, depuis vingt ans, ont pris un grand essor. »

Comme travaux relatifs au sujet de l'hygiène, c'est-à-dire à la constitution humaine, il n'a été ajouté que très-peu à ce que l'observation des anciens nous a transmis sur la distinction et les caractères des tempéraments, des constitutions et des idiosyncrasis. La science moderne a porté son attention sur des objets plus accessibles à l'analyse. Rebutée par la difficulté de mesurer d'une manière directe l'énergie du mouvement vital, elle a cherché à en avoir une notion plus restreinte, mais en même temps plus précise, en établissant la balance des fonctions, en pesant les principaux résidus des actions organiques. On connaît — et le rapport sur les progrès de la physiologie les a déjà mis en relief, — les beaux travaux entrepris de nos jours sur les phénomènes chimiques de la respiration et les moyens de mesurer la capacité pulmonaire (Regnault et Reiset, Charling, Andral et Gavarret, Lecanu, Becquerel et Rodier). On peut y joindre, comme donnant des notions également utiles pour l'hygiéniste, les moyens de mesurer, dans ses plus délicates variations, l'intensité du mouvement circulatoire (Travaux de M. Marey).

Aux travaux de même ordre se rattachent les observations nombreuses recueillies depuis vingt ans sur les races, sur l'hérédité et la consanguinité, sur les divers degrés d'imminence morbide qui en résulte, ainsi que sur un point important de pathogénie, la succession et la filiation des diverses formes morbides procédant des affections diathésiques (Lucas, Ménière, Devay, Boudin, Mitchell, Glotter, etc.)

Si nous passons du sujet de l'hygiène aux modificateurs, nous nous trouvons en présence de travaux non moins remarquables sur la chaleur, la lumière et l'électricité dans leurs rapports avec l'hygiène. C'est grâce aux belles recherches récentes des physiciens et des physiologistes sur la chaleur animale, ses sources et sa transformation en force, que l'hygiène a pu aborder les plus importants problèmes de la pathogénie, en particulier sur l'étiologie et la prophylaxie de la tuberculisation pulmonaire. Aussi M. Bouchardat à qui l'on doit une assez grande part de ces intéressantes recherches, a-t-il pu dire avec raison que les études qui se rapportent directement ou indirectement à la chaleur sont les plus importantes de l'hygiène (Becquerel, Pouillet, Fresnel, Mayer, Liébig, J. Béclard, Hern, Dupré, Verdet, Gavarret, Boussingault, Bouchardat, etc.).

Les études hygiéniques qui se rapportent au sol et à l'atmosphère occupent une place importante dans le rapport. Les questions, aussi nombreuses qu'importantes, relatives aux propriétés physiques de l'atmosphère, aux modifications de propriétés et de proportions des principes normaux de l'air, aux éléments variés dont il est le véhicule, à ses diverses causes d'altération, ont fait le sujet de travaux nombreux et de recherches persévérantes dans ces dernières années.

Le seul fait de la pression atmosphérique et de l'influence des divers degrés d'altitude a fait le sujet de recherches et d'observations d'un très-grand intérêt au double point de vue étiologique et thérapeutique. On sait tout le parti que l'on a tiré dans ces derniers temps de l'air raréfié ou de l'air comprimé comme moyen de traitement. C'est là que trouvent leur place les travaux de MM. Lepileur, Guilbert, Pravas, Bertin, Jourdannet, Lombard, Millet, Willemin, Folley, Hermel, etc. Puis viennent les études sur les modifications de propriétés et de proportions des principes normaux de l'atmosphère, les recherches de MM. Schoenbein, Fremy et Ed. Becquerel, Scoutetten, Desplats, de Boeckel, Berigny et autres sur l'ozone ; les savantes analyses de MM. Regnault et Reiset, de M. Leblanc, de Lassaigne, etc., sur la composition de l'air confiné ; les études sur la viciation de l'air par des principes chimiquement définis, tels que les poussières métalliques toxiques, le plomb, le cuivre, l'arsenic, le mercure, ou par des principes non chimiquement définis, tels que les effluves des marais, les produits des fermentations putrides, les miasmes spécifiques (Lefebvre, Chevallier, Beaugrand, Boys de Loury, Blandet, Sédillot, Trélat, Leudet, Riembault, Tardieu, de Vauréal et un grand nombre de médecins de l'armée et de la marine.

Quant à l'étude de la constitution du sol envisagée dans ses rapports avec l'hygiène, la géologie hygiénique, elle n'est encore qu'à l'état d'essai et de tâtonnement. A peine M. Bouchardat trouve-t-il à signaler quelques recherches relatives à la part que peut avoir la composition géologique du sol sur certaines endémies telle que le goître, et sur le développement et la marche du choléra, en particulier (Boussingault, Chevreul, Fourcault, Grange, etc.) Il y a là toute une série d'observations et de recherches nouvelles.

Le chapitre relatif à l'alimentation est un des plus étendus et des plus riches en documents et en faits de détails. Au premier rang, se placent les recherches si nombreuses qui ont été faites, dans ces dernières années, sur les eaux potables, les études de la municipalité de Paris et de celle de Lyon, les discussions de l'Académie de médecine, et, en particulier, l'étude des eaux de certaines contrées en rapport avec le goître et avec certaines endémies spéciales (bouton d'Alep et de Biskra, etc.).

Puis vient l'étude des matériaux alimentaires de la calorification, des matériaux alimentaires plastiques, des aliments complets, le lait notamment, considéré comme type, et qui a été l'objet de nombreuses recherches de la part de Royer-Collard, de MM. Bouchardat et Quevenne, de MM. Becquerel et Vernois, de M. Champouillon, de Doyère, Reveil, etc. ; des aliments complexes empruntés au règne animal et au règne végétal ; des aliments à action spécifique sur le système nerveux (boissons alcooliques et fermentées), des condiments, etc. A cet important chapitre se rattachent les travaux de M. Chevreul sur la composition du bouillon, de Liebig et de ses élèves sur les principes de la chair musculaire, de MM. Chevallier et Duchesne sur les empoisonnements par les huîtres et les moules, de M. Roux de Brignolles et de MM. Fonssagrives et Leroy de Méricourt sur les poissons vénéneux, de Virchow sur les trichines, de M. Delpech sur la ladrerie, de M. Davaine sur les bactéridies, de Renault sur les effets de l'ingestion des matières virulentes, de MM. Berthier, Mége-Mouriès, Doyère, Scoutetten, Louvet, Vaillant, sur les grains ; de MM. Th. Roussel, Covallat, H. Gintrac, Bouchard, Billod, sur la pellagre ; de M. Herpin sur les raisins ; de MM. Bouchardat et Sandras, Magnus Huss, Racle, Lallemand, Perrin et Duroy, Jules Guyot, Pasteur, Michel Lévy, etc., sur les vins et les alcools ; de MM. Personne et Mulder sur la bière et le houblon ; de M. Péligot sur le thé ; de MM. Payen, de Gasparin, d'Abadie, Chevallier, Chicon, Marchaud, etc., sur le café ; de MM. Gobley, Lefort, Bertillon, Lavalle, Fréd. Gérard, Robin, sur les champignons.

Un chapitre est consacré à l'exercice, à la gymnastique et à l'entraînement, qui ont fourni à la fois des instruments utiles à l'hygiène et à la thérapeutique (Dally, Shann, Defrance, Bouchardat).

Les rapports réciproques du physique et du moral auraient pu fournir le sujet d'un beau chapitre. Ils n'y figurent guère que pour mémoire, et pour donner occasion de signaler quelques travaux qui s'y rattachent plus ou moins directement, tels que ceux de Lallemand, de Feuchstersleben, Foissac, Bourdet, Descieux, Lélut, Janet, Franck, Saisset, Bouiller, etc.

Nous arrivons aux grandes questions d'hygiène générale, aux endémies et épidémies, aux maladies miasmatiques, contagieuses, virulentes, parasitaires, à l'hygiène des villes, des lieux publics, habitations, hôpitaux, etc. Ici l'énumération serait trop longue ; ce sont surtout les travaux de l'Académie de médecine, des conseils et des commissions d'hygiène, des congrès sanitaires, des diverses administrations centrales hospitalières, des sociétés savantes, etc., qui sont en cause.

Nous terminons en signalant le dernier chapitre relatif à la

(1) Rapport sur les progrès de l'hygiène, par M. Bouchardat. — Sur les progrès de l'hygiène militaire, par M. Michel Lévy. — Sur les progrès de l'hygiène navale, par M. Le Roy de Méricourt.

production et au mouvement de la population considérés comme mesure des progrès de l'hygiène. Il se résume ainsi : On voit dans un premier tableau, que, malgré le développement si énergique des travaux publics qui ont employé tant de bras valides, la production du blé a suivi depuis vingt ans une marche ascendante. Quant au mouvement de la population, la statistique établit que la durée de la vie moyenne s'est accrue en un demi-siècle de près de six ans, et que la validité de la population s'est notablement accrue, parallèlement avec l'allongement de la vie moyenne et l'excédant des naissances sur les décès.

Nous examinerons dans un prochain article les rapports sur l'hygiène militaire et sur l'hygiène navale.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. Desprès.

Pneumonie métastatique survenant chez une nouvelle accouchée. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Barthélemy, interne du service).

Louise G..., âgée de 19 ans, d'une constitution moyenne, est entrée, le 18 novembre 1868, à l'hôpital de Lourcine, dans le service de M. Desprès, salle Saint-Bruno, n° 21. Elle était affectée de syphilis (plaques muqueuses de la vulve, syphilide papuleuse disséminée et onyxis syphilitique du médius de la main gauche). Enceinte de huit mois, elle avait une grossesse pénible et était sujette aux diarrhées à répétition. A plusieurs reprises, depuis son entrée, elle présenta des menaces d'avortement, arrêtées avec des lavements laudanisés et le repos au lit.

Traitée d'ailleurs par les toniques et la cautérisation des plaques muqueuses, elle avait vu ses accidents syphilitiques disparaître, ainsi que l'onyxis, qui a cédé seulement à l'arrachement de l'ongle et à la cautérisation du lit de l'ongle.

Le 1er janvier 1869, survinrent les premières douleurs de l'enfantement, et bientôt après les eaux s'écoulèrent. Le travail fut long et pénible. L'accouchement ne se termina que le 3, à six heures du soir. Il y eut une déchirure assez étendue du périnée. Les jours suivants, la malade resta affaiblie, prostrée, manquant complétement d'énergie.

Le 6, elle accuse des douleurs dans l'abdomen, la langue est chargée ; il y a de la soif, de l'anorexie, une diarrhée jaunâtre. Le pouls s'accélère sans prendre d'ampleur ; la respiration, depuis hier, est génée ; le visage présente une teinte asphyxique assez prononcée. L'écoulement lochial diminue. Aucun signe n'indique l'établissement de la sécrétion du lait.

Ipeca, 1g50 ; injections vaginales chaudes.

Le 7, continuation de la diarrhée, suppression complète des lochies. Le pouls s'élève à 120, tout en restant petit. La malade semble avoir vieilli considérablement depuis quelques jours. Elle se plaint d'une *forte douleur dans le côté droit de la poitrine.*

8, douleur de côté, toux, dyspnée, râles perçus dans les deux temps de la respiration (frottement pleural dans la moitié inférieure du poumon droit. — Râles sous-crépitants du même côté. Le pouls est toujours petit et rapide.

Vésicatoire loco-dolenti ; pot. avec sulfate de quinine.

10, le pouls est toujours de 116 à 120. La douleur de côté a beaucoup diminué, la dyspnée paraît encore également pénible. L'auscultation fait constater, dans la fosse sous-épineuse droite, des râles sous-crépitants fins et même quelques bouffées *de râles crépitants*, fugaces et difficiles à apprécier. L'expectoration, qui jusque-là avait été nulle ou insignifiante, fournit des *crachats jaunes et visqueux.*

Trait. : pot. avec kermès, 0g20.

Les jours suivants, l'état général reste à peu près le même. Le pouls varie de 108 à 116, L'accablement est toujours très-grand. Les signes fournis par l'auscultation se concentrent à la partie moyenne du poumon droit : râles muqueux et sous-crépitants de valeur variable. Les bruits de frottement pleural ont complétement disparu. Absence de murmure vésiculaire dans le tiers inférieur du poumon droit, matité au même niveau. — Les crachats perdent de leur viscosité, deviennent opaques, brun-rougeâtres, puis plus foncés, gris sale, jus de pruneaux.

16, accablement plus grand ; pouls 112 ; respiration plus génée, anxieuse ; râles disséminés dans les deux poumons, *souffle bronchique* et bronchophonie dans la fosse sous-épineuse droite, mais à un degré plus marqué. — Expectoration grisâtre, sanieuse ; état languissant des fonctions digestives, vomissements.

Bouillons, pot. cordiale, — extrait de quinquina 1g.

A partir du 19, l'expectoration devient beaucoup plus abondante. Quand on agite un peu la malade, qu'on la fait asseoir sur son séant, elle est prise d'accès de toux et rend par la bouche *un flot de matières gris noirâtre* exhalant une odeur de gangrène.

22. Expectoration toujours fétide, mais moins foncée et tendant à prendre l'aspect purulent.

24. Mêmes crachats. — Il n'y a plus de souffle dans la fosse épineuse droite ; on n'entend plus que des râles muqueux. — Matité notable des 2/3 inférieurs du côté droit. L'appétit revient et permet d'alimenter la malade.

L'amélioration continue les jours suivants.

Le pouls se maintient de 90 à 100. La respiration est facile. L'expectoration, toujours abondante, a un aspect franchement purulent, sans odeur fétide. La malade sent revenir son énergie et ses forces.

Mais au lieu de marcher vers la résolution, comme on pouvait l'espérer, la maladie entre bientôt dans une phase nouvelle.

3 février. Retour de la fièvre ; pouls 110 ; peau chaude ; visage congestionné. — Les crachats sont mêlés d'une petite quantité de sang. — La respiration est normale dans tout le côté gauche.

A droite, absence de tout bruit à la base.

Dans le tiers moyen, *souffle bronchique, bronchophonie*, retentissement exagéré de la toux. — De la matité existe à ce niveau, mais moins marquée qu'à la base. — Sur les limites du souffle, on perçoit des râles sous crépitants, parfois très-fins, qui s'étendent jusque dans la fosse sus-épineuse.

4, 5, 6, 7. Fièvre, toux, dyspnée, douleur dans le côté droit de la poitrine. — Expectoration *jaunâtre et visqueuse ;* il s'y joint, de temps en temps, des crachats tout à fait sanglants. — Pas de changement notable dans les signes sthétoscopiques.

8. Il y a eu dans la nuit et la matinée plusieurs *hémoptysies.* — Pouls rapide et faible, chaleur de la peau, congestion de la face, respiration rapide et anxieuse.

Auscultation du côté gauche : rien de notable.

A droite, au sommet, respiration soufflante, avec quelques râles assez fins. — Dans la fosse sous-épineuse, souffle tubaire interne avec des râles muqueux de bulles moyennes.

Percussion : diminution de la sonorité dans tout le côté droit, avec matité plus complète à la base. — Le cœur bat avec énergie ; ses bruits s'entendent dans une grande étendue, mais ne présentent pas d'altération.

Les crachements de sang s'arrêtent pour reprendre dans la nuit du 9.

10. Pouls 110. — Affaiblissement. — La douleur thoracique a disparu ; la respiration paraît bien plus facile. — *Expectoration abondante, sanieuse, grisâtre, fétide*, avec quelques crachats sanglants et spumeux, — râles au sommet droit, en avant et en arrière. — Respiration *caverneuse, presque amphorique* dans le tiers moyen du poumon ; la toux et la voix ont un timbre analogue ; gros râles muqueux.

11. L'expectoration est toujours très-abondante et présente les mêmes caractères ; — les crachats sanglants deviennent plus rares. — L'examen physique du poumon donne toujours les signes d'une excavation au niveau de la fosse sous-épineuse droite.

12. Les crachats sont rejetés en moins grande quantité, ne sont plus mêlés de sang. — Il n'y a plus de râles au sommet droit, mais la respiration y est toujours légèrement soufflante. — Les mouvements respiratoires sont encore précipités. — L'état général s'améliore sensiblement. — Le pouls est à 104. — L'appétit revient.

15. L'expectoration a toujours une teinte grisâtre, mais n'est plus fétide. — La respiration se fait facilement ; les signes physiques n'ont pas beaucoup changé.

Auscultation du poumon droit :

En avant, quelques râles fugaces au-dessous de la clavicule ; en arrière, au sommet, respiration rude, mêlée de quelques râles dans la fosse sous-épineuse ; souffle caverneux ; voix et toux *d°*. — Sur les limites de ces cavernes, on entend des râles muqueux dont les bulles sont de volume varié.

A la base, silence complet.

Percussion : matité augmentant de l'épine de l'omoplate à la base ; — dans le tiers inférieur, la matité est complète.

Quant au côté gauche, il présente une sonorité qui semble exagérée ; le murmure vesiculaire y est intense, puéril.

17, 18. Les crachats ne sont plus rejetés en masse ; ils sont jaunes verdâtres, ont une forme déterminée.

Absence de fièvre, — selles diarrhéiques sans coliques rectales.

M. Desprès fait ajouter au traitement habituel de la malade (pot. cordiale, quinquina) diascordium 4g.

19. L'expectoration et l'état général ne présentent rien de particulier, mais les signes physiques nous offrent des changements frappants :

Au sommet du poumon droit, la respiration a repris son ampleur normale ; à la partie moyenne, il n'y a plus de souffle ni de râle caverneux ; on ne constate qu'un simple affaiblissement du murmure vésiculaire et quelques râles de bronchite. A la base, le silence est toujours persistant, ainsi que la matité. Quant au reste du poumon, il redevient sonore, mais il l'est encore beaucoup moins que le poumon gauche.

20, 21, 22. Diarrhée abondante et fétide. — L'expectoration ne consiste plus qu'en quelques crachats verdâtres nageant dans une petite quantité de liquide séreux.

Les signes physiques morbides (faiblesse du murmure respiratoire et diminution de sonorité) continuent à disparaître progressivement de haut en bas.

Le pouls est au-dessous de 100. La malade demande à manger. On l'alimente avec réserve à cause de la diarrhée. (1 degré.)

Du 25 au 28. L'expectoration morbide et la diarrhée ont disparu. Le murmure vésiculaire est surtout plus faible dans le poumon droit que dans son congénère, surtout dans le quart inférieur environ, où l'on constate, par la percussion, que la sonorité n'est point redevenue normale.

L'appétit est vif ; l'énergie et les forces se relèvent rapidement. On alimente la malade suivant sa faim (4 deg.) ; on lui permet de se promener dans la salle.

L'onyxis est actuellement guéri ; l'ongle commence à repousser. Aucune nouvelle pousse de syphilis n'est encore apparue.

En résumé, le fait que nous venons de raconter présente deux phases distinctes.

Dans la première, nous voyons, à la suite d'un accouchement pénible, la fille G... être prise de fièvre asthénique, de diarrhée, d'oppression ; les lochies s'arrêtent, la montée du lait ne s'effectue pas ; il y a des douleurs dans l'abdomen, puis dans le thorax. On aurait pu voir là le début d'une fièvre puerpérale, mais les phénomènes thoraciques s'accusent plus vivement et dominent bientôt toute la scène : signes de pleurésie avec épanchement peu abondant ; signes de pneumonie caractérisée par des crachats jaunâtres et visqueux et quelques bouffées de râles crépitants ; plus tard, par du souffle. Mais cette pneumonie ne suit pas la marche d'une pneumonie franche, primitive. Au bout de quelques jours, l'expectoration change de caractère ; elle perd sa viscosité, devient opaque et mêlée de sang.

Enfin, elle augmente considérablement de quantité tout en prenant une couleur et une odeur caractéristiques de gangrène. Cependant les phénomènes fonctionnels et généraux, au lieu de s'aggraver comme ils l'auraient fait dans une pneumonie passant au 3e degré, s'amendent sensiblement. Nous sommes conduits à conclure qu'il s'est produit dans le parenchyme pulmonaire une lésion aboutissant à une mortification limitée de ce parenchyme et à l'évacuation par les bronches des parties privées de vie. L'auscultation et la percussion ne nous ont pas fourni, pendant cette vomique, les signes d'une excavation pulmonaire. Sans doute que cette excavation était trop profondément située ou d'un diamètre trop petit.

Après une amélioration passagère, un second acte commence. C'est le même fait pathologique qui se produit, mais les proportions en sont changées. La réaction fonctionnelle et générale est peut-être moins accusée ; les signes physiques, au contraire, se caractérisent au plus haut degré. On commence encore à percevoir les signes d'une poussée inflammatoire dans le tissu pulmonaire, sans doute autour du foyer purulent primitif ; puis des hémoptysies abondantes ont lieu, indiquant des déchirures et des ulcérations dans le tissu du poumon. Enfin des crachats sanieux, fétides, pris en masse, sont rejetés à flot ; au souffle bronchique et aux râles fins succède une respiration caverneuse, amphorique même, avec de gros râles de gargouillement.

La voix et la toux ont également la résonnance caverneuse. Il n'y a plus de doute possible sur l'existence d'une excavation pulmonaire dont les dimensions paraissent assez considérables, mais qui reste toujours limitée au niveau de la fosse sous-épineuse.

La lésion étant connue, on peut se demander quelle en est la cause. Pour M. Desprès, ce cas doit être rangé dans les affections décrites sous le nom de pneumonie métastatique ou embolique. Virchow a insisté sur la fréquence de l'embolisme dans les faits confondus sous la dénomination de pyémie. Le traumatisme puerpéral a fourni, chez notre malade, le foyer d'où s'est détaché l'embole qui est venu s'arrêter dans une division de l'artère pulmonaire. Les altérations circonscrites qui se sont produites à la suite de cette oblitération nous expliquent l'évolution singulière des phénomènes morbides.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 3 mars 1869. — Présidence de M. Verneuil (1).

2° Hypertrophie. — Si pour affirmer que la grossesse active le développement des hystéromes, il suffisait de montrer que, dans un cas donné, les dimensions du néoplasme se sont accrues pendant la gestation, certainement on pourrait admettre comme démonstrative l'observation de M. Danyau, que M. Guyon a surtout invoquée. Mais il s'en faut que la solution du problème soit aussi simple, ainsi que j'espère le démontrer.

D'ailleurs, il est essentiel de ne pas confondre l'accroissement modéré, progressif et *normal*, si je puis ainsi dire, des fibromes utérins avec leur accroissement brusque ou *exceptionnellement rapide.* Le premier appartient en propre à la *marche naturelle* de ces néoplasmes ; et, quand on le constate dans le cours d'une grossesse, il ne prouve qu'une chose, *c'est que la grossesse n'a pas mis obstacle à sa production.* Telle est, pour citer un exemple, l'interprétation qu'il convient, selon moi, de donner à l'observation que M. Forget a citée en faveur de la doctrine, et dont j'ai déjà fait la critique dans ma première communication. Quant au second mode d'accroissement, c'est-à-dire à celui qui s'opère avec une grande rapidité, et qui seul ici mérite le nom d'*hypertrophie* (accroissement d'une rapidité anormale), lorsqu'on le remarque dans les hystéromes, on est, sans doute, en droit d'en rechercher la cause ailleurs que dans l'évolution naturelle du fibrome lui-même ; mais encore reste-t-il à savoir s'il convient de l'attribuer à la gestation quand il se trouve avoir lieu dans son cours. C'est ce que je vais maintenant examiner.

Vous n'avez pas oublié que, dans le cas de M. Danyau, auquel je viens de faire allusion, un corps fibreux utérin, du poids de 650 gr., paraît s'être développé, pendant une grossesse, dans l'espace de six mois seulement. A ce fait, le seul qui ait été allégué par nos collègues avec un tel cachet de précision, je pourrais en ajouter deux qui offrent la même signification en faveur de la théorie que je discute.

C'est d'abord le cas de d'Outrepont dont j'ai parlé précédemment. Il s'agit d'une femme qui cessa d'être menstruée à l'âge de 45 ans, se maria l'année suivante, et devint presque aussitôt enceinte. A six mois de grossesse, une exploration du ventre permit de constater l'existence de trois tumeurs fibreuses de l'utérus. La plus volumineuse parut être longue de 8 pouces et large de 6. Quant aux deux autres, elles avaient à peu près « 3 pouces de longueur et de largeur. » L'accouchement eut lieu dans le neuvième mois, et la malade mourut d'hémorragie quelques instants après la délivrance. Or, à l'autopsie, on trouva que la grosse tumeur, « située au côté gauche de la matrice, avait *dix pouces* de longueur et *huit* de largeur, et que les deux autres, globuleuses comme la précédente, étaient hautes d'un pouce et demi et larges de 3 et demi. » Voilà donc un nouveau cas dans lequel l'une des tumeurs au moins (la plus volumineuse) paraît avoir augmenté, dans l'espace de 3 mois, de 2 pouces en longueur comme en largeur. Quant aux deux autres, l'ambiguïté de la rédaction laisse du doute sur la réalité d'une modification de volume. Mais il n'importe ; les mensurations de la première semblent offrir une précision suffisante.

Le second fait est celui qu'a relaté M. Thibault dans les Bulletins de la Société anatomique. Il est noté dans l'observation, que la femme portait, pendant la grossesse, une tumeur qui « augmenta beaucoup de volume. » Quoique la simple mention d'une augmentation même considérable de volume ne soit peut-être pas de nature à entraîner toutes les convictions, cependant je veux bien accepter le texte ci-

(1) Voir le dernier numéro.

dessus comme l'expression exacte de ce qui eut lieu pendant la gestation.

Voilà donc trois observations dans lesquelles les tumeurs utérines paraissent s'être notablement accrues pendant la gestation. Que mes savants contradicteurs veulent bien, comme l'a fait M. Tarnier, en ajouter d'autres semblables, s'ils en possèdent ; peu importe. Quelle induction décisive pourront-ils en tirer à l'appui de la théorie qu'ils défendent ? Absolument aucune. Pour que ces faits eussent la valeur que nos collègues leur attribuent, il faudrait que semblable hypertrophie n'eût jamais été observée en dehors de la gestation, ou du moins qu'elle fût notoirement plus rare dans la vacuité que dans la grossesse. Or, en est-il ainsi ? Jugez-en plutôt.

La thèse que j'ai déjà citée, du docteur Caternault, peut fournir à cet égard des données tout à fait significatives. Ainsi, dans l'observation II, une tumeur fibreuse avait acquis en 6 ou 7 ans un poids de 7 kilogrammes, c'est-à-dire 1 kilogramme en moyenne par année ; et cela en dehors de toute influence due à la grossesse. L'observation VI présente un exemple du même genre, et plus accentuée, puisque le fibrome pesait 5 kilogrammes et ne datait que d'une année. Mais voici qui est plus remarquable et plus décisif encore. Dans l'observation I, il s'agit d'une demoiselle de 24 ans, chez laquelle une tumeur fibreuse de l'utérus fut enlevé par M. Kœberlé. Cette tumeur, dont le début ne remontait pas au delà de 5 ans, pesait 33 kilogrammes. Elle avait donc augmenté en moyenne de plus de 6 kilogrammes par année ; et cela, je le répète, en dehors de toute grossesse.

Vous le voyez, messieurs, la tumeur de 650 grammes, enlevée par M. Danyau, est fort loin d'avoir présenté un accroissement aussi rapide. Et il en est de même des tumeurs de d'Outrepont et du docteur Thibault. On ne peut donc pas invoquer ces faits comme une preuve rigoureuse à l'appui de la doctrine qui est en cause.

Mais M. Depaul a insisté sur une autre particularité. Il a cité quelques faits dans lesquels le fibrome avait progressivement diminué de volume, s'était atrophié, en un mot, à la suite de la gestation. Mon savant maître a particulièrement rappelé l'histoire d'une dame de Laon, chez laquelle, moins d'une année après un avortement au quatrième mois, un fibrome qui remplissait auparavant l'excavation pelvienne avait perdu plus du tiers ou de la moitié de son volume. Et de ce fait M. Depaul conclut que le fibrome avait dû s'hypertrophier pendant la grossesse. Assurément, je ne puis affirmer qu'il n'en a pas été ainsi, car la chose ne présente rien d'impossible. Mais je demanderai si une telle supposition est bien ce qu'il y a de plus probable, et surtout si elle peut constituer une preuve rigoureuse en faveur de la thèse en litige. Comment, en effet, admettre sans une certaine réserve qu'une gestation de quatre mois ait exercé une action si puissante et si prolongée ; si *puissante* en provoquant une hypertrophie énorme du fibrome, et si *prolongée* en entretenant pendant plusieurs années un travail atrophique qui, à l'heure actuelle, selon M. Depaul, se poursuit peut-être encore ?

Même en admettant que l'avortement ait été réellement, je ne dirai pas le point de départ (cela est incontestable), mais la cause active ou provocatrice de ce travail atrophique, est-on fondé à conclure que c'est là une preuve que le fibrome s'était hypertrophié dans le cours des quatre mois de gestation ? Je ne le pense pas ; et voici pourquoi. D'abord il n'est pas sans exemple que des fibromes utérins se soient atrophiés, alors que les femmes n'avaient jamais été enceintes. Cazeaux a cité un cas de ce genre qui se trouve consigné dans nos propres Bulletins (1857, t. VIII, p. 95). Il s'agit d'une jeune personne de Bayonne, qui était atteinte d'une tumeur volumineuse de l'abdomen. Celle-ci, diagnostiquée *fibrome utérin* par MM. Velpeau et Bricheteau, se trouvait six mois après considérablement amoindrie, et, finalement, elle disparut. Ici la grossesse n'avait joué aucun rôle. Pareillement, lorsque M. Cruveilhier dit (*Anat. path.*, t. III, p. 658) : « J'ai vu plusieurs fois des corps fibreux se réduire d'une manière très-remarquable, » il ne mentionne pas que ce soit après un accouchement plutôt que dans les conditions ordinaires. Il est donc très-probable qu'une circonstance aussi propre à frapper l'esprit que l'est un accouchement récent n'eût pas manqué d'être signalée, si l'observation n'avait été faite, au moins quelques fois, en dehors de toute circonstance de cette nature. La simple constatation d'un travail atrophique succédant à une grossesse n'autorise donc pas à conclure que cette atrophie est bien due à la cessation de la grossesse, et moins encore qu'elle est l'indice d'une hypertrophie antérieure développée sous l'influence de la gestation.

Mais voici qui est plus net et plus décisif encore. S'il faut en croire un auteur bien connu de nous tous par la valeur de ses travaux, le professeur Scanzoni, un fibrome volumineux et de *très-ancienne date* serait susceptible de disparaître complétement après une grossesse. Ce passage d'ailleurs mérite d'être cité textuellement. « Nous vîmes, dit le savant gynécologiste, un corps fibreux de la grosseur d'une tête d'homme, dont le diagnostic était parfaitement sûr, disparaître pendant les couches d'une manière si complète, que, six semaines après l'accouchement, l'on ne pouvait plus découvrir une trace de cette tumeur qui avait existé *pendant onze ans* (*Traité prat. des maladies de la femme*, trad. Dor et Socin, Paris, 1858, p. 189). » Ce fait serait vraiment incroyable s'il n'était affirmé par un savant de la valeur de Scanzoni. Mais si on l'admet comme avéré, M. Depaul ne sera pas fondé à conclure de l'atrophie considérable reconnue chez la dame de Laon, à la certitude que le fibrome s'était hypertrophié pendant les quatre mois de grossesse. La tumeur dont parle Scanzoni s'est atrophiée, comme on le voit, d'une manière bien plus complète et plus rapide ; et cependant elle ne datait pas de la gestation, puisqu'elle existait depuis onze ans.

Pour toutes ces raisons, je crois donc pouvoir légitimement contester la valeur et la signification que mes contradicteurs attribuent, *d'une part*, à l'augmentation de volume des hystéromes plusieurs fois constatée pendant la grossesse, et, *d'autre part*, à l'atrophie de ces tumeurs quelquefois observée après la gestation.

Ah ! il en serait tout autrement s'il s'agissait des mêmes tumeurs dont on aurait suivi l'accroissement dans le cours de la grossesse et la diminution après l'accouchement. Ces deux circonstances, réunies dans une *même observation*, constitueraient, non plus, comme dans les cas précédents, des demi-faits d'une signification très-douteuse, mais des faits complets d'une valeur capitale. Parmi les cas que M. Depaul a relatés devant vous, il en est trois qui présentent à divers degrés ce caractère de rigueur. Je dois le dire, ces trois cas forment un appoint sérieux en faveur de la doctrine, et ils méritent un examen particulier. Mais, avant de l'entreprendre, permettez-moi de répondre en quelques mots à certaines objections qui m'ont été adressées.

Je ne ferai que rappeler ici l'observation, d'ailleurs si intéressante, que M. Guyon m'a opposée, et dans laquelle notre collègue, attribuant à un hystérome des effets qui, selon moi, étaient exclusivement dus à la congestion menstruelle du *tissu utérin*, crut pouvoir conclure *à fortiori*, de ce qui se passait pendant les règles, à ce qui devait avoir lieu pendant la grossesse. En répondant à l'objection de notre collègue dans une de nos récentes discussions, je crois avoir suffisamment indiqué ma manière de voir sur la valeur de ce fait, comme sur celle d'un cas presque identique que M. Bailly a relaté devant la Société. Ces deux observations, à mon sens, ne prouvent pas plus en faveur de la doctrine qu'elles ne tendent à l'infirmer. Je ne m'y arrêterai donc pas davantage.

M. Guyon m'a objecté encore que, les corps fibreux se développant surtout dans cette période de la vie où la femme est apte à devenir enceinte, il est dès lors extrêmement probable que la grossesse exerce une certaine influence sur la marche de ces tumeurs. Mais, messieurs, pourquoi ne dirait-on pas, en vertu de cette même coïncidence, qu'il est probable aussi que la grossesse engendre les corps fibreux ? Cette dernière hypothèse serait-elle beaucoup plus invraisemblable que la première ? Je ne le crois pas. Seulement, dans ma pensée, l'une et l'autre manquent également de preuves. Si la grossesse exerçait cette action sur les corps fibreux, ne devrait-on pas voir que les femmes qui ont eu le plus d'enfants sont aussi celles qui sont le plus souvent affectées d'hystéromes ? Et les vierges, au contraire, ne devraient-elles pas en être plus souvent indemnes que les femmes qui ont eu un certain nombre de grossesses ? Or, loin d'observer de tels résultats, vous savez que des résultats diamétralement opposés ont été longtemps considérés comme étant l'expression exacte des faits. Aujourd'hui, sans partager les exagérations de Bayle, on ne serait cependant pas fondé à admettre, sur ce point, une doctrine égale à la sienne. Rien donc, à mon avis, n'est plus contestable que l'hypothèse formulée par M. Guyon.

A M. Tarnier, qui ne comprend guère comment grossesse et fibrome pourraient vivre côte à côte sans que l'une exerçât sur l'autre une action plus ou moins manifeste, il me sera, je crois, facile de répondre. M. Tarnier ne le comprit-il pas, certains faits *avec autopsie* que j'ai rapportés précédemment, ceux entre autres de Désormeaux, de Mme Lachapelle et de d'Outrepont, n'en prouvent pas moins de la façon la plus péremptoire que des fibromes peuvent conserver, jusqu'à la fin de la gestation, une dureté fibreuse ou cartilagineuse. Sans doute, en considérant la richesse vasculaire du tissu utérin pendant la grossesse, en considérant son hypertrophie si remarquable, sa vitalité si grande, on se trouve naturellement conduit à penser que les hystéromes doivent participer à cette suractivité de nutrition. On doit le penser d'autant mieux que la constitution anatomique de ces néoplasmes est sensiblement la même que celle du tissu de la matrice. Mais, messieurs, conclure immédiatement, c'est conclure beaucoup troptôt, parce que l'on a négligé l'une des faces importantes du problème.

En effet, d'une part, s'il est vrai que les hystéromes présentent bien les mêmes éléments anatomiques que le tissu utérin, il est vrai aussi que ce sont seulement les hystéromes en voie de développement, ceux qui n'ont subi encore aucune altération dans leur texture ou leur composition. Mais il en est d'autres qui ont éprouvé déjà ces altérations, qui sont pénétrés de molécules graisseuses, calcaires ou autres, et qui compliquent la grossesse tout aussi bien que les premiers. Pour ces corps fibreux altérés, qui ne sont point rares, vous le savez, mes contradicteurs conviendront que l'argument tiré d'une similitude de structure avec le tissu utérin, perd ici toute sa valeur. D'une autre part, que mon ami, M. Tarnier, veuille bien se représenter la densité et la dureté habituelles des fibromes, leur absence ordinaire de toute vascularisation, leur privation complète de vrai pédicule, ou plutôt de *hile nutritif*, l'espèce d'isolement dans lequel ils se trouvent au milieu même du tissu utérin, entourés qu'ils sont d'une enveloppe celluleuse, et parfois d'une véritable bourse séreuse ; que notre collègue considère, en un mot, la vitalité si rudimentaire et si obscure de ces corps parasitaires ; puis qu'il la mette en parallèle avec la vitalité, au contraire, si prodigieuse du fœtus, avec cette richesse vasculaire sans égale du placenta, richesse qui fait de cet organe un instrument d'absorption ; que notre collègue, dis-je, veuille bien se représenter toute cette série complexe de faits anatomiques, et alors il lui sera moins difficile de comprendre comment le fœtus, assimilant à son profit tous les matériaux de nutrition, pourra acquérir en neuf mois plus de 3 kilogrammes de substance, tandis qu'un fibrome voisin, complétement étranger au travail plastique qui l'entoure, ne présentera dans le même temps aucune modification, soit dans son volume, soit dans sa consistance. Ai-je besoin de rappeler ici que l'enfant, né d'une femme atteinte de fibrome utérin, ne le cède en rien, quand au développement, à celui qui est issu de la grossesse la plus normale. Au reste, quelle que soit la valeur de ces remarques, les faits péremptoires que j'ai cités en disent plus, sur ce sujet, que toutes les théories et toutes les hypothèses.

J'arrive maintenant aux trois faits que nous a relatés M. Depaul, c'est-à-dire à celui de Mme L... et à ceux que mon savant maître a observés, l'un avec M. Lasègue et l'autre avec M. Rotureau. J'ai déjà dit qu'à mes yeux, ils constituaient un sérieux appoint pour la solution du problème. C'est qu'en effet, à la différence de toutes les observations (sans exception) qui ont été produites jusqu'ici en faveur de la doctrine, eux seuls se présentent avec le caractère de faits *complets*, parce que leur relation embrasse tout à la fois la période de la grossesse et la période qui lui succède. Or, il est aisé de comprendre que, si l'on constate pendant la gestation des modifications de volume ou de consistance dans les fibromes utérins, et que ces modifications, aussi passagères que la gestation elle-même, soient suivies d'un retour à l'état primitif des tumeurs, il est aisé de comprendre, dis-je, qu'on sera dès lors autorisé à croire que ces altérations étaient bien dues à l'existence de la grossesse. Les faits de cette nature offrent donc une valeur exceptionnelle, et ce sont eux qu'il convient de recueillir pour juger la question. Malheureusement, je dois le dire, leur observation rigoureuse est pleine de difficultés.

J'ai déjà fait remarquer dans ma première communication (et je n'y reviendrai pas) que les fibromes interstitiels et les fibromes sessiles sont quelquefois refoulés et comme expulsés de la paroi utérine par la pression excentrique de l'œuf. Ils deviennent ainsi plus saillants et augmentent de volume pour l'observateur, tandis qu'en réalité leurs dimensions n'ont pas changé. Je sais que M. Depaul n'accepte pas cette manière de voir ; mais l'explication qu'il donne, en opposition avec la mienne, de l'aplatissement de certains fibromes ne me semble guère admissible en vertu de ce fait, que les hystéromes sont isolés du tissu propre de la matrice par une enveloppe celluleuse plus ou moins complète. Il n'y a pas, en un mot, entre les deux, continuité de tissu. Dès lors on conçoit difficilement que la paroi utérine en se développant puisse, comme le veut M. Depaul, élargir et pour ainsi dire étaler les tumeurs qu'elle recèle dans son épaisseur. J'ajouterai que Churchill, pour se rendre compte des différences complètes de résultats obtenus par Simpron et par lui dans le traitement des hystéromes, formulait déjà, il y a plusieurs années, une opinion analogue à la mienne. « Il faut être en garde, dit-il, contre une disposition anatomique que j'ai rencontrée plusieurs fois ; la tumeur paraît moins grosse quand elle n'est que moins proéminente. Mobile par suite de sa position, elle a été repoussée en arrière et recouverte en partie par les intestins distendus. » (*Cherchill* ; traduct. Wieland et Dubresay, Paris, p. 1866, 338).

D'une autre part, relativement à l'appréciation de la consistance des tumeurs, qu'on veuille bien se rappeler que l'exploration sur le vivant ne peut jamais être directe (à moins qu'il ne s'agisse d'un polype) ; que des couches plus ou moins épaisses de tissus divers séparent toujours le doigt de la tumeur, et enfin que toutes ces couches ou enveloppes étrangères au fibrome participent au ramollissement et à la souplesse du tissu propre de la matrice. Alors, vraisemblablement, on aura ainsi l'explication de ce *ramollissement superficiel* que M. Depaul a constaté dans certains fibromes dont la masse était très-ferme.

En énonçant toutes ces difficultés d'une observation exacte sur le vivant, je ne voudrais pas, messieurs, qu'il fût compris qu'elles détruisent la valeur des faits relatés par M. Depaul. Mieux que personne, mon savant maître aux côtés duquel j'ai moi-même appris à les connaître, sait les éviter ou, tout au moins, beaucoup les atténuer. Mais il me semble qu'elles doivent, toutefois, servir à distinguer, parmi les trois observations de M. Depaul, deux catégories d'une valeur inégale. La première, composée des deux faits observés avec MM. Lasègue et Rotureau présente peut-être, en effet, moins de garantie contre toute inexactitude dépendante des difficultés préindiquées, que la seconde comprenant l'observation circonstanciée de Mme L... Relativement à cette dernière, j'ajouterai même que les détails concernant les deux tumeurs non pédiculées me paraissent, pour le même motif, avoir aussi une valeur beaucoup moins grande que ceux qui ont trait au fibrome pédiculé. Mais, je l'avoue, la relation des modifications éprouvées par celui-ci pendant et après la grossesse me semble se soustraire, par sa grande précision, à toute critique restrictive. Elle constitue donc, à mon avis, un fait d'une valeur capitale pour la solution cherchée ; et peut-être ne serais-je pas éloigné de la regarder comme décisive, si je ne me rappelais cette réflexion de J. Guillemeau :

« De même qu'une hirondelle ne fait pas le printemps, une seule expérience ne peut faire une science. »

C'est, en conséquence, à une observation ultérieure qu'il appartient de confirmer ou de modifier les résultats consignés dans les trois faits de M. Depaul.

Il me resterait maintenant à examiner si, comme on le suppose, la gestation active réellement la *vascularisation* des fibromes utérins. Mais, sur ce point spécial, nos collègues n'ont produit aucune preuve tendant à infirmer notre opinion. Je ne prolongerai donc pas cette discussion déjà si longue ; et pour conclure je dirai :

1° Que sur la question du ramollissement et de la vascularisation des hystéromes *par* la grossesse, le texte de mes premières conclusions me semble devoir être intégralement conservé ;

2° Que relativement à l'hypertrophie, il y a lieu de penser aujourd'hui que l'influence de la grossesse sur sa production est bien réelle, mais vraisemblablement dans des cas fort exceptionnels.

— Avant de terminer, qu'il me soit permis encore de compléter, comme l'a fait M. Depaul pour Mme L..., l'observation de Mme C... que j'ai relatée dans ma première communication.

Le dernier examen que j'aie pratiqué, date du 6 janvier, c'est-à-dire de sept mois et demi après l'accouchement. Il m'a été impossible, de reconnaître, dans la tumeur, la moindre modification soit dans le siége, soit dans le volume, soit dans la consistance. Le fibrome présente exactement les mêmes caractères que ceux qui existaient sur la fin de la grossesse.

L'état général de la malade reste très-satisfaisant.— L'enfant, d'un développement qui ne laisse rien à désirer, pesait, à sept mois, plus de 9 kilogrammes.

PRÉSENTATION.

M. Leroy d'Etiolles présente un malade auquel il a retiré un calcul engagé dans la fosse naviculaire au moyen d'une incision pratiquée à ce niveau sur la face inférieure du gland sur le côté du frein. L'incision se guérit spontanément en vingt-quatre heures.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

CORRESPONDANCE

A M. le rédacteur de la Gazette des Hôpitaux :

J'ai hésité quelque temps à répondre à la lettre que M. le directeur de l'Assistance publique vous a adressée et que vous avez insérée dans le numéro du 1er avril. Mais de tous côtés me reviennent des observations de confrères qui m'obligent à m'expliquer nettement.

Les souvenirs de M. Husson sont inexacts, et on le comprend de la part d'un homme placé à la tête d'une grande administration.

Ces souvenirs se sont même singulièrement atténués à mon endroit, au fur et à mesure que les communications de M. Husson

à l'Académie se sont renouvelées. Mon nom a encore été prononcé, mais mon œuvre se réduit aujourd'hui à bien peu de choses. Aussi M. Husson combat-il avec vivacité l'assertion *que vous aviez émise* dans votre journal en m'attribuant la paternité du musée de l'hôpital Saint-Louis.

En vérité, en présence de ces recherches incessantes de paternité, j'admire la sagesse du législateur, qui, par l'article 340 du code Napoléon, en a interdit la recherche en ce qui concerne les personnes, puisqu'il est si difficile de l'établir en ce qui a trait aux choses.

Mon honorable collègue M. Lailler, dans une lettre qu'il m'écrivait tout récemment, me disait ceci : *A vous revient sans contredit l'initiative de l'idée, mais à M. Husson l'initiative de l'exécution.*

Je n'ai jamais réclamé autre chose, et, *à mon tour*, je dirai avec M. Husson : le *Bulletin de l'Académie en fait foi.* Or, je suis resté étranger à la rédaction de la note un peu écourtée, qui concerne ma réponse à l'allocution de M. Husson.

Mais est-ce donc la valeur matérielle qu'il faut apprécier dans une offre de ce genre ? N'est-ce pas plutôt la pensée d'être encore utile aux élèves ? et à l'heure du repos, après quarante années d'enseignement, car en donnant ces collections à l'administration, je l'ai fait *à la condition qu'elles seraient exposées.*

Ici commence le rôle généreux de M. Husson. Il choisit un local propre à recevoir d'autres pièces, il agrandit ainsi l'idée. Il fait faire des vitrines pour chacun des médecins de l'hôpital, non pas parce qu'il s'était assuré des collections de MM. Lailler, Bazin, Hardy, car, durant des mois entiers, le local préparé par M. Husson est resté avec mes collections seulement ; puis, M. Lailler a, le premier, fait offre de ses modelages ; puis, l'œuvre a grandi lorsque M. Husson a pris à la charge de l'administration la confection des pièces pathologiques.

En définitive, le musée n'a pas un seul père. L'un a donné la semence et l'idée, l'autre les a fécondées et agrandies ; le musée sera désigné sous le nom de musée de l'hôpital Saint-Louis.

Quant à M. Husson et à moi, il nous restera encore une belle part, c'est le souvenir d'avoir concouru à une œuvre utile, chacun dans la sphère respective de nos moyens d'action.

Quant à mes collègues de l'hôpital Saint-Louis, ils ont trop le sentiment de l'œuvre qu'ils poursuivent pour ne pas lui donner tous les jours une importance de plus en plus considérable.

Veuillez agréer, etc.,

A. Devergie,
membre de l'Académie impériale de médecine.

10 avril 1869.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition de l'Académie impériale de médecine, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient de décerner aux personnes désignées ci-après les récompenses destinées aux praticiens qui ont été signalés comme ayant fait le plus grand nombre de vaccinations et comme ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine dans l'année 1867.

Prix de la valeur de 1,500 fr. à partager entre : MM. les docteurs Barbreau, à Commentry (Allier) ; Alfred Fouquet, à Vannes (Morbihan) ; et Mordret, au Mans (Sarthe).

Médailles d'or. — Mmes les sages-femmes Chamaillard, à Vannes (Morbihan) ; Paris, à Tulle (Corrèze) ; MM. les docteurs Pagayne, à Mortagne (Orne), et Sayn, à Saint-Vallier (Drôme).

(Nous publierons dans notre prochain numéro les médailles d'argent.)

— C'est demain mardi que doit avoir lieu à l'Académie de médecine l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène. Voici l'ordre dans lequel la section a présenté les candidats : 1° M. Fauvel ; 2° M. Hillairet ; 3° M. Le Roy de Méricourt ; 4° M. Gallard ; 5° M. Bertillon ; 6° M. Lunier. Sur une demande signée par plus de trente académiciens le nom de M. Gustave Lagneau a été ajouté à la liste.

— M. le docteur Adrien Sicard (de Marseille), qui a lu à la réunion annuelle des délégués des sociétés savantes à la Sorbonne un Mémoire sur l'éducation physique et morale de la première enfance, avait été délégué par le comité médical des Bouches-du-Rhône, dont il est le président. Notre honorable confrère représentait cette association au congrès des sociétés savantes de la Sorbonne.

— M. Daremberg, reprendra son cours d'histoire de la médecine au collége de France, le vendredi 16 avril à midi, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Il traitera de l'histoire des institutions médicales et des maladies durant le moyen âge.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaires aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin, basées sur 414 cas observés à la clinique d'accouchements de Paris pendant 16 ans, par le docteur Stanesco. — Paris, 1869, 1 vol. in-8° de 120 pages, accompagnées de 15 tableaux statistiques. Prix, 4 francs.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le pri[illegible]nnement
doit être envoyé en manda[illegible] poste ou en traites sur Paris
L'abonnement pa[illegible] de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 14 avril 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Durand-Fardel a fait un intéressant travail sur l'origine commune et les rapports des diathèses urique, sucrée et graisseuse. De ce travail il a fait deux parts ou deux mémoires, l'un qu'il a communiqué à la Société de médecine de Paris; l'autre, dont il a donné lecture hier à l'Académie de médecine. Nos lecteurs ont eu une analyse du premier mémoire sous leurs yeux dans le numéro du 13 mars dernier; ils trouveront un court énoncé de l'objet du second dans le compte rendu de ce jour. Ils y verront que M. Durand-Fardel a cherché à éclairer la pathogénie du diabète par sa comparaison avec la diathèse urique et la diathèse graisseuse. Cette comparaison est basée sur l'analogie des conditions étiologiques qui préparent ces trois diathèses et sur l'identité des indications thérapeutiques qui s'adressent également à chacune d'elles : conditions étiologiques qui se résolvent dans ce grand fait de l'activité amoindrie de l'une des grandes fonctions de l'économie; identité d'indications consistant à activer l'assimilation des principes des métamorphoses organiques.

A M. Durand-Fardel a succédé à la tribune M. Villemin, dont les communications sont toujours accueillies avec un vif intérêt et une sympathie marquée, de la part même de ceux qui lui ont fait les plus vives oppositions. M. Villemin est venu exposer devant l'Académie les résultats des nouvelles expériences qu'il poursuit sur la tuberculose et les conséquences pratiques qui en découlent à ses yeux.

L'un des faits principaux qui ressortent de son nouveau travail est la transmission de la tuberculose au moyen des matières desséchées de l'expectoration des phthisiques. On pourrait intituler cette partie de son travail : Histoire lamentable d'un crachat. C'est dans la constatation de ce fait, dont l'histoire des affections virulentes donne déjà de nombreux exemples, qu'il a trouvé l'explication probable d'un grand nombre de cas de transmission méconnus, parce qu'on en avait méconnu jusque-là les conditions spéciales.

Un autre fait, également important, que ces nouvelles expériences ont mis en lumière, est la production de la tuberculose par voie d'ingestion. Les intéressantes recherches de M. Chauveau étaient déjà venu donner d'avance, en quelque sorte, leur appui aux expériences de M. Villemin, en révélant la constitution et la manière de se comporter de quelques-uns des éléments actifs de la contagion.

C'est le cas de rappeler ici les faits très-curieux exposés dans une lettre de MM. Devillers et Lenglen, d'Arras, dont M. H. Bouley a donné connaissance à l'Académie dans l'une des précédentes séances. « Parmi les oiseaux qui peuplent une basse-cour, disent les auteurs de la lettre, il existe toujours une ou plusieurs poules qui jouissent du privilége de fréquenter la maison d'habitation, quelquefois la chambre des malades, et de se repaître des crachats que rendent les personnes affectées de phthisie pulmonaire. Toujours nous avons observé, dans ce cas, que ces poules ne tardaient pas à maigrir considérablement et à mourir. L'autopsie permettait de constater dans les organes respiratoires de ces animaux l'existence de nombreux tubercules... Nous avons observé un autre fait non moins significatif. Lorsque les crachats d'une personne phthisique sont réunis dans un vase, et qu'on vide ce vase dans la cour de la ferme, où toutes les poules viennent se disputer ce produit morbide, il n'est pas rare d'observer une espèce d'épizootie, dont la cause n'est autre que l'usage alimentaire de ces crachats, ainsi que le démontre l'autopsie. »

Pour en revenir au travail de M. Villemin, qui trouve dans ces faits une confirmation, c'est particulièrement dans les produits d'expectoration desséchés des phthisiques que cet habile observateur voit, en effet, les conditions les plus communes et les plus habituelles de la transmission de la tuberculose. C'est de ce fait aussi qu'il déduit la prophylaxie, qui se résume dans ces deux propositions : éviter l'agent morbifique, augmenter la résistance de l'organisme.

Ce travail est trop important pour nous borner à cette analyse. Nous aurons certainement l'occasion d'y revenir.

L'Académie, avant d'entendre ces deux lectures, a procédé à l'élection d'un membre dans la section d'hygiène. M. Fauvel, que ses travaux et sa haute position d'hygiéniste désignaient naturellement au choix de l'Académie, a été élu au premier tour de scrutin, à une grande majorité (59 sur 80 votants). Les autres voix ont été réparties entre MM. Hillairet, G. Lagneau, Le Roy de Méricourt et Bertillon.

Une nouvelle vacance a été déclarée ouverte dans la sectio de médecine opératoire, en remplacement de M. Lagneau.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOURDON.

Hémorrhagie. — Anémie. — Anasarque sans albuminurie.

(Lu à la Soc. méd. d'Observ. le 22 mars 1868 par M. Bettenaint.)

OBSERVATION. — Le nommé Pierre Cellier, âgé de 25 ans, journalier, entre le 19 mars 1868 dans le service de M. Bourdon, salle Saint-Louis, n° 5.

20 mars. — Le malade est d'une constitution moyenne. Il raconte avoir reçu, 15 jours auparavant, dans une querelle, un coup violent sur le nez. Il aurait perdu une certaine quantité de sang sur le moment, et aurait eu, 8 jours après, une violente hémorrhagie nasale, sans nouvelle cause occasionnelle. A la suite de cette nouvelle perte de sang, une syncope. Il nous dit n'avoir jamais eu auparavant ni hémorrhagie, ni anasarque. Le malade évalue à 5 litres la perte de sang qu'il aurait éprouvée. Cette quantité est certainement exagérée, mais le malade a dû perdre une quantité de sang considérable, car il se présente à nous dans un état d'anémie profonde.

Il est entièrement pâle; la peau est décolorée, ainsi que la muqueuse des lèvres et la muqueuse conjonctivale. Pas de signes d'ascite. La face est bouffie, œdématiée; le corps tout entier nous présente une anasarque généralisée.

L'auscultation nous révèle un bruit de souffle anémique à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou. Le pouls est large. L'auscultation de la poitrine ne nous révèle rien d'anormal.

Les urines sont soumises à l'action de la chaleur et de l'acide nitrique : on ne trouve pas de traces d'albumine.

Le malade nous dit ne pas avoir souffert de la misère ni de la faim. Il se portait bien avant ces hémorrhagies. Son état de maladie n'est venu qu'à la suite des pertes de sang qu'il a éprouvées. Il n'a pas eu de diarrhée; les selles sont normales.

L'appétit est conservé, mais la faiblesse du malade est extrême.

TRAITEMENT. — Tisane, vin de Bordeaux, quinquina.

21 mars. — On trouve le malade dans le même état que la veille. La faiblesse est énorme. On examine avec attention les urines. Pas de traces d'albumine. On continue le même traitement.

22 mars. — Le malade, qui garde le repos au lit depuis 2 jours, se trouve déjà mieux. On commence à trouver une diminution dans l'œdème. Nouvel examen des urines, sans trace d'albumine.

Du 23 mars au 26. — L'anasarque continue à diminuer graduellement; le malade se sent aller de mieux en mieux; les forces lui reviennent. On continue à examiner ses urines, examen qui donne toujours un résultat négatif au point de vue de l'albumine.

1er avril.—La faiblesse disparaît tous les jours, l'anasarque a presque complétement disparu, le pouls devient de jour en jour meilleur. Le malade se lève et prend un peu d'exercice.

Du 2 avril au 8 avril.— Le mieux continue, l'œdème a complétement disparu. On a continué à examiner les urines chaque jour et jamais on n'a trouvé d'albumine.

Enfin le malade étant en pleine convalescence part le 9 avril pour l'asile de Vincennes.

En résumé, cette observation nous montre un individu jouissant ordinairement d'une bonne santé, sans prédispositions hémorragiques, et qui éprouve tout à coup une perte de sang très-considérable. Il en résulte une anémie profonde, anémie par déperdition, et qu'il faut rattacher à l'hémoragie. On ne peut la rattacher à des privations antérieures; l'individu n'a pas souffert antérieurement de la misère; il n'a pas eu non plus de diarrhée. Cet état anémique a une durée relativement assez courte, puisqu'au bout de 15 jours de séjour à l'hôpital, et sous l'influence d'un traitement tonique et réparateur, il part en pleine convalescence pour l'asile de Vincennes.

Enfin, chez cet individu profondément anémié, survient une anasarque sans albuminurie, et qui suit une marche en rapport avec l'anémie passagère dont le malade est atteint.

Nous croyons pouvoir rattacher cette anasarque à l'état anémique.

En effet, l'examen attentif du malade, l'inspection de ses organes, ne nous ont révélé aucune lésion matérielle qui nous permît de rattacher l'hydropisie à une altération organique ou à un obstacle au cours du sang.

Notre observation nous paraît devoir être classée parmi les cas d'hydropisie qui reconnaissent pour cause une altération du sang, et cette altération du sang c'est l'anémie. Il existe dans la science un certain nombre de faits dans lesquels l'anémie a été la cause de l'anasarque.

Nous ne pouvons pas faire ici l'historique de cette question, ni entrer dans de plus grands développements au sujet de la relation qu'il y a entre l'anémie et l'anasarque et le mécanisme par lequel s'est produite cette hydropisie.

Nous citerons seulement une intéressante observation publiée en 1844 par M. de Castelnau, et qui montre d'une manière bien remar-

FEUILLETON

DES SECOURS VOLONTAIRES

A fournir dans les batailles navales, et en particulier de l'exécution de l'art. 13 de l'acte additionnel du 20 octobre 1868 à la convention de Genève du 22 août 1864.

Les derniers engagements sur mer ont prouvé qu'on ne peut rien espérer des flottes belligérantes eu égard au sauvetage des naufragés; les Etats de l'Europe ont donc jugé à propos de décider, par l'art. 13, des stipulations additionnelles à la convention de Genève du 20 octobre 1868, *qu'il faut éveiller l'assistance privée pour le cas de guerre navale en déclarant neutres tous les bâtiments destinés au sauvetage des naufragés, et combler par là une lacune qui se faisait sentir depuis longtemps dans le cours des guerres maritimes.*

De là cette question : *Quelle est, en cas de guerre maritime, la tâche de l'assistance privée et des sociétés qui l'exercent?*

Les batailles navales ont lieu, soit à l'embouchure des fleuves, soit dans les ports, mais surtout en pleine mer, à quelque distance des ports. De la diversité du théâtre de la lutte résultent, pour l'assistance privée, des devoirs divers. En effet, les sociétés pour le sauvetage des naufragés qui existent maintenant dans presque tous les Etats de l'Europe trouvent bien, dans les combats aux embouchures des fleuves ou dans les ports, un beau champ d'activité; mais ces sociétés restent nécessairement sans pouvoirs dans les rencontres en pleine mer puisqu'elles ne possèdent point de bateaux à vapeur à marche rapide qui puissent porter secours aux vaisseaux sur le point de sombrer. Si donc les sociétés de secours trouvent, dans le premier cas énoncé, une association déjà organisée avec laquelle elles peuvent s'entendre pour avoir à leur disposition, dans le cas d'une guerre navale et moyennant des primes élevées, des bateaux de sauvetage, leurs équipages et, en outre, un nombre suffisant de canots, elles ont, dans le cas de combats en pleine mer, à préparer les moyens de secours et à résoudre les trois problèmes suivants :

I. — Leur *première* tâche est de *louer des bateaux à vapeur et de décider à qui incomberont les frais occasionés par les dommages faits à ces navires ou par leur perte complète.*

Les sociétés d'assurances n'ont pas voulu, jusqu'à présent, garantir les risques courus par les navires se trouvant sur le théâtre d'un engagement.

On peut se demander néanmoins si, moyennant une prime élevée, elles ne consentiraient pas à le faire parce que les bâtiments de secours sont déclarés neutres. Si elles refusaient, les sociétés de secours devraient se charger elles-mêmes de garantir ces risques.

Aussitôt que cette question sera résolue, les sociétés de secours pourront disposer, à leur choix, des nombreux bateaux à vapeur dont le service est interrompu en temps de guerre.

II. — Leur *seconde* tâche est de *décider quels seront les bâtiments de secours à préférer et d'en faire le choix*, qui sera différent selon que ces bâtiments :

1° offriront leurs services *pendant* l'action même,

2° ou ne le feront *qu'après* le combat.

1. Le 13e article additionnel, en date du 20 octobre 1868, suppose que les bâtiments de secours seront en activité pendant l'action même; mais il stipule expressément qu'aucune demande de dédommagement en cas d'avaries ou de perte ne sera acceptée. On doit donc se demander si l'emploi de ces bâtiment est indispensable pendant l'action.

Les vaisseaux de guerre n'ont d'autre but, pendant le combat, que la destruction du matériel de guerre de l'ennemi, c'est-à-dire de ses bâtiments, soit en canonnant ou en abordant ceux ci, soit en heurtant leurs flancs. Ce but exclut tous les autres. De plus, le sauvetage des naufragés demande beaucoup de temps, attendu que le bateau à vapeur en marche doit s'arrêter, mettre à la mer et équiper les canots, s'approcher de chacun des naufragés dispersés sur l'eau, revenir au bateau, y faire hisser le canot; enfin, la rapidité avec laquelle marchent les vaisseaux en action est si grande, qu'on ne peut attendre aucun secours pour les naufragés. De tout cela il faut conclure qu'on ne peut attendre aucun secours, pour les naufragés, ni des vaisseaux de guerre, ni des bâtiments qui naviguent avec eux de concert, comme les alléges, les avisos, etc.

Les vaisseaux-hôpitaux pourraient seuls, par suite, contribuer au sauvetage; mais comme, d'après la convention de Genève, ils deviennent la propriété de l'ennemi s'ils tombent

quable la relation de cause à effet qui existe dans la production de l'anasarque à la suite d'une anémie profonde. Il s'agit, dans cette observation, d'un épistaxis chronique produisant un état d'anémie très-prononcé, avec anasarque, dont la marche suit les variations de l'anémie, qui, elle-même, varie avec l'épistaxis. Andral a établi que l'hydropisie semble être une conséquence de la diminution de l'albumine du sérum. Puis, Béquerel et Rodier, ont pu, dans trois cas d'hydropisie aiguë, constater une diminution notable dans l'albumine du sérum, sans qu'il y ait eu albuminurie.

Ils affirment que cette diminution de l'albumine du sérum peut se produire d'une manière rapide à la suite d'hémorrhagie, et qu'elle se traduit alors par de la pâleur, décoloration des tissus, une grande débilité, et surtout par une anasarque générale, sans qu'il y ait de l'albumine dans les urines.

La diminution de proportion des globules est tout à fait incapable de déterminer une hydropisie, à moins que la diminution de l'albumine du sérum ne soit venue s'y ajouter.

Enfin M. Sée nous apprend que lorsque les hémorrhagies prennent une intensité exagérée, l'albumine est soumise alors à une dépréciation marquée, en même temps que le sang éprouve d'autres altérations qui ne tardent pas à entraîner les plus graves désordres dans l'économie, particulièrement la transsudation du sérum à travers les tissus cellulaires et séreux.

La désalbuminémie peut se manifester sans que l'albumine ait été éliminée par les voies urinaires, c'est-à-dire sans qu'il y ait eu albuminurie préalable.

En résumé, nous avons eu affaire à un malade qui éprouve accidentellement une hémorrhagie abondante, à la suite de laquelle est survenue une anémie, qui a été la cause d'une anasarque sans albuminurie.

CLINIQUE DE VALS. — M. Clermont (de Lyon).

Source Précieuse.

(*Eau sodo-magnésienne ou laxative.*)

I

Entre l'eau de la bonne et douce Saint-Jean, comme l'appellent deux éminents praticiens, MM. les Drs Milliet-Gonzague (d'Orange) et Pillet (de Lyon), entre cette eau tempérante et sédative et les eaux sodo-magnésiennes, légèrement laxatives, de Vals, existe une énorme différence, soit au point de vue de leur composition chimique, soit, par conséquent, au point de vue de leurs propriétés physiologiques.

La première, en effet, ne contient guère que 2 grammes de principes fixes, tandis que nous en trouvons 10 et 12 dans les eaux sodo-magnésiennes, dans celles des sources *Précieuse* et *Désirée*, et nous allons voir bientôt que leur action sur l'économie ne diffère pas moins.

C'est donc en nous basant sur ces différences de composition chimique et d'effets sur les fonctions que nous avons séparé ces dernières eaux des faibles ou tempérantes d'une part, et d'autre part d'eaux sodiques, aussi très-minéralisées, mais dont elles diffèrent encore par une moins grande proportion de fer et par une plus grande quantité de bicarbonate de magnésie.

Le professeur Trousseau avait si bien remarqué l'heureux effet des eaux carbo-sodiques, surtout quand elles sont aussi magnésiennes, qu'il en avait spécialement conseillé l'emploi, de préférence à tout autre moyen, dans les affections de l'appareil digestif marquées par un certain degré d'atonie du tube intestinal. C'est la même doctrine que nous suivons à Vals, toutes les fois que nous nous trouvons en face de maladies chroniques des viscères abdominaux compliquées de constipation régulière et tenace.

Depuis de longues années, depuis deux siècles au moins, l'eau de la source *Camuse* était considérée à Vals comme une eau laxative. Tous les écrits antérieurs aux nôtres en font foi, et il n'y a pas longtemps encore, par suite de cette réputation que la tradition lui avait conservée, elle servait de lieu de rendez-vous à une foule d'habitants des cantons voisins, qui, comme leurs pères et leurs aïeux, venaient chercher près de la source carbo-magnésienne de la Camuse la cure que d'autres vont demander en Suisse aux raisins cueillis et mangés à la rosée.

Aujourd'hui, les sources *Précieuse* et *Désirée* ont hérité de la faveur dont jouissait autrefois la *Camuse*, qui, du reste, n'a jamais été l'objet d'une grande exportation. Leurs eaux sont en effet plus magnésiennes et plus laxatives que celles de cette dernière : l'analyse chimique et l'expérience de tous les jours ont peu à peu déterminé la préférence que leur accordent maintenant, et à juste titre, non-seulement les médecins de Vals, mais tous les praticiens qui connaissent les ressources et le maniement de nos eaux carbo-sodiques.

Les eaux laxatives qui émergent des sources *Précieuse* et *Désirée* sont à peu près identiques ; la seconde néanmoins, étant un peu plus minéralisée et un peu plus active et stimulante, est réservée pour les états les plus complets d'inertie de l'appareil digestif, tandis que l'eau de la Précieuse, un peu plus douce, peut-être aussi plus agréable au goût, suffit et réussit bien dans ces dyspepsies bilieuses et flatulentes, si fréquentes, et qui s'accompagnent le plus souvent de constipation.

En voici deux exemples entre cent :

Dyspepsie bilieuse et flatulente. — M. le comte de C..., sur le conseil de nos très-honorables confrères MM. Mayor (de Genève) et Tessier (de Lyon), vient à Vals, le 24 juin 1868, dans le but de s'y guérir d'une dyspepsie flatulente bilieuse, déjà ancienne. Agé de 41 ans, grand et bien constitué, M. de C... a néanmoins éprouvé de nombreuses vicissitudes de santé. Une atteinte de jaunisse en 1854, depuis lors une fièvre typhoïde adynamique, le choléra ont été les principales. Enfin il a rendu quelques fragments de tœnia, pour lesquels il a pris le remède de Peschier (de Genève), dont il n'a, dit-il, retiré qu'une grande irritation intestinale. Nous notons brièvement, pour l'état présent, des digestions lentes, quoiqu'il y ait de l'appétit ; deux ou trois heures après le repas, flatulences, borborygmes et vertige intestinal. La langue est saburrale, jaunâtre. Enfin rappelons l'état habituel de constipation, qui décide le traitement par l'eau de la *Précieuse* : deux verres, matin et soir.

Cette faible dose, continuée pendant toute la durée de la cure thermale, a suffi non-seulement pour entretenir la liberté du ventre, mais même a produit de temps à autre des selles diarrhéiques, que l'on suspendait, pour ainsi dire à volonté, en donnant l'eau des reconstituantes à même dose.

Après vingt-deux jours de ce régime, la dyspepsie et son cortége de flatulence et de constipation avaient cessé. L'eau sodo-magnésienne de la *Précieuse* avait rétabli les fonctions, et M. le comte partit satisfait, nous promettant sa visite pour l'an prochain.

Dyspepsie bilieuse. — Le 23 août dernier, Mme E..., âgée de 63 ans, nous est adressée par M. le Dr Berne, ex-chirurgien en chef de l'hospice de la Charité de Lyon et professeur à l'École de médecine de la même ville. La lettre de M. le professeur Berne caractérise la maladie par ces deux mots : *dyspepsie bilieuse*. Depuis dix-huit mois, en effet, Mme E..., vivement émotionnée par la chute inopinée d'un homme qui tombait d'une fenêtre élevée, a des digestions difficiles, lentes, des maux de cœur, du malaise vers la région pylorique et dans celle de la vésicule du foie. Deux ou trois heures après les repas, le ventre devient gênant et ballonné; la constipation est habituelle, et quand par hasard apparait un peu de diarrhée, les phénomènes morbides semblent s'atténuer légèrement. Le teint est jaune, la langue d'un blanc verdâtre; la malade est sans appétit; elle répugne surtout à manger de la viande. Des flatuosités, de petites coliques sourdes et fréquentes incommodent Mme E..., que de légers purgatifs et les moyens indiqués par une médication sage et méthodique ont souvent soulagée, mais seulement pour un ou deux jours.

Nous prescrivons l'eau de la *Précieuse* à faible dose, deux verres matin et soir; elle est bien tolérée, mais elle ne commence à rendre les selles faciles qu'à partir du septième jour. Continuée jusqu'à la fin du traitement, elle finit, tout en faisant disparaître les accidents dyspeptiques, par produire quotidiennement une ou deux selles diarrhéiques. Après trois semaines, nous pouvons renvoyer Mme E... à son médecin, avec une lettre portant ces mots ; « La fille de Mme E... a été parfaitement remise de sa chloro-anémie par l'eau de la *Dominique;* quant à elle, par l'usage de l'eau laxative de la *Précieuse*, elle a vu disparaître sa constipation, le ballonnement du ventre et les autres troubles dyspeptiques. Avec vos bons conseils, l'état de santé qu'elle offre aujourd'hui sera maintenu; l'eau de la source *Précieuse* pourra encore lui être utile, si l'état bilieux et la constipation venaient à le réclamer. »

L'eau fondante et résolutive de la source *Précieuse* nous est encore utile dans des affections en apparence plus graves, par exemple dans des cas de vomissements qui semblent incoercibles. Entre autres malades, le Dr Santon fils, de Bolène (Vaucluse), nous a adressé une jeune demoiselle, dont l'histoire abrégée confirmera ce que nous avons dit des qualités laxatives et apéritives de l'eau dont nous parlons.

SUR LA ROTATION ARTIFICIELLE DU CRANE

DANS LES POSITIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES

Par M. Bailly, professeur agrégé.

Dans les positions occipito-postérieures, c'est-à-dire dans celles où l'extrémité occipitale du crâne se trouve, au début du travail, dirigée vers un des points de la moitié postérieure du bassin, il n'est pas rare de voir manquer ou s'effectuer à contre-sens le mouvement de rotation si remarquable et si utile tout à la fois, en vertu duquel l'occiput se trouve ramené par les progrès du travail sous la symphyse pubienne. La position reste alors jusqu'à la fin du travail postéro-latérale, ou elle devient occipito-sacrée c'est-à-dire occipito-postérieure directe.

Les conséquences de cette anomalie toujours regrettable du mécanisme de l'accouchement sont assez variables. Elles diffèrent suivant le volume de la tête, les dimensions du canal pelvien, la constitution et l'étendue du périnée, la disposition de l'orifice vulvaire. Dans ses effets les moins fâcheux, elle se borne à rendre l'accouchement long et pénible, mais celui-ci se termine spontanément. On voit alors la tête, abaissée dans l'excavation, y éprouver, sous l'influence de contractions énergiques de la matrice et des muscles abdominaux, un mouvement de flexion forcée, l'occiput glisser lentement sur le plancher du bassin et parvenir péniblement à la vulve, comme le ferait l'extrémité d'une longue tige rigide et droite, engagée et comme enclavée dans un canal courbe, dont elle ne parcourt l'étendue qu'en opérant un frottement dur sur ses parois. Ce résultat, dont les femmes multipares nous offrent le plus d'exemples, ne s'observe qu'exceptionnellement chez les primipares.

Dans d'autres cas, plus fâcheux que les précédents, l'extrémité occipitale de la tige céphalique ne franchit la vulve qu'après avoir distendu outre mesure le plancher du bassin et formé une large brèche au périnée. Ou bien enfin, si ce dernier est assez fortement constitué et assez résistant pour contrebalancer les forces expultrices, cas fréquent chez les primipares, la progression du crâne est arrêtée, et l'utérus épuisé par des efforts prolongés et impuissants, cesse de se contracter régulièrement, mais reste dans un état de tension active sur le fœtus. (*Inertie avec rigidité ou par épuisement*, de Lachapelle.) Les données de la physique, je le répète, expliquent d'une façon très-satisfaisante les fâcheuses conséquences des positions occipito-postérieures, qui ne se réduisent pas en antérieures par les progrès du travail; je me borne donc à les rappeler ici.

Or, dans les cas où la direction vicieuse du crâne, combinée avec la résistance du périnée, crée un empêchement absolu à la terminaison spontanée de l'accouchement, et dans ceux où l'état de la femme, fatiguée par de longues souffrances et des efforts infructueux, doit rendre dangereuse la prolongation du travail, l'accoucheur se trouve dans la nécessité d'intervenir. Si, à ce moment, on a recours au forceps, seule opération indiquée dans ces conditions, on est souvent surpris de la facilité avec laquelle la position de la tête se trouve promptement modifiée par l'instrument. L'introduction de la première branche du forceps, en ébranlant le crâne, suffit parfois pour provoquer immédiatement une rotation étendue, préparée en quelque sorte par les contractions de la matrice, mais qu'un léger obstacle semblait entraver. D'autres fois, l'application de l'instrument s'achève sans modifier les rapports défectueux de la tête, mais, dès les premières tractions, celle-ci tourne entre les cuillers ou bien elle

---

entre ses mains, il n'est pas possible qu'ils soient employés à sauver les naufragés ennemis. Ceux-ci, en effet, ne se trouvent jamais, ou du moins arrivent rarement dans le voisinage des vaisseaux-hôpitaux, placés en arrière de la ligne de bataille ; c'est le plus souvent en avant de cette ligne ou sur cette ligne même qu'on les rencontrera accrochés à des débris. En outre, les vaisseaux-hôpitaux ont à recevoir les blessés et les malades de leur propre flotte et à obéir aux signaux des navires qui font partie de celle-ci ; dans un combat sanglant, même en cas de victoire, les blessés sont très-nombreux ; les naufragés n'ont donc aucun secours à attendre de ce côté.

Si l'on pense encore à ceci : que l'équipage des grands navires cuirassés compte de 500 à 800 hommes ; que si ces navires viennent à sombrer, les canots disponibles, en supposant qu'ils n'aient éprouvé aucun dommage pendant le combat, et qu'on ait eu le temps de les mettre à flot, *peuvent à peine recevoir la moitié de l'équipage ;* si l'on tient encore compte de ce que l'ennemi ne peut épargner, à moins qu'ils ne se rendent à discrétion, les hommes recueillis dans les canots, attendu qu'ils pourraient, leur sauvetage s'effectuant dans un intervalle du combat, servir à remplir les vides sur les vaisseux de leur flotte, et prendre de nouveau part à la lutte, on conclura que, pendant le combat, les naufragés n'ont guère à compter que sur l'assistance privée, c'est-à-dire sur les bâtiments de secours.

Ces bâtiments doivent donc être en activité *pendant* le combat, et les dernières luttes maritimes ont prouvé qu'ils devaient agir en toute célérité.

De là les propositions suivantes :

a. Les bâtiments de secours doivent suivre les flottes de guerre dans leurs mouvements ; l'autorisation nécessaire sera demandée aux amiraux commandants.

b. Ces bâtiments doivent accourir sans tarder, au risque d'avaries, au secours du navire qu'un signal leur annonce être en danger de sombrer ou de devenir la proie des flammes, à quelque nationalité qu'il appartienne.

Il est, par suite, nécessaire que les États de l'Europe adoptent un signal qui leur sera commun à tous et servira dans les cas de naufrage ou d'incendie (pavillon jaune).

2. Après le combat, l'activité des bâtiments de secours s'exerce dans une nouvelle direction. Les naufragés des navires qui ont sombré, brûlé ou sauté pendant la bataille ont dû être recueillis, et il ne peut s'en rencontrer que quelques-uns attachés aux épaves. La tâche principale est alors de débarrasser de leurs malades et de leurs blessés les vaisseaux-hôpitaux et les navires de guerre, pour éviter l'encombrement inévitable qui suit les engagements acharnés ; et cette tâche est très-importante, car l'entassement, dans les chambres étroites et mal aérées, d'un grand nombre de blessés et de malades peut engendrer la pyaimie, la gangrène, le typhus, etc.

Les bâtimens de secours doivent donc, imédiatement après le combat ou pendant ses intervalles, et dès que les naufragés ont été recueillis, faire savoir, en hissant un signal, qu'ils veulent et peuvent prendre à bord des blessés et des malades. Les puissances auront à s'entendre à propos de ce signal (jaune avec une croix rouge).

La dernière tâche des bâtiments de secours, après la bataille, est de transporter les blessés et les naufragés jusqu'au port et de les installer dans les casernes, dans les quartiers et dans les lazarets de réserve préparés pour eux par les sociétés de secours.

Des observations faites sous les nos 1 et 2, en ce qui concerne la tâche à remplir par les bâtiments de secours avant et après le combat, il résulte que ces bâtiments doivent, autant que possible, être de légers bâteaux à vapeur, tenant bien la mer, assez rapides pour suivre les évolutions des flottes, assez dociles pour se mouvoir facilement au milieu des épaves et des naufragés, enfin possédant un entre-pont spacieux et élevé où l'on puisse installer convenablement les blessés.

On choisira ces bâteaux pendant la paix.

III. La *troisième* tâche des sociétés de secours consiste dans l'équipement, le gréement et l'organisation des bateaux. Comme ils sont destinés, ainsi qu'on l'a dit plus haut, à combler une lacune qui a existé jusqu'à présent, ils doivent devenir partie intégrante de l'organisation militaire, et, d'après le principe *in pace para bellum*, être préparés pendant la paix. Les sociétés de secours doivent donc se préparer à la formation du personnel et à la réunion du matériel nécessaires en paix et en guerre.

(*Sera continué.*)

---

roule dans le bassin, entraînant le forceps dans sa rotation. Ce second cas est peut être encore plus fréquent que le précédent, et il n'est point d'accoucheur voué à la pratique un peu active des opérations obstétricales qui n'ait été plusieurs fois témoin de ces conversions subites du crâne, dont le mérite lui est tout à fait étranger. Enfin dans une troisième catégorie de faits dont je ne puis préciser rigoureusement la proportion par des chiffres, mais que mes souvenirs me permettent d'évaluer à la moitié des cas environ, cette propension naturelle de la tête à opérer sa rotation physiologique paraît faire totalement défaut. On saisit le crâne et on l'abaisse sans que l'occiput manifeste de tendance à se rapprocher de la partie antérieure et médiane du bassin.

Or, cette troisième catégorie de faits, certainement la plus plus intéressante au point de vue pratique, soulève une question de médecine opératoire vraiment importante, qui est la suivante : Comment, lorsque dans une position occipito-postérieure non réduite, l'ébranlement du crâne produit par l'application du forceps ou par les premières tractions faites avec cet instrument n'a pas ramené l'occiput en avant, doit-on opérer le dégagement de la tête? Doit-on se borner à la saisir et l'extraire sans rien changer à sa direction primitive? Faut-il, au contraire, faire au préalable exécuter au crâne son mouvement de rotation et ne dégager la tête qu'après avoir ramené l'occiput sous la symphyse pubienne? Cette question de pratique chirurgicale, je le répète, a de l'importance. Elle est encore aujourd'hui controversée et résolue diversement par les hommes qui font autorité en obstétricie?

Dans un mémoire plus étendu sur le même sujet, dont j'ai donné lecture à la Société de chirurgie, séance du 25 mars 1868, j'ai pris soin de catégoriser les préceptes formulés par les écrivains qui se sont occupés de la question, et j'ai rapporté l'opinion d'un certain nombre d'entre eux. Dans un écrit d'un caractère exclusivement pratique comme celui-ci, la reproduction de ces détails bibliographiques me paraîtrait tout à fait superflue. En conséquence il me suffira de rappeler ici que tandis que certains auteurs, retenus par la crainte de tordre le cou de l'enfant outre mesure et de léser grièvement le rachis et la moelle ou de contondre les organes de la mère, recommandent de dégager dans tous les cas l'occiput en arrière, une autre série d'auteurs, redoutant moins la production de lésions traumatiques graves, veulent qu'on cherche toujours d'abord à opérer la réduction céphalique, persuadés qu'on réussira dans presque tous les cas à l'effectuer aisément et sans danger pour la mère et pour l'enfant.

Mon but en publiant les deux observations qui suivent est de confirmer par les données de la clinique le précepte formulé par ces derniers auteurs et d'établir, au moyen de faits de pratique que je crois probants, que la rotation artificielle du crâne est une opération possible et même facile dans le plus grand nombre des cas, sinon dans tous, et qu'on doit la tenter toutes les fois que, dans les positions occipito postérieures non réduites, la longue durée du travail oblige à terminer l'accouchement par l'emploi du forceps.

Du reste, cette pratique n'est pas nouvelle; elle est très-explicitement indiquée dans Smellie, et pour ne citer que des accoucheurs contemporains, MM. P. Dubois et Danyau en donnaient souvent à leurs élèves le précepte et l'exemple. Toutefois, le célèbre professeur de clinique d'accouchement ne recourait qu'exceptionnellement à cette manœuvre et ne semble pas, dans les cas auxquels il est fait allusion ici, en avoir jamais fait l'objet d'une généralisation dont l'idée paraît due à deux de ses élèves, M. le docteur Blot et M. le professeur Depaul. J'ai toujours entendu ce dernier, dans son enseignement clinique, conseiller de ramener sous la symphyse pubienne l'extrémité occipitale du crâne, dans tous les cas où elle reste tournée vers la paroi postérieure du bassin, et d'un autre côté, en 1863, M. Blot, dans une série de leçons professées à la clinique d'accouchement de la Faculté sur ce sujet, insistait sur les avantages et l'innocuité de la rotation artificielle et réfutait les objections adressées à la méthode. Quoi qu'il en soit, du reste, de la priorité du mérite d'avoir remis en honneur le précepte de Smellie, question que je n'ai ni l'intention de soulever ni le pouvoir de trancher en faveur de l'un ou de l'autre de ces deux savants accoucheurs, le principe de la rotation artificielle du crâne, dans les positions occipito-postérieures, me paraît excellent, et pour ma part je l'ai complétement adopté. Le succès ne m'a jamais fait défaut dans aucun des six cas où j'en ai tenté l'application, et je ne doute aucunement que cette méthode ne donne d'aussi bons résultats aux accoucheurs qui l'emploieront en se conformant aux règles qu'il me reste maintenant à indiquer.

Règles générales et particulières de la manœuvre. — L'emploi de la rotation artificielle est subordonnée à une condition indispensable et sans laquelle on ne devra jamais songer à en faire usage, c'est une connaissance parfaitement exacte des rapports actuels de la tête avec le bassin ou de ceux qu'elle affectait avec ce canal au début du travail. Cette connaissance permet seule d'agir avec sécurité, en indiquant clairement le sens dans lequel la rotation doit avoir lieu. La moindre incertitude relativement à la position du crâne commanderait impérieusement l'abstention, et si une prolongation insolite du travail ou un accident obligeait à terminer promptement l'accouchement, mieux vaudrait dégager la tête par des tractions directes et sans rien changer à sa direction, que d'entreprendre une rotation qui, faite en sens inverse de la rotation physiologique et dépassant une demi-circonférence, pourrait, si le tronc ne tournait pas avec la tête, avoir des dangers pour l'enfant. Le diagnostic de la position étant donc *très-rigoureusement* établi au moyen du toucher, et aucun doute ne pouvant subsister sur la direction et les rapports réels de la tête, le forceps est appliqué avec les précautions ordinaires. La tête est régulièrement saisie par ses parties latérales, et le bord concave des cuillers tourné vers la région fronto-bregmatique. Si, à ce moment, les progrès du travail ont amené la tête près de la vulve, on peut commencer de suite à opérer la rotation. La partie fœtale est-elle au contraire située encore au-dessus du détroit inférieur, sans rien changer à ses rapports primitifs, on l'abaisse préalablement sur le périnée, de manière à faire bomber notablement ce plan membraneux. Cet abaissement préalable du crâne me paraît avoir la plus grande importance, et j'y insiste tout particulièrement. D'une part, en agissant ainsi, on se conforme plus exactement aux procédés de la nature qui n'opère, en général, la conversion de la partie fœtale qu'au moment où celle-ci franchit le détroit inférieur et subit la réaction du plancher du bassin, et, d'autre part, on rend infiniment plus facile et exempte de péril pour la mère, la rotation de la tête fœtale et de l'instrument, qui n'ont plus à s'accommoder qu'à l'axe d'une seule ouverture du bassin, et tournent dans un orifice en partie formé de parties souples et mobiles, au lieu de tourner au centre d'un canal courbe et à parois rigides.

La tête étant donc abaissée autant que possible et en partie logée dans le périnée distendu, on commence à lui imprimer le mouvement rotatoire qui doit conduire l'occiput sous les pubis. Dans ce but, les manches du forceps sont inclinés avec précaution et lenteur du côté du bassin opposé à celui que doit suivre l'occiput, et celui-ci, il est à peine besoin de le dire, doit toujours être conduit dans le sens de sa progression naturelle, c'est-à-dire en avant puis à droite, dans la position postéro-latérale gauche; en avant puis à gauche, dans la position occipito-iliaque droite postérieure. Ce mouvement n'exige jamais d'efforts de la part de l'accoucheur, mais seulement, à son début, une impulsion fort modérée. Dès que l'occiput a dépassé le diamètre transverse du conduit génital, surtout si les contractions utérines ne sont point éteintes, la rotation s'achève seule et avec rapidité, et en un instant l'occiput est ramené en avant et le bord concave du forceps renversé sur la fourchette. Malgré ce renversement de sa disposition normale, l'instrument peut très-bien servir à étendre la tête et à la sortir de la vulve. En effet, à ce moment, comme le fait remarquer M. Blot, le crâne est presque entièrement sorti du bassin, et comme l'extrémité seule des cuillers est encore engagée dans les voies génitales, il est facile de les surveiller et d'empêcher qu'elles ne produisent aucune lésion des parties maternelles.

Une application nouvelle et régulière de l'instrument faite dans le but d'achever l'extraction de la tête, me semble donc tout à fait superflue dans la presque totalité des cas, et comme elle n'est pas sans inconvénients pour la mère, qu'elle inquiète ou fait souffrir, on s'en abstiendra autant que possible. D'ailleurs il est assez fréquent de voir, quand la matrice se contracte encore avec une certaine force, la tête et l'instrument expulsés en même temps à la fin du mouvement de rotation. Tout dernièrement encore, j'étais témoin de ce dégagement spontané chez une accouchée, qui fait le sujet de ma seconde observation.

Telles sont les données générales qui doivent guider dans la pratique de la rotation artificielle du crâne. Si nous cherchons maintenant à en faire l'application à chacune des trois positions occipito-postérieures principales qui peuvent s'offrir à l'accoucheur, nous verrons qu'il doit procéder dans chacun de ces cas de la manière suivante :

A. *Position occipito-iliaque gauche postérieure.* — La branche à pivot, introduite la première (je considère comme de peu d'importance de placer d'abord la branche postérieure), est conduite derrière la cavité cotyloïde gauche. La branche à mortaise est laissée à droite et en arrière du bassin. La tête étant ainsi régulièrement saisie, je l'abaisse le plus possible, et lorsqu'elle distend le perinée, j'incline lentement les manches du forceps vers la cuisse droite de la mère, puis au-dessous du siége.

La rotation est achevée, et sans désarticuler l'instrument je m'en sers pour étendre la tête et la dégager.

B. *Position occipito-iliaque droite postérieure.* — La branche à pivot est placée au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, la branche à mortaise derrière la cavité cotyloïde droite, et, comme dans le cas précédent, le bord concave des cuillers regarde la région fronto-bregmatique. Je tire, puis dirige l'occiput en avant et à gauche vers l'arcade pubienne, en portant les manches du forceps vers la cuisse gauche de la mère, puis au-dessous d'elle. La rotation achevée, extension de la tête, puis dégagement comme précédemment.

C. *Position occipito-postérieure directe ou occipito-sacrée.* — On se rappellera que cette position n'est jamais primitive, mais qu'elle succède dans tous les cas à une position postéro-latérale droite ou gauche, qu'il faut de toute nécessité avoir reconnue avec exactitude, au début du travail, pour savoir de quel côté porter l'occiput et opérer avec sécurité. Les cuillers du forceps étant exactement placées sur les côtés du bassin, leur bord concave dirigé en avant, et la tête ayant été d'abord fortement abaissée sur le périnée, l'occiput est conduit sous les pubis par la paroi latérale droite, si la position était primitivement droite postérieure; en suivant la paroi latérale gauche, dans le cas où il s'agissait d'abord d'une position postéro-latérale gauche.

A l'appui de ces préceptes, je relaterai les deux faits suivants, qui me paraissent suffisamment démonstratifs de l'innocuité de la manœuvre et de ses avantages.

(*Sera continué.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 13 avril 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet : 1° l'ampliation d'un décret qui approuve l'élection de M. Coste pour remplir la place d'associé libre, devenue vacante par suite du décès de M. Lafond-Ladébat; — 2° l'ampliation d'un décret qui approuve l'élection de M. Verneuil pour remplir la place de membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, rendue vacante par suite du décès de M. Velpeau; — 3° l'ampliation d'un arrêté qui nomme M. le docteur Lempereur bibliothécaire adjoint, en remplacement de M. le docteur Guadia.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un rapport de M. le docteur Després sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans l'arrondissement de Saint-Julien (Haute-Saône); — 2° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Drôme, du Calvados, de l'Orne, d'Eure-et-Loir et du Loiret (comm. des épidémies); — 3° un rapport sur les eaux minérales de Capverne, par M. le docteur Montagnan; de Saint-Laurent (Ardèche), par M. le docteur Coulet; de Saint-Alban, par M. le docteur Fay; de Castera-Verduzan, par M. le docteur Matet (comm. des eaux minérales); — 4° un tableau des vaccinations pratiquées dans les départements du Puy-de-Dôme, des Vosges, de la Somme, du Morbihan (comm. de vaccine).

M. Chassaignac met sous les yeux de l'Académie des dessins photographiques de M. le docteur Pankousie, représentant une tumeur énorme constituée par un fœtus anormalement développé, enlevée avec succès par l'écrasement linéaire.

M. Tardieu présente : 1° Au nom de M. le docteur Houzé de Laulnoix (de Lille), l'observation d'un cas d'empoisonnement par des graines de ricin; — 2° au nom de M. le docteur Gintrac (de Bordeaux), les tomes 6 et 7 du *Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale.*

M. Béclard présente, au nom de M. Coste, une brochure ayant pour titre : *De l'observation et de l'expérience en physiologie.*

M. le Président annonce qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de médecine opératoire, en remplacement de M. Lageau, décédé.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Gérardin, décédé.

La liste de présentation porte, en première ligne, M. Fauvel, 2° M. Hillairet, 3° M. Le Roy de Méricourt, 4° M. Gallard, 5° M. Bertillon, 6° M. Lunier. Sur la proposition d'un certain nombre de membres, l'Académie a adjoint à la liste le nom de M. G. Lagneau.

Sur 80 votants, majorité 41.

M. Fauvel a obtenu 59 suffrages;

M. Hillairet, 13;

M. Lagneau, 3;

M. Le Roy de Méricourt, 1;

M. Bertillon, 1;

3 bulletins blancs.

En conséquence, M. Fauvel est élu membre de l'Académie. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

RAPPORT

Sulfhydrométrie. — M. Chatin, au nom d'une commission composée de MM. Wurtz, Gobley et Chatin, lit un rapport sur divers mémoires de M. le docteur F. Garrigou, relatifs à la sulfhydrométrie.

M. Chatin conclut ainsi : « Après avoir déclaré, ce qui était devenu pour elle une nécessité, que M. Garrigou a été induit en erreur par les résultats de ses études sur la sulfhydrométrie, votre commission n'hésite pas à reconnaître que ce zélé médecin, à qui on doit d'intéressantes recherches paléontologiques, a cependant servi la science chimique en provoquant des controverses et des expériences dont celle-ci a profité. Par ces motifs, elle vous propose d'ordonner le dépôt des communications de M. Garrigou dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

LECTURES

Pathogénie du diabète. — M. Durand-Fardel donne lecture d'une note sur la pathogénie du diabète. Il se propose, dans cette note, de soumettre à l'Académie quelques vues générales empruntées à la clinique, et de chercher à éclairer la question du diabète par la comparaison de la diathèse sucrée avec deux autres états constitutionnels qui appartiennent à la même famille pathologique, la diathèse urique et la diathèse graisseuse.

M. Durand-Fardel, comme conclusion de ce travail, présente quelques observations succinctes sur deux sujets qui concourent à démontrer les liens de parenté qui unissent les trois grands états constitutionnels en question, à savoir : l'analogie des conditions étiologiques qui les préparent, et l'identité des indications thérapeutiques qui s'y adressent.

En clinique, on rencontre à chaque instant les diathèses urique, sucrée et graisseuse, rapprochées, successives, alternantes. Le diabète apparaît surtout chez des obèses. L'obésité s'allie presque toujours à la diathèse urique. Enfin, la goutte et la gravelle se combinent fréquemment avec le diabète.

Si l'on envisage d'une manière générale l'étiologie pathogénique de ces trois états constitutionnels, on voit qu'elle est dominée par ce grand fait de l'activité amoindrie de quelqu'une des grandes fonctions de l'organisme : l'activité musculaire, l'activité cérébrale, telle ou telle prédominance physiologique comportant l'inertie relative de telle ou telle activité nécessaire.

En regard de cette observation générale, M. Durand-Fardel insiste surtout sur l'identité des indications thérapeutiques.

Qu'il s'agisse de la goutte, du diabète ou de l'obésité, il n'existe qu'une indication salutaire : c'est d'activer l'assimilation, c'est-à-dire l'utilisation des principes qui servent de matériaux aux métamorphoses organiques. Il n'existe point de médicament de la diathèse urique, du diabète, ni de l'obésité. C'est l'hygiène surtout qui fournit de précieuses ressources contre ces états diathéiques. Aussi le beau travail de M. Bouchardat sur l'utilité de l'exercice dans le diabète est-il d'un enseignement précieux, non-seulement par les préceptes qu'il renferme, mais surtout par les principes qu'il établit. Il montre la véritable direction que doit suivre l'intervention médicale dans le traitement du diabète, comme dans celui des autres états constitutionnels qui s'en rapprochent.

Propagation de la phthisie. — M. Villemin donne lecture d'un mémoire intitulé : *De la propagation de la phthisie.* L'auteur expose, dans ce mémoire, les résultats des nouvelles expériences qu'il poursuit sur la tuberculose et les conséquences pratiques qu'elles lui semblent contenir.

Une première série d'expériences contient 4 cas de production de la phthisie obtenue par injection hypodermique avec une seringue de Pravaz.

Une deuxième série comprend 5 cas d'inoculation au moyen d'un fil à ligature imbibé de la matière tuberculeuse.

L'auteur étudie ensuite successivement : la production de la tuberculose au moyen des matières desséchées de l'expectoration des phthisiques, l'inoculation de la sueur des phthisiques, la production de la tuberculose par ingestion de la matière tuberculeuse et des crachats des phthisiques.

Les expériences faites avec les matières desséchées de l'expectoration tendent à prouver : 1° que les matières de l'expectoration des phthisiques gardent leur inoculabilité après la dessication ; 2° qu'elles la perdent lorsqu'elles restent à l'état liquide pendant quelques jours ; 3° ou qu'elles sont desséchées depuis trop longtemps.

Les expériences entreprises avec la sueur des phthisiques, trop peu nombreuses encore pour en déduire des conclusions certaines, portent à croire que la sueur n'est pas un principe de transmission de la tuberculose.

Pour établir le troisième point, la production de la tuberculose par ingestion de la matière tuberculeuse dans les voies digestives, M. Villemin a répété les expériences récentes de M. Chauveau, de Lyon ; les résultats, confirmatifs de ceux qu'a obtenus M. Chauveau, démontrent la pénétration des virus par l'ingestion, et achèvent de réfuter les objections qu'on a élevées contre la virulence de la phthisie.

« Ces expériences, dit l'auteur, semblent destinées à jeter quelque lumière sur la propagation de la tuberculose. Au point où en est arrivée cette importante question, on ne peut plus guère contester la légitimité des conclusions suivantes :

« Le tubercule et les matières de l'expectoration des phthisiques se comportent comme les substances virulentes, ils reproduisent la tuberculose par l'inoculation et par l'absorption des virus naturel (digestive, respiratoire). Les crachats rejetés depuis plusieurs jours et desséchés ne perdent pas cette propriété.

« Ces propositions entraînent cette conséquence fondamentale, que la phthisie doit être transmissible et que sa propagation peut et doit se faire par des produits émanés des individus malades. On peut donc tenter de préciser les circonstances capables d'expliquer atrionnellement la production de la tuberculose par transmission, mode de production proclamé pendant longtemps par l'observation clinique, mais qui avait disparu des enseignements de la science devant le règne tyrannique des théories médicales auxquelles il ne s'adaptait plus. »

M. Villemin après la relation de ces expériences et les déductions directes qu'il en tire, entre dans des développements très-étendus sur la détermination de conditions qui président à la transmission de la maladie et sur la prophylaxie qui découle naturellement des faits exposés dans ses recherches. (Ce travail est renvoyé à la commission précédemment nommée).

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Lycée impérial de Moulins. — M. le docteur Charvot, médecin du service des Enfants-Assistés de la Seine, et médecin des épidémies de l'arrondissement de Moulins, est nommé médecin-adjoint au lycée impérial de la même ville (emploi nouveau).

— Sur la proposition de l'Académie impériale de médecine, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient de décerner aux personnes désignées ci-après les récompenses destinées aux praticiens qui ont été signalés comme ayant fait le plus grand nombre de vaccinations et comme ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine dans l'année 1867.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Augier, à Salernes (Var); Bassier, à Pertuis (Vaucluse); Bernon, à Saint-Firmin (Hautes-Alpes); Bertrand, à Besançon (Doubs); Boursier, à Creil (Oise); Boussat, à Castillonnès (Lot-et-Garonne); Bravard, à Livry (Loire); Caillet, à Montoir (Loire-Inférieure); Carre, à Avignon (Vaucluse); Chevalier, à Provins (Seine-et-Marne); Clément, à Beaujeu (Rhône); Colin, à Vagey (Vosges); Combe, à Villefort (Lozère); Coussot, à Charroux (Vienne); Crié, à Laval (Mayenne); Dagand, à Alby (Haute-Savoie); Desorces, à Chabanais (Charente); Desneux, à Saint-Calais (Sarthe); Doit, à Reuilly (Indre); Du Burg, à Revel (Haute-Garonne); Ducharne, aide-major de 1re classe; Dumas, à Confolens (Charente); Dupré de Loire, à Valence (Drôme); Durand, à Labastide d'Anjou (Aude); Faigniand, à Paris; Frut, à Vergt (Dordogne); Gauchet, à Paris; Gente fils, à Puget-Théniers (Alpes-Maritimes); Gérain, à Ars (Charente-Inférieure); Fodefroy, à Rennes Ille-et-Vilaine); Gros, à Virieu (Isère); Jaubert, à Banon (Basses-Alpes); Laborde, à La Palisse (Allier); Larre, à Mauléon (Basses-Pyrénées); La Saigne, à Tournon (Ardèche); Malet, à Paris; Maritoux, à Liernais (Côte-d'Or); Ménard, à Lunel (Hérault); Meyer, à Bischwiller (Bas-Rhin); Miquel, à Cransac (Aveyron); Mouret, à Monistrol (Haute-Loire); Panis fils, à Reims (Marne); Pélissié, à Luzerch (Lot); Prallet, à Chambéry (Savoie); Restal, à Pontoise (Seine-et-Oise); Rancurel, à Lançon (Bouches-du-Rhône); Rives, à Mirepoix (Ariége); Rocher, à Pont-sur-Yonne; Roger, à Plouigneau (Finistère); Savidan, à Lannion (Côtes-du-Nord); Simon, à Birhl (Haut-Rhin); Sordet, à Ouroux (Saône-et-Loire); Spindler, à Ronchamps (Haute-Saône); Tardieu, à Rians (Var); Villegero, à Biterre (Moselle); Villeneuve, à Varen (Tarn-et-Garonne); Zyrowski, à la Grand'Combe (Gard).

MM. les officiers de santé : Abadier, à Samaran (Gers); Barry, à Vivarols (Puy-de-Dôme) ; Bernard, à Dieulouard (Meurthe); Borellot, à Estazel (Pyrénées-Orientales); Chipault, à Châteauneuf (Loiret) ; Darroze (Rogmont), à Luxey (Landes); Folacci, à Bastelica (Corse) ; Jouet, à Isigny (Calvados); Landeau, à Eysines (Gironde); Leca, à Arbori (Corse); Régnault, à Bain (Ille-et-Vilaine); Rogé, à Moulins (Aisne); Thouvenet, à Nantiat (Haute-Vienne); Toffart, à Lillers (Pas-de-Calais).

— La procbaine séance de la Société de thérapeutique aura lieu vendredi prochain, 16 avril.

Ordre du jour. — Lecture d'un Mémoire de M. Lemonnier sur l'action physiologique et thérapeutique des eaux chaudes. — M. Oulmont : Observations de pneumonie traitées par le *veratrum viride.* — Election de trois membres titulaires.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 16 avril 1869.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des kystes sous-périostiques du maxillaire.

Nous avons reçu, à l'occasion des observations de MM. les docteurs Ancelet et Sonrier, relatives à des cas de kystes périostiques de la bouche (voir les numéros des 16, 25 et 30 mars), plusieurs communications, qui témoignent à la fois de l'intérêt qu'ont présenté ces observations et des difficultés inhérentes à ce point de pathologie.

La première de ces communications est de M. le docteur Alexis Jacquin; c'est une observation de kyste périostique du maxillaire supérieur, dont il a été lui-même le sujet. Voici sa relation :

Au mois d'août 1865, je m'aperçus d'une tumeur indolente, grosse comme une fève, située au niveau de la seconde molaire droite du maxillaire supérieur; cette dent, qui était cariée, en était la cause déterminante. La tumeur grossit lentement, sans douleur; puis, dans les premiers jours du mois de septembre, son volume augmenta plus sensiblement, en même temps qu'elle fut le siége de douleurs excessivement vives. Dans un accès de douleur, une pression vigoureuse exercée sur la tumeur la fit éclater, et il en sortit du pus mélangé à du sang par une ouverture située à la partie postérieure de l'alvéole. Les douleurs disparurent. Pendant trois semaines, la fistule donna continuellement du pus; un stylet, introduit dans la tumeur, tomba sur le maxillaire dénudé. Le périoste était donc décollé, formait lui-même la paroi de la tumeur; il était tellement épaissi, que lorsqu'on appuyait fortement dessus pour le déprimer, il criait sous le doigt. Bientôt, le pus fut remplacé par un liquide gélatineux, jaune, ressemblant beaucoup à de la synovie épaisse; la fistule donna de ce liquide pendant deux mois; à la suite de pressions trop souvent renouvelées pour faire sortir le liquide, le kyste s'enflamma, et l'inflammation fut annoncée par des douleurs très-vives avec irradiations dans le côté droit de la face. La fistule donna du pus pendant quelques jours, puis de nouveau ce liquide ressemblant à la synovie. La tumeur resta alors dans le même état pendant trois mois; à cette époque, je ne sais par quelle cause, la fistule s'oblitéra, le kyste grossit très-rapidement, et des douleurs atroces se firent de nouveau sentir. Je me décidai à faire extraire la racine malade. Celle-ci enlevée, il sortit du pus mêlé de stries et de sang, et de liquide jaune très-épais, identique à celui que nous avons déjà signalé. Après cette petite opération, la guérison ne se fit pas attendre, et la suppuration diminua rapidement et disparut au dixième jour.

A la place du kyste, il reste maintenant une petite saillie anguleuse, dure; sans doute le périoste épaissi n'aura pu revenir complétement à l'état normal.

Ainsi donc, le kyste fut alternativement purulent et séreux, mais toujours l'état purulent n'a été que transitoire. D'après cette observation, la résistance à la guérison attribuée à ces kystes, tiendrait plutôt au mode de traitement qu'à la constitution même de ces tumeurs.

La seconde communication est de M. le docteur P. Meilhac, d'Argentat (Corrèze). C'est une discussion de la question soulevée par les observations de MM. Ancelet et Sonrier. Nous la reproduisons textuellement.

Comme le fait très-bien observer M. le docteur Ancelet, on ne saurait regarder comme phases de la même maladie ses observations et les cas cités par M. Sonrier. Les malades du savant médecin en chef de Châlons avaient eu de simples *abcès dentaires*, comme le dit un peu plus bas M. Sonrier lui-même. Les considérations qu'il emprunte à l'anatomie de Richet montrent comment il est possible que des abcès dentaires puissent bomber longtemps dans le sillon alvéolo-génien. Cette marche lente, qui est celle des abcès ossifluents en général, distend, sans la rompre, la partie génienne de la muqueuse du sillon dont la résistance est probablement augmentée par quelques fibres du buccinateur, soulevées par le pus avec cette muqueuse. Du côté de l'alvéole et du collet de la dent fortement étreinte par le tissu des gencives, il n'y a pas d'issue facile. C'est alors que le tissu cellulaire de la joue, puis la peau du rebord du maxillaire inférieur qui fournissent l'ouverture et les liquides purulents venus de l'alvéole suintent au dehors, sans pénétrer dans la bouche.

L'on voit alors en dedans de la joue des endurcissements sous-muqueux et des adhérences entre la joue et l'alvéole suspecte (traces de l'ancienne poche purulente), en dehors de la joue, l'orifice fistuleux intarissable.

Ces fistules sont peut-être moins rares que ne le dit M. Richet. J'en ai vu un assez grand nombre et toujours par une série singulière, chez des jeunes filles de 24 à 26 ans, à l'âge où se termine la destruction par la carie d'une des premières molaires. Il me serait impossible d'indiquer mieux que ne l'a fait M. Sonrier le traitement promptement efficace de la fistule et des adhérences, incurables d'ailleurs par les seuls efforts de la nature et par tout autre moyen que l'avulsion de la mauvaise dent et un débridement.

J'ajouterai cependant que l'ouverture externe de la fistule peut demander un supplément de traitement. Ainsi chez ma dernière malade, on voyait en saillie sur le bord inférieur de la joue un petit mamelon de la grosseur d'une aveline, adhérent d'un côté à la peau à peine plus rouge en ce point, et tenant de l'autre côté au maxillaire par une bride dure. Mobile entre ces deux adhérences, ce mamelon pouvait passer au premier examen pour une petite tumeur fibreuse. L'erreur était évitée par une petite excoriation au sommet de la saillie et par la présence d'un pertuis capillaire sous la très-petite croûte de cette excoriation. En dedans de la joue, adhérence dure de la muqueuse génienne à la muqueuse alvéolaire. Le liquide de cette fistulette, sans cesse évaporé et converti en croute légère, ne suintait pas au dehors et pouvait ne pas être soupçonné. Dans un cas pareil, le traitement doit être évidemment complété par la destruction du mamelon au moyen d'un caustique.

De pareils accidents sont réellement très-rares pour le maxillaire supérieur. C'est une raison de remarquer surtout l'observation II de M. Ancelet, comme indiquant une autre maladie qu'un abcès dentaire à marche chronique.

M. Velpeau citait pourtant un cas d'abcès dentaire ouvert près de l'apophyse orbitaire externe. On sait que des collections purulentes, dont une des molaires supérieures est la cause, peuvent emplir et distendre les parois du sinus maxillaire. Le patient est alors défiguré par une sorte de pommette anormale crépitante sous les doigts. Une des jeunes filles que j'avais guéric d'une fistule de la joue, m'adressa une de ses parentes ainsi défigurée depuis plus de trois mois par une collection du sinus, qu'elle regardait comme une fluxion ordinaire. La peau de la joue, soulevée par la paroi osseuse distendue, était rouge, douloureuse, et je crois bien que cette jeune fille aurait pu présenter quelques jours plus tard une fistule de la joue communiquant avec l'intérieur du maxillaire supérieur, si la ponction de cet os à travers le fond de l'alvéole dentaire suspecte n'avait donné issue au pus épais, abondant et infect, contenu dans le sinus.

Cette ponction guérit rapidement la patiente de sa difformité extérieure et rendit en même temps à la voûte palatine sa concavité naturelle qui avait disparu du côté malade.

Pour pouvoir nommer ce dernier cas un kyste de l'os, bien qu'il en offrît tous les signes physiques, il faudrait vouloir revenir tout à fait au sens originel des mots. Dans une nomenclature plus précise, cette maladie du sinus n'est qu'une collection purulente. Pour des raisons analogues, on ne saurait, je crois, donner le nom de *kystes* aux observations de M. le docteur Sonrier.

Peut-on trouver réellement aux mâchoires des poches renfermant un liquide variable mais non purulent d'emblée, formées par une distension du périoste décollé pour la plus grande partie de la poche, et de l'autre par l'os dénudé? Ces poches sont-elles, non-seulement par leur contenu, distinctes des abcès dentaires, mais encore différentes, par leur enveloppe, des kystes décrits par M. Nélaton (1). Je le crois, car M. Nélaton donne à ces kystes une coque osseuse, et cette coque n'existait nullement dans l'observation II de M. Ancelet et dans le cas que je vais citer.

La femme Loyotte, âgée de 50 ans, n'a d'autres traces de ses incisives supérieures que de petits chicots à peine visibles et non douloureux. Il y a plus d'un an qu'elle s'aperçoit d'un gonflement de sa lèvre supérieure, et comme ce gonflement a déjà disparu une fois spontanément, elle ne s'en inquiète qu'après une assez longue attente.

Pour l'aspect de cette femme au moment de mon premier examen (février 1868), qu'on se figure quelqu'un qui porterait un corps de la grosseur d'un œuf de poule placé transversalement entre la lèvre et le maxillaire supérieurs, et assez enfoncé dans cet intervalle pour que ce corps ne soit pas visible hors de la bouche. Dans tout l'espace entre le nez et le bord de la lèvre, la peau, saine et sans changement de couleur ni d'épaisseur, bombe en avant et en haut. Le nez est légèrement relevé, l'ouverture des narines est aplatie transversalement; le bord libre de la lèvre dépasse la lèvre inférieure, mais sans hypertrophie de ce bord. En ouvrant la bouche, on voit, à la place du sillon, entre la lèvre et les alvéoles supérieures, un bombement de la muqueuse soulevée par un contenu dont la fluctuation est sensible.

La ponction avec un trocart, par l'extrémité gauche de la tumeur buccale, donne issue à un liquide filant, jaunâtre au début de l'écoulement, roussâtre à la fin. La poche se vide entièrement par cette seule ponction.

Le liquide, examiné par la chaleur et l'acide nitrique, est albumineux. Une solution de nitrate d'argent donne lieu à une teinte opaline et à des grumeaux qui indiquent la présence d'une notable quantité de chlorure. Mais ce que ce liquide a de plus particulier, c'est une multitude de paillettes luisantes qui ont toutes les apparences physiques de la cholestérine.

Un stylet, introduit dans la poche, nous donne, pour la plus grande partie du kyste, la sensation d'une paroi interne membraneuse douce et unie vers les ailes du nez; le stylet s'enfonce dans un cul-de-sac qui va jusqu'au rebord supérieur de ces ailes sans entrer ni dans

(1) *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. II; KYSTES DU MAXILLAIRE.

FEUILLETON

DES SECOURS VOLONTAIRES

A fournir dans les batailles navales, et en particulier de l'exécution de l'art. 13 de l'acte additionnel du 20 octobre 1868 à la convention de Genève du 22 août 1864 (1).

A. — Pendant la paix.

a. Personnel. Les fonctionnaires les plus importants des bâtiments de secours sont *les chefs*. Le courage et le dévouement sont chez eux nécessaires, car pour sauver, pendant la bataille, des centaines d'hommes, il ne faut craindre ni de s'exposer soi-même, ni d'exposer quelques matelots. Pour avoir de tels chefs, les sociétés de secours devront offrir des pensions convenables en cas d'incapacité de travail, et s'engager à prendre soin de la famille des morts. On pourrait choisir d'anciens officiers, ou, à l'occasion, des maîtres de marine. Le plus souvent on sera obligé de laisser aux bateaux loués leurs capitaines. Dans tous les cas, les sociétés de secours devront, pour assurer l'exécution de leur volonté, envoyer à bord un *délégué* dont le capitaine devra exécuter les ordres, en tant qu'ils seront relatifs au but de l'expédition.

L'équipage ne pourra être pris dans les pays où chaque citoyen est astreint au service militaire, que parmi des hommes qui en ont été exemptés. On les trouvera aisément en cas de guerre. Peut-être les mécaniciens et les chauffeurs devront-ils être désignés en temps de paix. Il pourra en être de même des médecins et des garde-malades.

b. Matériel. — Le grément que nécessite le bateau pour le transport et les besoins des hommes est supposé exister. Dans le cas contraire, il devra être complété par les armateurs.

Ce n'est point ici qu'il faut dresser l'état des objets dont le personnel des bâtiments peut avoir besoin :

a. pour retirer les naufragés de la mer, les vêtir, leur offrir une couche, leur donner les soins nécessaire, et

b. pour transporter les blessés et les malades d'un vaisseau sur un autre, les loger d'une manière convenable et les soigner.

Qu'il nous suffise d'établir les points suivants :

1. Comme le matériel est exposé à vieillir ou à s'altérer, on se bornera, pendant la paix, à réunir des modèles et à prendre note des lieux de fabrication.
2. Il faudra se conformer, autant que possible, en faisant l'acquisition, au début d'une guerre, du matériel adopté comme convenable aux modèles et aux prescriptions auxquelles se conforme la marine de guerre et qui sont le résultat de longues expériences.

c. Organisation. Elle ne nécssite pas de préparatifs pendant la paix.

B. — En temps de guerre.

Les bâtiments de secours devront porter assistance aux nationaux et aux navires ennemis. On ne fixera donc leur nombre qu'immédiatement avant la guerre, et en tenant compte des forces maritimes relatives des puissances belligérantes. Jusque là on supposera le nombre de ces bâtiments aussi grand qu'il devrait l'être en cas de guerre avec une puissance de force égale.

a. et b. Personnel et matériel. C'est d'après les données ci-dessus que l'on agira en ce qui concerne le personnel et le matériel des bâtiments. Le matériel sera fixé par des états dressés en temps de paix. En général, on n'ajoutera à l'équipage habituel que les hommes nécessaires pour soigner les blessés.

c. Organisation. — On aura soin d'établir, sur les bâtiments de secours, une cuisine suffisamment grande ainsi que les réduits indispensables. La ventilation ne sera pas perdue de vue. Les bateaux à vapeur destinés au transport des personnes ont, il est vrai, un nombre de fenêtres suffisant pour le renouvellement de l'entrepont. Mais si ces fenêtres faisaient défaut, nommément pour les vaisseaux destinés à suivre les flottes sur un théâtre d'opération éloigné, on y suppléerait par des conduits partant des chambres de l'équipage et aboutissant au foyer ou au manteau de la cheminée. L'extrémité de ces conduits étant chauffée, l'air vicié se trouve aspiré et se perd dans l'atmosphère. De plus, le pont sera organisé de façon qu'on puisse y installer facilement des blessés et des naufragés.

(1) Fin. Voir le dernier numéro.

l'os ni dans les fosses nasales; vers le fond des alvéoles dentaires supérieures, l'instrument heurte et racle l'os maxillaire, évidemment privé de périoste dans cet endroit. Sans pouvoir bien me prononcer sur la nature de la poche, il était cependant bien sûr pour moi que cette poche n'était pas formée par la distension d'une table de l'os.

Pour premier traitement, une injection de nitrate d'argent; et la malade, ne pouvant rester près de moi, revient chez elle, bien prévenue de la possibilité d'une récidive. — En route, elle a un frisson; le lendemain, gonflement du visage comme par un érysipèle, m'a-t-elle dit, élancements dans la poche qui se remplit de nouveau. Ces douleurs et le gonflement disparaissent après 4 ou 5 jours, par l'éruption d'un pus désagréable au goût, à travers le trou de la ponction. Cette suppuration dure quelque temps, puis se tarit.

En avril, la malade revient vers moi. Le gonflement de la lèvre a reparu et persiste gros comme une moitié de noix. Cette fois, je traverse le kyste avec le trocart, parallèlement à la gencive, et je passe ainsi un séton de fil qui occupe dans l'intérieur le plus grand diamètre de la poche, et dont les deux chefs sont noués à l'extérieur du kyste derrière la lèvre.

A une autre visite, un mois après, la malade me dit que le gonflement de toute la figure, les élancements, sont venus trois jours après cette seconde opération, et qu'elle a dénoué et retiré le séton avant la fin de la semaine. Malgré cela, un des orifices de ponction est resté fistuleux comme je le voulais. Il sort de cet orifice, quand on presse la lèvre, un liquide franchement purulent.

A partir de ce moment, avec l'aide d'une compression souvent mal faite, au moyen d'une bande nouée sous le nez et à la nuque, le trou resté fistuleux a versé journellement un peu de pus dans la bouche, jusqu'au mois de janvier 1869.

Malgré la cicatrisation déjà ancienne de ce pertuis, il n'y a plus de tumeur apparente ni en dehors ni en dedans de la lèvre. Les sillons de la peau de la face qui vont des ailes du nez aux coins de la bouche, et le sillon médian vertical, qui est sous la cloison du nez, ont reparu comme avant la maladie. Le creux vertical médian est même, au dire de la malade, beaucoup plus profond qu'auparavant. La guérison, quoique un peu tardive, est donc aussi complète que possible.

Il s'agit bien d'un kyste dans cette observation, et bien probablement d'un kyste sous-périostique. Ce kyste n'est devenu une collection purulente qu'après une opération préméditée pour amener cette métamorphose.

Un mot maintenant sur son contenu. La présence des chlorures explique une circonstance que m'avait formellement racontée la malade, c'est le goût d'un liquide salé qu'elle avait eu dans la bouche pendant longtemps, après la disparition spontanée de la tumeur et avant toute opération. Ce goût salé qui devenait plus fort pendant les mouvements de succion, devait venir d'une ouverture du kyste par l'alvéole d'une dent incisive. Je n'ai pu retrouver cette ouverture, mais elle a dû exister.

Quant à la cholestérine que l'on rencontre un peu partout, suivant M. Robin, dans le cerveau, dans l'œil, dans l'hydrocèle, dans les kystes du foie, dans le jaune d'œuf, dans le musc et dans les champignons, sa présence n'a rien de prodigieux dans aucun liquide du corps humain. Cette particularité est cependant assez curieuse dans la tumeur que j'ai décrite, et je suis heureux de lire dans l'ouvrage de M. Nélaton que M. Bérard a trouvé la cholestérine non loin de là, dans le liquide d'une hydropisie du sinus maxillaire (2).

Chorée rhumatismale intense. — Traitement par le bromure de potassium. — Guérison complète en huit jours.

Les succès obtenus dans le traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium avaient fait espérer à M. J. Worms que ce médicament pourrait rendre des services dans le traitement de la chorée, qui se relie à l'épilepsie par l'analogie des désordres du mouvement. Quoique l'observation suivante, recueillie dans le service de M. Worms, médecin de l'hôpital Rothschild, par M. Martin, interne de ce service, soit encore isolée, elle établit une présomption en faveur de l'efficacité de cette méthode, en raison de l'intensité exceptionnelle des accidents observés et de la rapidité avec laquelle la guérison a été obtenue. Elle appellera, du reste, d'autres observations.

Georges B..., employé de bureau, âgé de quinze ans, pâle, maigre, d'une faible constitution, est entré à l'hôpital le 19 décembre 1868.

Le malade en est à sa seconde attaque de chorée. La première attaque a eu lieu l'an dernier, à peu près à la même époque. Traité par l'hydrothérapie, son état a été amélioré au bout de 15 jours. Au mois de mars dernier, il éprouva un gonflement douloureux des articulations du genou, probablement de nature rhumatismale.

Sa mère a eu plusieurs fois des attaques de rhumatismes.

Malade depuis le 18 décembre, veille du jour où il se présenta à l'hôpital, il a été pris d'une agitation de tous les membres à la suite d'une vive émotion. Les accidents se sont développés brusquement et ont atteint leur summum d'intensité le jour même de leur apparition.

Le 19, on constate que les mouvements du côté gauche sont un peu plus désordonnés que ceux du côté opposé. Il n'existe pas de grimacement de la face. La langue est de temps en temps légèrement attirée au dehors et ramenée aussitôt dans l'intérieur de la bouche. La face se penche en avant, puis se redresse brusquement. La tête, tournant sans cesse de droite et de gauche, est fréquemment déplacée par l'agitation des muscles du cou.

Les membres thoraciques éprouvent des secousses violentes, irrégulières et exécutent des mouvements forcés de pronation et de supination, d'adduction et d'abduction. La préhension est difficile. Le malade porte avec beaucoup de peine à sa bouche un verre plein de liquide, qu'il saisit avec ses dents après avoir fait avec le bras une série de mouvements irréguliers, brusques et saccadés.

Les membres inférieurs sont vivement projetés en avant, à droite et à gauche. La démarche est irrégulière et pénible.

Il existe, en outre, une grande mobilité du caractère, pas de troubles des facultés intellectuelles. Hyperesthésie généralisée. Légère dilatation des pupilles.

La respiration est normale. Le pouls n'a pas augmenté de fréquence. Les battements du cœur sont précipités, il n'y a pas d'anxiété précordiale. L'appétit est conservé.

M. J. Worms institue le traitement par le bromure de potassium à la dose de 1 gramme.

Le 20, même état; il existe de plus une douleur dans l'articulation du poignet, un peu de gonflement et de rougeur. Prurit à la partie postérieure de l'avant-bras. Bromure de potassium, 1 gr. 50.

Le 21, mêmes accidents, paroles lentes, prononciation difficile, douleur dans le coude-pied, gonflement assez considérable sans rougeur. Le bromure est administré à la dose de 2 grammes.

Le 22, aucune amélioration. On porte le bromure à la dose de 2 grammes 50.

Le 23, l'agitation est toujours la même. Les douleurs articulaires ont un peu diminué. Bromure de potassium, 3 grammes.

Le 24, agitation un peu moins vive. Bromure de potassium, 3 grammes 50.

Le 25, mieux sensible. La douleur du poignet n'existe plus. La douleur du coude-pied est à peine sensible. Le gonflement persiste. 4 grammes de bromure.

Le 26, l'agitation a presque complétement disparu. Le malade demande à sortir. On continue à donner le bromure de potassium jusqu'au 27 décembre, en diminuant les doses.

Le malade est complétement rétabli, et sort le 1er janvier sans avoir eu de nouveaux accidents.

SUR LA ROTATION ARTIFICIELLE DU CRANE *

DANS LES POSITIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES

Par M. Bailly, professeur agrégé.

(Suite.)

Obs. I. — Le 29 août 1867, en l'absence de M. le docteur Tarnier, dont elle avait réclamé le concours, je suis appelé par Mme Boutaric, sage-femme, pour délivrer la dame B..., domiciliée rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 109. La parturiente, primipare, est une femme de 18 ans, robuste et fortement musclée. Elle est en travail depuis quinze heures, et depuis sept heures la dilatation de l'orifice utérin est complète et les membranes sont rompues. La sage-femme m'apprend ce qui s'est passé depuis son arrivée. Au moment de la rupture des membranes elle a constaté la présentation du crâne, mais n'a pu reconnaître distinctement la position. Elle a remarqué seulement qu'à ce moment les battements cardiaques fœtaux prédominaient à gauche et au dessous de l'ombilic et que la fontanelle antérieure se trouvait située dans un point voisin du centre de l'excavation. Depuis son arrivée les contractions se sont succédé avec une force et une fréquence extrêmes, et comme, malgré ces puissants efforts, la tête n'a plus avancé depuis une heure, que sa cliente est à bout de forces et de patience, elle a cru devoir prier M. Tarnier de venir extraire l'enfant.

Je touche et trouve la tête parvenue au détroit inférieur. La fontanelle antérieure, petite mais facilement reconnaissable à la disposition de ses angles, est située sous le pubis droit et presque sur la ligne médiane. De ce point la suture sagittale se dirige vers la concavité du sacrum où l'on atteint avec quelque difficulté la fontanelle postérieure. Une bosse œdémateuse assez développée couvre la portion du crâne comprise dans l'intervalle des deux fontanelles. En résumé, les signes fournis par le toucher signalent avec la dernière évidence une position occipito-sacrée, qui a été primitivement gauche postérieure. Les contractions à peine séparées par un léger intervalle de repos, présentent une force et une longueur qui me surprennent et me convainquent que, malgré la durée relativement médiocre de son travail, cette jeune femme ne pourrait en supporter impunément la prolongation, et que, ainsi que le pense la sage-femme, il y a lieu de la délivrer sans retard. Je procède donc de suite à une application de forceps. La tête est saisie avec facilité par ses côtés, le bord concave des cuilliers regardant le front et le bregma, puis je tire d'une façon continue et avec une intensité croissante jusqu'à épuiser toute ma force, sans avoir réussi à faire bomber très-fortement le périnée. La tête s'est abaissée, mais il me paraît évident que ma force est insuffisante pour lui faire franchir la vulve en laissant l'occiput en arrière, et que, d'un autre côté, l'emploi d'une force plus considérable exposerait à produire de grands délabrements dans le périnée. Je renonce donc à dégager l'occiput sur la fourchette et commence à lui communiquer un mouvement de rotation en inclinant les manches de mon forceps vers la cuisse droite de la mère. Ce mouvement s'effectue au début avec lenteur et une certaine difficulté, puis avec plus de rapidité, et enfin quand l'occiput a franchi le diamètre transverse du conduit génital, la rotation s'achève avec une promptitude remarquable, et en un instant l'occiput apparaît sous la branche ischio-pubienne gauche. J'étends la tête sans retirer mon forceps dont le bord concave regardait à ce moment la symphyse sacro-iliaque droite, et j'achève facilement l'extraction. L'enfant (garçon de volume moyen), respire aussitôt et crie au bout de quelques instants. Une vaste bosse œdémateuse bien médiane couvre l'espace qui sépare les fontanelles.

La fourchette est à peine entamée, et la vulve n'a en somme subi d'autres lésions que ces solutions de continuité médiocres et inoffensives, sorte de débridement physiologique, que, pour ma part, je n'ai jamais vu faire défaut à la suite d'un accouchement naturel et à terme chez une femme primipare.

Il m'est impossible de croire qu'un dégagement en position occipito-postérieure n'eût pas produit chez la dame B... des lésions infiniment plus étendues et plus graves que celles que j'ai eu à constater chez elle à la suite de mon opération. Suites de couches entièrement naturelles.

On remarquera l'obstacle considérable que la disposition vicieuse du crâne et la forte organisation du périnée chez cette jeune femme ont opposé à mes efforts. Toute ma force s'est épuisée contre la résistance de ce dernier. Cazeaux avait rencontré les mêmes difficultés dans un fait remarquable relaté *in-extenso*, p. 995, 7e édition de son ouvrage, et qui aurait dû, ce semble, le conduire à des conclusions différentes de celles qu'il adopte relativement à la rotation artificielle du crâne dans les positions occipito-postérieures. M. Villeneuve a pourtant exprimé le doute que le périnée d'une primipare, si épais et si résistant qu'on le supposât, pût contrebalancer la force d'un accoucheur d'une vigueur ordinaire. M. Villeneuve a raison s'il a en vue, non la force obstétricale, c'est-à-dire mesurée, continue, toujours prête à modérer ou à suspendre son action, mais la force intégrale, absolue, je pourrais dire aveugle, dont un chirurgien prudent saura toujours s'interdire l'usage et à laquelle n'a jamais eu recours, j'en suis sûr, le savant professeur de Mar-

(2) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*.

On prendra, en vue des premiers, des arrangements spéciaux; quant aux derniers, il suffira de préparer des matelas ordinaires qu'on pourra étendre sur le pont, et que protégeront, contre le soleil et la pluie, des voiles appropriées à cet usage. Dans l'entre-pont, on fixera aux poutres transversales des crochets pour y suspendre les hamacs des malades, séparés par une distance convenable.

De tout ce qui précède nous déduisons les propositions suivantes pour la délibération :

1. Les sociétés de secours s'entendront avec les sociétés pour le sauvetage des naufragés, afin que celles-ci, dans le cas d'une guerre navale, et moyennant une prime ou une rémunération élevée, mettent à la disposition des leurs leurs bâteaux de sauvetage, y compris les équipages, et engagent un nombre suffisant de canots.
2. Avant de louer les bâtiments de secours pour les naufragés dans une lutte maritime, il faudra résoudre la question de savoir qui supportera les frais occasionnés par les avaries ou la destruction de ces bâtiments. Dans ce but, on demandera aux sociétés d'assurances si elles se chargeraient d'assurer ceux-ci moyennant une prime élevée.
3. Pendant et après le combat, les bâtiments de secours doivent pouvoir être utilisés; c'est dire qu'ils suivront les flottes belligérantes et seront aux ordres des amiraux commandants.
4. Ils doivent, pendant la durée du combat, aussitôt que le signal des vaisseaux victorieux ou battus qui les appellera sera hissé, venir au secours de tous les naufragés, de quelque nationalité qu'ils soient.
5. Par suite, les puissances qui ont adhéré à la convention de Genève seront priées de s'entendre sur le choix de ce signal de détresse (pavillon jaune) qui indiquera le naufrage ou l'incendie d'un vaisseau.
6. Les bâtiments de secours devront, immédiatement après le combat, indiquer par un signal qu'ils veulent et peuvent recueillir des blessés et des malades.
7. Par suite, il est à désirer que les puissances européennes fassent choix d'un signal spécial pour le cas indiqué n° 6 (pavillon jaune avec croix rouge).
8. Pour bâtiments de secours, on choisira des bateaux à vapeur qui, possédant une certaine vitesse et pouvant suffisamment tenir la mer, soient faciles à manœuvrer et aient un entre-pont vaste et élevé.
9. Les préparatifs concernant le personnel, la mise en état et l'organisation des bâtiments de secours devront être faits en temps de paix et être en rapport avec l'organisation militaire des divers États.
10. On choisira de préférence pour commandants des bâtiments de secours d'anciens officiers de marine, auxquels les sociétés de secours assureront une pension, et de la famille desquels elles prendront soin, le cas échéant. Les sociétés de secours enverront à bord des délégués dont les prescriptions, en ce qui concerne la destination et le but du bâtiment, devront être suivies par le commandant.
11. Il n'est point nécessaire que le reste du personnel soit désigné pendant la paix; il suffit qu'on l'engage à l'ouverture des hostilités.
12. Le matériel nécessaire aux bâtiments de secours doit être déterminé par un tableau spécial. En temps de paix, on se procurera des modèles et l'on prendra note des fabriques et des lieux de production.
13. Ce matériel sera, autant que son but le permettra, acquis d'après les règles et sur les modèles de la marine de guerre.

Il a été demandé qu'on portât à l'ordre du jour les questions suivantes, qui sont en rapport avec les propositions qui précèdent :

1. Question posée par le ministère de la guerre de l'empire d'Autriche, sur l'avis des sociétés de secours et des associations autrichiennes, auxquelles il est fait allusion dans le § B. 2 :

Quels sont les moyens pratiques pour arriver à l'exécution réelle de l'article 13 de l'acte additionnel à la Convention de Genève?

2. Question du Comité central de statistique à Milan :

Le personnel des bâtiments de secours ne doit-il pas être choisi de préférence, en cas de guerre maritime, par les sociétés qui existent dans les ports de mer?

Étude de physiologie expérimentale de la conicine, par le docteur Edmond Casaubon, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Paris, 1869. 1 vol. gr. in-8. Prix, 4 fr.

seille. Aucun périnée sans doute ne résisterait à cette dernière, mais à quel prix l'extraction de l'enfant aurait lieu par son emploi !

Obs. II.— Mme G..., âgée de trente ans et primipare, habite une des communes situées dans le voisinage immédiat de Paris. Elle est de taille moyenne, châtaine, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'un enbompoint assez fort. Sa santé habituelle est bonne. Mariée depuis une année, elle est parvenue au terme d'une grossesse facile et ressent les premières douleurs de l'accouchement le 7 février 1869, à cinq heures du soir. Celles-ci sont, dès le début, rapprochées et assez pénibles pour empêcher entièrement le sommeil la nuit suivante. Appelé dès le lendemain matin, je ne puis me rendre vers Mme G... que ce même jour, à 1 heure de l'après-midi. Elle continue à souffrir ; ses douleurs, d'intensité médiore, se reproduisent toutes les cinq ou six minutes, avec ce caractère particulier observé déjà par moi dans un accouchement antérieur, qu'elles ont pour siége la région sacrée, sans le moindre retentissement pénible dans le ventre.

Le col est effacé, son orifice admet le doigt indicateur, et l'on sent facilement le crâne parvenu au bas de l'excavation pelvienne et enveloppé par les membranes et une mince couche de liquide.

Le diagnostic de la position serait fort difficile à ce moment, et j'attends pour le faire que la dilatation de l'orifice permette d'explorer la tête dans une plus grande étendue.

8 février, 7 heures du soir. — Les douleurs sont plus pénibles et arrachent quelques plaintes, mais elles sont courtes et de peu d'effet sur le col. Le diamètre de l'orifice égale celui d'une pièce de 2 francs, pas davantage.

9 février, 4 heures du matin. — La dilatation est complète, et je romps les membranes. Le crâne est parvenu au détroit inférieur. Sa position est des plus faciles à déterminer; elle est occipito-iliaque droite postérieure, presque occipito-sacrée. En effet, la fontanelle antérieure, très-facilement reconnaissable par sa forme quadrilatère et les quatre sutures aboutissantes, que le doigt peut suivre dans une certaine étendue, se trouve située derrière la branche ischio-pubienne du côté gauche. De ce point la suture sagittale se porte vers la concavité sacrée. La fontanelle postérieure est inaccessible. Les battements cardiaques fœtaux prédominent exactement sous l'ombilic, se propagent avec une intensité égale sur les deux côtés du ventre; de telle sorte qu'il serait impossible ici de déduire de l'auscultation une donnée de quelque valeur relativement au diagnostic de la position.

2 heures du soir. — Depuis deux heures la tête est à la vulve et l'entrouvre pendant les contractions qui ont l'énergie et la durée voulues. La direction est encore plus exactement antéro-postérieure que précédemment. La fontanelle est en ce moment sous la symphyse des pubis et recouverte par une tumeur œdématense qui en masque les caractères au doigt.

Mme G... est très-agitée et fatiguée. Son travail dure depuis quarante-cinq heures, et depuis neuf heures l'œuf est ouvert et une partie des eaux de l'amnios est écoulée. La direction primitive de la tête n'a pas varié, et je désespère de lui voir exécuter son mouvement de rotation. On pourrait peut-être supposer qu'elle se dégagera en position occipito-sacrée. J'en doute, vu l'absence de tout progrès depuis deux heures, malgré des contractions fortes et fréquentes.

Je crois donc utile de terminer cet accouchement par une application de forceps, que Mme G... et son entourage acceptent sans difficulté. La tête est alors saisie par ses côtés, et je commence immédiatement à la faire tourner, en inclinant les manches du forceps vers le côté gauche du bassin. La rotation s'opère avec une extrême facilité, et bientôt l'occiput se dégage sous la branche ischio-pubienne du côté droit. Une seule application de l'instrument a donc suffi pour changer les rapports de la tête et l'amener au dehors. Dégagement facile du tronc.

L'enfant que j'extrais ainsi est une fille, bien constituée, d'un volume moyen et du poids de 3 kil. 600 grammes. Elle respire et crie aussitôt après sa naissance. Une bosse sanguine ovale, à grand diamètre antéro-postérieur, couvre la fontanelle antérieure et se prolonge sur le front, affectant un siége en harmonie avec la disposition insolite du crâne, dont les principaux diamètres donnent les mesures suivantes : occipito-frontal, 11 centimètres; occipito-mentonnier, 13 centimètres 1/2; sous-occipito-bregmatique, 10 centimètres; bipariétal, 9 centimètres. D'autre part, les dimensions du thorax à son sommet sont : diamètre bisacromial, 13 centimètres 1/2; antéro-postérieur, 7 centimètres; circonférence biscromaniale, 36 cent.

Les lésions vulvaires se résument dans une solution de continuité peu étendue de la face supérieure ou muqueuse du périnée et une division de la fourchette d'environ 1 centimètre de profondeur; c'est par conséquent moins qu'on n'observe dans nombre d'accouchements primipares spontanés et réputés entièrement naturels.

Les suites de couches ont été simples, sauf toutefois un état fébrile modéré (108-112 pulsations par minute), qui a persisté pendant cinq jours, et qu'en l'absence de tout symptôme inflammatoire évident du côté des organes du bas-ventre et du bassin, j'ai cru devoir rattacher à l'ébranlement nerveux causé par la longue durée de cet accouchement et les souffrances de la malade.

Est-ce à cet état fébrile qu'il faut attribuer cette circonstance, que Mme G..., qui désirait vivement nourrir son enfant, et dont les seins, d'un volume plus qu'ordinaire, renferment une glande mammaire bien développée, n'a éprouvé vers ces organes qu'une fluxion laiteuse insignifiante, et a dû en conséquence se résigner à prendre une nourrice ? cette explication me paraît la plus probable qu'on puisse donner de ce fait insolite et dans l'espèce fort regrettable.

A ces deux faits je pourrais joindre le récit de plusieurs opérations antérieures qui ne diffèrent des précédentes qu'en ce que le forceps a été appliqué deux fois au lieu d'une seule ; complication tout à fait inutile, comme je l'ai dit, et qui trahit l'inexpérience de l'opérateur à cette époque. Il me paraîtrait sans avantage pour la cause que je défends de relater ici ces faits, qui font partie du mémoire précité, qui paraîtra, je l'espère, un jour dans les Bulletins de la Société de chirurgie.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1869. — Présidence de M. Verneuil

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Sud médical.* — Le compte rendu des travaux de la Société médicale de Clermont-Ferrand pour l'année 1868.

M. Larrey présente les ouvrages suivants :

Docteur Sounier, médecin principal, *Des plaies d'armes à feu par le fusil Chassepot*, broch. in-8°. — Docteur Fumagelli, de Milan, *Observation de névralgie traumatique rebelle à la névrotomie* —Du même auteur : Remarques et extraits du Rapport de M. G. Otis sur la désarticulation coxo-fémorale. — Docteur Vercasner, médecin militaire belge, *Étude de voiture d'ambulance*, in-8° avec planches, Bruxelles, 1868.

M. Dolbeau. M. le docteur Meilhac, d'Argentat (Corrèze) m'a prié de présenter à la Société de chirurgie une observation de tumeurs des lobules des deux oreilles. Notre confrère a pensé que son observation avait beaucoup d'analogie avec celle que j'ai eu l'honneur de vous présenter de la part de M. Magdelain, de Saint-Étienne. Dans les deux cas, il s'agit de tumeurs du lobule, développées chez des femmes après l'application des boucles d'oreilles; mais dans le cas de M. Magdelain, ce sont des fibromes qui ont été enlevés, tandis que la lecture de l'observation de M. Meilhac démontre que notre confrère a eu affaire à une double chéloïde cicatricielle.

Ces deux faits, rapprochés l'un de l'autre, offrent beaucoup d'intérêt; mais il serait désirable de connaître ultérieurement quel sera le résultat définitif des opérations qui ont été pratiquées dans les deux cas.

Double tumeur des deux lobules de l'oreille, par M. Meilhac, d'Argentat.

Une jeune fille de 15 ans vient me trouver, en juillet 1868, pour être délivrée d'une paire de pendants d'oreille naturels survenus à chaque oreille. Elle est chétive, hâve, triste, car elle est mal nourrie et presque abandonnée par un père ivrogne. Il y a six ans, sa mère, mortellement atteinte par la phthisie, voulut lui placer elle-même aux oreilles deux boucles de métal doré. Les trous faits aux lobules s'enflammèrent, devinrent le foyer de croûtes et d'engorgements ganglionaires. Il fallut retirer les boucles ; mais l'enfant, pour maintenir les petites ouvertures de son oreille, essayait d'y passer des aiguilles, des bouts d'allumettes.

A la fin de l'année, les trous étaient définitivement comblés par une excroissance de chair de plus en plus saillante sur les deux faces de chaque lobule.

Au commencement de la 15e année, ces excroissances grandirent et furent plus difficilement cachées sous les attaches du bonnet.

Au moment de ma visite, chacune des deux oreilles présentait une paire de tumeurs en saillie sur les deux côtés du lobule, et parfaitement symétriques.

Les tumeurs sont rondes, sans pédicules, un peu plus rouges que la peau de l'oreille, indolentes, dures. Pour chaque oreille, la tumeur que l'on voit au côté externe du lobule est grosse comme une noisette; la tumeur postérieure ou interne est plus considérable, du volume d'une noix.

La malade ne voulant pas du bistouri, il me semble que la petite rainure qui se trouve entre le contour hémisphérique des tumeurs et le plan du lobule sera suffisante pour maintenir le lien métallique d'un fort serre-nœufs. — J'applique le lien et je serre vivement en faisant tourner rapidement la vis du serre-nœuds. Quelques petits craquements m'avertirent de la nature fibreuse de la tumeur. En quatre fois, la malade est délivrée, sans trop de souffrances, de ces bizarres ornements.

Je vois alors que la tumeur externe et la tumeur interne de chaque paire avaient une base commune restée maintenant comme une rondelle fibreuse enchâssée dans la substance du lobule.

Je me propose de détruire plus tard cette rondelle par le caustique de Vienne, et de la remplacer ainsi par une cicatrice moins suspecte.

Mais cette précaution est inutile.—Quinze jours après, sans aucun pansement, la rondelle est devenue brunâtre. Elle se racornit visiblement. — Après un mois, il n'y d'autre trace qu'une cicatrice creuse et inégale, mais aussi petite qu'on puisse le désirer, et solide, puisqu'il n'y a pas eu de récidive au moment où j'écris.

Cette observation présente, comme celle de M. Magdelain : 1° le fait de la double symétrie de ces productions, à droite et à gauche d'abord, puis de chaque côté de chaque lobule, étant pourtant plus considérable que les excroissances externes ; 2° la solidarité de la tumeur externe et de la tumeur interne dans chaque paire ; 3° le caractère probablement très-bénin de ces fibromes.

M. Fleury, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Clermont, adresse à la Société la lettre suivante :

« Le rapport fait, il y a quelques années, à la Société de chirurgie, sur le traitement des polypes naso-pharyngiens par l'ablation préalable du maxillaire supérieur, m'a encouragé à employer cettte méthode.

« Le point essentiel était d'en connaître le résultat définitif; car si, après une mutilation semblable, une récidive devait avoir lieu, il était préférable d'abandonner les malades à leur malheureux sort, que de leur faire éprouver, en pure perte, les douleurs d'une opération aussi laborieuse. J'ai donc cherché à retrouver ces malades, ce qui n'est pas toujours facile, pour m'assurer de leur état.

« Le hasard vient de me servir heureusement.

« Un jeune homme qui a été opéré au mois de janvier 1864, et dont l'observation est publiée dans un numéro (1) de la *Gazette des Hôpitaux*, est entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont pour y être traité d'une blennorrhagie.

« Lorsqu'on l'examine, rien ne pourrait faire supposer qu'il a subi l'ablation partielle du maxillaire supérieur.

(1) N° 81, année 1864.

« La dépression de la joue est à peine sensible, et quand il parle, on observe seulement une légère rétraction de la commissure des lèvres, dépendant de la contraction des muscles zygomatiques.

« La cicatrice qui s'étend de la bouche à l'angle interne de l'œil est apparente, mais celle qui existe à la commissure des lèvres est à peine sensible.

« Comme l'os de la pommette a été conservé, ainsi qu'une partie de la circonférence inférieure de l'orbite, l'œil est parfaitement soutenu.

« Le nazonnement de la voix est à peine sensible, ce qui tient à l'étroitesse de l'ouverture qui existe à la partie externe de la voûte palatine. Elle est ovale, dirigée d'arrière en avant; son grand diamètre, qui est antéro-postérieur, a 3 centimètres; le petit en a 2.

« La dent incisive gauche médiane a été conservée, ainsi que la portion correspondante de l'apophyse palatine, et comme, en arrière, il existe une portion de l'os du palais, le voile a conservé sa position normale.

« Ce jeune homme, qui est aujourd'hui fort et vigoureux, se livre avec ardeur aux rudes travaux des champs.

« Pour être sûr de le retrouver, je l'avais engagé à venir me voir à l'époque où il subirait les épreuves du conseil de révision (il avait 19 ans lorsqu'il a été opéré), en lui promettant un certificat qui servirait à le faire exempter du service militaire. Comme son numéro avait été très-élevé, il lui avait paru inutile; je ne l'avais donc plus revu.

« C'est une circonstance toute fortuite qui m'a permis de le retrouver. Je me suis empressé de vous rendre compte de son état. »

Prix Laborie.

La Société a reçu ampliation du décret qui la met en possession du don de 20,000 fr. fait par Mme veuve Laborie, pour la fondation d'un prix annuel de 1,200 fr.

Ce prix sera décerné, chaque année, dans la séance de janvier.

La question proposée pour 1870 a trait à l'histoire clinique de l'amputation malléolaire. Elle sera formulée dans une des prochaines séances.

Les manuscrits, écrits en français et en latin, devront être remis avant le 15 novembre 1869, et adressés à M. Trélat, secrétaire général de la Société.

(Sera continué.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date du 7 avril 1869, rendus sur la proposition du ministre de l'instruction publique :

M. Moutet (Jean-François), professeur d'opérations et appareils à à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Bouisson, appelé à d'autres fonctions.

M. Bouisson (Étienne-Frédéric), professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, est nomm éprofesseur d'opérations et appareils à ladite Faculté, en remplacement de M. Moutet, appelé à d'autres fonctions.

— La deuxième série des épreuves du concours d'agrégation (chirurgie et accouchements), annoncées dans un de nos derniers numéros est terminée.

Les questions traitées ont été : 1° Bec de lièvre. — 2° Polype de l'utérus. — 3° Tumeur bénigne du sein. — 4° Tumeurs érectiles. — 5° Fractures du col du fémur. — 6° Pustule maligne. — 7° Dilatation du col de l'utérus pendant l'accouchement. — 8° Retrait de l'utérus après l'accouchement.

Les candidats admis aux épreuves définitives sont, par ordre alphabétique : MM. Anger (Th.), Cocteau, Dubreuil, Fort, Horteloup, Lannelongue, Ledentu et Nicaise ; Charpentier et Guéniot pour la place d'accouchement.

La première série des épreuves définitives commence aujourd'hui, vendredi 16 avril, à 4 heures. Cette épreuve consiste en une leçon de 1 heure, sur un sujet de chirurgie, après 24 heures de préparation.

Les candidats subiront cette épreuve dans l'ordre suivant :

Vendredi 16 : MM. Dubreuil et Horteloup.
Lundi 19 : MM. Fort et Cocteau.
Mercredi 21 : MM. Nicaise et Lannelongue.
Vendredi 23 : MM. Anger (Th.) et Ledentu.
Lundi 26 : MM. Charpentier et Guéniot.

— Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, vient, sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, de décerner des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs services et leurs travaux pendant l'année 1867, savoir :

Médaille d'or. — M. le docteur Hecquet, membre du conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement d'Abbeville, pour son très-important travail intitulé : *Recherches sur les eaux de l'arrondissement d'Abbeville au point de vue de l'hygiène.*

Médailles d'argent. — M. le docteur Dumas, vice-président du conseil central de l'Hérault, à raison de ses intéressants travaux d'hygiène et de son compte-rendu général des travaux de l'année.

M. Rabot, pharmacien, secrétaire général du conseil central de Seine-et-Oise, auteur de nombreux rapports sur d'importantes questions d'hygiène et du compte rendu général.

M. le docteur Fouquet, secrétaire du conseil central du Morbihan, pour son zèle soutenu et ses consciencieux comptes rendus des épidémies qui ont régné dans ce département.

M. Meurein, pharmacien à Lille, inspecteur de la salubrité, membre du conseil d'hygiène, auteur de rapports pleins d'intérêt sur l'état de la salubrité publique dans le département du Nord.

M. le docteur Guipon, vice-président du conseil central de l'Aisne, pour divers rapports et notamment pour son important travail sur la maladie charbonneuse.

M. le docteur Duclos, zélé secrétaire du conseil central de la Seine-Inférieure, rédacteur du compte rendu général et auteur de très-bons rapports sur le service de la vaccine et la statistique des décès des enfants âgés de moins d'un an, à Rouen.

M. le docteur Le Bèle, secrétaire du conseil central de la Sarthe (déjà honoré d'une médaille de bronze l'année dernière) pour l'activité persévérante dont il fait preuve dans ses fonctions de rapporteur général et la part importante qu'il prend aux travaux du conseil dont il est membre.

M. Pillet, ancien pharmacien à Tours, membre du conseil d'hygiène et de salubrité d'Indre-et-Loire depuis 1848, pour son honorabilité et ses nombreux services.

M. le docteur Bucquoy, secrétaire du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Péronne depuis 1832, pour services signalés dans l'exercice de ses fonctions.

Médailles de bronze. — M. Billaudel, ingénieur des ponts et chaussées à Versailles, membre du conseil central de Seine-et-Oise, auteur de rapports intéressants sur des questions d'hygiène publique.

M. le docteur Maheut, secrétaire du conseil central du Calvados, rapporteur zélé et rédacteur du compte rendu général.

M. Verrier, vétérinaire départemental, membre du conseil d'hygiène de Rouen, pour son zèle et son intéressant rapport sur les épizooties dans le département de la Seine-Inférieure en 1867.

M. le docteur Wimpffen, secrétaire du conseil du Haut-Rhin, dont le résumé sommaire, mais très-substantiel, des travaux de l'année, atteste l'activité de ce conseil et fait désirer un compte rendu *in extenso*.

M. Thibierge, chimiste à Versailles, membre du conseil central, auteur d'un bon ouvrage sur les eaux qui alimentent la ville.

M. Dubos, secrétaire du conseil central de l'Oise, auteur d'un compte rendu général fait avec beaucoup de soin.

M. Petit-Lafitte, professeur d'agriculture, membre du conseil d'hygiène de Bordeaux, rapporteur zélé de nombreuses affaires intéressant l'hygiène publique.

M. le docteur Guichard, secrétaire du conseil central du Jura, pour son dévouement à remplir ses laborieuses fonctions de rapporteur général.

M. le docteur Ricard, secrétaire général du conseil central de la Charente, auteur consciencieux du compte rendu général de ce département.

M. le docteur Bertrand, membre du conseil d'hygiène de Saint-Omer depuis sa fondation.

— La Société de médecine légale vient de procéder à l'élection de quinze membres correspondants nationaux. Ont été nommés :

MM. Bardinet, directeur de l'École de médecine de Limoges; Bidard, pharmacien à Rouen; les docteurs Bonafos, à Perpignan; Charbonnier, à Saint-Calais; Cocheteux, à Valenciennes; Daviers, directeur de l'École de médecine d'Angers; Déperret-Muret, professeur à l'École de médecine de Limoges; les docteurs Évrard, à Beauvais; Girou, à Aurillac; Heulard-d'Arcy, à Clamecy; Hern, procureur impérial à Saverne; d'Olier, docteur en médecine à Orléans; Saint-Pierre, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; Strolh, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg; Vigneux, docteur en médecine à Arx (Landes).

Il sera procédé à une nouvelle élection de quinze membres correspondants nationaux dans la séance du 10 mai prochain.

La Société a déclaré la vacance de trois places de membres titulaires. L'élection pour ces trois places aura lieu dans une des prochaines séances. Une commission de cinq membres a été nommée pour faire un rapport sur les titres des candidats.

— Sur la proposition de l'Académie impériale de médecine, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, vient de décerner aux personnes désignées ci-après les récompenses destinées aux praticiens qui ont été signalés comme ayant fait le plus grand nombre de vaccinations et comme ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine dans l'année 1867.

Mmes les sages-femmes : Avril, à Château-Renault (Indre-et-Loire); Begué, à Castelnau (Hautes-Pyrénées); Bigot, à Fougères (Loir-et-Cher); Blanc, à Lavaur (Tarn); Cahagne, à Vernon (Eure); Daujolle, à Massat (Ariége); Chambon, à Fourchambault (Nièvre); Crétenet, à Champagne (Jura); Desplanques (Dumoulins), à Tourcoing (Nord); Dreuil, à Ham (Somme); Duveau, à Hommes (Indre-et-Loire); Faichaud, à Le Blanc (Indre); Gallet, à Saumur (Maine-et-Loire); Garçonnet, veuve Gillot, à Stainville (Meuse); Gilles, à Givet (Ardennes); Griboval, à Rouen (Seine-Inférieure); Lapierre, à Jarneras (Ain); Larpenteur, à Pont-sur-Seine (Aube); Leblanc, à Bressuire Deux-Sèvres); Malbert-Durand, à Aurillac (Cantal); Mathieu, à Nîmes (Gard); Queyriaux, à Ussel (Corrèze); Richard, à Dommartin-le-Franc (Haute-Marne); Sarciron, à Boussac (Creuse); Simonneau, à Maillé (Vendée); Tourneur, à Essonnes (Seine-et-Oise); Tréauton, à Lorient (Morbihan); Truffert, à Cherbourg (Manche); Tuvache, à Chartres (Eure-et-Loir).

— La Société de médecine du département de Seine-et-Oise a renouvelé son bureau. Ont été nommés : président, le docteur Libaut; vice-présidents, M. Leduc et M. Blin père; secrétaire, M. Chaix.

— M. le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, reprendra, à cet hôpital, ses conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses, le dimanche 8 avril 1869, à neuf heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaires aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Études historiques sur l'aliénation mentale dans l'antiquité, par le docteur SEMELAIGNE, médecin directeur de l'asile privé d'aliénés de Saint-James (Neuilly). — Paris, 1869. 1 vol. in-8. Prix, 5 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 19 avril 1869.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Cérébroscopie.

La démonstration de la loi de coïncidence des lésions rétino-choroïdiennes et des maladies cérébro-spinales, a été l'objet des premières leçons cliniques de M. Bouchut à l'hôpital des Enfants. Il y a en ce moment dans ce service un certain nombre de maladies du système nerveux se traduisant par des névrites optiques, et, en inaugurant son cours, M. Bouchut a pu montrer quelques faits de la plus éclatante signification, relatifs à la découverte clinique dont il s'est fait le promoteur (1). Parmi eux se trouvaient deux cas de méningite déroutant par leur début insidieux ce que le médecin cherche habituellement dans les faits de ce genre.

Dans l'un de ces cas il n'y avait pas de renseignements antérieurs ; la petite fille avait la fièvre et le pouls régulier ; elle ne mangeait pas ; elle avait vomi, et on ne savait pas si elle avait de la diarrhée. Elle était abattue, sans somnolence, ne se plaignait pas de la tête, conservait son intelligence et ses facultés motrices régulières, et elle ne présentait aucun autre symptôme.

On crut à une fièvre typhoïde légère ou à un début de méningite. Cela dura deux jours. Alors, pour la première fois, pendant quelques instants, au milieu des mêmes symptômes que nous venons d'indiquer, on constata une irrégularité passagère du pouls. Cela confirma l'idée d'une meningite et on examina les yeux avec l'opthalmoscope.

M. Bouchut trouva dans l'œil droit une hypérémie partielle externe du nerf optique, cachant le côté externe de la papille, une dilatation énorme des veines de la rétine à la fois flexueuses et variqueuses, et de plus, une stase sanguine de la veine rétinienne inférieure.

Il n'y avait rien dans l'œil gauche, et les veines rétiniennes de cet œil avaient un diamètre moitié moindre que celles de l'œil droit.

M. Bouchut conclut qu'il y avait là *une méningite localisée dans l'hémisphère cérébral droit*, et cela d'après la découverte d'une lésion de l'œil correspondant à cet hémisphère.

L'enfant a succombé, et son cerveau a été présenté à la Clinique, où chacun a pu l'examiner.

Comme M. Bouchut l'avait annoncé, il n'y avait rien dans les méninges de l'hémisphère gauche, et c'était seulement sur l'hémisphère droit, à la convexité, qu'il y avait un peu de pus dans quelques circonvolutions, et beaucoup de granulations tuberculeuses de la pie-mère.

(1) *Du diagnostic de la méningite par l'ophthalmoscope* (*Gazette des hôpitaux*, 1862), et *Traité du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope*. 1 vol. in-8, avec atlas de 24 chromolithographies. Paris, 1865.

A cette occasion, M. Bouchut fit remarquer que c'était une méningite de la convexité, et que les scissures du sylvius, ainsi que l'hexagone cérébral, étaient dans leur état normal, que le chiasma n'offrait aucune altération, et que l'arachnoïde de la base du cerveau offrait une transparence parfaite. Il déclara que c'était une grosse erreur de dire qu'il n'y avait que les méningites basilaires qui pussent occasionner des altérations de la rétine.

Au reste, voici l'observation dictée publiquement au lit de la malade :

Méningite de la convexité de l'hémisphère droit. — Névrite optique à droite. — Mort. — Autopsie.

Virginie B..., âgée de 6 ans, entrée le 16 mars 1869 au n° 14 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants malades.

Cette enfant, toujours bien portante jusqu'ici, a été prise, le vendredi 12, de vomissements qui se sont reproduits tous les jours depuis 3 jours, mais depuis son entrée à l'hôpital elle n'a pas vomi. Il y a eu en même temps un peu de constipation.

État actuel. Peu de soif, langue un peu blanche, peu d'appétit.

Ventre souple, indolent, sans ballonnement ni taches roses lenticulaires ; pas de selles.

Douleur de tête frontale assez vive, un peu d'épistaxis, sommeil assez tranquille, pas de délire, peau assez chaude ; pouls régulier, 120 ; température, + 37,1.

19 mars. L'enfant a revomi hier pour la première fois ; pas de garde-robes depuis 3 jours ; son ventre n'est pas rétracté. L'enfant n'a plus mal à la tête, cependant elle a crié cette nuit et dans la journée d'hier ; elle dort presque correctement, a des bouffées de rougeurs au visage, fait quelques soupirs, et son pouls, qui momentanément a des intermittences, est régulier, 120.

Cérébroscopie. Les yeux, examinés à l'ophthalmoscope, présentent un peu de conjection de la pupille, qui reste distincte à son bord interne, et à droite une dilatation des veines rétiniennes avec stase bien caractérisée, tandis qu'à gauche les veines rétiniennes sont moitié moins larges.

Température, + 38°.

Sulfate de quinine, 25 centigrammes.

20 mars. Pas de vomissement, une selle solide, pas de céphalalgie, pas de cris, somnolence presque continuelle, peu de soupirs et pas de grincements de dents, peau modérément chaude ; pouls régulier, 120.

Même prescription.

21 mars. Pas de vomissement, une garde-robe naturelle, pas de céphalalgie, pas de cris, un peu de somnolence et d'hébétude ; le pouls irrégulier, 112.

Même prescription.

22 mars. Depuis trois jours l'enfant est tombée dans un état de prostration et d'immobilité complète, sans somnolence, sans paralysie, sans convulsion ; pas de cris ni d'agitation ; embarras considérable de la respiration, qui est bruyante, inégale, intermittente, diaphragmatique.

Le pouls est extrêmement petit, 160. Mort dans la journée.

Autopsie 28 heures après la mort :

Cerveau. Les méninges de la base et de la scissure des sylvius sont parfaitement normales ; elles ne sont altérées qu'à la convexité de l'encéphale, et *la lésion n'existe que dans l'hémisphère droit*. En ce point, la pie-mère est un peu injectée, adhérente aux circonvolutions cérébrales faiblement ramollies, et sur un seul point, dans une circonvolution, il y a une traînée de pus longue de 2 à 3 centimètres située le long d'un vaisseau. Tout autour se trouvent des granulations miliaires à leur début, grisâtres, demi-transparentes, et il y en a 2 ou 3 qui semblent plus anciennes, plus larges, plus opaques. La substance cérébrale paraît saine, et les ventricules latéraux ne sont point dilatés ni ramollis.

Poumons. Les poumons sont remplis de granulations grises, demi-transparentes, toutes jeunes, disséminées, mais çà et là ces granulations sont confluentes, presque confondues, et forment des masses tuberculeuses, jeunes, mais assez résistantes. L'une de ces masses, grosse comme un grain de chenevis, commence à se ramollir. La plèvre est également couverte de granulations semblables. Les ganglions bronchiques sont entièrement dégénérés en masses caseuses.

Le *foie* est assez volumineux, présente des îlots d'anémie jaunâtres, superficiels ou profonds, formés de tissus assez résistants composés de matière grasse, réunie sous forme de gouttelettes d'huile. Il est criblé à sa surface et profondément de granulations miliaires tuberculeuses.

Le second fait est encore plus intéressant, mais à un autre point de vue. Il montre combien sont quelquefois violents et rapides les symptômes de la méningite cérébro-spinale, et il a fait l'objet de la dernière leçon clinique faite par M. Bouchut. Ici encore l'ophthalmoscopie a été, dans l'incertitude des symptômes, un moyen de diagnostic extrêmement utile.

La malade était partie de chez elle le matin, pour aller à son travail, et c'est en arrivant à son atelier qu'elle tomba tout à coup malade. Elle fut prise de vomissements, avec violent mal de tête, et elle perdit connaissance. On la ramena chez sa mère, et au bout de trois heures elle rouvrit les yeux, se plaignant très-fortement de la tête, et ayant de la fièvre avec un peu de délire.

Le lendemain elle était dans le même état, et on l'amena à l'hôpital. Alors l'ophthalmoscopie révéla une diffusion hyperémique de la papille, des varices et flexuosités rétiniennes, égales dans les deux yeux, et des stases sanguines. L'enfant avait une méningite.

Le jour d'après, elle se mit à tousser et offrit quelques traces de congestion pulmonaire au sommet du poumon gauche ; il y eut un peu de dipiapie, quelques inégalités du pouls, et les douleurs de tête persistèrent avec un haut degré d'intensité.

Au quatrième jour, l'enfant mourait, et voici les résultats de son autopsie.

Méningite cérébro-spinale. — Forme apoplectique. — Hypérémie de la papille. — Varices et flexuosités des veines de la rétine. — Thromboses plébo-rétiniennes. — Mort.

Marie Chauffourt, âgée de 14 ans, entrée le 23 mars 1869 au n° 2 de la salle Sainte-Catherine (hôpital des Enfants malades). Cette enfant a souvent mal à la tête, mais elle n'a jamais fait de maladie grave. Hier 22 mars, partie à son apprentissage dans un bon état de santé, elle a eu plusieurs vomissements peu après son arrivée, des douleurs plus vives à la tête et une perte de connaissance qui a duré plusieurs heures. Une fois rentrée chez elle, elle resta dans un grand état d'agitation et de délire, se plaignant vivement de la tête, répondant à toute question, mais ne reconnaissant pas autour d'elle.

FEUILLETON

ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE

et de secours mutuels

DES MÉDECINS DE FRANCE

L'Association générale des médecins de France a tenu sa dixième assemblée générale les 4 et 5 avril, sous la présidence de M. Tardieu. Dans une allocution, qui a été souvent interrompue et qui a été couverte par les applaudissements unanimes de l'Assemblée, le nouveau président a caractérisé en ces termes la phase nouvelle dans laquelle vient d'entrer l'Association : « Nous sommes sortis de cette phase de l'enthousiasme et du sentiment, qui est celle du début de toutes les grandes choses. Aujourd'hui la tâche semble plus facile; elle n'exige pourtant ni moins de zèle ni moins de dévouement. En toute chose, il est moins aisé de durer que de naître, et la persévérance n'est pas une vertu moins rare que l'héroïsme. Prenons garde que la prospérité même de notre Œuvre, dont le brillant tableau va vous être présenté dans un instant, ne nous conduise à une sorte de satisfaction paresseuse, d'où naîtraient la tiédeur et le relâchement. Et cependant quel encouragement plus grand, quelle récompense plus haute pour vos esprits généreux que la conscience du bien immense que vous avez déjà fait, et de celui bien plus considérable que vous pouvez, que vous devez faire encore ! C'est pour l'avenir, vous le savez, que nous avons surtout travaillé. Notre œuvre est avant tout une œuvre de désintéressement ; c'est, permettez-moi cette expression, une entreprise d'affranchissement professionnel qui, comme toute entreprise sérieuse de ce genre, ne réussit que par le progrès des mœurs et du temps, par l'effort successif de plusieurs générations. C'est là ce qui en fait la grandeur ; et ceux-là la comprendraient bien mal qui, se demandant uniquement quels profits immédiats et personnels ils en peuvent tirer, céderaient à des suggestions égoïstes et voudraient en secouer les charges pourtant bien légères ; mais heureusement il n'appartient à personne de détacher même un seul brin de ce faisceau solide et fortement uni que vous constituez, vous les dévoués et fermes représentants de nos six mille associés. Votre constance, votre foi dans les principes qui vous ont dès l'abord rapprochés, les sacrifices que vous vous imposez chaque année pour venir ici constater par vous-mêmes où en est cette Association qui vous est chère, quelles ressources nouvelles l'ont enrichie, quels nouveaux progrès matériels ou moraux ont marqué la période écoulée ; votre concours enfin si spontané et si complet, nous sont pour l'avenir de sûrs garants, et nous permettent de marcher en avant, libres de toute préoccupation, confiants dans le bon vouloir de tous. »

Suit une indication des questions sur lesquelles le Conseil général aura à se prononcer dans cette session, et des diverses propositions qui lui seront soumises, et qui devront tendre toutes à faire prévaloir de plus en plus dans la conduite des affaires de l'Association générale l'opinion du plus grand nombre, à assurer son action et étendre son influence, en donnant à la fois plus de force et d'indépendance aux sociétés locales, d'où partent et où doivent aboutir tous les mouvements, tous les actes de l'Œuvre.

« Mais vous ne voudrez pas, ajoute M. le président, donner exclusivement vos soins aux intérêts matériels de l'Association. Si considérable, si incontestable que soit l'utilité de notre Œuvre au point de vue du secours qu'elle a apporté à de trop réelles misères, si respectable que soit le principe de cette mutualité d'assistance confraternelle, si féconds qu'en aient été déjà les résultats, la pensée qui nous a réunis, celle qui, ne craignons pas de le dire, a fait l'éclatant et rapide succès de l'Association générale, est plus morale et plus haute encore. Nous avons voulu, ainsi que le disent expressément nos statuts, dont j'aime à rappeler les termes si éloquents dans leur simplicité, nous donner les uns aux autres aide et protection, exercer sur la pratique de notre art, sur la dignité de notre profession une influence moralisatrice, et cela, non pas seulement pour nous-mêmes, mais aussi pour le bien public. Ne craignez pas, messieurs, que votre nouveau président oublie jamais cette partie de notre commune mission, ni qu'il néglige aucun des devoirs qu'elle lui impose. »

L'assemblée a entendu ensuite les comptes rendus du secrétaire de la Société centrale, M. Le Roy de Méricourt, et du secrétaire général de l'Association, M. A. Latour.

Voici l'exposé de la situation financière de la Société centrale :

BALANCE DE 1868.

Recettes augmentées de l'encaisse existant au 1er janvier 1868		16,007 68
Emplois et dépenses de 1868	12,749 90	16,007 60
Reste en caisse le 31 décembre 1868	3,257 78	

Elle voit peu distinctement et conserve toute sa sensibilité. Sa langue est blanche, saburrale; elle no vomit plus et ne va pas à la garde-robe depuis deux jours.

L'enfant est très-agitée, présente un peu de renversement de la tête en arrière, se couche en tous sens et a dans les muscles du rachis et des membres des soubresauts et un tremb'ement fibrillaire presque permanent, avec hyperesthésie générale.

Le pouls très-petit, serré, régulier et fréquent (120). Température, + 38,5.

La résonnance de la poitrine est bonne, et la respiration se fait partout sans râles.

Saignée de 150 grammes.

24 mars. L'émission sanguine a produit un moment de calme, mais l'agitation est revenue dans la soirée, et ce matin l'enfant est dans le même état qu'hier.

25 mars. L'enfant se plaint toujours très-vivement de la tête et pousse des plaintes continuelles. Pas de vomissements, pas de garde-robes; tout le corps est douloureux; hyperesthésie; il y a un peu de strabisme et de diplopie; soupirs fréquents, sans grincement de dents. Peau chaude; température, + 39,2.

Examinés à l'ophthalmoscope, les yeux présentent une forte hyperémie des veines rétiniennes, qui sont dilatées, flexueuses, noirâtres, variqueuses et remplies de thromboses noires évidentes. Il y a en même temps un peu d'hyperémie papillaire; la papille est rouge au centre, elle est cependant distincte *à son côté interne*, mais son bord externe est très-confus.

Pouls un peu inégal, irrégulier, sans intermittence, 108.

L'enfant tousse un peu, présente une bonne résonnance du thorax, et dans l'aisselle du côté gauche un peu de râle sous-crépitant.

26 mars. Hier l'enfant a eu une petite saignée qui a produit un apaisement considérable; mais deux heures après la respiration s'est embarrassée, il y a eu de l'étouffement, de la cyanose; le pouls, d'abord à 120, est tombé à 100, 60, 20, 10, et l'enfant a succombé dans une espèce d'état asphyxique.

Autopsie 36 heures après la mort.

Les *méninges* sont fortement hyperémiées, et les veines méningées distendues par le sang, ainsi que les sinus de la dure-mère. La pie-mère, très-rouge d'arborisations capillaires, adhère fortement à la substance grise et en retient une partie lorsqu'on l'en sépare. Çà et là, sur la convexité des hémisphères, elle renferme une petite quantité de pus épais, jaunâtre, placé le long des vaisseaux.

Les scissures du sylvius ne renferment rien de particulier.

A la base du cerveau, la pie-mère est rouge, adhérente aux nerfs optiques; mais au chiasma et dans l'hexagone cérébrale il n'y a pas de pus. C'est en arrière de ce point, au niveau de la protubérance, que se trouve une couche épaisse de pus verdâtre, infiltrée dans cette membrane vasculaire, car l'arachnoïde reste dans son état normal. Ce pus s'étend un peu sur les côtés de la pie-mère du cervelet, et il descend sur la moelle allongée et sur la moelle épinière jusqu'en bas du rachis. Là, le pus est de plus en plus épais et il couvre tout le tissu de la moelle au-dessous de l'arachnoïde spinale. On dirait qu'il y a une couche de beurre pâle assez épaisse étendue sur le tissu de la moelle.

Nulle part il n'y a de granulation tuberculeuse.

Le *cerveau* est le siége d'une hyperémie assez considérable, plus marquée dans la substance grise que partout ailleurs. Cette substance a l'aspect rosé, demi-transparent de l'agathe rosé pâle. Le tissu est un peu mou, sans ramollissement réel. Ses ventricules latéraux sont à peine dilatés et ne renferment qu'un peu de sérosité claire.

Nulle part il n'y a de tubercules.

La *moelle* est hyperémiée, assez ferme, et, comme il a été dit plus haut, ses méninges sont couvertes de pus.

Le *cœur* est rempli de caillots récents, noirs, en partie décolorés, et ceux du ventricule gauche se prolongent jusque dans l'aorte.

Le *poumon gauche* est partout adhérent aux côtes, mais ces adhérences sont récentes et faciles à rompre. Son tissu est rouge noirâtre, spumeux, non crépitant, et il est le siége d'une congestion considérable. Il ne renferme aucune granulation. A la base la congestion est lobulaire, très-forte et disséminée.

Le *poumon droit* est souple, pâle en avant; il crépite partout et ne présente qu'une forte congestion dans les parties déclives des lobes supérieurs et inférieurs.

Le *foie* est volumineux, très-rouge, fortement congestionné.

La *rate*, de volume normal, semble être le siége d'une hypertrophie de sa trame fibreuse qui est blanchâtre, épaisse, renfermant dans ses alvéoles, la bouillie plénique.

Les *reins* sont volumineux, gorgés de sang noir cyanosé, et l'hyperémie est telle que la substance corticale et la substance tubuleuse sont de la même teinte brune violacée noirâtre.

Dans les yeux, il n'y a pas de tubercules; la *choroïde* est très-injectée, et la *rétine* présente de larges veines dans lesquelles on retrouve les caillots observés pendant la vie avec l'ophtholomoscope.

Nulle part il n'y a de tubercules.

Il est impossible de rencontrer deux cas plus embarrassants: l'un, de méningite tuberculeuse, et l'autre de méningite cérébro-spinale. Début insidieux, symptômes incomplets, marche rapide, terminaison au milieu d'accidents autres que ceux qu'on observe habituellement: tout était irrégulier. En lisant ces faits, on comprend l'hésitation des premiers jours dans lesquels on voit le malade, et on est frappé de l'appoint que donne tout à coup, à l'expression du diagnostic, l'ophthalmoscope. A côté des symptômes douteux de la maladie cérébrale ou spinale, viennent s'ajouter la découverte de lésions rétiniennes qui ne sont que la traduction des lésions existant dans le cerveau,

Ainsi, chez la première malade, M. Bouchut, incertain du diagnostic, mais redoutant l'apparition d'une inflamation méningée, regarde le fond de l'œil, et, en présence des lésions qui s'y trouvent, il déclare qu'il y a méningite, et, de plus, qu'elle occupe l'hémisphère droit, fait justifié par l'autopsie.

Dans l'autre cas, en présence de phénomènes nerveux apoplectiques passagers indiquant une congestion cérébrale aiguë on des accidents reflexes de phlegmasie vicérale prête à se montrer, l'ophthalmoscopie décide encore du diagnostic. On trouve une telle hyperémie papillaire avec varices, flexuosités et thromboses rétiniennes, qu'il n'y a plus de doute, et qu'on reconnaît les traces d'une violente méningite. L'autopsie a donné raison à la cérébroscopie, car tous les accidents étaient le résultat d'une méningite cérébro-spinale.

Ici la lésion n'occupant pas le chiasma des nerfs optiques, elle ne pouvait comprimer la circulation oculaire pour occasionner la névrite optique, mais elle agissait d'une façon reflexe en paralysant tout le système circulatoire de l'encéphale et de l'œil, ce qui produisait une paralysie vaso-motrice de la pie-mère, de la rétine et de la choroïde. C'est là l'origine de la lésion optique et rétino-choroïdienne observée pendant la vie plus qu'une action mécanique de compression de la base du cerveau, dont on ne trouvait pas les traces.

En résumé :

Dans ces deux cas, le diagnostic d'une méningite tuberculeuse et d'une méningite cérébro-spinale a pu être fait avec l'ophthalmoscope avant l'apparition des symptômes caractéristiques de la maladie.

Dans l'un d'eux, on a pu, en raison de la lésion prédominante de l'œil droit, conclure que l'hémisphère cérébral droit était malade.

Dans ces deux cas, enfin, les lésions optiques et rétino-choroïdiennes n'avaient rien de mécanique et résultaient d'une perturbation reflexe de la contraction vaso-motrice.

HYGIÈNE MILITAIRE.

Nouveau modèle de couvre-nuque.

Proposé par le docteur JUDÉE.

Dans les pays à température élevée, comme par exemple en Algérie, on a pris l'habitude de donner au soldat en campagne, pour garantir sa tête ou plutôt son cou contre l'action des rayons solaires, ce qu'on désigne sous le nom de *couvre-nuque*.

Celui actuellement en usage, disposé de façon à pouvoir s'adapter seulement au shako recouvert de sa coiffe, est constitué par une pièce de toile imperméable, de couleur blanche et ayant la forme d'un croissant. (Décision ministérielle du 23 avril 1868).

Le docteur Judée, qui proposait dès 1864 les modifications qui ont été apportées dans ces derniers temps à la coiffure et à la tunique de notre infanterie, le trouve imparfait : 1° parce que son mode d'attache, outre son peu de solidité, le met dans l'impossibilité d'être employé dans toutes les conditions qui nécessitent un changement de coiffure ; 2° surtout parce qu'en définitive il ne garantit que la nuque et nullement le sommet de la tête, la partie cependant qui a le plus besoin de l'être dans les climats chauds.

En conséquence, il s'est mis à rechercher s'il ne pourrait pas remédier à ces inconvénients, et il est arrivé à imaginer un nouveau modèle du couvre-nuque, qui lui paraît parfaitement avoir atteint le but qu'il s'était proposé. Il est formé de quatre fuseaux semi-sphériques ralliés entre eux par des contours et se terminant par un rabat, le tout en toile blanche. (Fig. 1 et 2).

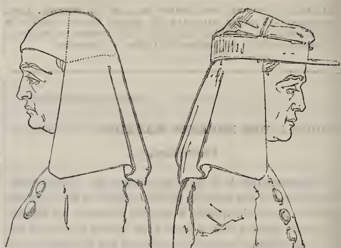


FIG. 1. — Nouveau modèle de couvre-nuque proposé par le Dr Judée.

FIG. 2. — Aspect présenté par le nouveau modèle de couvre-nuque, lorsqu'il est recouvert par la coiffure.

D'abord, sans nul doute, ce nouveau couvre-nuque pare au premier inconvénient reproché à celui dont on doit se servir actuellement dans notre armée, car, aussi bien avec le shako recouvert ou non de sa coiffe qu'avec le képi, il pourrait être porté ; ensuite il remédie au second, puisqu'en ne se contentant plus de couvrir la nuque, mais aussi le crâne, qu'il emboîte exactement, il ne peut faire différemment que de l'abriter encore de l'action des rayons solaires, en se chargeant, lorsque le képi s'échauffe, d'en absorber la chaleur pour transformer en vapeur la sueur dont en général il se trouve imprégné.

Sous le rapport hygiénique, on saisit de suite l'importance de ce fait, dont ce médecin peut garantir l'exactitude, grâce aux nombreuses expériences qu'il a été à même de faire à ce sujet pendant son séjour en Afrique.

Du reste, le docteur Judée n'a pas la prétention de croire qu'il ait songé le premier à préserver dans les climats chauds à la fois la nuque et la tête de l'action des rayons blancs; bien avant lui, ceux qui sont venus habiter l'Afrique, et principalement le sud de cette contrée, sans en excepter les officiers de notre armée, y avaient pensé, en se servant le plus ordinairement comme couvre-nuque d'un mouchoir de poche blanc qu'ils plaçaient sur leur tête, leur coiffure par-dessus; le couvre-nuque de ce médecin est en résumé ce dernier, mais considérablement amélioré, et ayant entre autres avantages celui de pouvoir tenir sur la tête lors même que la coiffure a été enlevée.

La commission supérieure d'habillement et de campement, consultée, au sujet du nouveau modèle du couvre-nuque par S. Exc. le ministre de la guerre, a reproché à cette sorte de calotte d'être rien moins qu'hygiénique, parce que, devant se porter en dedans de la coiffure, elle a pour effet de resserrer le front et les tempes. L'expérience nous semble s'être déjà chargée de répondre à ce reproche, car, quoique les plis fournis par le mouchoir de poche servant encore aujourd'hui en Afrique de couvre-nuque, aient un volume bien autrement considérable que celui pouvant résulter de chacune des coutures destinées à réunir en-

L'avoir de la Société centrale se compose au 1er janvier 1869 de :

1° *Capital disponible.*

Somme en dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.	35,800 »
Somme en caisse de la Société centrale............	3,257 68

2° *Capital non disponible.*

158 francs de rente 3 p. 100................	3,634 »
Une obligation du chemin de fer des Ardennes......	300 »
Avoir total de la Société centrale........	42,991 68

La Société centrale a distribué, pendant l'année 1868, 7,160 fr. de secours, soit près de 1,400 fr. de plus que l'année précédente; cette somme de 7,160 fr. a été répartie entre 26 personnes; dans ce nombre figurent 12 veuves de sociétaires. La commission ne s'est pas bornée à venir en aide aux sociétaires malheureux et à leurs familles ; des circonstances impérieuses l'ont conduite à accueillir, mais dans des limites très-restreintes, les demandes de quelques confrères étrangers à l'Association.

Le nombre des nouvelles admissions, pour l'année, a été de 28.

La Société a perdu dans la même période 16 de ses membres : Alquié, Barthez (François), Friant, Honneau, Jarvavay, Laborie, Léger, Mançais, Meunier, Ordonez, Rossignol, Serres, Sichel, de Soyre, Varlet.

Le compte rendu du secrétaire général nous apprend que l'Association générale compte aujourd'hui 96 sociétés locales qui réunissent le chiffre de 6,408 sociétaires.

Sur le dénombrement de l'exercice précédent, c'est une augmentation d'une société locale et de 94 sociétaires.

Sur ces 96 sociétés locales, il en est un certain nombre qui fonctionnent peu ou point; mais il en est 84 dont le fonctionnement ne laisse rien à désirer; 8 sont dans un état plus ou moins inquiétant, et 4 n'ont pas donné signe de vie.

L'avoir général de l'Œuvre s'élève aujourd'hui à la somme importante de 614,299 fr. 99 c. Ce capital se compose ainsi :

Caisse générale....................	56,927 18
Caisse des pensions viagères d'assistance.........	139,291 36
Société centrale..................	42,991 68
Sociétés locales....................	375,089 79
Total que je répète...........	614,299 99

L'augmentation sur l'exercice précédent est de..... 78,489 97

Les dons et legs faits à l'Association pendant le dernier exercice entrent dans cette augmentation pour la somme de 24,248 fr., ainsi répartie :

A la caisse générale....................	11,140
A la Caisse des pensions viagères d'assistance.........	8,148
A la Société centrale..................	700
Aux Sociétés locales....................	4,260

Dans l'exercice qui vient de s'écouler, la Caisse générale ayant excédé le maximum de ce qu'elle peut posséder, l'a versé à la Caisse des pensions viagères d'assistance, et ce versement, pour sa part, n'a pas été moindre de 16,785 fr. 82 c. qui, ajoutés aux 6,000 fr. obligatoires, ont produit un total de 22,785 fr. 82 c.

La Caisse des pensions viagères d'assistance s'est accrue, cette année d'une somme de 30,933 fr. qui élève son capital actuel à la somme de 139,291 fr. 36 c.

Le chiffre total de l'avoir des sociétés locales représente, en ce moment, un capital de 375,089 fr. 79 c. Cette année l'augmentation, dans ce seul élément de l'Œuvre, a été de 46,558 fr.

Voici le tableau récapitulatif, année par année, des secours accordés par l'Association :

Première distribution...............	3,374 fr.	65 c.
Deuxième distribution...............	6,232	75
Troisième distribution...............	10,391	»
Quatrième distribution...............	18,903	»
Cinquième distribution...............	17,107	70
Sixième distribution...............	27,332	35
Septième distribution...............	19,159	»
Huitième distribution, qui est celle du dernier exercice............	32,609	»
Total connu à ce jour.......	135,109 fr.	45 c.

Dans la séance du lundi 5 avril, l'Assemblée a entendu le rapport du trésorier de l'Association, M. Brun, sur la situation financière de la Caisse générale et de la Caisse des pensions viagères d'assistance.

Nous nous bornerons à extraire de ce rapport la liste des noms des donateurs qui ont enrichi la Caisse générale et la Caisse des pensions.

Ce sont, pour la Caisse générale :

M. le professeur Serres, M. le docteur Lejeune, M. le docteur Roger, M. le Président de l'Association générale ;

tre eux les fuseaux du nouveau couvre-nuque, jusqu'à présent personne, du moins à notre connaissnace, n'a jugé nécessaire pour cette raison de se priver de ses services.

Le shako-képi, ou mieux le képi recouvert d'une coiffe et accompagné du couvre-nuque sujet de cette étude, nous paraît une excellente chose dans les pays chauds, mais il ne faut pas croire qu'elle soit toujours suffisante, et il en existe encore une qui dans certains cas, nous paraît préférable. Elle serait constituée : 1° par le couvre-chef, principalement en usage chez les Cochinchinois ; 2° par le couvre-nuque du docteur Judée.

L'aspect de cette nouvelle variété de coiffure dont, en parenthèse, les officiers se sont déjà servis dans plusieurs circonstances, se rapproche beaucoup, une fois posée sur la tête, de celle d'une cuvette renversée. Tressée en feuilles de palmier, ou bien tout simplement en paille, elle est recouverte extérieurement d'une enveloppe de calicot blanc, et pourvue intérieurement d'une armature qui lui permet de tenir sur la tête.



Fig. 3. — Coiffure proposée par le Dr Judée pour les climats chauds.

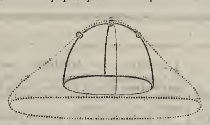


Fig. 4. — Disposition affectée par l'armature intérieure de la coiffure proposée par le Dr Judée pour les climats chauds.

Tous ceux qui, dans les zones torrides, ont eu recours à ce genre de coiffure n'ont eu qu'à s'en louer. Seulement quelquefois le courant d'air qui se produit lorsqu'elle est placée sur la tête, n'est pas sans présenter, au point de vue sanitaire, quelques dangers, l'usage du nouveau modèle des couvre-nuque y pare encore complétement en empêchant ce courant d'air d'agir directement sur le crâne.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1869. — Présidence de M. Verneuil

(suite.)

Discussion sur les tumeurs fibreuses de l'utérus.

M. Tarnier. Dans notre dernière séance, j'ai dit ce que je pensais des tumeurs fibreuses pendant la grossesse ; aujourd'hui j'aborde un sujet plus important, celui de leur influence sur l'accouchement.

Les fibromes, on le sait, ont été classés en sous-péritonéaux, interstitiels et sous muqueux. M. Depaul, qui sans doute avait de bonnes raisons pour cela, a limité son étude aux tumeurs sous-péritonéales ; mais je crois qu'il est utile d'agrandir le débat, et d'étudier les trois espèces de tumeurs, parce qu'elles peuvent mettre toutes trois obstacle à l'accouchement.

J'ai d'ailleurs besoin de mieux préciser le cadre dans lequel je veux resserrer mon argumentation.

Pour qu'un fibrome utérin puisse devenir un obstacle sérieux à l'accouchement, il faut qu'il soit descendu dans l'excavation, ou du moins dans l'ouverture du détroit supérieur. Il faut, de plus, qu'il ait un certain volume, que j'estime très-arbitrairement, je l'avoue, à celui d'un œuf de poule.

Sans doute les tumeurs fibreuses de la partie moyenne du corps de l'utérus ou de son fond peuvent modifier la marche du travail ; mais je ne veux étudier ici que les tumeurs qui s'opposent mécaniquement à l'engagement de la tête et à son expulsion. A l'exemple de M. Depaul, je crois également utile de laisser de côté ce qui a trait aux polypes, ou fibromes sous-muqueux pédiculés, parce que, par leur disposition particulière, ils donnent lieu à des indications qui leur sont propres.

Ici je n'aurai donc en vue que les fibromes utérins ayant au moins le volume d'un œuf de poule, en rapport avec l'excavation ou le détroit supérieur, qu'ils soient d'ailleurs sous-péritonéaux, interstitiels ou sous-muqueux.

Les fibromes sous-péritonéaux peuvent être sessiles ou pédiculés. Dans ce dernier cas, quelle que soit la hauteur de leur siége, ils peuvent, grâce à la longueur de leur pédicule, descendre plus ou moins bas dans l'excavation pelvienne, surtout dons le cul-de-sac rétro-utérin. Quelquefois ils remplissent, distendent ce cul-de-sac, et contractent en ce point des adhérences qui empêchent leur rétropulsion. Ils deviennent alors un sérieux obstacle à l'accouchement. Tel était la disposition du fibrome dans le cas observé par M. Blot, qui a bien voulu me le communiquer pour l'insérer dans une thèse de concours pour l'agrégation. Je citerai encore, au milieu d'autres faits, celui du docteur Breslau, qui me paraît curieux à signaler, parce qu'il s'agit de deux tumeurs fibreuses pédiculées qui descendent toutes deux dans le cul-de-sac postérieur en entre-croisant leurs pédicules, de telle sorte que la tumeur de gauche était venue se placer à droite, et réciproquement.

Quelle que soit la catégorie à laquelle elles appartiennent, ces tumeurs peuvent devenir la cause d'une erreur de diagnostic. Tous les auteurs citent des faits où le fibrome a été confondu avec une partie fœtale, le plus souvent avec la tête. Quelquefois même, une simple dépression du tissu morbide a pu en imposer pour une fontanelle. Weyscheider dit qu'on aurait pu croire, dans le cas qu'il relate, à une présentation du sommet avec une bosse séro-sanguine. J'ai moi-même été le témoin d'une erreur analogue.

Pendant que j'étais chef de clinique de M. Dubois, un médecin de la ville vint me prier de l'accompagner rue de Reuilly, près d'une de ses clientes, qui, depuis trois jours, était en travail. L'enfant, disait-il, se présentait par le sommet, mais il lui avait semblé qu'en un point la tête avait contracté des adhérences avec le col. Ce simple renseignement suffit pour me faire penser qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse, car leur adhérence avec le col est un de leurs signes distinctifs. Quand nous arrivâmes, l'accouchement était terminé, l'enfant était né spontanément, vivant, et s'était présenté, non par le sommet, mais par les pieds. En examinant la malade, je trouvai le ventre si volumineux et l'utérus si descendu que je pensai à une grossesse gémellaire. En pratiquant le toucher, je pus m'assurer qu'il s'agissait, en réalité, d'une tumeur fibreuse énorme, du volume de la tête, située à gauche et en avant, et descendant dans l'excavation, qu'elle obstruait presque complétement. On se demandait comment, avec une tumeur aussi volumineuse, située aussi bas, l'accouchement avait pu s'effectuer ; car, c'est là une observation en tous points comparable à celles qui ont été rapportées par M. Depaul et Guéniot.

Ailleurs, une tumeur fibreuse ramollie a été prise pour un placenta inséré sur l'orifice, mais la facilité avec laquelle se détacha le tissu placentaire et l'hémorrhagie qui survint ne laissèrent pas longtemps dans le doute.

Récemment, j'ai été mis dans l'embarras d'une toute autre façon : Une femme étant en travail depuis plusieurs jours, la sage-femme qui l'assistait fit demander le docteur Barrier, qui m'appela à son tour. Je trouvai la tête hors la vulve, tellement ramollie que les os du crâne étaient disjoints et libres dans le cuir chevelu ; le cou était fort allongé. En pratiquant le toucher, je trouvai l'orifice utérin très-en arrière et fortement resserré sur le cou de l'enfant. Toute la moitié antérieure de l'excavation était occupée par une partie dure, tendue, qui me fit penser à une tumeur fibreuse. Je parvins à dégager les bras l'un après l'autre, et à extraire le tronc. En introduisant alors la main dans l'utérus, je pus m'assurer que cet organe ne contenait pas de tumeur fibreuse. L'obstacle était uniquement dû à une rétraction tétanique de la cavité antérieure du segment inférieur de l'utérus.

En admettant que la tumeur soit reconnue, le diagnostic est encore loin d'être complet. La tumeur est-elle solide? est-elle liquide? On a vu par ce que j'ai dit précédemment que souvent des tumeurs fibreuses ramollies avaient été prises pour des kystes, et ponctionnées.

Comment distinguer un fibrome utérin d'une tumeur fibreuse née au milieu des parties molles de l'excavation? J'avoue que le problème doit être souvent fort embarrassant à moins que la tumeur ne soit insérée très-bas et séparée de l'utérus. M. Depaul doit se rappeler que, dans le cas de la rue de la Roquette, nous avons hésité entre un fibrome utérin et un enchondrome, et ce n'est qu'après l'accouchement que le diagnostic fut définitivement arrêté. Je serai heureux de connaître ce que l'expérience a appris à nos collègues sur ce sujet.

Les fibromes utérins eux-mêmes présentent entre eux des variétés qu'il serait bon de connaître. Comment savoir si la tumeur fibreuse est interstitielle ou sous-péritonéale, et, dans ce dernier cas, si elle est sessile ou pédiculée, libre ou adhérente? On peut sans doute avoir des présomptions, chercher par le palper si la tumeur est superficielle ou profonde, immobile ou mobile, faire la même recherche par le toucher mais il nous paraît difficile d'arriver sûrement à un diagnostic précis, et je souhaite que cette discussion m'éclaire sur ce point délicat de la pratique obstétricale.

M. Guéniot, en étudiant l'influence des tumeurs fibreuses du segment inférieur de l'utérus sur la marche de l'accouchement, vous a déjà fait remarquer qu'elles rendent les présentations du siége un peu plus fréquentes que dans les cas ordinaires. J'irai plus loin, et je suis en mesure de prouver que la présentation du siége est alors très-fréquente. Ainsi, sur 22 cas que j'ai pu compulser à ce point de vue, je n'ai trouvé que 13 présentations du sommet et 9 présentations de l'extrémité pelvienne. Or, toutes les statistiques montrent que la proportion de la présentation de l'extrémité pelvienne, relativement à celle du sommet, n'est pas même de 1 sur 22. Il y a donc là une influence bien manifeste, qui prouve une fois de plus que la forme de la cavité utérine a une influence considérable sur la nature des présentations.

Quant au pronostic, je le baserai sur le dépouillement de 42 observations : quelques-unes me sont personnelles, d'autres ont été déjà citées pendant le cours de cette discussion par MM. Guéniot, Depaul, Blot ; j'en ai trouvé un certain nombre dans nos recueils scientifiques ; enfin le docteur Gauhal (Théodore) a bien voulu traduire pour moi et me donner de nombreux extraits d'un mémoire publié par notre regretté collègue, le docteur Breslau de Zurich. Je tiens à remercier ici le docteur Gauhal des matériaux qu'il a mis ainsi à ma disposition. — Je sais que je suis loin d'avoir une liste complète des faits publiés, puisque MM. Guéniot et Depaul en ont cité un certain nombre que je n'ai pas pu ou que je n'ai pas eu le temps de retrouver. Avec des recherches plus étendues, on parviendrait peut-être à réunir, non sans peine, une centaine d'observations ; mais celles que je possède me suffisent, je l'espère, pour établir le pronostic et le traitement sur des bases utiles.

Examinons donc comment l'accouchement s'est terminé dans ces 42 cas :

8 fois l'accouchement a eu lieu spontanément, et cependant il s'agissait de tumeurs volumineuses, remplissant en partie l'excavation pelvienne, pour lesquels on avait souvent pensé que l'opération césarienne serait indispensable. Dans ces 8 cas, 6 femmes ont guéri, 1 est morte ; le sort de la dernière n'est pas indiqué. Pour les enfants, 3 sont nés vivants, 3 sont nés morts ; on ne connaît pas le sort des deux autres...

On peut conclure de ces chiffres que lorsque l'accouchement se termine spontanément, le résultat est très-favorable pour la mère, un peu moins pour l'enfant.

6 fois la dilatation de l'orifice s'étant faite, il a fallu terminer l'accouchement par une application de forceps. 2 femmes ont guéri, 4 sont mortes ; 2 enfants sont nés vivants, 4 sont nés morts.

Les deux cas heureux l'ont été et pour la mère et pour l'enfant ; ils ont été observés par MM. Blot et Guéniot, qui ont vu l'un et l'autre la tumeur fibreuse s'éloigner spontanément du bassin, de sorte qu'ils n'ont eu qu'une application très-simple de forceps à pratiquer. Mais quand la tumeur est invinciblement fixée dans l'excavation, l'opération devient terriblement dangereuse, sans doute par suite de la contusion de la tumeur au moment de l'extraction. J'ai pu malheureusement constater cette gravité pour une malade de la Maternité.

6 fois on a eu recours à la version. 2 femmes ont guéri, 3 sont mortes ; le sort de la sixième est resté incertain ; je n'ai pas pu

---

Et pour la Caisse des pensions : MM. les docteurs Halleguen, du Finistère ; Vernois ; Seux, de Marseille ; Lhomme, du Cher ; Ricord ; Marchal, de Calvi ; Horteloup père ; Horteloup fils ; Bertet, de Cercoux ; Mme veuve Laborie ; la Société de Vitry-le-François ; M. le docteur Amédée Latour ; la Société de l'Allier ; M. le docteur Bergeon père, de l'Allier ; la Société de Meaux (Seine-et-Marne) ; la Société de la Charente ; M. le docteur Henri Roger ; M. le professeur Bouillaud ; M. le baron Larrey ; la Société centrale de l'Association ; M. le docteur Bonnafont ; M. Georges Marjolin, ancien magistrat ; M. le docteur Saint-Amand, de Meaux ; la Société des Deux-Sèvres ; M. le docteur Lejeune, de l'Aisne ; la fondation Laënnec ; la Société de la Marne ; la Société de la Nièvre ; M. le docteur Leroy-Dupré ; le journal l'*Union Médicale* de Paris ; M. le docteur Bresse ; la Société de Provins (Seine-et-Marne) ; M. le docteur Gyoux.

Au nom du Conseil général et à l'occasion d'une demande de subvention adressée par une société locale, M. Brun a fait un rapport sur la question du fonds de réserve des sociétés locales et sur sa disponibilité.

A la suite d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Lambron, Seux, Pitois, Vingtrinier, Paul Andral, de Pietra Santa, Jeannel, Bardinet, les résolutions suivantes, mises aux voix, ont été adoptées :

1re *résolution :* — Le fonds de réserve de chaque société locale constitue un capital essentiellement disponible dont elle peut toujours faire usage pour venir en aide aux sociétaires malheureux ou à leur famille.

2e *résolution :* — L'Assemblée générale autorise le Conseil général, suivant les circonstances, à accorder des subventions à des sociétés locales qui n'auraient pas complétement épuisé leurs ressources.

3e *résolution :* — Il n'y a pas lieu de fixer aux fonds de réserve des sociétés locales une limite au-dessus de laquelle elles ne pourraient obtenir de subvention.

M. Gallard a fait un rapport sur les questions suivantes :

1° Convient-il d'entreprendre des démarches pour obtenir la reconnaissance d'utilité publique?

2° Convient-il de demander la révision de certains articles des statuts?

3° Les deux demandes doivent-elles être faites simultanément ou successivement? Et si elles sont successives, quelle est celle qui doit passer la première?

Le Conseil général a proposé à l'Assemblée de l'autoriser à faire toutes les démarches nécessaires pour obtenir la reconnaissance d'utilité publique sans rien changer aux statuts actuels, la question de la révision des statuts étant réservée pour une époque ultérieure.

Néanmoins, le Conseil général a cru devoir, dès à présent, indiquer à l'Assemblée les modifications qu'il juge désirable d'introduire, soit dans les statuts généraux, soit dans les statuts de la Société centrale.

Ce rapport a été suivi d'une discussion étendue qui a donné lieu aux résolutions suivantes :

1re *résolution :* — L'Assemblée générale donne au Président la mission de faire toutes les démarches nécessaires pour que l'Association générale des médecins de France soit déclarée d'utilité publique.

2e *résolution :* — L'Assemblée générale autorise le Président à retirer, après avoir pris l'avis du Conseil général, toute demande ou requête déjà présentée en vue d'obtenir la reconnaissance d'utilité publique, si les circonstances font que ce retrait paraisse plus profitable aux intérêts de l'Œuvre que la poursuite des démarches déjà commencées.

Ce retrait sera forcé s'il s'agit de modifier l'art. 6 des statuts généraux.

3e *résolution :* — Les modifications aux statuts proposées par le Conseil général seront soumises à l'examen de toutes les Sociétés locales, et la discussion est ajournée à la prochaine Assemblée générale.

Diverses autres propositions ont été renvoyées à l'examen du Conseil général.

Enfin, l'Assemblée a terminé sa session par le scrutin pour l'élection du Bureau et des membres du Conseil général.

Ont été élus :

Vice-Présidents : MM. Bouillaud, Caseneuve, Larrey, Mabit.

Secrétaire général : M. Amédée Latour.

Vice-Secrétaires : MM. Léon Gros, Martineau.

Conseillers : MM. Bardinet, Bardy, Delisle, Barrier, Barth, Béhier, Cl. Bernard, Bertillon, Brierre de Boismont, Conneau, Denonvilliers, Fauvel, Gallard, Halleguen, Hérard, Horteloup, Houzelot, Jeannel, Laugier, Ricord, H. Roger, Ségalas, Seux, Tavernier, Vastel, Vernois.

MM. Andral et Cruveilhier, qui avaient déclaré ne pouvoir continuer leur concours actif à l'association, ont été nommés par acclamations *Vice-Présidents honoraires.*

Dr B...

trouver la preuve de sa guérison, qui cependant est probable. 3 enfants sont nés vivants, 3 sont morts.

Sans aller plus loin, si je compare les résultats de la version et du forceps, je vois que l'avantage est du côté de la version. Je sais la premier à dire, il est vrai, qu'une pareille statistique est insuffisante, parce qu'elle repose sur un trop petit nombre de faits; mais j'y reviendrai un peu plus loin.

Une fois on a provoqué l'accouchement prématuré à 7 mois 1/2 de grossesse; la femme a guéri, l'enfant a succombé.

Une fois on a pratiqué l'embryogénie, et la mère a également succombé.

Une fois on a pu opérer l'énucléation de la tumeur. Femme et enfant ont succombé. Cette opération, unique, je crois, dans la science, très-hardiment conçue et très-habilement exécutée par M. Danyau, a été communiquée par lui à l'Académie de médecine.

J'ai trouvé, il est vrai, trois autres faits d'énucléation de tumeurs fibreuses pendant l'accouchement, parmi lesquelles on compte un succès; mais il s'agissait de tumeurs, non de l'utérus, mais des parties molles de l'excavation, et j'ai dû écarter ces résultats comme étrangers à mon sujet.

14 fois on a pratiqué l'opération césarienne. 2 femmes ont guéri. L'une fut opérée par Duclos, l'autre par Mayor, de Genève. 12 femmes ont succombé. 9 enfants sont nés vivants; 2 ont succombé. Le sort des 3 autres n'est pas indiqué.

Ainsi, l'opération césarienne, favorable pour les enfants, est excessivement meurtrière pour les femmes, comme on pouvait le prévoir.

5 femmes ont, enfin, succombé avant d'être accouchées.

En résumé, si l'on groupe tous ces chiffres, on trouve que le pronostic est fort grave pour les mères, puisque, sur 40 observations dont les résultats sont connus, 13 femmes seulement ont guéri, et 27 ont succombé, ce qui fait à peu près 1 cas de guérison sur 3. C'est là une triste réalité, bien propre à modérer l'enthousiasme dans lequel on est disposé à tomber quand on a eu le bonheur d'observer ces cas heureux. Quant aux enfants, sur 37 résultats connus, on trouve 17 enfants vivants et 20 morts. Pour eux, les chances sont douc moins défavorables que pour les mères, bien que plus de la moitié aient succombé pendant l'accouchement; mais, daus cette proportion, il faut faire remarquer que, sur les 17 enfants nés vivants, 9 ont dû leur salut à l'opération césarienne, qui laissait, au contraire, peu d'espoir de sauver les mères.

Dans les 42 cas cités, je n'en ai trouvé qu'un petit nombre dans lequel les femmes sont accouchées avant terme. On comprend que c'est là un élément important dans le pronostic qui peut être aggravé quand le volume de l'enfant est considérable, et amoindri quand il descend au-dessous de la moyenne.

Le pronostic est encore d'autant plus grave que la tumeur utérine est plus volumineuse et plus profondément enclavée dans l'excavation pelvienne; quand elle siége au niveau de la partie supérieure de l'excavation, le pronostic est moins défavorable, parce que la tumeur se déplace plus facilement. On a vu, toutefois, des tumeurs situées profondément, se déplacer pendant la grossesse et pendant l'accouchement; plusieurs exemples ont été cités dans cette discussion. Ce déplacement est surtout à espérer quand la tumeur est placée en avant ou sur les parties latérales de l'excavation, où elle est largement attachée au col de l'utérus, parce qu'au moment où se fait la dilatation de l'orifice, le fibrome pourra être refoulé au-dessus du détroit supérieur; mais quand les tumeurs occupent la partie postérieure de l'excavation et descendent dans la concavité du sacrum, elles sont retenues en place par la saillie de l'angle sacro-vertébral et deviennent très-difficiles à mettre en mouvement et à refouler. Le déplacement est impossible dans le cas de corps fibreux sous-péritonéaux, ayant contracté des adhérences dans le fond du cul-de-sac recto-utérin, à moins que ces adhérences ne soient bien lâches; comme j'en ai vu un cas relaté.

Enfin, il y a une distinction essentielle à établir entre les fibromes recto-péritonéaux, suivant qu'ils sont sessiles ou pédiculés; les premiers se déplacent plus facilement, à mesure que le col se dilatera et que la partie fœtale s'engagera; mais le travail d'accouchement aura peu d'influence sur les tumeurs pédiculées, qui s'insérant loin du col, ne suivent pas le mouvement imprimé par la dilatation de l'orifice.

(*Sera continué.*)

ACADÉMIE DE PARIS

BACCALAURÉAT ÈS LETTRES ET ÈS SCIENCES

Session de mai 1868.

Une session d'examen s'ouvrira à la Sorbonne : pour le baccalauréat ès lettres, le 3 mai; pour le baccalauréat ès sciences, le 10 mai.

Le registre d'inscription est ouvert dans les Facultés : pour le baccalauréat ès lettres, du 10 au 26 avril; pour le baccalauréat ès sciences, du 15 au 30 avril.

Seront admises les inscriptions des candidats :

1° Régulièrement inscrits pour le concours d'admission à l'école de Saint-Cyr, en 1869 ;

2° Agés de plus de vingt ans au 1er janvier 1869;

3° Régulièrement inscrits près une Faculté de médecine ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie ;

4° Aspirants à l'école militaire de santé de Strasbourg, et déjà pourvus de l'un des deux baccalauréats.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par le docteur Wecker, médecin oculiste de la maison Eugène-Napoléon ; 2e édition, revue et corrigée. Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris. Tome II, 2e fascicule 1 vol. in-8, de 670 pages, avec figures et tableaux dans le texte. Prix 5 fr.

Prix de l'ouvrage complet : 2 volumes in-8. (cartonn.), 26 fr.

Rapport sur la fièvre épidémique de l'île Maurice, adopté par la commission d'enquête nommée par S. Exc. le gouverneur, sir H. Barkly. In-8. 2 fr. 50.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 21 avril 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a entendu, dans cette séance, deux lectures, l'une de M. F. Voisin, l'autre de M. L. LeFort. M. Voisin, qui a de fortes convictions, a aussi tout le courage, et on pourrait dire toutes les hardiesses de ses convictions. Les hardiesses ne manquent pas, en effet, dans la manière dont l'honorable académicien a revendiqué, au nom de la physiologie, le droit pour tous les hommes d'exercer et d'appliquer leurs facultés inférieures. Droit et usage, soit; mais où est la limite du droit et de l'usage, celle où commence l'abus? Voilà deux thèses qu'il ne faudrait pas séparer, restant, bien entendu, sur le terrain de la physiologie et de l'hygiène, qui est le nôtre.

Or, c'est de l'un de ces abus précisément que, par un de ces hasards bizarres qui président souvent aux lectures académiques, M. L. Le Fort a entretenu l'assistance, en remplaçant M. Voisin à la tribune : Étude sur quelques points de la pathologie des maladies vénériennes, et en particulier de la prostitution dans la ville de Paris, dans ses rapports avec la propagation de ces maladies. Tel est le titre du Mémoire qu'a lu M. Le Fort. C'est un complément du travail statistique qu'il a déjà présenté au congrès médical international de 1867, et dont nous avons déjà fait connaître, à cette époque, les principaux résultats. Nous y reviendrons.

Au commencement de la séance, M. Gavarret a présenté un ouvrage du R. P. Secchi, l'éminent directeur de l'observatoire de Rome, sur l'unité des forces physiques et la philosophie naturelle. M. Gavarret a emprunté à ce livre quelques citations, que nous reproduisons dans le compte rendu, et qui eussent assez bien figuré dans la défense des doctrines de la Faculté de médecine de Paris... L'ouvrage du P. Secchi est trop important pour que nous nous bornions à ces seules citations. Nous en reparlerons prochainement.

Dr BROCHIN.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET LA FACULTÉ DE BIOLOGIE.

La séparation s'accentue de jour en jour davantage entre la médecine clinique et la médecine de laboratoire, entre l'observation médicale proprement dite et les études chimiques et physiques appliquées à la médecine, entre l'enseignement médical professionnel et l'enseignement médical biologique ou physico-chimique.

Une Faculté de biologie s'est installée dans la Faculté de médecine, et, comme tous les parasites qui finissent par tuer les êtres dont ils vivent, ce qui n'est pas médecine à la Faculté a réussi à étouffer l'élément médical.

« La médecine passe de nos jours par une phase curieuse de renouvellement; les sciences qu'on appelait autrefois accessoires, et qui étaient quelque peu délaissées, deviennent presque principales. »

Telle est la phrase que vient de prononcer M. le ministre de l'instruction publique, dans la défense de son budget universitaire (1), pour justifier la création des laboratoires publics de chimie, de physique, de physiologie et d'histologie.

C'est l'oraison funèbre de la Faculté de médecine de Paris. Autrefois on y enseignait la médecine et la chirurgie pour faire des hommes utiles aux malades, et à côté de l'éducation médicale professionnelle, on enseignait comme accessoires la physique et la chimie. Aujourd'hui, les *sciences qu'on appelait accessoires sont presque les principales*, et voilà la Faculté de médecine telle que la voit le ministre de l'instruction publique.

Dans cette nouvelle direction imprimée aux études médicales, que devient la médecine? Il est facile de le prévoir, et on le sait déjà par l'insuffisance clinique des médecins qui se présentent aux concours de l'agrégation et des hôpitaux, ou par la faiblesse du concours de l'internat en médecine.

Les élèves savent de la physique biologique, de la physiologie comparée, de l'histologie, mais ils ignorent à peu près la grosse anatomie, l'anatomie des régions, la physiologie humaine, la grosse anatomie pathologique, la symptomatologie et le diagnostic, c'est-à-dire ce qui fait la base de la médecine et de la chirurgie pratique. — Pauvre Faculté!

Dr E. LE SOURD.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SÉE.

Du diagnostic des fièvres par la température (2).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LA TEMPÉRATURE, ET DE LA MÉNINGITE PAR LES TROUBLES FONCTIONNELS DES NERFS VAGUES.

La fièvre typhoïde, dans sa forme anormale, se caractérise par des phénomènes graves, excessifs, qui peuvent se localiser, soit sur le cerveau, soit sur les poumons, soit sur l'intestin. Abordons d'abord le diagnostic de la fièvre typhoïde anormale, à forme cérébrale.

La fièvre typhoïde peut être confondue : 1° avec la méningite; 2° avec les diverses formes de délire (alcoolique, d'inanition); 3° avec le typhus cérébro-spinal.

Quand on se trouve en face d'un malade atteint soit de fièvre typhoïde à forme cérébrale, soit de méningite, surtout s'il s'agit d'un enfant, on observe la même série de phénomènes, la même catégorie de symptômes, qui mettent souvent les praticiens les plus expérimentés dans un véritable embarras.

Dans les deux cas il y a de la fièvre et de la céphalalgie, du délire, des convulsions et du coma. Mais ces symptômes, qui sont communs à ces deux maladies, examinés séparément au point de vue de leur mécanisme physiologique, présentent des différences très-importantes qui fixent le diagnostic de la méningite, et qui s'expliquent par la localisation des lésions primordiales de la maladie.

La méningite tuberculeuse aboutit fatalement à la formation d'exsudats intracrâniens; ce sont des produits plastiques qui siégent à la base du cerveau, au niveau de la scissure de Sylvius, du pont de Varole; or c'est là que sont l'origine et le passage de plusieurs nerfs crâniens, lesquels irrités, enflammés ou comprimés par ces exsudats, donnent lieu à tous les symptômes morbides.

De tout temps les observateurs ont vu que la méningite tuberculeuse présentait dans son cours une marche irrégulière, se traduisant d'abord par une accélération, puis par un ralentissement du pouls, et enfin une fièvre. Robert Whytt, qui le premier a bien observé cette maladie au lit du malade, a fondé sur les caractères du pouls et de la fièvre sa division en trois périodes. Première période : fébrile; deuxième période : ralentissement du pouls; troisième période : retour de la fièvre et accélération du pouls. Elle a été adoptée par tous. Trousseau lui-même, ce grand observateur, qui s'étonnait sans cesse de la marche des symptômes de cette bizarre affection, avait fini par admettre qu'elle était due à l'infiltration des parois et cavités ventriculaires par le liquide cérébral épanché, j'ajoute, probablement par la destruction de l'épendyme (revêtement intérieur des ventricules); de là une sorte de ramollissement par imbibition qui serait cause de tous les phénomènes; aussi décrivait-il la méningite sous le nom de *fièvre cérébrale*, bien qu'il eût parfaitement vu que la fièvre n'existait pas dans la deuxième période.

Là n'est pas la vérité, et tout l'ensemble symptomatique de la méningite s'explique par la compression ou l'irritation des nerfs crâniens. Il n'en est pas de même dans la fièvre typhoïde.

Fièvre typhoïde; première période. — Voyons d'abord quels sont les phénomènes de la fièvre typhoïde : La température monte en zigzag et a une allure caractéristique. Le pouls est constamment accéléré dès le début, et persiste ainsi pendant toute la durée de la maladie; puis se manifestent des troubles de l'innervation d'une importance capitale : la céphalalgie et le météorisme.

La céphalalgie typhoïde ne s'accompagne pas de vomissements. C'est un fait négatif, il est vrai, mais très-important.

Le météorisme et le gargouillement sont dus à l'accumulation et à la diffusion des gaz dans l'intestin distendu. Dès le début de la fièvre typhoïde il y a prostration de tous les muscles, et en particulier des muscles des parois abdominales et des parois de l'intestin, qui restent relâchés, affaiblis par suite de la diminution de l'innervation musculaire, et par conséquent faciles à soulever.

La méningite offre un tableau analogue, comme fièvre, céphalalgie, mais le météorisme et la diarrhée font défaut, ce qui est rare dans la fièvre typhoïde.

La chaleur des méningites présente des particularités nota-

(1) *Moniteur* du 17 avril.
(2) Fin. Voir les numéros des 23, 25 mars et 6 avril.

FEUILLETON

L'ÉCOLE MILITAIRE
DE MÉDECINE (1)

DURAND. — Dis donc, la Roche, viens-tu avec nous à la brasserie? Fête complète, mon cher : bière, choucroûte et... le reste. Noce sur toute la ligne.

LA ROCHE. — Non, merci; j'ai à travailler tout aujourd'hui; songe donc que je passe ma thèse dans six mois, et j'avoue qu'il me reste bien des choses à apprendre.

DURAND. — Allons donc! tu as toujours été un piocheur, tu es un des plus forts élèves de la promotion. C'est aujourd'hui dimanche, viens t'amuser avec nous.

LA ROCHE. — Non, non; je vais sortir avec vous, mais je veux passer ma journée à travailler. Amusez-vous bien et buvez au succès de ma thèse. Je suis prêt, allons.

Survient le directeur de l'École, ou le sous-directeur, ou un aide-major, peu importe.

— Monsieur la Roche, vous êtes privé de sortir aujourd'hui.

LA ROCHE. — Puis-je vous demander pourquoi, monsieur?

— On a trouvé parmi vos livres une *Histoire des maladies du cœur* et la *Pathologie cellulaire*; les règlements ne le permettent pas; vous avez violé les règlements, vous êtes privé de sortir pour aujourd'hui.

LA ROCHE. — J'avais absolument besoin de ces livres pour composer ma thèse.

— Vous serez également privé de sortir dimanche prochain, pour avoir récriminé.

*
* *

M. Prudhomme va hausser les épaules et dire que cela est impossible; que les journalistes attaquent systématiquement le pouvoir; que la haine dicte leurs articles. Écoutez et lisez, monsieur Prudhomme.

ORDRE

« Strasbourg, le 3 mars 1869.

« Lors de ses revues dans le casernement, le directeur a remarqué que l'article 32 du règlement, interdisant aux élèves d'introduire dans l'établissement aucun journal, écrit périodique et brochure, aucun livre ou dessin, n'était pas exactement observé.

« Il en résulte pour les élèves, pour le service général, pour le service du *vaguemestre*, des inconvénients qui ne sauraient se prolonger. En conséquence, les élèves doivent emporter immédiatement hors du casernement tous les journaux, brochures et autres imprimés *non autorisés*, et s'abstenir d'y en introduire ou de s'y en faire adresser.

« La disposition précédente s'applique aux journaux de médecine, les élèves pouvant les lire à volonté à la bibliothèque de l'École.

. . . .
. . . .

« Le médecin inspecteur, directeur de l'École,

« Signé : COLMANT. »

*
* *

O sainte discipline! ô sacro-saints règlements! N'est-il pas vrai, monsieur Prudhomme, que tout cela est bien, très-bien, parfait! Les élèves en médecine de l'école militaire doivent se servir de certains livres désignés par le règlement pour le plus grand profit... de leurs

(1) Avant de parler plus sérieusement de la grave mesure prise par la direction de l'École de santé militaire de Strasbourg, laissons un de nos plus spirituels collaborateurs interpréter à sa manière le résultat de l'ordre du 3 mars 1869. Le Dr Jacques Bonhomme, du *Charivari*, est un masque sous lequel nos lecteurs n'auront pas grand peine à reconnaître un de nos bons et trop rares feuilletonnistes. (*La réd.*)

bles : il y a des inégalités dans la marche de la température ; des frissons irréguliers se montrent par intervalles, et le thermomètre ne monte pas sensiblement. Cet état peut persister huit jours, et pendant ce temps les enfants peuvent se promener et même jouer. La calorification ne présente donc aucun phénomène caractéristique. Le pouls est capricieux ; il bat 110, puis descend à 70 ; il est vibrant, puis très-faible ; la fièvre en un mot, est très-irrégulière et ne peut être définie. C'est à un tel point, que je me demande si l'on peut dire avec raison que le méningitique a une véritable fièvre.

Les phénomènes caractéristiques de la méningite sont tout autres ; ils sont dus à l'irritation de certains nerfs crâniens par la présence de l'exsudat formé. Le plus sensible de tous est le pneumo-gastrique, qui fournit des filets nerveux à l'œsophage, à l'estomac, au cœur, et d'autres qui président au mécanisme de la respiration.

Tout d'abord, les branches nerveuses qui vont à l'estomac sont atteintes, et l'enfant qui a de la céphalalgie dès le début vomit ; ceci ne se voit pas dans la fièvre typhoïde, et ce phénomène est caractéristique, car il décèle la lésion produite. On peut bien rencontrer au début de la fièvre typhoïde quelques vomissements, mais ils ne persistent pas et sont tout à fait exceptionnels.

Ici se présente une difficulté qu'il faut savoir résoudre. Certains enfants sont héréditairement migraineux dès l'âge de quatre à cinq ans, et sont pris de vomissements s'accompagnant de céphalalgie atroce ; grand est l'effroi des parents, que peut partager le médecin, s'il n'est pas prévenu des habitudes morbides des parents, et de la possibilité de la migraine chez les enfants.

La migraine est due à un trouble de la circulation intracrânienne qui produit l'oligaimie de la base du crâne ; le sang est en quantité insuffisante pour le fonctionnement normal du pneumo-gastrique, qui s'irrite et produit des contractions de l'estomac et de l'œsophage, d'où vomissements.

On peut donc dire que le vomissement est le phénomène caractéristique de la période de début de la méningite.

Fièvre typhoïde; deuxième période. — C'est du sixième au huitième jour qu'apparaissent les complications cérébrales, si elles doivent exister ; elles s'accompagnent des phénomènes suivants : du cinquième au onzième jour, une température élevée, qui a la même marche qu'au début ; le maximum du soir est constant ; le pouls est constamment accéléré, faible et dicrote, indiquant une diminution de la tension artérielle par suite de la faiblesse de l'innervation des vaisseaux.

La méningite, à sa deuxième période, présente un tableau très-différent, caractéristique, qui a une explication toute physiologique : c'est l'irritation des filets cardiaques du pneumo-gastrique. Ces filets nerveux se rendent aux ganglions intrinsèques du cœur, impulseurs de cet organe. Livrés à eux-mêmes, ces ganglions agissent avec énergie, et il leur faut un modérateur, qui est le pneumo-gastrique, le frein du cœur. Si ce frein est rompu, le cœur s'accélère avec une violence inouïe. Si au contraire le pneumo-gastrique est irrité, il agit avec plus de force et produit le ralentissement du cœur : c'est ce qui arrive chaque fois qu'un exsudat se développe à la base du crâne autour de l'origine bulbaire du pneumo-gastrique ; il y a ralentissement du pouls et du cœur. Cette explication est due à Traube, qui a fait l'expérience suivante : il coupe à un chien le pneumo-gastrique ; il excite le bout inférieur, aussitôt le cœur se ralentit et ses battements sont intermittents. Le même effet se produit chez l'enfant atteint de méningite ; son pouls est intermittent, ralenti, vibrant, bien différent de celui de la fièvre typhoïde.

Un autre trouble de la circulation non moins important existe, c'est la rougeur alternant avec la pâleur de la face et la tache méningitique, phénomènes tous causés par un trouble de l'innervation des nerfs vaso-moteurs qui prennent leur origine dans la moelle et le bulbe. Sous l'influence d'une excitation de ce centre vaso-moteur, les petites artères se contractent, d'où la pâleur de la face ; puis bientôt survient la fatigue des vaisseaux et une dilatation paralytique consécutive, d'où la rougeur de la face. La tache méningitique est due à une excitation réflexe des artérioles de la peau, suivie bientôt d'une dilatation vasculaire. Ce phénomène se voit dans d'autres maladies et n'est pas tout à fait caractéristique.

D'autres phénomènes manifestent un trouble profond de l'innervation des muscles de l'abdomen et une modification de la respiration, contrairement à ce qu'on voit dans la fièvre typhoïde.

Dans cette maladie le ventre est météorisé, parce que les muscles des parois abdominales et intestinales sont inertes et paralysés ; de là une distension de l'intestin par les gaz et un soulèvement de la paroi abdominale, ce qui indique une prostration profonde ; il en résulte des conséquences fâcheuses au point de vue du mécanisme de la respiration. Le météorisme aboutit à la distension de la paroi thoracique inférieure formée par le diaphragme, et la cavité thoracique est diminuée dans sa hauteur, ce qui diminue le champ respiratoire ; alors il se produit une dyspnée qui reconnaît une double cause, distension de l'abdomen par le gaz et fatigue des muscles inspirateurs. Il se fait dès lors des stases sanguines, de l'hyperémie bronchique avec catarrhe. Comme le météorisme augmente, la respiration deviendra plus difficile ; le mucus de la sécrétion catarrhale ne sera plus expulsé, les bronches resteront obstruées, les lobules pulmonaires correspondants s'affaisseront, et on verra se produire le collapsus pulmonaire, qui constitue la pneumonie lobulaire, à son début.

Dans la méningite, c'est tout l'inverse de ce qui se voit dans la fièvre typhoïde : il y a de la constipation et une rétraction du ventre due à la contracture des parois abdominales et de l'intestin par suite de l'irritation des nerfs médullaires et des filets du pneumo-gastrique qui animent ces muscles. Aussi, dans la méningite, voit-on la poitrine libre, et s'il y a une dyspnée sous l'influence de l'excitation du pneumo-gastrique, elle est toute différente de celle de la fièvre typhoïde, qui est toute mécanique et marquée par une accélération de la respiration. La respiration est lente ; elle tombe à 8 par minute, au lieu de 24 à 32 par minute ; l'inspiration est profonde, suspirieuse, et s'accompagne assez souvent de hoquet.

Enfin, dans les deux maladies, à la même période, se présentent deux phénomènes communs : le délire et le coma ; mais, outre les symptômes concomitants, ils ne présentent pas les mêmes caractères ; c'est ce que nous allons démontrer, du reste, en étudiant la troisième période, où nous les retrouvons beaucoup plus marqués.

Troisième période. — Cette fois nous commençons par la méningite. Ici la scène change. Dans la période précédente nous avions le ralentissement du pouls et du cœur sous l'influence de l'excitation du pneumo-gastrique ; mais maintenant ce n'est plus de l'excitation, c'est de l'épuisement du nerf comprimé par l'exsudat plastique ; c'est de là que découlent les phénomènes suivants :

Les battements du cœur et le pouls sont au chiffre de 140 par minute, et la température s'élève.

Les mêmes symptômes, à savoir : accélération du pouls et élévation de la température, se voient aussi dans la fièvre typhoïde, mais il y a des différences. Dans la fièvre typhoïde il est rare que le pouls monte ou reste à 140, tandis que le thermomètre, à cette période, marque 40°,5 le matin et 41 le soir (forme grave). Dans la méningite, la température ne marche pas ainsi ; le thermomètre peut s'élever à 40, il est vrai ; mais cette élévation n'est que momentanée ; elle ne dure jamais ; ce n'est d'ailleurs qu'une chaleur partielle, qui rappelle tout à fait la fameuse expérience de M. Cl. Bernard, qui coupe le grand sympathique au cou et voit survenir l'augmentation locale de la chaleur.

Dans la fièvre typhoïde la chaleur est permanente, générale ; il y a un véritable excès de chaleur caractéristique de la fièvre. Dans la méningite il se fait une répartition inégale de la chaleur, mais il n'y a pas excès de production ; ce sont des phénomènes transitoires et irréguliers, bien différents des rémissions typiques de la fièvre typhoïde : ainsi le maximum apparaît le matin, une rémission se fait vers les deux heures, puis une nouvelle poussée de chaleur revient vers le soir à six heures. Exceptionnellement le thermomètre atteint 41, rarement il dépasse 40, et par moments on le trouve souvent à 38, 39 ; puis vers les jours qui précèdent la mort, du dix-huitième au vingtième jour en moyenne, on voit se produire une chute de la température de 1, 2, 3 degrés ; il faut que le médecin connaisse cette particularité et n'aille pas attribuer à une défervescence ce qui n'est que le collapsus de la température.

Dans la fièvre typhoïde la température monte jusqu'à la fin et est très-élevée jusqu'à la mort. Si dans cette période les caractères du pouls se rapprochent de ceux du pouls méningitique le thermomètre est infaillible et fait sûrement éviter l'erreur. Ce qui caractérise la courbe thermométrique de la méningite, ce sont les oscillations thermiques qui indiquent la mauvaise distribution du calorique, qui ne peut se tenir longtemps au maximum obtenu.

A ce moment le thermomètre doit être la base du diagnostic et du pronostic, et c'est ici très-important, car si le thermomètre indique une fièvre typhoïde, on peut toujours avoir un espoir de guérison, même dans les cas les plus graves, tandis que si la température marche comme celle d'une méningite, le pronostic est fatal.

On trouve même des différences dans les phénomènes cérébraux : le coma, le délire, les convulsions, la contracture peuvent se présenter dans les deux maladies ; mais ils ne sont pas les mêmes, et il ne faut pas se fier aux cris hydrencéphaliques.

Le coma méningitique s'accompagne d'anesthésie complète, tandis que le coma typhoïde a reçu le nom de *coma vigil*, et il n'y a pas d'anesthésie.

Les convulsions sont rares dans la fièvre typhoïde ; ce qu'on observe, c'est la carpologie, le tremblement ; dans la méningite elles sont partielles, rarement généralisées, et ne se manifestent qu'à la troisième période. Il faut dire qu'on peut les rencontrer au début s'il y a hydropisie intraventriculaire.

La contracture dans la méningite siége surtout à la nuque ; le cou et la tête décrivent une courbe à concavité postérieure. Dans la fièvre typhoïde, la contracture est plus étendue et tout à fait opisthotonique (forme spinale de la fièvre typhoïde).

Dans la méningite, on voit des paralysies frapper certains muscles et des convulsions en agiter certains autres ; dans la fièvre typhoïde on ne voit jamais de convulsions partielles.

Cette localisation des convulsions partielles dans la méningite se comprend très-bien ; elle s'explique par la présence de l'exsudat à la base du crâne, qui atteint surtout la troisième paire. C'est l'œil qui est atteint ; il y a strabisme, chute de la paupière et dilatation de la pupille.

Quant aux cris hydrencéphaliques, ils peuvent se présenter à toutes les périodes, et ne sont que l'expression de la douleur. Dans la fièvre typhoïde on les rencontre fréquemment dans cette période où les enfants sont arrivés à un véritable état d'idiotie. Ces cris ont été donnés comme caractéristiques de la méningite, il n'en est rien.

Dans la méningite, souvent à cette période on rencontre du météorisme et même de la diarrhée, parfois due aux purgatifs ; mais la diarrhée, loin d'être constante, alterne avec la constipation.

Enfin au point de vue de la langue et de la soif, ces deux maladies présentent des différences très-curieuses.

Le typhoïde a la langue noire, couverte de fuliginosités. Plongé dans un état de stupeur profonde, de stupidité complète, il reste la bouche entr'ouverte, la langue entre les dents, tremblotante, et elle se charge des poussières du dehors. Dans le cas de méningite, la langue est lisse, nette et très-naturelle. L'enfant ne boit pas, il n'a pas soif, et il éprouve souvent de la difficulté pour avaler, tandis que le typhoïde boit dès qu'on lui présente à boire ; il a soif, mais il ne demande rien, car chez lui les sensations internes sont aussi émoussées que les sensations externes.

Au résumé, la méningite tuberculeuse a pour caractère spécial la lésion inflammatoire de la base de l'encéphale ; d'où excitation du nerf vague, par conséquent, vomissements, ralentissements du pouls et de la respiration ; c'est donc la physiologie qui donne au diagnostic la formule précise. Dans la dothinentérie,

---

auteurs. Quelques-uns de ces livres sont en retard de vingt ans sur la science actuelle ; d'autres ont toujours été moins que médiocres.

Des jeunes gens de vingt à vingt-cinq ans, presque des docteurs, ne trouvent pas là des éléments suffisants de sciences ; ils veulent lire et consulter de meilleurs ouvrages, ceux qui représentent la science actuelle... Halte là ! le règlement s'y oppose. Les officiers de santé de l'armée seront peu instruits, ils ignoreront les points les plus importants de la médecine, ils ne sauront ni traiter ni guérir les malades.

Qu'importe ! si les malades succombent, au moins mourront-ils selon les règlements.

O Molière ! ô monsieur Diafoirus !

« Il vaut mieux mourir selon les règles que de réchapper contre les règles. »

Molière a dit cela il y a deux siècles ; il voulait peut-être parler des règlements.

* *

Un mot m'intrigue et me rend fort perplexe dans cet ORDRE, qui restera justement célèbre.

« Il en résulte, dit-il, des *inconvénients* pour le *service du vaguemestre.* »

Qu'est qu'un vaguemestre peut bien avoir de commun avec les études médicales ? Un vaguemestre, c'est-à-dire un vieux sergent de vétérans sans doute. Il est certain que le pauvre homme doit être quelque peu embarrassé, puisque c'est lui qui se trouve chargé du soin de surveiller les livres de nos étudiants.

Supposez qu'il rencontre un livre avec le titre suivant : *Histoire des maladies du cœur.* Le voyez-vous perplexe et méditant ! Le cœur, les maladies du cœur, hum ! hum ! j'ai connu cela dans ma jeunesse, et ma payse l'a fait battre aussi, mon cœur... autrefois. Ces jeunes gens, c'est toujours la même chose, ça ne pense qu'à la bêtise.

— *Histoire des maladies du cœur*, je vois ce que c'est. Et il emporte le livre à côté duquel il laissera sans sourciller *Madame Bovary*, *Fanny* ou *Mademoiselle de Maupin*. — Il est certain qu'un vaguemestre ne peut être ni un savant, ni un littérateur, ni même un candidat à l'Académie.

* *

J'avoue que je ne comprends pas bien cette façon embrouillée de mener les choses ; il y a un moyen bien plus simple de tout arranger. L'administration n'y aura pas songé, car on ne peut songer à tout. Aussitôt que je serai ministre de la guerre, je ferai aussi mon petit règlement et un article unique.

« Le service de santé est supprimé pour cause d'inutilité. »

Les intendants militaires seront chargés de la visite de l'hôpital, et les choses se passeront de la façon suivante. C'est simple et clair. Les infirmiers sont placés sur trois colonnes correspondant à trois rangs de malades.

L'INTENDANT. — Attention !!!

1er rang. — Lavements sur toute la ligne.

2e rang. — Saignée à tous les numéros impairs.

3e rang. — Purgation à tous les numéros pairs.

— En avant !...

Avec un peu d'expérience, on peut varier tout un mois cette intelligente médecine. Je connais des docteurs fort instruits qui n'en pourraient pas faire autant.

Dr JACQUES BONHOMME.

(*Charivari.*)

---

c'est la chaleur qui est la cause principale des accidents, et surtout des dénutritions.

DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET DE LA MÉNINGITE DE LA BASE.

Ce n'est pas seulement avec la méningite de la base, la méningite tuberculeuse de l'enfance, que la fièvre typhoïde peut être confondue, mais encore il faut savoir la différencier de la méningite de la connexité.

Ce diagnostic présente souvent des difficultés, car cette maladie, propre à l'adulte, si sujet à la fièvre typhoïde, n'a pas de phénomènes caractéristiques comme la méningite de l'enfance. La céphalgie et le vomissement, le ralentissement du pouls font défaut, et le symptôme le plus saillant, le délire, peut exister dans la fièvre typhoïde.

Cette forme de méningite peut débuter de deux façons : 1° la fièvre est lente, mal caractérisée, la température ne présente jamais la marche en zigzag typique de la fièvre typhoïde; puis tout à coup le délire éclate au bout de trois à quatre jours; or le délire dans la fièvre typhoïde apparaît rarement avant le septième et huitième jour. Quant au pouls, il est le même dans les deux maladies; 2° début brusque avec fréquence du pouls et thermométrie très-élevée à 40 degrés dès le second jour; mais alors on se rappellera que jamais la fièvre typhoïde n'a un début si brusque et n'atteint ce maximum avant le quatrième jour.

Un dernier point se présente encore à traiter pour compléter le diagnostic de la fièvre typhoïde : dans le cours d'une fièvre typhoïde survient du délire. Le malade est-il atteint du délire typhoïde ou d'une autre forme de délire? Telle est la question à résoudre.

DIAGNOSTIC DU DÉLIRE TYPHOÏDE ET DES AUTRES GENRES DE DÉLIRES.

Quatre délires d'origine différente peuvent être confondus avec le délire typhoïde. Ce sont :

Le délire de l'anémie;

Le délire de l'inanition;

Le délire de la manie aiguë ;

Le délire alcoolique.

Le diagnostic est très-important, car il en découle des traitements opposés.

Délire anémique. — Chez les anémiques, la fièvre typhoïde présente des irrégularités nombreuses dans la marche, mais on n'observe jamais un délire violent ni le coma vigil; c'est une forme de délire caractérisée par une aberration de l'esprit, rappelant tout à fait les bizarreries hystériques, par des rires et pleurs sans motifs, par des hallucinations; il existe une disproportion énorme entre ce délire et les autres symptômes de la maladie; la température est modérée, 39 degrés au plus; et ce qui tranche la question, c'est le traitement : une alimentation tonique et réparatrice fait vite disparaître le délire anémique.

Délire d'inanition. — Il n'apparaît guère avant la troisième semaine; on le rencontre à la fois chez les anémiques et les pléthoriques, mais il apparaît plutôt chez les individus robustes, habitués à une alimentation copieuse. Une difficulté peut alors se présenter. Parfois l'inanition occasionne à la fois des vomissements et du délire; alors le médecin peut craindre une méningite; mais le meilleur moyen de couper court à toute incertitude consiste à alimenter le malade, et le délire avec ou sans vomissements cesse comme par enchantement.

Délire de la manie aiguë. — Ce délire ne se voit guère que dans la convalescence.

Délire alcoolique. — Il se présente tout d'abord avec une violence si grande, que la disproportion est trop forte entre l'état de la maladie et ce délire, pour qu'on puisse le croire sous la dépendance de l'affection typhique ; puis il a une forme particulière : le malade a des hallucinations de persécution; il croit voir des voleurs, des assassins qui le poursuivent; d'autres fois il décrit des objets bizarres. Ce délire est d'ailleurs tardif; il n'apparaît guère avant le neuvième jour, tandis que le délire typhoïde débute souvent dès le sixième ou le septième jour.

Là encore le traitement est la pierre de touche. Le délire typhoïde est notamment amendé par l'hydrothérapie. Le délire alcoolique ne cède qu'au vin et à l'opium, mais cela très-rapidement, en vingt-quatre et trente-six heures; ce que ne fait pas le délire typhoïde, qui continue pendant une longue période de la maladie.

EFFETS DE L'ABSINTHE SUR LE SYSTÈME NERVEUX

(*Note communiquée à l'Académie des sciences, dans la séance du 19 avril 1869*)

Par le docteur E. Decaisne.

J'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie, dans la séance du 1er août 1864, un mémoire ayant pour titre : *Étude médicale sur les buveurs d'absinthe.* Je disais dans mes conclusions :

L'absinthe, à dose égale et au même degré de concentration alcoolique que l'eau-de-vie, a des effets funestes plus prononcés sur l'économie.

A dose égale, l'absinthe produit l'ivresse beaucoup plus rapidement que l'eau-de-vie. Les états que l'on a décrits sous le nom d'*alcoolisme aigu* et d'*alcoolisme chronique* se développent sous son influence beaucoup plus facilement. Il est nécessaire cependant de faire entrer ici en ligne de compte le degré de concentration de l'alcool, en général assez élevé dans l'absinthe.

Les effets de l'absinthe sur le système nerveux sont plus marqués que ceux de l'eau-de-vie et ressemblent assez bien à l'intoxication par un poison narcotico-âcre.

Ces conclusions, basées sur des études cliniques longues et consciencieuses, trouvèrent cependant quelques contradicteurs, entre autres M. Deschamps (d'Avallon), qui prétendirent que c'était seulement au degré de concentration alcoolique de l'absinthe que devaient être attribués tous les accidents reprochés à cette liqueur. J'adressai, à cette époque, à l'Académie, une note dans laquelle j'en appelai à l'observation clinique des assertions de M. Deschamps.

Les faits que j'ai recueillis depuis 1864 m'ont confirmé dans l'opinion qu'expriment les conclusions que je viens de citer. Or, ce que m'avait appris les observations cliniques, les belles et intéressantes recherches que M. le docteur Magnan a communiquées à l'Académie, dans la séance du 5 avril, viennent de le démontrer.

Il est bien entendu que, sous aucun prétexte, je n'entends soulever ici une question de priorité, que rien d'ailleurs ne saurait justifier. J'ai voulu seulement constater que les conclusions auxquelles est arrivé M. Magnan par ses expériences sur les animaux confirment celles de mon mémoire. Et puis, je l'avoue, je ne laisse jamais passer l'occasion d'appeler l'attention sur une matière que j'étudie depuis plusieurs années, et je suis de ceux qui pensent qu'il faut combattre partout et sans relâche cet abus des alcooliques, qui est devenu de nos jours une plaie sociale et un péril public.

DE L'ACTION DES NITRITES SUR LE SANG

PAR M. A. GAMGEE

Lorsqu'on agit sur le sang avec un nitrite quelconque, soit en faisant respirer à un animal pendant la vie des doses toxiques d'un nitrite volatil, tel que le nitrite d'éthyle ou le nitrite d'amyle, soit en mélangeant avec le sang une solution d'un nitrite alcalin, il se produit un changement remarquable dans la couleur du sang, qui perd sa belle coloration rouge et prend une couleur brune comme le chocolat. Ce changement de couleur n'est accompagné d'aucune altération dans le volume ou la forme des globules; il y a cependant une modification des propriétés optiques du sang, qu'on peut très-bien apprécier à l'aide du spectroscope. Avec cet instrument, on s'aperçoit que les deux bandes d'absorption qu'on observe quand on analyse la lumière qui a passé à travers une solution de sang ou de sa matière colorante non altérée (l'hémoglobine), deviennent très-faibles, et, de plus, qu'une bande apparaît dans la partie rouge du spectre, bande qui coïncide avec celle de l'hématine quand elle existe dans des solutions acides. En ajoutant de l'ammoniaque au sang, cette dernière bande d'absorption disparaît, et la partie orange du spectre s'obscurcit. En acidifiant avec soin le liquide alcalin, on reproduit très-facilement les bandes qu'on avait observées après l'action des nitrites.

L'addition du sulfhydrate d'ammoniaque paraît détruire immédiatement l'action des nitrites : elle fait reparaître les deux bandes de l'hémoglobine oxygénée, qui sont ensuite remplacées par la bande d'absorption et l'hémoglobine réduite.

Ces observations préliminaires paraissent indiquer que, lorsque les nitrites agissent sur le sang, ils produisent une action marquée, mais passagère, sur la matière colorante du sang; qu'ils n'ont pas le pouvoir de s'oxyder aux dépens de l'oxygène des globules, car l'action du sulfhydrate d'ammoniaque suffit pour dégager de nouveau la matière colorante du sang dans son état normal, c'est-à-dire combinée avec l'oxygène. Afin de découvrir la vraie nature de l'action des nitrites, l'auteur a employé les différentes méthodes de recherche qui paraissaient capables de la manifester.

Quand on agite le sang altéré par l'action des nitrites avec de l'oxyde de carbone, il ne perd pas d'oxygène, comme il arrive quand on agite le sang normal avec ce gaz, ainsi que l'a montré M. Claude Bernard dans son Mémoire classique sur ce sujet (*Leçons sur les effets des substances toxiques et médicamenteuses.* Paris, 1857, p. 158 et suiv.)

Même quand on a fait bouillir ce sang dans le vide le plus parfait, il n'abandonne pas son oxygène.

Non-seulement l'oxyde de carbone reste sans effet sur le sang qui a été soumis à l'action des nitrites, mais encore les nitrites ne produisent aucun changement dans le sang qu'on a saturé de gaz oxyde de carbone. L'auteur démontre que le sang qu'on a soumis à l'action des nitrites ne possède presque plus le pouvoir de fixer l'oxygène atmosphérique; cependant, il conserve le pouvoir de rendre bleu le papier qu'on a saturé avec la teinture de gaïac; il possède donc encore le pouvoir de changer en ozone l'oxygène atmosphérique, pouvoir qui appartient au sang normal et même au sang saturé d'oxyde de carbone (Schœnbein, A. Schmidt et Kühne.)

Quand on mélange le sang défibriné des chiens avec une petite quantité d'une solution d'un nitrite, et qu'on le soumet à l'une des méthodes propres à la séparation de l'hémoglobine, on obtient un produit qui, dans la forme parfaite de ses cristaux, ne diffère, sous aucun rapport, de l'hémoglobine normale.

La couleur de ses cristaux cependant, au lieu d'être rouge, est la même que celle du sang dont on les a obtenus, c'est-à-dire qu'ils ont une couleur brune, et qu'ils présentent précisément le même spectre. L'auteur a démontré que ces cristaux consistent réellement en une combinaison de l'hémoglobine oxygénée avec le nitrite qu'on a fait agir sur le sang. Il a réussi à obtenir de ces combinaisons avec les nitrites de potasse, de soude, d'argent et d'amyle. La quantité des nitrites entrant en combinaison avec la matière colorante du sang varie entre des limites assez larges. Dans les cas où l'action a été très-complète, une molécule de la matière colorante paraît s'être unie à une molécule du nitrite.

Nous savons depuis quelque temps que la vraie matière colorante du sang est l'hémoglobine; que l'oxygène qui existe dans un état de combinaison très-faible avec elle peut être remplacé par un volume égal d'oxyde de carbone, et que, dans cette dernière combinaison, l'oxyde de carbone peut être remplacé par le bioxyde d'azote; ces combinaisons de l'hémoglobine avec ces gaz sont isomorphes. Les recherches de Hoppe Seyler (*Med. chem. untersuchungen*, heft II, p. 206) et de Preyer (*Virchow Archiv.*, sept 1867, p. 125) ont démontré que l'acide prussique peut s'attacher à l'hémoglobine, et probablement à l'hémoglobine oxygénée, fournissant l'exemple d'une nouvelle classe de combinaisons de matières toxiques avec la matière colorante du sang.

Les recherches actuelles concernant l'action des nitrites sur le sang ne laissent plus de doute sur l'existence de pareilles combinaisons : il est permis de penser que, dans la suite, on démontrera qu'une foule de composés chimiques condensés exercent une semblable action sur le sang.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 20 avril 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une lettre, par laquelle il demande l'avis de l'Académie sur la question de savoir si le vinage, lorsqu'il s'opère après la fermentation et par addition au vin fait, est nuisible à la santé du consommateur (comm. MM. Wurtz, Bouchardat, Béclard, Gubler et Bergeron); 2° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1868 dans les départements du Morbihan, de la Seine-Inférieure et du Pas-de-Calais (comm. des épidémies); 3° un rapport sur le service médical des eaux minérales de Saint-Amand (Nord).

M. le ministre de l'instruction publique adresse, au nom du ministre des affaires étrangères, une nomenclature de toutes les maladies connues jusqu'à ce jour et publiées par le Collége royal des médecins de Londres.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend une lettre de M. Giraldès, qui se présente comme candidat pour la section de medecine opératoire.

M. Larrey présente : 1° au nom de M. Tholozan, la relation d'une épidémie de peste qui a régné en Syrie; 2° au nom de M. Alliot, un opuscule intitulé : *la Vie dans la nature et dans l'homme* (2e partie).

M. Gavarret présente un ouvrage intitulé : *L'unité des forces physiques*, essai de philosophie naturelle, du P. Secchi, traduit par M. le docteur Deleschamps.

M. Gavarret cite les extraits suivants de cet ouvrage : « Les animaux sont de véritables machines à feu, par conséquent, sous certains rapports, ils doivent être soumis aux mêmes lois. On voit donc que la force principale de notre globe est le soleil; les rayons solaires, considérés en tant que cause du mouvement sur notre globe, n'interviennent pas seulement comme rayons chauds pour produire des phénomènes de dilatation, mais ils agissent encore par leurs propriétés chimiques et par suite physiologiques, car c'est le soleil qui fait croître les plantes, et ces plantes brûlant dans l'organisme des animaux comme dans la fournaise d'une machine à vapeur deviennent des sources du travail mécanique exécuté par le corps de l'animal.

« ..... Les êtres organisés, envisagés sous le rapport de leurs fonctions matérielles, réactions chimiques et mouvements, sont soumis à l'empire des agents physiques, et, comme tels, satisfont au principe fondamental de la dynamique, que le mouvement ne naît jamais de rien, et qu'il résulte toujours d'un autre mouvement. Nous avons déjà vu que les radiations solaires sont la cause presque exclusive du travail végétal au sein des plantes; par une opération purement mécanique, elles préparent les composés organiques, après quoi leur force vive reste éteinte.

« ..... D'une façon générale, il est exact de dire que tout dépend de la matière et du mouvement, et nous revenons ainsi à la vraie philosophie, déjà professée par Galilée, lequel ne voyait, dans la nature, que mouvement et matière, ou modifications simples de celle-ci par transposition des parties ou diversité du mouvement. »

Après ces citations, qui résument la philosophie de cet ouvrage, ajoute M. Gavarret, avions-nous raison, dans des circonstances trop récentes pour avoir été oubliées, de revendiquer pour la science, dans la France de 1789, cette liberté dont jouit le P. Secchi au sein même de ce collége romain qui autrefois persécutait et emprisonnait Galilée. (Bravos.)

RAPPORTS

Eaux minérales. — M. Chevallier, au nom de la commission des eaux minérales, lit plusieurs rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter les aux minérales pour l'usage médical. Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

LECTURES.

Droit d'exercice des facultés inférieures. — M. Voisin lit un mémoire intitulé : *Du Droit d'exercice et d'application de nos facultés inférieures.*

En commençant mon travail par l'étude de nos pouvoirs les moins élevés, dit M. Voisin, et en m'attachant à tracer pour chacun d'eux sa ligne d'application, je crois suivre l'ordre logique indiqué par la

nature même. Je traiterai ultérieurement de nos facultés intellectuelles et morales, sans manquer de revendiquer aussi, et surtout pour elles, le droit de développement et d'émancipation. Mais comme il importe de .ne point scinder l'organisme, et que toutes les forces qui le dessinent et le particularisent sont indivises, je ne puis pas ne pas arrêter tout d'abord votre attention sur celles qui en forment la principale assise.

En saisissant ainsi l'ensemble et la coordination des unes et des autres, nous pourrons successivement aborder les questions qui peuvent le mieux, par une bonne solution, nous faire répondre aux richesses de notre constitution, et le plus vivement intéresser notre mode entier d'existence.

C'est le développement de cette thèse appliquée à l'exercice des fonctions génitales qui fait le sujet de ce mémoire.

Tout mon travail, dit M. Voisin, consiste à replacer l'homme devant les réalités de la terre, à l'harmoniser avec elles et lui rendre le mode d'existence pour lequel il est né, etc.

Syphilis — M. L. LE FORT lit un grand travail statistique sur la propagation de la syphilis. (Nous publierons prochainement un résumé de ce travail).

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 avril, M. le docteur Germain, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Un fait des plus regrettables s'est récemment passé à l'hôpital du Havre.

Un interne, M. Miot (Aristide), que les certificats de tous ses maîtres représentent comme un excellent sujet, instruit, laborieux et dévoué à son service, a été licencié pour une peccadille réglementaire.

Tous ses camarades d'internat ont protesté en donnant leur démission.

Il n'est pas inutile de signaler que l'hôpital du Havre ne possède aucun médecin dans son conseil d'administration.

Si nous enregistrons ce fait, c'est qu'il importe que tout le corps médical sache bien que M. Miot n'a jamais démérité de ses chefs directs.

L'hôpital du Havre s'est privé de bons serviteurs; que M. Miot vienne prendre à Paris une bonne place dans nos concours hospitaliers : ce sera la meilleure vengeance à tirer des prétentions bureaucratiques de l'hôpital du Havre.

— Le concours de l'internat en pharmacie vient de se terminer par la nomination des trente élèves dont les noms suivent :

1. Rietsch (Maximilien). — 2. Thibault (Paul-Eugène). — 3. Sergent (Louis). — 4. Véron (Édouard). — 5. Boissard (Edmond). — 6. Poinsot (Alexandre). — 7. Pasquier (Louis-Henri). — 8. Dupont (Norbert). — 9. Sallefranque (Alphonse). — 10. Maître (Gustave). 11. Bardin (Jean-Eugène). — 12. Menier (Charles-Joseph). — 13. Fournier (Eugène). — 14. Catel (Wolfrand). — 15. Papon (Théodore-Félix). — 16. Guerlin (Edouard-Joseph-Noël). — 17. Pontsignon (Gustave-Pierre-Bernard). — 18. De Font Réaulx (Alphonse). — 19. Guénin (Camille). — 20. Meny (Victor). — 21. Boiraux (Gustave-Marie). — 22. Bœuf (Claude-Pierre-Marie). — 23. Bayard (Jules). — 24. Petithuguenin (Paul-Arsène).— 25. Dubourg (Auguste-Maurice. — 26. Richard (Adolphe-Jean). — 27. Pasquier (Paul). — 28. Duboc (Modeste-Évode). — 29. Chedevergne (Charles). — 30. Chatin (Hugues-François).

— M. le docteur E. Guibout ouvrira, à l'hôpital Saint-Louis, ses *Conférences cliniques* sur les MALADIES DE LA PEAU, le mardi 4 mai, à huit heures et demie du matin, et les continuera les mardis suivants à la même heure.

— MM. Magnan et Bouchereau ont repris leurs conférences cliniques sur les maladies mentales, dimanche 11 avril, à neuf heures du matin; ils les continueront tous les dimanches à la même heure, au bureau d'examen, Sainte-Anne, boulevard Saint-Jacques.

— M. le docteur A. Regnard, ex-interne des hôpitaux, reprendra son cours de pathologie générale, le samedi 24 avril, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 2, de l'École pratique.

Préparation au 2e (3e de fin d'année), et au 4e de doctorat. De nouveaux cours recommenceront, le lundi 26 avril, rue des Écoles, n° 34 (ancien 56).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par le docteur Wecker, médecin oculiste de la maison Eugène-Napoléon ; 2e édition, revue et corrigée. Ouvrage couronné par la Faculté de médecine de Paris. Tome II, 2e fascicule 1 vol. in-8, de 670 pages, avec figures et tableaux dans le texte. Prix 8 fr.

Prix de l'ouvrage complet : 2 volumes in-8. (cartonn.), 26 fr.

Étude critique des diverses médications employées contre le diabète sucré, par le docteur Paul BROUARDEL, ancien interne lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'institut. — Paris, 1869. 1 vol. in-8. Prix, 4 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 23 avril 1869.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hernie lombaire.

Nos lecteurs n'ont pas oublié le fait de hernie lombaire que M. Hardy a communiqué récemment à l'Académie de médecine. On se rappelle aussi qu'à l'occasion de ce fait, présenté comme une rareté, et qui est rare en effet, M. Larrey en communiqua un semblable qu'il avait eu l'occasion d'observer au Val-de-Grâce, alors qu'il avait la direction du service chirurgical de cet hôpital. Mais M. Larrey ne se borna pas là. Convaincu que la hernie lombaire, ou plus justement intercosto-iliaque, comme il propose de l'appeler, n'est pas tout à fait aussi rare que le pensait M. Hardy, qui n'en a pu citer que trois ou quatre exemples, et qu'on est porté à le penser généralement, d'après le silence presque absolu, à cet égard, de tous les ouvrages classiques de chirurgie, depuis les *Institutions de chirurgie* de Heister et la *Médecine opératoire* de Sabatier, jusqu'aux *Leçons sur les hernies abdominales* de M. Gosselin, M. Larrey s'est livré, sur ce sujet, à des recherches qui l'ont amené à réunir ving-cinq exemples de ce genre de hernie. Ces vingt-cinq observations, rapidement analysées, jointes au fait qu'il avait observé lui-même, et dont nous avons déjà exposé un court résumé, lui ont permis, en outre, d'esquisser une histoire générale de la hernie lombaire, dont il a lu quelques fragments à l'Académie. C'est cette esquisse, qui manquait encore à la science, qu'il nous a paru utile de reproduire ici. Tel va être le premier sujet de cette Revue.

Les plaies du bas-ventre, et surtout les plaies pénétrantes de la région lombo-abdominale, lorsqu'elles parviennent à la guérison, présentent une cicatrice d'autant plus mince et plus faible qu'elle n'est pas soutenue, le plus ordinairement, par un bandage contentif. De là cette tendance des viscères, refoulés vers la cicatrice, à la distendre, à la déchirer, et à produire la hernie traumatique de la région lombaire.

Dans plusieurs faits rapportés par J. D. Larrey père, dans les *Mémoires de chirurgie militaire*, les cicatrices de semblables plaies, soutenues par un bandage approprié, ne furent point suivies de hernie lombaire. M. H. Larrey ayant agi de la sorte, à l'exemple de son père, a été assez heureux aussi, dans plusieurs cas, pour prévenir la production de cet accident. — D'où ce précepte essentiel, à la suite d'une plaie des lombes, de protéger et de soutenir la cicatrice par un bandage.

Voici en quels termes M. Larrey formule les déductions pratiques qui ressortent de cette analyse :

De ces considérations, il résulte que la hernie lombaire doit être admise, tantôt comme hernie spontanée, tantôt comme hernie traumatique ; et que, dans l'une et l'autre occurence, elle peut se manifester, soit primitivement, soit consécutivement, eu égard aux causes qui l'ont produite. Les signes de la hernie lombaire sont assez faciles à reconnaître pour qu'ils soient attentivement examinés. Confondue quelquefois, en effet, avec d'autres tumeurs, la hernie lombaire s'en distingue par les caractères des hernies réductibles.

L'expression de hernie lombaire, dit M. Larrey, est justifiée, d'après son étymologie même, indiquant bien comme siége la région des lombes, situées sur les côtés de la région ombilicale, ayant pour limites : antérieurement, une ligne fictive verticale entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et le rebord cartilagineux des côtes ; postérieurement, les vertèbres lombaires ; supérieurement, une ligne transversale, au niveau de la base de la poitrine, et inférieurement, une semblable ligne, au niveau de la base du bassin.

Le développement des hernies dans la région lombaire ou costo-iliaque est dû, à part les causes traumatiques, à la disposition anatomique des parties, formant un espace que l'on peut désigner sous le nom de triangle de J. L. Petit. — Cet espace, circonscrit par le sacro-spinal et le grand dorsal en arrière, par le bord postérieur du grand oblique en avant, et par la crête iliaque en bas, où se trouve sa partie la plus large, a pour fond l'aponévrose dans sa moitié postérieure, et dans sa moitié antérieure les muscles du petit oblique et transverse. Ces derniers muscles étant assez minces en cet endroit, diminuent ainsi l'épaisseur des parois du ventre, et favorisent la tendance des viscères abdominaux à y former une hernie par éraillement ou déchirure des fibres charnues ou aponévrotiques.

La hernie lombaire serait, en effet, bien plus fréquente et mieux connue, d'après cette disposition anatomique, si les viscères ne tendaient encore plus à sortir de leur cavité par les ouvertures naturelles, déchirées ou élargies dans leurs parois, pour former si fréquemment les hernies inguinales, crurales et ombilicales.

La coïncidence de la hernie lombaire avec d'autres hernies abdominales a été signalée quelquefois, et M. Larrey serait même porté à croire que cette hernie est susceptible de se développer secondairement à l'application fixe d'un bandage, pour une autre hernie ; de telle sorte que la résistance des parois abdominales aux efforts naturels étant plus forte, par exemple, dans l'une des régions inguino-crurales, devient relativement plus faible dans la région lombaire correspondante.

Elle se complique rarement d'accidents sérieux et ne présente en général aucune gravité. C'est par exception qu'elle est exposée à l'étranglement, et encore cet étranglement, à condition d'être reconnu tout d'abord, serait-il susceptible de céder aux manœuvres les plus simples de réduction, sans qu'il fallût recourir à l'opération du débridement.

Le diagnostic de la hernie lombaire une fois établi, elle n'est pas exposée, comme les autres hernies abdominales, à une augmentation notable de volume, parce qu'elle se trouve soustraite, par sa situation propre et par l'attitude du corps, aux effets déclives de la pesanteur des viscères.

Mais si elle est abandonnée à elle-même et non contenue par un bandage, elle peut acquérir un développement assez prononcé, avec imminence de rupture de ses parois, ou bien, dans des circonstances exceptionnelles, elle est susceptible de provoquer des symptômes d'engouement, d'inflammation et d'étranglement.

Le traitement de la hernie lombaire se réduit ordinairement à l'application d'un bandage approprié qui doit suffire à sa contention, et peut-être même que, porté en permanence, ce bandage favoriserait la cure radicale de cette hernie.

Une ceinture élastique en caoutchouc vulcanisé, munie de boules, d'une pelote assez large, et au besoin de deux sous-cuisses, tel serait l'appareil le plus convenable dans la généralité des cas.

Quant aux autres indications, elles sont, pour les différentes hernies abdominales, en rapport avec les symptômes observés, mais d'une application plus rare, si les moyens prophylactiques sont méthodiquement dirigés pour prévenir toute complication.

En définitive, le point qui domine la question de la hernie lombaire, c'est l'importance du diagnostic, eu égard à une tumeur que l'on a souvent méconnue ou confondue avec d'autres, soit un abcès, soit un kyste, un lipome, etc. Et la conséquence redoutable de ces erreurs de diagnostic, c'est que, faute d'une exploration attentive, on a imprudemment pratiqué des ouvertures ou des opérations risquant de provoquer des lésions fort graves, sinon mortelles, et d'entraîner une infirmité incurable.

M. Larrey, en appelant l'attention des praticiens sur une question de cette nature, aura contribué certainement à faire mieux reconnaître dans l'occasion l'existence de la hernie lombaire, et à substituer plus sûrement les moyens simples de la thérapeutique aux entreprises hasardeuses de la médecine opératoire.

Lésions observées dans la fièvre jaune.

L'épidémie qui sévit aujourd'hui sur nos colonies des Antilles donne quelque actualité et quelque intérêt au tableau suivant, résumé d'autopsies pratiquées à la Vera-Cruz en 1862, 1865 et 1866. Ces autopsies, faites les unes par M. le docteur Corre, auquel nous devons cette communication, les autres par ses collègues, ne sont pas les seules inscrites sur le registre de l'hôpital maritime : plus de cent ont été rédigées avec soin ; mais notre confrère n'a pu achever le dépouillement de cette précieuse collection, probablement déposée à l'Inspection générale du service de santé de la marine.

TABLEAU DES LÉSIONS DE LA FIÈVRE JAUNE
RÉSUMÉ DE 76 AUTOPSIES

1° HABITUDE EXTÉRIEURE. — Teinte ictérique générale, sans degré spécifié, 56 ; — générale, peu marquée, 9 ; — partielle, 10.

Cyanose générale, larges plaques bleuâtres sur fond ictéricié, 1.

Plaques ecchymotiques au plan dorsal et sur les parties latérales du cadavre, 21 ; — éparses en diverses régions, 23.

Bourses offrant des plaques livides, 11 ; — offrant des plaques érysipélateuses, 3 ; — ecchymosées, 11 ; — ulcérées, 2 ; — sphacélées, 4 ; — sèches, comme parcheminées et présentant de nombreuses gerçures, 2 ; — infiltrées, 1.

Collections purulentes à la face et au bras droit, 1.

Parotidite, 1.

2° CRANE. — Non ouvert, 38.

Méninges et masse encéphalique n'offrant rien de particulier, 1.

Coloration ictérique des méninges sans trace d'injection, 5 ; — du tissu osseux, 1 ; — et injection des méninges, 6.

Injection simple des méninges, 3 ; — avec pointillé ou sablé cérébral, 13 ; — avec pointillé et ramollissement de la pulpe cérébrale, 4 ; — avec léger ramollissement de la pulpe cérébrale, sans injection apparente, 5.

Sablé de la pulpe cérébrale, sans injection des méninges, 1 ; — extravasions sanguines à la surface des circonvolutions, 2.

Sérosité ventriculaire, médiocrement abondante, jaune verdâtre, 5 ; — roussâtre, 2 ; — sanguinolente, 6.

Sérosité extérieure claire, 3 ; — sanguinolente, 5.

3° POITRINE.

A. *Poumons.* — Engorgement hypostatique, 18.

Congestion médiocre, 12 ; — considérable, 4 ; — avec foyer apoplectique, 2.

Adhérences pleurales du côté droit, 11 ; — du côté gauche, 13 ; — des deux côtés, 7.

B. *Cœur.* — Tissu propre, flasque et décoloré, 27 ; — à teinte ictérique manifeste, 2 ; — d'un rouge vif, 1.

Coloration jaune des gros vaisseaux et des parties fibreuses du cœur, 25.

Caillots ambrés dans les cavités du cœur et à l'origine des gros vaisseaux, 31.

C. *Séreuses.* — Plèvres et péricarde ictériciés, 15.

Sérosité péricardique, à teinte prononcée, 6 ; — sanguinolente, 7.

4° ABDOMEN.

A. *Estomac.* — Contenu nul, 3 ; — liquide, sans caractère spécifié, 3 ; — liquide, bilieux, 3 ; — liquide, jaunâtre, avec grumeaux noirâtres, 1 ; — matière grisâtre ou brune, 14 ; — matière noire, à reflet rouge verdâtre, épaisse et comme boueuse dans deux cas, 24 ; — matière noire en caillots, 2 ; — liquide semblable à de l'encre, 1 ; — liquide jaune rosé, épaix, visqueux, 1 ; — liquide semblable à une infusion de thé, 1 ; — liquide rouge vineux, 2 ; — matière marc de café, 18 ; — matière chocolat, 1 ; — sang clair, 3.

Muqueuse. — Simple injection, 43 ; — injection et épaississement, 3 ; — et boursoufflement, 6 ; — et ramollissement, 12 ; — ecchymoses liquides et ramollissement, 1 ; — injection et ulcération, 2 ; — simple boursoufflement, 1 ; — simple coloration grisâtre, 3.

B. *Intestin grêle.* — Contenu. Liquide bilieux, 5 ; — matière grisâtre, 9 ; — matière brune, noire ou gelée de groseilles, 14 ; — matière marc de café, 3 ; — sang coagulé, 1.

Muqueuse. — Injection et ecchymoses (?), 10 ; — injection et ramollissement, 3 ; — injection seule, 12 ; — ramollissement seul, 1 ; — injection, ramollissement, boursoufflement, 1 ; — boursoufflement seul, 2 ; — glandes de Peyer turgescentes (une légèrement ulcérée dans un cas), 7 ; — glandes de Peyer injectées, rougeâtres, 2.

C. *Gros intestin.* — Contenu. Matière bilieuse, 4 ; — matière grise, 12 ; — matière noire ou gelée de groseilles, 5 ; — sang coagulé, 1.

Muqueuse. — Injection, 8 ; — taches ecchymotiques, 10 ; — traces de phlogose et ulcérations, 2.

D. *Foie.* — Volume un peu diminué, consistance accrue, forme globuleuse, 1 ; — normal, consistance affaiblie, 8 ; — augmenté, 17.

Graisseux à la coupe, 13 ; — à l'analyse, 1.

Couleur normale ou non spécifiée, 10 ; — décoloration, 3 ; — couleur jaune paille, 8 ; — couleur chamois ou cuir de botte, 22 ; — couleur marron, 2 ; — couleur jaune orange, 4 ; — couleur jaune avec piqueté rougeâtre, 4 ; — couleur jaune avec taches ecchymotiques, 2 ; — teinte ictérique, 8 ; — couleur jaune verdâtre avec vergetures livides, 1 ; — couleur jaune verdâtre avec piqueté orangé, 2 ; — couleur olive, 2 ; — couleur rouge brun avec piqueté rouge, 2 ; — couleur rouge lie de vin, 4 ; — couleur rouge vif, 1 ; — couleur brun ardoisé, 1.

E. *Vésicule biliaire.* — Vide, 7 ; — contenant une faible quantité de bile, 22 ; — très-pleine, 23.

Bile épaisse, poisseuse, très-foncée en couleur, 14 ; — fluide, 4 ; — boueuse, 1.

Muqueuse rougeâtre, 1.

F. *Rate.* — Hyperémie, volume accru, 10 ; — ramollissement, friabilité, 15 ; — consistance accrue, volume normal, 1 ; — volume un peu diminué, 2 ; — rate livide, 1.

G. *Reins.* — Congestionnés, 31 ; — rétractés, pâles, 3 ; — ramollis, friables, 3 ; — ictériciés, 11.

Contenu des bassinets : — Sang, 1 ; — muco-pus, 7 ; — urine purulente, 6 ; — urine limpide, 3.

H. *Vessie.* — Crispée, vide, 35 ; — contenant un peu de liquide, 15 ; — distendue par l'urine, 20 ; — quantité de liquide non notée, 16.

Urine contenue : claire, 8 ; — foncée, 5 ; — bilieuse, 5 ; — trouble, comme laiteuse, 6 ; — bourbeuse, 5 ; — rougeâtre, épaisse, 6 ; — sanglante, 1 ; — non notée, 16.

Muqueuse : épaissie, 8 ; — phlogosée, 18 ; — éraillures, extravasions sanguines, 1.

I. — Plexus nerveux organiques examinés 22 fois :

Injections et tuméfaction des ganglions semi-lunaires, 3.

L'ictère, continue notre correspondant, a été observé sur tous les cadavres. C'est du reste un des phénomènes les plus constants de la fièvre jaune, si constant même qu'il a fourni aux premiers observateurs le terme de la maladie. Il ne manque presque jamais, dans les cas graves, et quand la coloration jaune ne se montre pas durant la vie, elle apparaît très-prononcée quelques heures après la mort. Que l'ictère soit biliphéique ou hémaphéique, qu'il soit à la fois biliphéique et hémaphéique, il n'en est pas moins caractéristique de la fièvre jaune ; aussi lisons-nous avec une véritable stupéfaction ces quelques lignes d'un maître entre tous : « Il est un point sur lequel il est facile de tomber d'accord, c'est l'absence d'ictère dans la fièvre jaune ; sur plus de mille malades qu'il m'a été donné de voir, il n'y en a pas eu un seul atteint d'ictère. » (*Clinique de Trousseau.*)

Les lésions des bourses constituent un phénomène des plus curieux, et signalé pour la première fois par les docteurs Blaër et Cornilliac. Ce dernier dit, dans ses *Études sur la fièvre jaune à la Martinique*, qu'à la fin du troisième au quatrième jour de l'invasion, voire même au cinquième, les parties du scrotum en contact avec la cuisse fournissent un suintement séreux ; le malade est obligé de relever ses bourses à cause de la douleur qu'il éprouve. Le scrotum ne tarde pas à s'ulcérer ; l'épiderme tombe par plaques et laisse à nu tout le réseau vasculaire de la peau de cette partie et du périnée; alors commence la transsudation séro-sanguinolente qui devient plus tard rouge... Ces cas se sont fréquemment présentés en 1852. Les frictions d'huile de houille, employées dans le traitement de la fièvre jaune, ont dû en augmenter le nombre en favorisant l'érosion de la membrane scrotale. Pendant la dernière épidémie de 1857, les excoriations des bourses ont été rarement observées; en 1826, d'après M. le docteur Le Fort, elles ont été fréquentes.

Pour nous, nous avons rencontré les lésions des bourses, variant depuis l'érythème simple jusqu'à la gangrène, survenant en dehors de tout traitement, de toute excitation locale par frictions ou sinapismes, dans la plupart des cas de fièvre jaune traités à la Vera-Cruz en 1862. Nous avons longuement insisté sur ce point dans notre thèse inaugurale.

Aucune remarque à faire au sujet des lésions intra-crâniennes et thoraciques, qui sont bien telles que les ont décrites les auteurs. Les adhérences pleurales qui figurent dans notre tableau n'ont qu'un intérêt secondaire : la plupart se rapportaient à un état morbide antérieur et plus ou moins éloigné.

Relativement aux ecchymoses des muqueuses gastrique et intestinale, nous ferons observer que très-souvent l'on considère comme ecchymotiques des taches, des plaques rouges ou violacées d'étendue variable, qui, à la loupe, apparaissent formées par des arborisations vasculaires d'une finesse extrême. Les ecchymoses réelles sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne le croit généralement.

Les lésions du foie sont des plus importantes à étudier : le volume de l'organe reste normal ou est sensiblement accru, caractère qui suffirait à distinguer anatomiquement la fièvre jaune de l'ictère malin; la coloration jaune prédomine, et l'état graisseux est noté 14 fois. Privé de microscope, nous n'avons pu spécifier les altérations des cellules, que Bluche, Alvarenga, Lyons ont trouvées pâles, peu granulées, dépourvues de noyaux et remplies de gouttelettes graisseuses : ces observateurs disent que les bords des cellules hépatiques finissent par disparaître, tandis que Charcot et Dechambre ne mentionnent que la simple flétrissure des cellules, qui s'affaissent, se remplissent de granulations graisseuses, mais persistent toujours. (*Gaz. hebd.* 1858, p. 114).

L'augmentation de volume de la rate n'a été notée que 10 fois sur 76 ; la friabilité de l'organe 15 fois ; la diminution de volume, 2 fois.

Les altérations des reins répondent aux descriptions classiques : l'hyperémie est fréquente, mais non constante.

La veine est souvent vide, comme crispée : 18 fois sa muqueuse a présenté des traces de phlogose, et 1 fois des extravasions sanguines.

En résumé, l'on peut donc considérer, avec Griesinger, les arborisations et les ecchymoses des différentes parties, le contenu sanguin de la muqueuse gastrique, l'ictère, la dégénérescence graisseuse du foie, l'anémie avec coloration jaune de cet organe, comme les altérations ordinaires de la fièvre jaune.

SUR LA ROTATION ARTIFICIELLE DU CRANE

DANS LES POSITIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES

Par M. Bailly, professeur agrégé (1).

Objections faites a la méthode de la rotation céphalique. — Je l'ai déjà dit, la rotation artificielle du crâne, en tant du moins que méthode opératoire générale dans les positions postérieures du crâne, est encore un sujet de litige parmi les accoucheurs. Si elle compte de zélés partisans, elle rencontre aussi des adversaires convaincus, qui ne lui ménagent pas leurs objections. Ce sont celles-ci qu'il importe actuellement de passer en revue et de réfuter, s'il est possible. Je m'arrêterai aux suivantes, parce que ce sont, je crois, les principales, et qu'elles émanent d'accoucheurs trop autorisés pour qu'on puisse omettre de les rappeler ici et de les discuter.

1° *La torsion du cou de l'enfant peut causer des lésions graves du rachis et de la moelle, si le tronc, immobilisé par la rétraction utérine, ne suit pas le mouvement artificiellement communiqué à la tête.*

Pour apprécier la valeur de cette objection, il importe d'être fixé d'abord sur l'étendue du mouvement d'arc de cercle qu'on peut faire exécuter à l'occiput ou au menton d'un nouveau-né sans s'exposer à produire une lésion, même légère, des parties molles ou du rachis. Or, ce mouvement est plus étendu qu'on ne le suppose généralement, et équivaut à une demi-circonférence complète, de telle sorte que la face peut être progressivement ramenée dans le plan du dos, c'est-à-dire dans un sens diamétralement opposé à sa direction normale. M. Blot, qui a bien mis ce fait en lumière et a fait de nombreuses autopsies pour s'assurer de l'innocuité de cette rotation si étendue du crâne, en explique la possibilité par la mobilité naturelle de l'articulation atloïdo-axoïdienne d'une part, et d'autre part au moyen d'un certain degré de torsion sur son axe, que supporte impunément la colonne cervicale, en grande partie cartilagineuse à cette époque de la vie. Des opérations assez nombreuses, pratiquées par M. Dubois dans la présentation de la face, avaient depuis longtemps déjà mis en relief l'inocuité habituelle d'une rotation considérable de la tête dans cette présentation, et prouvé que, dans beaucoup de cas, le menton, primitivement placé dans la concavité du sacrum, peut être, au moyen du forceps, ramené dans l'arcade pubienne, sans que cette manœuvre soit aucunement compromettante pour la vie des enfants. De ces observations, il semble donc bien résulter que l'on peut considérer comme inoffensive une rotation de la tête qui ne dépasse pas une demi-circonférence. Or, dans les positions occipito-postérieures dont il est ici question, jamais peut-être le dégagement artificiel n'exigera une rotation aussi étendue. En effet, il est présumable que le tronc participe dans une certaine mesure au mouvement communiqué à la tête, et puis, il n'est point nécessaire de ramener la pointe occipitale tout à fait sur la ligne médiane du bassin pour opérer l'extraction de la tête. Il suffit généralement que l'occiput ait atteint un des côtés de l'arcade pour qu'on le voie sortir aisément sous une branche ischio-pubienne. En supposant donc le tronc de l'enfant immobilisé jusqu'à la fin dans sa direction primitive, la rotation artificielle représenterait un peu moins d'une demi-circonférence dans la position occipito-sacrée, et un tiers seulement de circonférence dans les positions postéro-latérales.

2° *La rotation artificielle du crâne n'est pas exempte de dangers pour la mère, et peut causer des contusions ou des déchirures du conduit vulvo-utérin.*

Oui, si l'on agit prématurément sur une tête encore élevée dans l'excavation ou renfermée dans un bassin rétréci, et qu'on veuille triompher par la force des résistances que rencontre la rotation artificielle. — Non, si le bassin est régulièrement conformé, le crâne préalablement abaissé sur le périnée, et qu'on procède avec les ménagements et la douceur qu'exige la plupart des opérations obstétricales. Je rappelle, du reste, une fois pour toutes que la manœuvre que je préconise ici est œuvre d'adresse et non de force, et qu'on doit y renoncer promptement si la tête fœtale n'obéit pas aisément, dès le début, à l'impulsion qui a pour but de changer ses rapports défavorables. Au risque de compromettre plus ou moins le périnée, on doit alors dégager l'occiput sur la fourchette.

3° *Lorsque, l'occiput restant dirigé en arrière, l'accouchement est impossible par les seules forces de la mère, l'obstacle à la terminaison spontanée du travail n'est pas à la tête; il est ailleurs : c'est le volume du thorax et des épaules, arrêtés sur le détroit supérieur ou dans l'excavation pelvienne, qui gêne la progression du fœtus et empêche le mouvement de flexion forcée au moyen duquel s'effectue le dégagement naturel du crâne dans les positions occipito-postérieures non réduites.*

Ce sont MM. Jacquemier et Villeneuve, de Marseille, qui ont adressé cette objection à la méthode que je défends. Autant que qui que ce soit, je crois à la réalité de l'obstacle qu'apporte parfois à l'accouchement le volume du thorax et des épaules. Je l'ai prouvé récemment en publiant dans ce journal une note sur cette cause de dystocie mécanique. Cependant, malgré tout mon respect pour l'autorité si légitime des deux maîtres en obstétrique que je viens de nommer, il m'est impossible de considérer comme habituellement vraie leur théorie des difficultés que rencontre l'accouchement dans les cas où l'occiput reste en rapport avec la partie postérieure du bassin. Pour la rejeter, du moins à titre d'explication applicable à la généralité des cas, je me fonde : 1° sur ce fait que, dans le cas où l'on est obligé d'intervenir dans les positions occipito-postérieures non réduites et d'extraire l'enfant au moyen du forceps, on ne rencontre qu'exceptionnellement de ces gros enfants dont le thorax, relativement très-développé, présente des diamètres et une circonférence supérieurs à ceux du crâne ; 2° sur la réalité, démontrée par les lois de la mécanique, des difficultés qu'éprouve la progression de la tête, lorsque l'absence de la rotation physiologique a laissé subsister jusqu'à une époque avancée du travail la direction vicieuse du crâne ; 3° enfin et surtout, sur la facilité extrême avec laquelle la rotation artificielle seule, en changeant les rapports défectueux du crâne et du bassin, fait évanouir la difficulté et opère rapidement le dégagement de la tête et du tronc : preuve suffisante, si je ne me trompe, que l'obstacle à l'accouchement tenait uniquement à la persistance de ces rapports désavantageux du crâne. Si donc j'accepte comme vraie la théorie de MM. Jacquemier et Villeneuve, de Marseille, je crois en même temps qu'elle s'applique seulement à des faits rares et tout à fait exceptionnels.

4° *Les faits invoqués à l'appui de la rotation artificielle du crâne sont encore trop peu nombreux pour justifier l'idée d'en faire une méthode générale, et conduiraient aujourd'hui à une conclusion prématurée et probablement erronée.*

Je ne méconnais pas la force de cette objection que m'a adressée mon savant maître M. le professeur Pajot, et l'impossibilité où, pour le moment, je me trouve d'y répondre. Je sais qu'il faut en médecine, et surtout dans les questions de thérapeutique, faire la part du hasard et compter avec les séries heureuses ou défavorables, qu'une observation plus prolongée vient souvent détruire. Je consens donc à présenter mes résultats comme provisoires seulement et à attendre de l'avenir leur confirmation. Il me semble, toutefois, assez difficile d'admettre que six fois de suite un heureux hasard ait servi mes tentatives personnelles et aussi celles d'un certain nombre d'accoucheurs, MM. Depaul, Blot, Tarnier, Léchat, partisans de la rotation crânienne et comme moi disposés à en faire leur méthode opératoire habituelle, sinon tout à fait exclusive. Au reste, rien n'empêche d'ouvrir sur cette question de thérapeutique obstétricale une sorte d'enquête et de faire appel, dans ce journal, à l'expérience de ceux de nos confrères qui sont voués plus particulièrement à la pratique des accouchements. Les faits, grâce à leur concours, se multiplieront rapidement et nous fixeront bientôt sur la valeur réelle d'une méthode que j'ai trouvée constamment efficace. Pour l'instant, et jusqu'à plus ample informé, je la considère comme préférable aux tractions directes, et s'il me fallait énoncer ici quelques propositions destinées à rappeler les principaux faits qui la concernent et les idées émises à son sujet dans ce travail, je les renfermerais dans les conclusions suivantes :

1° Dans les positions occipito-postérieures, le mouvement de rotation physiologique qui ramène l'occiput sous la symphyse pubienne peut faire entièrement défaut ou s'opérer à contre-sens, de manière à porter la pointe occipitale dans la concavité sacrée.

2° Cette anomalie du mécanisme de l'accouchement est toujours fâcheuse. Dans un certain nombre de cas, elle n'empêche pas la terminaison spontanée du travail, mais rend celui-ci plus long, plus laborieux, et assez ordinairement compromettant pour le périnée. Dans les autres cas, et surtout chez les femmes primipares, elle met un empêchement absolu à l'accouchement naturel.

3° Les données de la mécanique expliquent d'une manière satisfaisante l'obstacle physique que créent à l'accouchement les positions occipito-postérieures non réduites, et il est, dans la majorité des cas, impossible de rattacher la dystocie à une cause autre que les rapports défavorables du crâne et du bassin.

4° La propension de la tête à opérer sa rotation physiologique est telle que, dans la moitié peut-être des cas de position occipito-postérieure non spontanément réduite, un ébranlement modéré du crâne produit par l'application du forceps, ou quelques tractions faites avec cet instrument, suffisent pour faire tourner rapidement la tête et ramener l'occiput sous la symphyse pubienne.

5° Dans l'autre moitié, cette propension naturelle du crâne à effectuer sa rotation physiologique semble ne pas exister. On doit alors opérer artificiellement ce mouvement rotatoire au moyen du forceps.

6° La rotation artificielle de la tête, calquée sur sa rotation spontanée, sera toujours effectuée dans le sens de la progression naturelle de l'occiput, et seulement après que le crâne aura été abaissé par des tractions directes, jusqu'au point de distendre fortement le périnée et d'entrouvrir la vulve.

7° La pratique de la rotation artificielle exclut absolument l'emploi de la force. Il convient donc, sans insister longuement sur la manœuvre, de dégager l'occiput sur la fourchette toutes les fois que la tête résiste aux efforts très-modérés de l'accoucheur pour changer sa direction. Dans mon opinion, ces cas seront très-rares et tout à fait exceptionnels.

8° Les objections toutes théoriques adressées à la méthode n'ont qu'une valeur relative et restreinte, et les faits cliniques déposant en sa faveur, il est indiqué d'y recourir toutes les fois que, dans une position occipitale non réduite, l'état de la mère ou celui de l'enfant exige qu'on termine artificiellement l'accouchement au moyen du forceps.

(1) Voir les numéros des 15 et 17 avril.

DE L'ABSORPTION VÉSICALE CHEZ L'HOMME SAIN

PAR M. EM. SÉGALAS.

Mon père, en 1824, dans ses recherches sur l'absorption, avait établi que la membrane muqueuse vésicale absorbe l'extrait alcoolique de noix vomique (*Journal de Physiologie*, de Magendie). J'ai repris, en 1862, les expériences de mon père, et j'ai constaté que les lapins, dans la vessie desquels j'injectais une solution de sulfate de strychnine, succombaient rapidement, pour la plupart, sous l'influence de ce poison.

M. Demarquay, dans son travail sur l'absorption des médicaments chez l'homme sain, publié en 1867, a établi, contrairement à nos résultats, que la vessie de l'homme absorbait peu. En effet, sur seize expériences faites sur des hommes atteints de maladies des voies urinaires, huit fois l'absorption n'a pas eu lieu, huit fois elle n'a été constatée qu'à un faible degré et au bout d'un temps variable. M. Susini, en 1867, après avoir rappelé le résultat négatif d'expériences faites avec le curare sur la vessie des chiens, par M. Claude Bernard, conclut, d'après des essais faits sur lui-même, à l'imperméabilité de l'épithélium vésical pour certaines substances.

Des objections peuvent être adressées à toutes ces expériences. Nous avions opéré, mon père et moi, sur des lapins; M. Demarquay sur des hommes malades et M. Susini sur lui seul. Il pouvait être une exception. Il était donc important de faire de nouvelles recherches pour s'assurer si la vessie saine absorbait réellement.

J'ai prié M. Demarquay de vouloir bien répéter ses expériences avec moi. 50 centigrammes d'iodure de potassium, dissous dans 60 grammes d'eau distillée, ont été injectés dans la vessie de dix hommes bien portants. Dans aucune de ces expériences, que j'ai suivies avec le plus grand soin, pendant quarante-huit heures, l'examen de la salive n'a pu nous faire constater l'absorption de ce médicament. Si l'on administrait la même dose d'iodure de potassium par le rectum, on constatait facilement son élimination par la salive et les urines. Ces nouvelles expériences nous permettent donc de conclure que la vessie, chez l'homme sain, ne paraît pas absorber l'iodure de potassium.

Ultérieurement je ferai connaître les détails de ces nouvelles recherches, et j'essayerai de démontrer quelles conséquences on en peut tirer.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 24 février 1869. — Présidence de M. VERNEUIL

(SUITE ET FIN.)

Discussion sur les tumeurs fibreuses de l'utérus.

Le mécanisme à l'aide duquel les tumeurs se déplacent et dégagent l'excavation pelvienne, a été très-bien décrit par M. Guéniot; je suis heureux d'être d'accord avec lui sur le point que j'avais compris comme lui et exposé en partie le jour où nous nous trouvions réunis avec MM. Nélaton et Lorain près de la malade de M. Depaul. Les fibres verticales de l'utérus, en se contractant, tirent sur les fibres horizontales du col et agissent en même temps sur la tumeur, qui fait corps avec le tissu utérin, si bien que la tumeur se déplace avec le col, pendant que celui-ci se dilate. A cette cause principale, M. Depaul ajoute l'influence de la rupture de la poche des eaux; sans doute M. Depaul n'a pas complété sa pensée, car cette rupture ne peut avoir d'effet qu'en permettant à la partie fœtale qui se présente de s'engager plus profondément et de repousser de côté la tumeur en dilatant l'orifice. C'est le mécanisme du coin qui écarte les fibres du tronc d'arbre dans lequel on l'enfonce. Je sais que M. Depaul n'aime pas cette comparaison, mais je la crois juste et c'est pour cela que je l'ai rappelée.

Quelle doit être la conduite du chirurgien dans les cas d'accouchements compliqués de tumeur utérine?

La statistique que j'ai dressée démontre que 8 fois sur 42 cas, l'accouchement a pu se faire spontanément, contre toute vraisemblance et être suivi de résultats très-favorables pour la mère, favorables aussi, quoique à un degré moindre, pour l'enfant. Il en résulte que l'on peut, que l'on doit naturellement attendre, dans les cas où la tumeur obstrue la moitié ou même les trois quarts de l'excavation, les modifications que les progrès naturels de la grossesse et les changements subits par l'orifice pendant l'accouchement peuvent apporter dans la consistance et la situation de la tumeur. Mais on doit mettre un terme à cette expectation si elle se prolongeait assez pour menacer le bon état de santé de la mère et de l'enfant.

Immédiatement après l'expectation, je place les tentatives de réduction. Si la tumeur ne se déplace pas, on devra tenter de la redresser et de la repousser au-dessus du détroit supérieur, en introduisant la main toute entière dans le vagin. C'est là une manœuvre importante, qui ne fait courir aucun risque quand elle est faite avec ménagement; mieux vaut faire des efforts modérés, mais soutenus pendant un certain temps, qu'agir avec trop de force et de précipitation. J'ai trouvé 7 cas dans lesquels ces tentatives ont été essayées. Deux fois elles ont échoué entre les mains du docteur Breslau et entre les miennes, mais cinq autres fois elles ont été couronnées de succès. Une fois, la réduction fut incomplète et on fut obligé d'appliquer le forceps pour terminer l'accouchement. Quatre fois, la réduction fut complète et on termina l'accouchement par la version ou l'extraction par les pieds, quand l'enfant se présentait spontanément à l'extrémité pelvienne. C'est là une excellente manœuvre, à laquelle il faut toujours songer avant d'entreprendre une opération plus grave, et je m'étonne que MM. Depaul et Guéniot qui l'ont conseillée ailleurs et essayée eux-mêmes, l'aient ici passée sous silence.

L'application du forceps n'a pas donné jusqu'ici de brillants résultats. Les accidents graves dont elle est suivie sont dus aux phénomènes inflammatoires qui résultent vraisemblablement de la contusion et de l'attrition de la tumeur par la pression de l'instrument. Cependant elle constitue cette manœuvre rationnelle, qu'il faut conseiller dans une certaine mesure. Je l'ai moi-même employée chez une malade de la Maternité avec quelques modifications dans le manuel opératoire, que je ne peux pas passer sous silence dans l'intérêt de la vérité.

Depuis quelque temps j'ai expérimenté à la Maternité la traction continue, et terminé ainsi plusieurs accouchements. Pour cela, je me sers de moufles munies d'un dynamomètre et reliées au forceps ordinaire; je laisse aux cordes une longueur de deux mètres environ avant de les fixer à un point d'appui. Cette longueur est nécessaire pour donner beaucoup de souplesse à l'appareil, et me permet de diriger mes tractions dans toutes les directions possibles, en haut, en avant, en bas et en arrière, à droite et à gauche, de faire varier cette direction à ma volonté, comme dans une application du forceps faite avec les mains seules. J'échappe ainsi à l'un des principaux reproches adressés aux appareils à traction continue employés jusqu'ici, celui d'exercer la traction dans une direction invariable. Les moufles me permettent encore de continuer la traction aussi longtemps qu'il est nécessaire, sans interruption si je le veux, avec autant de repos que je le désire; le dynamomètre sert à réglementer l'emploi de la force. Pour l'observation dont je parle actuellement, je crus devoir employer les moufles, qui m'avaient donné précédemment des résultats encourageants. Les tractions furent continuées pendant 15 minutes, et portées à 20 et 25 kilogrammes sans jamais dépasser ce chiffre. La tumeur s'abaissa au-dessous de la tête, qui la poussa devant elle : elle s'approcha du bord antérieur du périnée. A ce moment, j'opérais avec une lenteur extrême, de crainte d'une déchirure; la tête glissa enfin au-devant de la tumeur, et l'accouchement fut terminé. L'enfant avait succombé pendant ces tentatives, et la mère mourut après être sortie de l'hôpital dans un état grave.

Pour le moment, je ne juge ni en bien ni en mal la méthode que j'ai employée, je n'y fais allusion que d'une manière incidente; je prie même mes collègues de ne point argumenter aujourd'hui sur ce point, ils prendront leur revanche quand je publierai au complet les observations que j'ai déjà recueillies.

Quelle qu'ait été la méthode employée dans l'application du forceps, les résultats n'ont pas été heureux dans les cas de dystocie qui nous occupent; on peut donc se demander si la version ne serait pas plus avantageuse.

Le jour où M. Depaul avait réuni MM. Nélaton, Lorain, Guéniot et moi, je crus devoir dire que si, pendant le travail, le sommet, en admettant que l'enfant se présentât par cette partie, ne s'engageait pas, je conseillais la version. MM. Depaul et Guéniot se récrièrent aussitôt, et condamnèrent ma proposition fort et ferme, et M. Depaul n'a pas changé d'opinion, puisqu'en parlant de ma proposition devant vous, il l'a repoussée avec énergie, en ajoutant qu'une pareille conduite serait une faute grave. Me voici donc accusé devant tout le corps médical d'avoir commis, au moins par la pensée, une faute grave en conseillant la version. Cependant, l'enfant, au lieu de se présenter par le sommet, se présenta par les pieds, et M. Depal en fit l'extraction, très-habilement j'en suis certain, mais en fit l'extraction comme s'il avait fait la version, et mère et enfant sont aujourd'hui en parfaite santé.

J'ai déjà dit que la statistique des cas de version n'avait pas donné de trop mauvais résultats; cette statistique est très-restreinte, il est vrai, mais nous pouvons l'augmenter un peu en y ajoutant les cas où l'enfant s'est présenté spontanément par l'extrémité pelvienne; M. Depaul m'accordera, en effet, que le danger de la version, à moins de conditions spéciales, réside non dans le changement de présentation effectué avec la main, mais dans les difficultés de l'extraction, parce qu'on peut être arrêté par le volume de la tête, si la tumeur se place au-dessous d'elle. Que l'on fasse la version ou que l'on tire sur les pieds, quand ils se présentent, on se trouve à peu près dans les mêmes conditions, au point de vue de l'extraction, bien entendu. Or, si aux 6 cas de version déjà mentionnés, nous ajoutons les 4 cas d'extraction simple par les pieds, de MM. Depaul et Homolle, ainsi que mes deux faits des rues de la Roquette et de Reuilly, nous arrivons à un total de 10 accouchements dans lesquels on trouve 6 femmes assurément, et probablement 7 femmes guéries, contre 3 morts seulement; pour les enfants, 4 vivants, 1 moribond, 5 mort-nés. Je défie les adversaires de la version de trouver une autre opération aussi utile, non-seulement pour les femmes, mais encore pour les enfants, qui sont moins bien partagés.

Je pense que la version est plus utile qu'on ne pense, parce qu'en introduisant la main dans l'utérus, on prépare sciemment, ou sans le savoir, la réduction de la tumeur utérine, et nous savons que cette manœuvre, constituerait à elle seule une opération fort avantageuse. C'est peut-être pour ne pas avoir envisagé la version à ce point de vue, que M. Depaul s'en est déclaré l'adversaire acharné. Une fois la réduction commencée par l'introduction de la main, elle continue, grâce à la dilatation progressive du col, par le passage des parties fœtales de plus en plus volumineuses, qui écartent de plus en plus la tumeur du centre de l'excavation, et la rejette de côté ou en haut. Le dégagement s'achève enfin avec le passage de la tête, dont la voie a été préparée. Quand au contraire le fœtus se présente par le sommet, sur le détroit supérieur, avec autant de tendance à descendre dans l'excavation qu'à remonter dans le grand bassin, la tête, en venant heurter contre elle, par une large surface, la poussera en bas, et si elle n'est pas maintenue par les fibres utérines, elle plongera dans l'excavation. Dans cette argumentation, je reproduis donc encore, malgré moi, l'histoire du coin qu'on enfonce facilement par le petit bout, et qui résiste si on le retourne sur son gros bout. M. Depaul ne croit pas que le fœtus puisse agir comme un coin; je suis de son avis, quand l'enfant doit traverser un cercle inextensible comme l'est un bassin rétréci par le rachitisme, parce qu'ici l'enfant ne peut élargir les détroits au travers desquels il doit passer, et je ne suis pas disposé à suivre l'exemple de Simpson, dans le cas d'angustie osseuse. Les conditions créées par la présence d'une tumeur fibreuse de l'excavation sont tout autres, parce que le fibrome se déplace, la voie parcourue par le fœtus s'élargit progressivement, au lieu de rester inextensible, et il n'est pas indifférent que le coin fœtal s'engage par la petite ou la grosse extrémité !

Dans les cas de dystocie que nous discutons, la version me paraît donc une excellente opération, dont l'emploi est justifié à la fois théoriquement et cliniquement. Je ne veux pas qu'on la substitue au forceps; mais quand la tête du fœtus reste élevée, je crois qu'il faut la tenter résolûment, sans s'acharner à mener à bout, coûte que coûte, une application du forceps. Je n'ai jamais prétendu autre chose, ni voulu faire le procès du forceps, en certains cas où son indication est formelle.

Je sais bien qu'en faisant la version, on peut être arrêté, au moment où la tête arrive au niveau du point obstrué, et si l'arrêt est complet, on se trouve dans une position fort embarrassante pour terminer l'accouchement, même en sacrifiant l'enfant par embryotomie. Je ne nie pas la gravité d'une pareille situation, mais je la préfère certainement à l'opération césarienne.

Quand on échoue avec le forceps et la version, l'embryotomie est parfaitement indiquée. Cette opération doit donner, il me semble, d'excellents résultats; on doit donc s'étonner qu'elle ait été si rarement employée dans le rétrécissement par abstraction quand on y a si souvent recours dans les vices de conformation des os du bassin. Cette rareté tient sans doute à ce que dans le cas de tumeurs fibreuses, on prolonge outre mesure les efforts d'extraction avec le forceps, ou qu'on se décide trop vite à faire l'opération césarienne.

Viennent ensuite les opérations sanglantes pratiquées sur la mère : énucléation, opération césarienne.

L'énucléation séduirait si l'on n'était pas arrêté par les difficultés et les dangers probables de l'opération. Comment savoir, d'une manière certaine, si la tumeur qu'on veut enlever est sous-muqueuse, interstitielle ou sous-péritonéale? Comment prévoir quelles seront ses adhérences au tissu utérin? Comment ne pas craindre une hémorrhagie grave, lorsqu'on sait quel développement prennent les veines de tout le bassin pendant la grossesse? Toutes ces conditions n'ont pas arrêté M. Danyau qui a pu mener à bonne fin son opération qui est unique, je crois, dans la science. Que ceux qui se sentiront le courage de M. Danyau suivent donc son exemple. Pour nous, nous pensons qu'une pareille entreprise doit être très-exceptionnelle.

De toutes les opérations, c'est la section césarienne qui a été la plus tentée. Sur 14 cas que j'ai pu réunir, j'ai trouvé, ai-je dit, 12 morts et 2 sauvés seulement. Ces chiffres ont leur éloquence; ils nous montrent que l'opération césarienne est horriblement dangereuse pour les femmes, plus dangereuse même ici que dans les cas ordinaires, parce que la présence d'une ou plusieurs tumeurs fibreuses, complique l'opération et en aggrave le pronostic. La tenter, c'est presque sacrifier, à coup sûr, la mère dans l'intérêt de l'enfant. Malgré une telle compensation, je ne veux pas fermer les yeux sur l'avenir réservé à la mère, et bien que la question de l'opération césarienne en général soit résolue d'une manière différente par les accoucheurs de notre époque, je ne me déciderai à l'entreprendre que s'il m'était démontré que l'accouchement est absolument impossible par les voies naturelles.

Il me reste à parler de l'accouchement prématuré artificiel et de l'avortement provoqué. Dans nos statistiques, je n'ai rencontré qu'un cas d'accouchement prématuré artificiel provoqué par moi : la mère a guéri, l'enfant a succombé pendant l'extraction. La science est donc loin d'être faite sur ce point. D'une manière générale on peut dire que l'accouchement prématuré est une opération admirable; mais ici on peut se demander si, en provoquant l'accouchement, on ne se prive pas des bénéfices qui résultent des modifications subies par le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse.

M. Blot vous a cité une observation de tumeur fibreuse descendue dans l'excavation, qui, pendant le cours du neuvième mois, s'en éloigna pour remonter enfin au-dessus du détroit supérieur. L'accouchement aurait-il été aussi heureux s'il eut été provoqué prématurément? Je suis tenté de répondre par l'affirmative, parce que les contractions qui surviennent au début de l'accouchement provoqué ont pour effet d'amincir le segment artificiel de l'utérus, d'effacer le col et de dilater l'orifice, et ces trois phénomènes, quoique prématurés, doivent néanmoins déplacer les tumeurs fibreuses aussi sûrement que s'ils se produisaient spontanément. Mais ce sont là des considérations qui pourraient être démenties par les faits; il est donc sage d'attendre qu'ils aient été recueillis pour se prononcer. J'ajouterai cependant un argument en faveur de l'accouchement prématuré. Imaginons, et c'est là une hypothèse qui se réalise souvent, une tumeur fibreuse de médiocre volume qui ne se déplacerait ni pendant le neuvième mois ni pendant le travail. Le volume de l'enfant aggraverait ici le pronostic et on aurait un grand avantage à provoquer l'accouchement prématuré.

Quant à l'avortement provoqué, je me bornerai à dire qu'on doit le réserver pour le cas où des accidents graves menacent la vie de la mère, ainsi que M. Depaul vous en a cité un exemple.

J'arrive maintenant, messieurs, à la troisième partie de mon exposé, celle qui est relative à la présence de tumeurs fibreuses utérines chez une nouvelle accouchée. Je serai aussi bref que possible, pour ne pas abuser de votre patience.

Après l'accouchement, les tumeurs fibreuses peuvent causer une erreur de diagnostic, en faisant croire à l'existence d'un second enfant. J'ai déja dit que j'étais tombé pendant quelques instants dans cette erreur chez une malade de la rue de Reuilly. Une autre fois, j'ai été appelé à la Villette, par une sage-femme, pour un fait analogue. L'utérus restait, après l'accouchement, aussi volumineux qu'à la fin d'une grossesse normale. Par le palper on sentait des parties qui ressemblaient beaucoup aux parties fœtales. Je ne pus obtenir un diagnostic vrai qu'après avoir palpé et pratiqué le toucher avec le plus grand soin. Je n'insiste pas plus longtemps sur ces faits, qui sont bien connus.

Quel que soit le siége des tumeurs fibreuses, qu'elles soient en rapport avec le col, le corps ou le fond, elles exposent les femmes à une hémorrhagie grave pendant ou après la délivrance. Les observations où un pareil accident est relaté sont très-nombreuses; il s'explique d'ailleurs facilement par la gène que le fibrome doit apporter à la rétraction des fibres utérines, et, sous ce rapport, les fibromes sous-postérieurs pédiculés sont, on le comprend, moins graves que les tumeurs sessiles sous-péritoniales, et surtout que les tumeurs interstitielles et sous-muqueuses. Le danger devient plus grand encore si le placenta s'insère au niveau du point occupé par le fibrome. J'ai présenté à la Société anatomique l'utérus d'une femme morte à la suite d'une hémorrhagie causée par une implantation vicieuse du placenta sur le col; la perte avait continué après la délivrance. A l'autopsie, je trouve un corps fibreux, de médiocre volume, dans le

col de l'utérus, au niveau même de l'insertion du placenta. C'était là la cause de la persistance de l'hémorragie après la délivrance, et je pus m'assurer trop tard qu'on aurait peut-être pu y porter remède en enlevant la tumeur, qui s'énucléa avec une très-grande facilité.

Les tumeurs fibreuses exercent généralement une fâcheuse influence sur les suites de couches; elles prédisposent aux inflammations, à la crébrite, à la métu-péritonite, à l'infection purulente, à l'infection putride, d'une part parce que les femmes sont fatiguées par un travail prolongé, d'autre part parce que les liquides stagnent dans la cavité utérine, qui reste plus ou moins anfractueuse. Les accidents dont nous venons de parler amènent souvent la mort de femmes qui accouchent spontanément; aussi, dans la statistique que nous avons dressée, il ne faut pas imputer tous les revers aux opérations entreprises : une bonne part dépend de la gravité qui résulte de la présence seule des tumeurs fibreuses dans l'utérus pendant l'état puerpéral.

Je termine en rappelant que notre Société s'est occupée, dans l'une de ses séances de l'année dernière, de la possibilité de l'élimination spontanée de fibrome utérin après l'accouchement, et je crois inutile de raviver la discussion sur ce sujet.

LECTURE

M. HORTELOUP lit un travail basé sur une observation de luxation en haut de l'extrémité interne de la clavicule. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Liégeois, Sée, Léon Le Fort.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 21 avril 1869, M. le docteur Teinturier, médecin-major de 2e classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *École préparatoire de médecine d'Amiens.*—M. Padieu, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine d'Amiens, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Tavernier, démissionnaire.

— *Cours public d'hygiène.* — M. le docteur Lescardé est autorisé à faire à Arras, pendant l'année classique 1868-1869, un cours public d'hygiène.

— L'Assemblée générale de la Société de prévoyance des Pharmaciens de la Seine a eu lieu le 14 avril dernier, à l'École de Pharmacie, sous la présidence de M. Lebrou.

Le compte rendu des travaux du Conseil d'administration a été présenté par le secrétaire, M. Jules Caroz.

Le nombre des sociétaires est de près de 500, indépendamment de 24 membres correspondants. L'actif de la Société s'élève à la somme de 73,071 fr. 30 cent. Le chiffre des secours délivrés s'élève à la somme de 3,374 fr. 85 cent.

Les élections ont terminé la séance. Ont été nommés à une très-forte majorité :

Vice-Président : M. Berthiot;

Conseillers : MM. Lebrou, Bouhair, Capgrand, Dusart, Hébrard et Lemoine.

Le Conseil se trouve ainsi composé pour 1869-1870 :

MM. Boucher, *Président;* — Berthiot, *Vice-Président;* — Jules Caroz, *Secrétaire;* — Ferrand, *Secrétaire adjoint;* — Buirat, *Trésorier;* — Am. Véc, Julliard, Crinon, Jolly, Lebrou, Bouhair, Capgrand, Dusart, Hébrard, Lemoine, *Conseillers.*

Dans la première partie de la séance, la distribution annuelle des prix aux élèves stagiaires a eu lieu dans l'ordre suivant, à la suite du rapport présenté par M. Julliard :

RAPPEL DE PRIX. — M. Baylé, né à Périgueux (Dordogne), élève chez M. Eyguières.

PREMIÈRE DIVISION. — *Prix* : M. Aubert, né à Choisy-le-Roi (Seine), élève chez M. Quiserme, à Saint-Denis. — *Mention (avec Livres)*: M. Bon, né à Saulieu (Côte-d'Or), élève de M. Moutardier.

DEUXIÈME DIVISION. — *Premier prix ex æquo* : M, Girlingnash, né en Angleterre, à Brigsteck (Northampstonhire), élève chez M. Accault; et M. Mange, né à Champagney (Haute-Saône), élève chez M. Caroz. — *Deuxième prix* : M. Lhospitalier, né à Château-Renault (Indre-et-Loire), élève de M. Tisy. —*Mention honorable (avec Livres)* : M. Welle, né à Paris (Seine), élève chez M. Guettrot.

TROISIÈME DIVISION. — *Premier prix* : M. Tardif, né à Tarbes (Hautes-Pyrénées), élève chez M. Guettrot.—*Deuxième prix* : M. Boucher, né à Bazas (Gironde), élève chez M. Robineau. — *Première mention honorable (avec Livres)* : M. Montilier, né à Montluçon (Allier), élève chez M. Ferré. — *Deuxième mention honorable (avec Livres)* : M. Ferrand, né à Châtillon (Indre), élève de M. Mirville.

— La Société de thérapeutique, dans sa séance du 16 avril, a élu comme membres titulaires : MM. Topinard, Liégeois et Bordier, et comme membres correspondants : MM. Gigot-Suard, à Levroux (Indre); Davreux, à Liége; Moreno y Maïz, à Lima; Ziffo, à Constantinople; Gaumont, à Rio de Janeiro.

— Le docteur Ed. Meyer commencera son cours d'ophthalmologie le lundi 26 avril, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique. Le professeur traitera de la cataracte et du glaucome.

Il commencera le même jour, à une heure, des conférences cliniques sur les maladies des yeux et un cours d'opérations, rue de l'École-de-Médecine, 41.

ERRATA.

Dans le numéro du jeudi 22 avril (Clinique de la Charité), page 179, ligne 4e, lisez *convexité* au lieu de *base.*

Même page, ligne 8e, lisez *convexité* au lieu de *connexité.*

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie POINTEL, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 26 avril 1869.

Depuis quelques années, les meilleurs esprits se sont tellement inquiétés de la décadence de notre enseignement médical, que nous avons fini par jeter les yeux sur les pays qui nous environnent. MM. Jaccoud et Wurtz sont allés demander à l'Allemagne, le premier, l'organisation de ses Facultés, le second, l'installation de ses cours pratiques. Cette dernière mission peut donner un certain lustre aux études biologiques, mais elle ne peut rien pour l'enseignement médical proprement dit. Le mal est grand ; il faut de grands remèdes, non des palliatifs.

L'enseignement médical est mauvais en France; mauvais, parce qu'il lui manque l'excitant de la concurrence; mauvais, parce que le professeur est juge et partie dans sa cause; mauvais, parce que le professeur, loin de consacrer sa vie à perfectionner son œuvre, ne songe, après quelques mois ou quelques années d'exercice, qu'à changer son enseignement et à parcourir ainsi toute la gamme des connaissances médicales; le tout, pour arriver, en fin de compte, à une chaire de clinique.

Tant que l'enseignement libre n'aura pas droit de cité, nous assisterons à l'agonie de nos Facultés.

Puisqu'il est d'usage aujourd'hui de demander à autrui, ce que tous nous pensons sur ce sujet, jetons un regard sur les Institutions médicales aux États-Unis (1), que M. de Valcourt vient de nous faire connaître.

Dans ce pays, l'instruction pratique tient le premier rang; pour la développer, nul sacrifice ne coûte, on comprend que là est l'avenir d'une nation.

A Boston, sur 34,902 enfants, « plus de trente-trois mille se sont acheminés fréquemment (1868) vers les beaux et confortables édifices, où sept à huit cents professeurs sont occupés à modifier leurs caractères et à développer leurs intelligences. » Écoles primaires, écoles de grammaire, écoles supérieures, collèges et universités, tel est l'ordre des diverses fondations de l'instruction publique aux États-Unis.

Au sortir des écoles supérieures, les jeunes gens entrent au collége ou département des arts de l'université, pour obtenir le diplôme de bachelier ès arts. Ce diplôme s'obtient après l'examen de quatrième année, passé publiquement et avec succès. Il existe enfin un degré de maître ès arts, que l'on peut réclamer trois ans après celui de bachelier, moyennant un certificat de bonne conduite et le payement de 5 dollars.

Les élèves peuvent se promener en ville pendant les moments de repos; mais ils sont tenus d'avoir une conduite respectable, et de se conduire honorablement : c'est ainsi qu'ils apprennent à user de la liberté avec modération.

Le diplôme de bachelier ès arts n'est pas nécessaire pour être admis dans une école de médecine; mais les élèves sérieux en sont généralement pourvus.

Nous ne dirons rien du temps consacré aux études, ni de la manière dont sont subies les épreuves du doctorat. L'Amérique n'a rien à nous donner à ce sujet; la critique seule aurait carrière. Mais, à côté de ces défauts, les écoles de médecine des États-Unis nous offrent l'intéressant spectacle de la liberté d'enseignement. Un grand nombre d'écoles se disputent les élèves; quelques-unes ont pris une place importante et exceptionnelle. Pour justifier leurs succès, aucune dépense n'arrête les membres de ces associations. Les musées, les bibliothèques, sont souvent d'une richesse à humilier nos collections; les professeurs les plus en renom sont disputés à prix d'or, et l'enseignement y est des plus remarquables. Tout homme qui a montré sa valeur comme professeur est assuré de se voir appelé à une chaire dans une des nombreuses écoles de médecine. Mais ce professeur se dévouera entièrement à son œuvre; il ne rêvera pas une position autre que celle qui lui a été acquise par ses connaissances spéciales.

La liberté d'enseignement et l'émulation continuelle qu'elle entraîne devaient donner ce résultat.

Que les mœurs du pays aient faussé les suites de cet excellent système; que, pour gagner du temps, la scolarité ne soit que de deux à trois années; que, pour masquer leur nullité primitive, les docteurs américains subissent leurs examens non publiquement; que ces examens soient trop indulgents, pour ne pas éloigner les élèves d'une institution jugée trop exigeante : voilà certes bien des raisons pour ne pas proclamer le système américain comme digne d'être reproduit.

Mais écartons les scories et prenons le bien où il se trouve : Liberté d'enseignement.

Nous venons de voir les inconvénients de l'examen par le professeur américain. Sous quelles couleurs ne devrions-nous pas reproduire l'examen par le professeur français? Professeur qui n'interroge que sur ses livres, professeur qui n'interroge que sur ses leçons, professeur par intimidation : plaies du professorat qui jette une défaveur sur les plus honorables représentants de cette classe de savants. Le professeur ainsi juge et partie est un non-sens; c'est plus encore, c'est une injustice et une atteinte portée au développement de la science, car, il ne faut pas se le dissimuler :

Il y a aujourd'hui une *orthodoxie* de la science.—Hors de cette Église, point de salut!

Quand le bienfait *liberté d'enseignement* aura été proclamé, son corollaire sera la nomination d'un *jury d'examen*.

Celui qui a enseigné n'a pas le droit de demander si son enseignement a porté des fruits; ces fruits qu'il recherche ne sont pas dus à son enseignement. Il ne peut exiger qu'on reproduise ses idées. Le *magister dixit* n'est plus de notre temps. Qu'il enseigne, qu'il voie sa chaire entourée de nombreux auditeurs, voilà le but auquel il doit tendre. Que la science gagne à son travail de vulgarisateur, mais qu'elle n'ait rien à perdre à son intervention d'examinateur.

En résumé :

Écoles libres. — Examinateurs publics pris en dehors du corps enseignant.

Tels sont les deux points sur lesquels tous les bons esprits sont d'accord aujourd'hui.

M. de Valcourt tire la même conclusion de son Étude sur les institutions médicales aux Etats-Unis. Tous ceux qui comprennent combien est grave le duel engagé avec le système agonisant et celui qui doit le remplacer, liront ce travail avec le plus vif intérêt.

Dr E. LE SOURD.

(1) Paris, 1865, in-8°. Prix : 3 fr.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. LEGOUEST.

Anévrysme fémoro poplité traité par la flexion forcée de la jambe sur la cuisse. — Guérison.

(Observation recueillie par MM. les docteurs NICOL et DUBARRY, médecins stagiaires au Val-de-Grâce.)

Remise en honneur dans le traitement des anévrysmes, la compression compte aujourd'hui de nombreux succès. Elle échoue cependant sans qu'on puisse toujours en trouver la cause ; mais les moyens variés de l'exercer, leurs diverses combinaisons, leur succession et la durée de leur emploi, semblent chaque jour reculer les bornes de son efficacité. Parmi ces moyens, la flexion de la cuisse sur la jambe, appliquée à la cure de l'anévrysme poplité, mérite d'être prise en grande considération. Datant à peine de dix ans, elle a obtenu vingt-deux succès dans les quarante-trois cas où elle a été mise en usage (*Du traitement de l'anévrysme poplité par la flexion de la jambe sur la cuisse*. Thèse inaugurale. Paris, 1869, L. Stopin), et, sans aucun doute, elle en eût obtenus davantage, si tous les chirurgiens qui l'ont employée avaient eu plus de confiance dans son action et avaient mis plus de persévérance et de variété dans son application.

La flexion de la jambe sur la cuisse peut être permanente ou intermittente, graduée ou forcée; ses limites et sa durée peuvent être diversement associées. L'observation que nous donnons ici est un exemple de *flexion forcée intermittente*; elle vient s'ajouter à l'intéressante observation due à M. Verneuil, de flexion graduée intermittente suivie de flexion forcée intermittente.

Le nommé M.... (Charles), entré à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 26 octobre 1868, dans le service de M. le professeur Legouest, suppléé par M. Servier. Agé de 50 ans, il a servi vingt-six ans dans l'infanterie de marine. Bien qu'il dise n'avoir jamais été malade, il a cependant souffert quelquefois de douleurs rhumatismales, et il a été atteint à deux reprises, la première il y a six ans, la seconde il y a dix mois, d'hydarthrose du genou gauche.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il s'aperçut, après avoir beaucoup marché, que son pied gauche était enflé et que sa chaussure était devenue trop étroite. Il marcha néanmoins encore pendant deux ou trois jours; mais ayant ressenti, dans le creux du jarret, une douleur suivie du gonflement de toute la jambe, il alla consulter un médecin de ses amis, qui reconnut un anévrysme, et l'envoya au Val-de-Grâce.

Examiné le 1er novembre par MM. Legouest et Servier, M... présentait l'état suivant : tumeur volumineuse occupant le creux poplité gauche, semblant n'avoir pas envahi le triangle inférieur du jarret, qui cependant est un peu plus plein qu'à l'état normal; elle est limitée et comme bridée, en bas, par le pli de locomotion ; ses limites, en haut, ne sont pas précises. Elle remplit et fait fortement bomber le triangle poplité supérieur, passe en avant des tendons qui le limitent, vient faire saillie sur les côtés interne et externe du membre, et présente un diamètre transversal de 20 centimètres et un diamètre vertical de 12 centimètres au moins.

La peau qui recouvre la tumeur est tendue, sans aucun signe d'inflammation ; mais elle présente, un peu au-dessous du centre de la tumeur, dans le point le plus proéminent, une ecchymose d'un bleu assez intense, large comme une pièce de cinq francs en argent, se dégradant rapidement, par marbrures violettes et jaunes, jusqu'aux limites de l'affection.

La palpation fait immédiatement reconnaître des battements et des mouvements d'expansion isochrones aux pulsations artérielles, perçus en largeur dans l'étendue de 16 centimètres, et en hauteur dans l'étendue de 8 à 10 centimètres. Ces phénomènes, très-manifestes à la vue, se communiquent énergiquement à la main qui les constate.

Un bruit de souffle, franchement intermittent, se fait entendre dans les mêmes limites.

La tumeur est en partie réductible; elle semble constituée par une poche à parois minces, surtout sur les côtés, à cavité large et libre.

La compression de l'artère crurale, faite sur la branche horizontale du pubis, affaisse incomplétement la tumeur et y fait disparaître les battements et l'expansion. Les artères pédieuse et tibiale postérieure sont insensibles; le sphygmomètre, appliqué derrière la malléole externe, donne un tracé dont les ondulations sont à peine marquées.

La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse; elle est le siége d'un œdème plus considérable en arrière qu'en avant, et s'étendant depuis les orteils jusqu'à un travers de main au-dessous du genou. Les mouvements de flexion et d'extension sont possibles, mais incomplets et un peu douloureux. La marche est très-pénible et s'exécute sur la pointe du pied.

Le diagnostic suivant fut porté : anévrysme fémoro-poplité; fissure légère des parois, au centre même de la tumeur; gêne de la circulation de retour, notamment dans la veine saphène externe.

MM. Legouest et Servier résolurent de traiter cet anévrysme par *la compression digitale intermittente à distance*, bien que M. Legouest doutât de l'efficacité de ce moyen en raison du volume de la tumeur, de la liberté apparente de sa cavité et du peu d'épaisseur de ses parois.

La compression de l'artère crurale fut commencée le 3 novembre, à deux heures et demie, et alternativement exercée, pour éviter la douleur, soit sur le pubis, soit à l'anneau du troisième adducteur. Péniblement supportée, assez irrégulièrement faite, elle a rarement empêché le passage du sang et ne l'a qu'entravé. Sa durée a été de *sept* heures. Au moment où elle cesse, les battements de la tumeur ont un peu diminué d'intensité. Le malade s'endort à neuf heures et demie. Il prétend que s'étant réveillé à deux heures du matin, il lui a été impossible de constater les battements.

Le 4, le malade se trouve assez bien; les battements, toujours bien accusés, paraissent néanmoins plus faibles que la veille; leur étendue a diminué, en largeur, de 1 centimètre, en hauteur, de 2 centimètres; le bruit de souffle est moins rude au centre qu'à la périphérie de la tumeur, laquelle présente, sur la ligne médiane, une induration profonde, large comme la deuxième phalange du pouce.

La compression, faite sur le pubis seulement, est reprise à midi et dure *neuf* heures.

Le 5, la compression est exercée de la même manière pendant *douze* heures.

Le 6, la compression dure douze heures; douleurs vives au lieu comprimé ; lipothymies ; les battements ont notablement diminué.

Le 7, la compression ne dure que *quatre* heures; les plaintes du malade obligent à la suspendre.

Dans ces cinq jours, *la compression digitale incomplète et intermittente* a été exercée pendant *quarante-quatre* heures. Elle a été généralement mal supportée; elle a déterminé une augmentation de 4 centimètres dans la circonférence du mollet, des fourmillements et un engourdissement dans la jambe, des douleurs très-vives dans le creux du jarret et au-dessus de la rotule. Les battements et le bruit de souffle ont diminué d'étendue et d'intensité dans la masse moyenne de la tumeur; ils ont augmenté sur le côté interne, en avant des tendons des muscles limitant en dehors le creux du jarret; une induration, profonde et large comme une pièce de 5 francs en argent, s'est formée au centre de la tumeur. Le malade est dans un état général satisfaisant et n'accuse qu'un peu de fatigue.

Du 8 au 13, on laisse reposer le malade. Pendant cette période de six jours, la jambe reste spontanément à demi-fléchie sur la cuisse; des douleurs intermittentes et assez vives se font sentir dans le genou et le long du trajet du grand nerf sciatique, entre le grand trochanter et l'ischion, dans le creux du jarret, le long du nerf saphène externe. La circonférence du mollet est réduite de 42 à

37 centimètres; la tumeur a manifestement diminué de volume; ses battements sont plus faibles et plus profonds, excepté sur les parties latérales.

Ces modifications et ces phénomènes firent concevoir à M. Legouest l'espérance que l'anévrysme pourrait dès lors guérir sans traitement nouveau; néanmoins, pour obtenir une guérison plus rapide, on fléchit, le 14, la jambe sur la cuisse, dans la limite possible sans douleur, et on la maintient ainsi pendant trois jours à l'aide d'un bandage. L'insomnie, des douleurs très-vives obligent à cesser la flexion.

Le 17, nul changement; mais, du 17 au 24, les battements deviennent manifestement moins intenses, une collatérale interne se développe.

Le 24, M. Legouest engage M. Servier à faire exercer une *compression totale* de l'artère crurale sur le pubis. Commencée à midi, la compression, assez bien supportée pour que le malade puisse dormir, cesse le 25, à midi, après une durée de *douze* heures. Nul changement dans l'anévrysme; développement des collatérales interne et externe.

Du 26 novembre au 7 décembre, la tumeur durcit dans le creux du jarret, où les battements et le souffle sont de plus en plus profonds, mais elle s'étend latéralement et surtout du côté interne avec tous ses phénomènes caractéristiques.

Le 7 décembre, une *compression directe* est exercée sur l'anévrysme à l'aide de rondelles d'agaric maintenues par des bandes. Elle est bien supportée et dure *sept* jours. A la levée de l'appareil, nul changement dans le volume de la tumeur; mais les battements semblent moins forts que précédemment.

Depuis le 14 décembre jusqu'au 15 janvier, la tumeur est abandonnée à elle-même dans l'espoir que l'amélioration qui s'est toujours manifestée quelques jours après l'application d'un moyen nouveau de compression, progressera et amènera la guérison.

Le 15 janvier, M. Legouest reprend la direction du service : à cette époque, l'œdème du membre avait à peu près complétement disparu; le bruit de souffle et les battements étaient encore sensibles, mais la tumeur, plus dure et mieux circonscrite, avait diminué du quart de son volume; le mouvement d'extension était encore très-manifeste, surtout à la vue; pour le constater au toucher, il fallait que d'une main on comprimât la tumeur, et que de l'autre, appliquée au pubis sur l'artère crurale, on interrompît et on permît alternativement l'afflux du sang dans l'anévrysme.

Ce même jour, M. Legouest applique sur l'artère crurale *le compresseur de Broca* qui ne peut être supporté.

Les jours suivants, 16, 17 et 18, une *compression totale* de l'artère crurale est faite pendant *une heure*. Les battements suspendus pendant la compression reparaissent sans changement dès qu'elle est supprimée.

Le 22 janvier, à la suite d'un examen inconsidéré de la tumeur, les battements et le bruit de souffle y reparaissent avec une nouvelle intensité; le jarret est le siége de vives douleurs; le genou présente un peu d'hydarthrose.

Le 1er février, les choses étant rentrées dans l'ordre, M. Legouest résolut d'employer la *flexion forcée intermittente* de la jambe sur la cuisse. Elle fut exécutée de la manière suivante : une longue bande en toile dont le chef initial fut laissé libre, entoura le pied et la partie inférieure de la jambe d'un huit de chiffre; la jambe fut fléchie sur la cuisse aussi fortement que possible, le talon amené à 15 centimètres de la fesse, la cuisse fléchie à angle droit sur le bassin; le plein de la bande venant du pied fut passé dans le pli de l'aine, le globe ramené vers le pied qu'il entoura d'un nouveau huit de chiffre; repassé plusieurs fois de la même manière du pli de l'aine au pied; enfin, le chef terminal noué avec le chef initial, après avoir, par quelques circulaires, réuni en-dessous du genou, en un seul faisceau, les pleins de la bande tendus du pied à l'aine.

La flexion forcée n'amenait aucun changement notable dans la tumeur; les battements et l'expansion persistaient toujours latéralement, surtout du côté interne. Elle déterminait d'assez vives douleurs dans le jarret et dans tout le genou. *Elle fut néanmoins rigoureusement appliquée pendant une heure le matin et une heure le soir.*

Le malade souffrit beaucoup le premier jour; il souffrit moins le deuxième jour, et ne se plaignit plus à partir du troisième. La tumeur semblait prendre plus de consistance; les battements et l'extension s'affaiblissaient. Néanmoins, M. Legouest songeait à ajouter à la flexion une compression directe avec une pelote de ouate fixée dans le creux du jarret à l'aide de collodion, quand, le 6 janvier, à la visite du matin, après *dix heures* de flexion forcée intermittente, il s'aperçut que l'anévrysme ne battait plus. La flexion fut encore continuée jusqu'au 12, afin d'assurer la guérison.

Aujourd'hui, 20 mars, le malade est dans l'état suivant : La tumeur ne présente plus ni soufle, ni battements, ni expansion; elle est dure et nettement circonscrite suivant son diamètre vertical réduit à 7 centimètres; son diamètre transversal n'est plus que de 10 centimètres; la saillie latérale externe a disparu; la saillie latérale interne, encore bien accusée, se confond avec le condyle interne du fémur, Quelques douleurs erratiques et intermittentes se font sentir tantôt au-dessus de la rotule, tantôt dans le creux du jarret, tantôt enfin sur les côtés. La flexion de la jambe sur la cuisse est complète; l'extension ne peut être obtenue en totalité, en raison de la masse sanguine coagulée qui occupe encore le creux poplité. La tuméfaction du membre a disparu, sauf une bandelette œdémateuse, large de deux travers de doigt environ, superficielle, située en arrière de la jambe, limitée en haut au lieu où la veine saphène externe plonge dans le creux poplité, sans limites précises en bas et se perdant vers la naissance du tendon d'Achille. La marche est possible, mais interdite jusqu'au moment où la résorption plus avancée du caillot éloignera les chances d'accidents et permettra l'extension complète de la jambe sur la cuisse. Le sujet, dans un état excellent, est donc guéri de son anévrysme : on est en droit d'espérer qu'il reprendra prochainement ses occupations.

Les longs détails dans lesquels nous sommes entrés permettent d'apprécier la variété des procédés de compression qui ont été successivement mis en usage. Ces procédés sont au nombre de *sept* :

1° Compression digitale, à distance, incomplète et intermittente; durée, quarante-quatre heures. 2° Flexion forcée permanente de la jambe sur la cuisse; durée, trois jours. 3° Compression digitale totale et permanente, à distance; durée, douze heures. 4° Compression directe à l'aide de rondelles d'agaric soutenues par un bandage; durée, sept jours. 5° Compression mécanique très-imparfaite, à distance; durée, vingt-quatre heures. 6° Compression digitale totale, intermittente, à distance; durée, trois heures. 7° Flexion forcée intermittente de la jambe sur la cuisse; elle amène la guérison après dix heures d'action, et elle est continuée, par précaution, pendant douze heures encore. Durée totale de l'application des différents procédés de compression, trois-cent quarante-cinq heures, ou quatorze jours et neuf heures.

Tous ces procédés de compression ont été mal ou péniblement supportés, sauf la compression directe, restée sans résultat, et la flexion forcée intermittente de la jambe sur la cuisse, pendant laquelle la guérison s'est effectuée. Il est probable que chacun de ces moyens a cependant préparé le succès, et il est digne de remarque que les modifications successivement obtenues dans la tumeur anévrysmale ne sont jamais survenues pendant l'application même de la compression, mais se sont toujours produites quelques jours après son interruption; deux fois, dans le cours du traitement, ces modifications ont été telles, qu'elles ont pu faire espérer la guérison par leur progression en quelque sorte spontanée, sans nouvelle intervention chirurgicale.

Le volume considérable de la tumeur, son affaissement notable sous la pression directe ou pendant la compression de l'artère crurale, affaissement semblant indiquer une cavité libre de brides, cellules ou diverticules propres à fixer les caillots, le peu d'épaisseur de ses parois sont très-probablement la cause des insuccès des procédés de compression. Ce qui porte à le croire, c'est que la tumeur a commencé à durcir dans le lieu même où elle s'était rompue et où ses parois internes ont sans doute présenté quelques inégalités.

Cette dernière remarque tendrait à faire supposer que l'observation que nous venons de rapporter peut servir de preuve à la théorie des *caillots actifs*, théorie émise avec un talent plein de séduction, par M. Broca, et combattue énergiquement par MM. Richet et Le Fort. On voit, en effet, la tumeur durcir et ses battements s'affaiblir à mesure que, sous la multiplicité des moyens de compression dont la plupart ne font que ralentir le cours du sang, se forment de nouveaux caillots; et c'est bien ainsi que semble avoir agi la flexion de la jambe sur la cuisse. Mais rien ne le prouve péremptoirement : l'amélioration qui se manifeste dans la tumeur s'arrête, en effet, à un point qu'elle ne dépasse pas, tandis qu'une fois commencée, elle devrait, de par la théorie, progresser jusqu'à guérison complète, les caillots fibrineux déjà formés servant de *substratum* à de nouveaux dépôts de caillots; les phénomènes caractéristiques de l'anévrysme, s'affaiblissant d'un côté, reparaissent de l'autre par une sorte de poussée; enfin un examen un peu rude, brisant sans doute et déplaçant des *caillots mous*, ramène avec intensité dans la tumeur le bruit de souffle, les battements et les mouvements d'expansion.

Les seules conclusions légitimes qu'on puisse tirer de l'histoire de ce fait, c'est que la malaxation d'un anévrysme dans lequel des caillots ont commencé à se déposer, peut faire perdre les avantages déjà obtenus; c'est que la formation des coagula doit être poursuivie avec persévérance à l'aide de moyens variés mis en usage à de courts intervalles; c'est que la flexion, enfin, efficace lorsqu'elle est employée seule, comme le démontrent un certain nombre d'observations, peut encore l'être lorsqu'elle succède à d'autres moyens restés sans succès.

Reste à expliquer le mode d'action de la flexion forcée de la jambe sur la cuisse. La flexion exerce évidemment une compression; mais où et comment l'exerce-t-elle? Hart, chirurgien de Saint Mary's hospital, à Londres, qui le premier, d'après M. Stopin (*loco citato*), semble avoir érigé la flexion en méthode de traitement, explique son action par la compression directe qu'exerceraient sur la tumeur les muscles gastro-cnémiens (*Médico-chirurgical Transactions*, 1859). Sans doute la compression directe est un des résultats de la flexion, mais elle n'en constitue pas à elle seule l'unique mode d'action, car la compression directe à l'aide d'un bandage a échoué. Peut-être faut-il admettre qu'à la compression directe déterminée par la flexion s'ajoute l'interruption du cours du sang dans l'artère, immédiatement au-dessous de l'anévrysme, comme dans la ligature par la méthode de Brasdor. Cette hypothèse conduirait naturellement à exercer simultanément la compression directe et la compression totale de l'artère au-dessous de la tumeur, dans les anévrysmes qui ne sont pas justiciables de la compression ou de la ligature appliquées entre eux et le centre circulatoire.

DESCRIPTION

DE LA MALADIE PRODUITE PAR L'INOCULATION DU VENIN DE LA VIPÈRE

Par le docteur Viaud-Grand-Marais,
professeur à l'École de médecine de Nantes.

Les phénomènes auxquels donne lieu l'intoxication par le venin de la vipère se subdivisent, suivant leur apparition, en *symptômes immédiats* ou *primitifs* et en *symptômes secondaires*; certains blessés présentent en outre des accidents plus éloignés, que nous appelons *symptômes tertiaires*.

I. — *Symptômes primitifs ou de blessure.* — A cette première catégorie appartiennent : *la douleur causée par la morsure, l'empreinte des dents venimeuses* et *l'écoulement sanguin*.

La douleur primitive est modérée; le blessé la compare à une déchirure de ronce ou à une piqûre d'aiguille. Quelquefois, cependant, elle est vive, aiguë, et laisse après elle une sensation de brûlure qui se répand dans tout le membre. Elle est due moins à l'écartement des téguments par une pointe acérée qu'à la pénétration du venin dans les vaisseaux. Mead a piqué des chiens avec des aiguilles fines et recourbées, sans qu'ils manifestassent l'agitation et les signes douloureux qu'ils offraient lorsqu'il les faisait mordre par des vipères. Les résultats de nos expériences sont en complet accord avec ceux du savant anglais. Les lapins blessés par un crochet sans venin ou par une vipère épuisée ne donnent aucune marque de douleur, tandis qu'atteints par les canines d'un reptile dont le poison a toute sa force, ils poussent en général un cri aigu du plus sinistre augure.

L'empreinte laissée par les crochets consiste en deux petites piqûres assez rapprochées et à bords tuméfiés; elles sont souvent difficiles à reconnaître à cause de la rétraction des tissus. Quelquefois un des crocs abandonnés par le serpent fait corps étranger dans les chairs; ailleurs, les traces de morsure n'offrent rien de caractéristique, les canines, au lieu d'écarter les fibres du derme, n'ayant fait qu'érailler la peau.

L'écoulement sanguin est d'ordinaire insignifiant; à peine une gouttelette indique-t-elle les points traversés par les crochets. Le liquide qui sort en dernier lieu des blessures agrandies a l'aspect sanieux.

Aucun accident général n'accompagne ces phénomènes initiaux, à moins qu'une veine n'ait été lésée; la peur extrême peut toutefois donner lieu, au moment de la blessure, à une syncope ou à de l'exaltation nerveuse.

II. — *Symptômes secondaires.* — Ils se subdivisent en *accidents locaux consécutifs* ou *d'inflammation spécifique*, et en *accidents généraux* ou *d'intoxication*, suivant qu'ils résultent de l'action du venin au point où il a été inoculé, ou qu'ils se manifestent au loin sous son influence.

Dans le premier groupe se rangent : la *tuméfaction inflammatoire*, la *douleur secondaire*, l'*engourdissement* et le *refroidissement de la partie blessée*, les *taches livides* et *diverses autres lésions ayant leur siége au voisinage des piqûres*.

La tuméfaction est un phénomène constant; elle ne fait défaut que dans les cas où un traitement énergique et immédiat, la succion ou l'incision, par exemple, a enlevé le venin avant qu'il n'ait eu le temps d'agir.

Elle ne mérite point au début le nom d'*œdème* que lui ont donné les auteurs, car elle s'accompagne de rougeur et de chaleur. Elle commence par une *auréole* violacée, ayant pour centre les piqûres, puis s'étend de proche en proche, tantôt bornée aux parties voisines, tantôt envahissant une portion considérable du corps. Elle ne dépasse guère la ligne médiane; elle peut cependant devenir générale, gagner le tissu cellulaire sous-muqueux, et produire la mort en atteignant les replis qui forment l'orifice supérieur du larynx.

C'est une grande erreur de confondre, comme le font nos médicastres campagnards, la diffusion réelle du venin avec la marche en étendue de l'infiltration séreuse; tandis qu'une partie du poison s'épuise ainsi localement, le reste de la substance toxique, entraîné par le torrent circulatoire, exerce au loin ses ravages sur le système nerveux et sur les globules.

La tuméfaction est parfois instantanée, rarement elle tarde plus d'une heure à se produire; elle rend les parties dures, tendues, rénitentes, et d'un volume double ou triple de leur volume normal. Elle disparaît au bout de quatre à huit jours, ou bien persiste pendant plusieurs septenaires, perdant ses caractères propres pour prendre alors ceux d'un véritable œdème.

La douleur consécutive est une douleur d'inflammation; elle a comme caractère principal, d'être tensive, et disparaît plus vite que le gonflement. Chez quelques sujets, toutefois, elle conserve plusieurs semaines un certain degré d'acuité. Elle est exagérée par le jeu des muscles.

L'engourdissement est en rapport avec la distension du membre; il est produit par la compression que fait éprouver aux cordons nerveux le tissu cellulaire infiltré.

L'abaissement de la température qu'accuse le blessé se constate facilement par l'application de la main ou du thermomètre; ce dernier instrument, placé sur la partie malade, marque de 31 à 30 degrés centigrades. Le refroidissement est dû à une action particulière du venin sur le sang, par laquelle les combustions organiques se trouvent diminuées : il remplace rapidement la chaleur qui accompagnait le gonflement inflammatoire, et, d'abord limité au voisinage de la blessure, il finit par se généraliser.

Les taches livides, moins constantes et plus tardives que la tuméfaction, sont cependant un des symptômes les plus caractéristiques de l'empoisonnement venimeux. Rouges, violacées, noirâtres, ou bleuâtres, elles sont très-rarement uniformes de teinte et varient d'intensité, de dimension et de nombre. Elles commencent à se montrer le soir ou le lendemain de l'accident, près des piqûres, puis sur le membre et la partie correspondante du tronc. Avant de disparaître, elles passent au verdâtre et au jaune sale; elles laissent souvent des traces pendant une quinzaine de jours. Elles sont dites *ecchymotiques*, mais le sang altéré qui les forme les rapproche bien plus des pétéchies pro-

pres aux affections pestilentielles que des épanchements sous-cutanés produit par la contusion.

Elles affectent souvent l'aspect de marbrures, d'autrefois celui d'une gangrène commençante. Souvent elles semblent suivre le trajet des vaisseaux blancs et veineux. L'*angioleucite*, sans être un symptôme ordinaire des morsures, n'en est pas une complication bien rare. Un malade dont le docteur Saillard nous a fait connaître l'histoire, piqué deux fois à la main, dans une chasse au furet, présenta une série d'abcès ayant pour siége les lymphatiques de l'avant-bras.

Sept blessés offraient des *collections purulentes* au siége même des piqûres; la formation du pus reconnaît alors pour cause la plus ordinaire la présence dans les tissus d'un débris de crochet.

Les *phlyctènes* constituent un phénomène fréquent; elles doivent presque toujours être attribuées aux applications ammoniacales employées comme moyen thérapeutique.

Un point gangréneux se montre parfois sur l'empreinte laissée par les canines, mais des escharres plus considérables peuvent survenir sous l'influence combinée du venin et d'une ligature trop serrée et trop longtemps maintenue.

Nous connaissons quatre faits de ce genre. Les deux que nous citons ici sont extraits des notes de M. Thomas et ont été recueillis par M. le professeur Delamarre, de 1825 à 1826, pendant qu'il était interne des hôpitaux de Nantes.

Un jeune homme de Brains, âgé de dix-huit ans, fut mordu à l'index droit, en mettant du blé en gerbes. On lui appliqua de suite une ligature au-dessus du coude, à l'aide d'un lien de tablier serré sans modération, et, vingt-quatre heures après, on se décida à le conduire chez un médecin qui, trouvant le bras violacé, noirâtre et tuméfié d'une façon étrange, se hâta d'enlever le lien constricteur; mais il était trop tard, déjà la gangrène commençait à se manifester. Le malade se fit alors transporter à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Cochard; sa main paraissait entièrement sphacélée, et de larges escharres se montraient sur son avant-bras. Il refusa énergiquement l'amputation qui lui fut proposée, eut une suppuration effrayante et de vastes décollements, perdit plusieurs phalanges, et dut rester cinq mois à l'hôpital. A sa sortie, il n'avait plus qu'un moignon informe à l'extrémité d'un avant-bras atrophié. Ceci ne l'empêche point, avec la main qui lui reste, de se livrer à un petit commerce de colportage.

Le second sujet était un homme d'une trentaine d'années, habitant aussi les environs de Nantes et qui avait été piqué par une vipère en déchargeant du bois. Une ligature trop serrée et trop prolongée lui détermina des escharres à la main et à l'avant-bras. Conduit à l'Hôtel-Dieu, il fut amputé au-dessus du coude et guérit en peu de jours sans autres accidents.

Les phénomènes généraux de l'empoisonnement échidnique peuvent manquer, mais il est rare qu'ils fassent complétement défaut. Dans les cas graves, ils se subdivisent : 1° en *troubles fonctionnels des voies digestives*; 2° en *symptômes typhoïdes* (*adynamiques et ataxiques*); et 3° en *symptômes de réaction*.

(*Sera continué.*)

DE LA VALEUR DE LA FARADISATION LOCALISÉE

DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES ATROPHIQUES DE CAUSE TRAUMATIQUE.

Par le Dr Duchenne (de Boulogne) fils.

Depuis les travaux de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), sur les applications de la faradisation localisée au traitement des paralysies de causes diverses qui entraînaient après elles une altération plus ou moins profonde du tissu musculaire, de nombreux faits épars dans diverses publications, faites sur différents points de l'Europe, étaient venus confirmer la vérité de ses assertions et on admettait généralement que des affections paralytiques déjà anciennes, accompagnées d'une lésion fort avancée de la fibre musculaire, qui, jusque-là, s'étaient montrées rebelles à tout traitement, avaient été ou guéries ou notablement améliorées par l'emploi méthodique et suffisamment prolongé de la faradisation localisée.

Nous nous proposons spécialement dans cet article de faire connaître quelques-uns des faits qui sont venus dans ces derniers temps confirmer l'heureuse influence de la faradisation dans les lésions traumatiques des nerfs, dont M. Duchenne (de Boulogne), a déjà rapporté de nombreux exemples dans son livre sur l'*Electrisation localisée*.

La guerre d'Amérique avait ouvert un vaste champ à l'expérimentation de cette méthode. dans le traitement des blessures de guerre ; et voici dans quels termes les trois chirurgiens chargés spécialement par M. Hammond, chirurgien en chef de l'armée du Nord, du service des blessés dans les hôpitaux de Philadelphie, ont jugé les résultats thérapeutiques de la faradisation localisée : Le seul grand moyen, écrivent-ils, dans le traitement des paralysies par défaut d'innervation est la faradisation (par la méthode de M. Duchenne)... La plupart de nos cas étaient des blessures anciennes, quand ils se sont présentés à nous. Nous pouvons assurer que dans nos mains elle a été de la dernière utilité (*ulmost value*). Dans quelques cas elle a en une seule séance rétabli les mouvements dans des parties qui en étaient privées depuis longtemps ; dans d'autres, quelques séances ont restauré plus ou moins le mouvement dans un membre entier, et nous avons vu bien peu de cas dans lesquels il n'y ait pas eu une meilleure nutrition, plus de sensibilité et de force, lorsque nous avons pu continuer la faradisation assez longtemps. En un mot, nous ne pouvons répéter avec trop d'insistance, qu'avant de l'avoir employé, aucun membre, quelque paralysé qu'il soit, ne doit être abandonné par le chirurgien comme incurable (1).

Les cas nombreux de guérisons par la faradisation localisée de paralysies atrophiques consécutives à des plaies par arme à feu ou par toute autre cause traumatique, viennent de nouveau protester contre les singulières déductions tirées de quelques expériences physiologiques faites sur des animaux par Remak et quelques-uns de ses adeptes. Comment, en présence de tels résultats, a-t-on pu écrire : *que les courants d'induction font disparaître, au bout de fort peu de temps, toutes les manifestations vitales des nerfs ; qu'ils arrêtent la circulation et que, dans les cas d'altération graisseuse des muscles, ils ont une action désavantageuse* (2).

L'expérimentation électro-physiologique doit s'incliner devant des faits cliniques aussi incontestables, contrôlés et confirmés par une aussi longue observation ; et s'il arrive qu'elle se trouve parfois en contradiction avec elle, c'est qu'elle est insuffisante ou erronée. Nous essayerons cependant par la suite d'expliquer le mécanisme physiologique de l'action thérapeutique de la faradisation localisée.

Dans ces dernières années, nous avons pu réunir une nombreuse série de guérisons ou d'améliorations dues à l'emploi méthodique de la faradisation localisée, et nous en avons encore actuellement plusieurs en observation; mais comme il serait trop long de les rapporter toutes, nous avons choisi parmi les plus nouvelles celles qui nous paraissent les plus probantes.

Obs.— *Paralysie atrophique du membre supérieur droit consécutive à une luxation de l'épaule, datant de 8 mois. Atrophie des muscles de l'avant-bras et de la main. Perte de la sensibilité et de la contractilité électrique. Faradisation pendant 11 mois. Guérison.*

Mme D..., âgée de 41 ans, se présente à ma consultation au mois de mai 1862. C'est une femme fort grasse qui, huit mois auparavant, en voulant poser des rideaux, tomba d'une chaise sur l'épaule droite quelle se luxa au bas et en avant. Réduite au bout de plus eurs heures, cette luxation mal maintenue, ne fut définitivement remise que le septième jour par le professeur Velpeau, qui constata une paralysie complète du mouvement et de la sensibilité dans tout le membre. La luxation guérie, on employa pendant six mois différentes pommades excitantes, des vésicatoires volants, sans pouvoir ramener la sensibilité ni le mouvement dans les parties paralysées ; au contraire, le membre alla en s'amaigrissant et se refroidissant de plus en plus, surtout à l'avant-bras et à la main, et huit mois après l'accident, M. le professeur Velpeau et M. le docteur Reinvilliers nous l'adressèrent sans grand espoir de guérison.

Examen physiologique.— Nous constatons d'abord que la luxation est parfaitement réduite ; les mouvements communiqués à l'articulation humérale sont assez étendus ; mais les mouvements volontaires sont impossibles, excepté celui du bras en arrière. L'élévation du bras est impossible, mais le mouvement en avant de ce membre est encore possible à cause de l'intégrité du grand pectoral. Les mouvements de l'avant-bras sur le bras sont absents, sauf celui d'extension qui est très-facile. Ceux de la main sur l'avant-bras manquent tous, ainsi que ceux des doigts dont les phalanges restent à demi fléchies les unes sur les autres ; mais les tendons des fléchisseurs ne sont pas encore rétractés, et les doigts peuvent être étendus mécaniquement; tous les mouvements du pouce sont également perdus.

La sensibilité est également altérée à des degrés divers. Au niveau de l'épaule et du bras, le contact, le pincement, la piqûre, la pression ne sont pas très-imparfaitement sentis ; la sensation des corps chauds ou froids y existe encore ; mais à l'avant-bras et à la main, toute espèce de sensibilité est abolie, au point qu'un mois encore après le début du traitement électrique, Mme D..., s'est brûlée les doigts en voulant se réchauffer et ne s'en est aperçue qu'en y retrouvant le lendemain des phlytènes dont elle nous demandait l'explication. La température du membre a diminué d'une manière fort appréciable au toucher, et la malade en a elle-même la sensation. Il n'existe plus de douleurs dans l'épaule, mais il en revient de fort vives tous les trois ou quatre jours qui suivent la direction de l'un ou de l'autre des gros nerfs, et surtout du cubital vers sa terminaison.

En saisissant entre les doigts la peau et le tissu cellulaire du membre malade, on constate qu'ils ont une épaisseur double au moins de celle du membre sain, ce qui est l'indice d'une atrophie des muscles très-avancée.

Comparativement au membre sain, l'épaule et le bras ont peu diminué de volume ; mais l'avant-bras et la main sont aplatis et décharnés ; l'éminence thénar est complétement effacée, et à la place qu'occupaient les interosseux, on trouve surtout à la face palmaire des creux profonds.

Les veines y sont peu développées ; la peau est pâle et très-épaisse.

Examen électro-musculaire.— Explorant individuellement l'état de la contractilité développée par le passage d'un courant d'induction, avec l'appareil le plus puissant de mon cabinet gradué, à son maximum, dans chacun des muscles du membre supérieur droit et dans les nerfs qui les animent, nous constatons les faits suivants : Conservation de la contractilité électrique dans les sus et sous épineux, trapèze, grand pectoral et 1/3 postérieur du deltoïde, diminution très-notable dans les tiers moyen et antérieur de ce muscle ; conservation dans le triceps brachial ; abolition presque complète dans le brachial antérieur, le biceps et le long supinateur. A l'avant-bras, le courant le plus énergique n'excite pas la moindre contraction, excepté au niveau des fléchisseurs des doigts où elle est à peine sensible ; les interosseux et les muscles des éminences thénar et suspothénar, ne se contractent pas. L'excitation des troncs nerveux ne produit que de faibles contractions musculaires ; celle du nerf cubital n'en produit pas du tout. Quant à la sensibilité de la peau ou des muscles, l'excitation cutanée ou profonde la plus énergique ne les réveille pas à la main ni à l'avant-bras ; les mêmes courants provoquent à l'avant-bras une sensation de chatouillement, mais à l'épaule ils ne sont plus supportés.

La réunion des symptômes qui précèdent à savoir : durée de la paralysie datant de huit mois sans qu'elle eût cédé sur un seul point, atrophie fort avancée du système musculaire, insensibilité de la peau et immobilité des muscles pendant le passage du courant le plus énergique, nous faisait porter le pronostic le plus fâcheux sur cette paralysie, surtout relativement à l'avant-bras et à la main. Cependant encouragés par quelques faits où à force de persévérance, nous avions triomphé dans des circonstances semblables, nous résolûmes d'en commencer le traitement, en prévenant la malade de sa longueur probable.

Il fallait avant tout empêcher la contracture des fléchisseurs des doigts de se convertir en rétraction et de produire des difformités articulaires incurables ; pour cela la malade dut dormir avec un gantelet qui maintenait les doigts et le pouce dans l'extension, et garder cet appareil pendant la journée le plus longtemps possible. L'usage en fut continué pendant cinq mois et il remplit parfaitement son but.

L'électrisation fut pratiquée quatre fois par semaines avec un courant fort intense et avec des intermittences rapides sur chacun des muscles paralysés ; nous terminions chaque séance par l'électrisation de la peau. Le premier résultat de ce traitement, au bout de six semaines, fut le retour complet du mouvement dans le deltoïde, et une amélioration dans ceux du biceps du brachial antérieur, le retard de la sensibilité cutanée dans le bras et une calorification plus forte dans ces parties. Il fallut persister plus de trois mois avant d'obtenir aucune amélioration dans l'avant-bras et la main. Les muscles qui donnèrent les premiers signes de vie furent les extenseurs des doigts et les muscles de l'éminence thénar ; deux mois après les mouvements des interosseux, la nutrition et la calorification se rétablirent peu à peu ; sept mois après le début du traitement, Mme D... vint toute joyeuse nous annoncer qu'elle pouvait tricoter et écrire ; bientôt elle put faire son lit elle-même et vaquer aux soins de son ménage ; enfin, après onze mois d'un traitement qui avait exigé 140 séances de faradisation, la guérison était complète ; seuls, les interosseux du petit doigt et de l'annulaire restent atrophiés. Pendant la durée de son traitement, en dehors de la faradisation, Mme D... n'a pas suivi d'autre médication que des bains de bras avec les sels de Pennès, deux fois par semaine et des exercices gymnastiques destinés à combattre la raideur des articulations longtemps immobilisés.

Nous avons vu depuis Mme D... à plusieurs reprises ; le volume du bras et de l'avant-bras droit étaient le même qu'à gauche ; tous les mouvements y étaient rétablis ; seule la main droite reste plus aplatie et plus maigre, et l'extension des deux dernières phalanges du petit doigt manque. La peau a repris une teinte rosée et est moins épaisse ; la circulation veineuse y est aussi active que du côté opposé et la température des deux membres supérieurs est égale.

Nous trouvions dans le fait précédent la réunion de tous les signes les plus défavorables du pronostic de cette paralysie atrophique : perte absolue de la contractilité électrique et de toute espèce de sensibilité, atrophie déjà fort avancée et dont le début datait de plus de six mois. Mais nous avions déjà rencontré des lésions traumatiques aussi graves, dans lesquelles nous avons triomphé à force de persévérance, ce qui nous encouragea à entreprendre un long traitement par la faradisation, sans grand espoir, nous devons l'avouer, d'obtenir la guérison complète. Ce résultat prouve la vérité de la proposition des chirurgiens américains, que nous avons citée plus haut : ***qu'avant d'avoir employé la faradisation, aucun membre, quelque paralysé qu'il soit, ne doit être abandonné par les chirurgiens.***

Selon M. Onimus, la faradisation localisée n'agirait sur la nutrition des muscles que par « ***l'action indirecte de la contraction musculaire*** (1) » Ce mécanisme est ici inadmissible, puisque, au début du traitement, la contractilité électro-musculaire ne pouvait être développée, même par des courants dont l'intensité dépasse de beaucoup ceux qu'on emploie d'ordinaire dans la pratique de la faradisation, et que cette propriété n'est revenue que beaucoup plus tard, et à mesure que se développait le mouvement volontaire ; l'augmentation graduelle de la calorification dans le membre paralysé, le développement progressif des vaisseaux veineux superficiels, le retour de la coloration de la peau, démontrent qu'il n'y a pas eu seulement excitation directe des fibres musculaires et des nerfs périphériques du mouvement de la sensibilité, mais aussi une action sur la nutrition générale du membre.

Nous nous réservons d'expliquer le mécanisme de cette action sur la nutrition du membre après avoir exposé d'autres faits cliniques qui prouvent sa réalité.

DE LA RÉSECTION DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE (2)

par le Dr Good

(Analyse par M. le Dr Fort).

Le public médical n'a pas laissé passer, sans le remarquer et l'apprécier, l'excellent mémoire que publia, en 1860, Léon Le Fort, sur la résection de la hanche. L'auteur de ce travail si important a beaucoup contribué, par de judicieuses réflexions et une saine critique, à l'importation de cette opération, jadis s redoutée.

Depuis cette époque, nous étions dans la plus complète ignorance sur le sort de la résection coxo-fémorale. Good, ex-chirurgien de l'armée confédérée d'Amérique, vient de publier un remarquable travail, complétant celui de Léon Le Fort.

(1) Gunshot Wounds and other injuries of nerves by, S. Weir Mitchel M. D., George R. Morehouse and William W. Keen, M. D., Philadelphie. 1864, pages 155 et 156.

(2) *De l'influence des différents courants électrique sur la nutrition*, par M. le Dr Onimus, *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 50.

(1) Onimus, *Gazette des Hôpitaux*, p. 50 (1869).

(2) In-8° de 120 pages.— Paris, 1869. Prix, 2 fr. 50.

Nous ferons avant tout remarquer l'injuste aversion que certains chirurgiens ont manifestée pour cette opération qui, il faut bien le dire, présente dans ses résultats une grande mortalité.

Mais songez que les auteurs cités ne recommandent cette opération que comme moyen extrême, dans les cas de coxalgie avec destruction plus ou moins complète des os, fistules intarrissables, alors que les malades sont dans presque tous les cas voués à une mort certaine. Si l'on tient compte de ces circonstances, on doit dire, avec Léon Le Fort et Good, que la résection de l'articulation coxo-fémorale doit être recommandée.

Le travail de Good comprend l'historique de la question, les indications et les contre-indications de la résection, la description de l'opération, le traitement consécutif, les résultats de l'opération, des tableaux statistiques et des observations.

On trouve dans ce mémoire la bibliographie française et étrangère la plus complète et la plus exacte qu'on puisse désirer sur ce sujet.

Nous avons déjà dit que l'auteur a voulu compléter la statistique de Léon Le Fort, statistique qui finit à 1860. Good a réuni tous les cas d'opérations pratiquées en France et à l'étranger depuis 1860 jusqu'à 1869.

Ils sont au nombre de 112. L'Allemagne en fournit, 34; l'Angleterre, 22; l'Amérique, 29; la France, 14, et la Russie, 3.

Good, dans ce travail consciencieux, commente avec sévérité toutes les observations qu'il cite dans ses tableaux statistiques et n'admet dans les résultats favorables aucune de ces pseudoguérisons qui forment un appoint considérable pour beaucoup de statisticiens. Il arrive, avec une impartialité dont les lecteurs de son ouvrage pourront aisément se convaincre, à cette conclusion : *Que la résection sauve la vie 46 fois sur 100 et qu'elle laisse au malade un membre bien plus utile que ne pourrait le faire tout autre traitement.*

La lecture attentive du mémoire de Good nous démontre que cette opération est relativement peu grave, puisqu'on la pratique lorsque le malade ne peut pas, pour ainsi dire, guérir.

Opération. — Elle est d'une exécution facile.

1er temps. Incision verticale, le long du bord postérieur du grand trochanter, portant sur toute l'épaisseur des parties molles. (Chassaignac.)

2e temps. Incision verticale de la partie postérieure de la capsule articulaire au moyen du bistouri.

3e temps. Luxation de la tête du fémur en arrière, par flexion, adduction et rotation en dedans de la cuisse.

4e temps. Séparation de la portion cariée de la tête fémorale avec scie ordinaire, scie de Butcher ou scie à chaîne et rugination de la cavité cotyloïde, si elle est altérée, comme on l'observe dans les deux tiers des cas.

L'opération terminée, on place le membre dans l'extension. Les soins consécutifs sont les mêmes que pour toutes les résections ; mais il ne faut pas perdre de vue que le malade doit conserver les mouvements du membre.

On peut apporter à ce procédé des modifications, selon les circonstances particulières dans lesquelles se trouvent l'articulation malade.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de secours des Amis des sciences, fondée par Thénard, tiendra sa douzième séance publique annuelle le jeudi 29 avril, à huit heures précises du soir, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Ordre du jour : 1° Compte rendu annuel, par M. F. Boudet, secrétaire; — 2° Notice historique sur la vie et les travaux de Léon Foucault, par M. Lissajous; — 3° Conférence sur les mouvements vibratoires des veines fluides, par M. Maurat.

On peut se procurer des billets au siége de la Société, rue de Seine, 34, le matin de huit à dix heures.

— M. Babu, médecin des hôpitaux de Clermont-Ferrand, secrétaire de l'Association des médecins du Puy-de-Dôme, auteur d'études sur le *Croup observé en Auvergne* et sur *les Eaux de Clermont*, vient de succomber à l'âge de 46 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Le Bréviaire du médecin, précis de médecine rurale, d'économie et de philosophie médicales, par le docteur F. Monin. Nouvelle édition, Paris, 1869, 1 vol. in-12. Prix : 3 fr. 50 c.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin mensuel, publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique, par les docteurs de Montméja et J. Rengade. — 4e numéro. Prix, 2 fr.

Sommaire : *Chancre phagédénique du rectum,* par le docteur Després. — *Lipomes symétriques,* docteur Verneuil. — *Molluscum pendulum,* docteur Legendre.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. — Les 18 premiers demi-volumes de la première série et les 2 premiers demi-volumes de la deuxième série ont paru. — Prix du demi-volume, 6 fr.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Pointel, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 28 avril 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La grande question de l'hygiène des nourrissons, issue des lamentables révélations de MM. Brochard, Monot et autres, paraît devoir toucher à une solution prochaine. On a eu récemment sous les yeux l'arrêté ministériel qui institue une commission chargée d'étudier les questions relatives à la mortalité des enfants du premier âge. La commission académique nommée à la suite de la grande discussion de 1866 et 1867 vient, de son côté, par l'organe de son rapporteur, M. Blot, de faire son rapport et de soumettre à la compagnie un projet de réglement et d'instruction sur l'hygiène des enfants nouveau-nés. Nous plaçons ces documents sous les yeux de nos lecteurs. Une nouvelle discussion va probablement s'engager sur la rédaction de ces deux projets. Nous aurons le soin de tenir nos lecteurs au courant de cette nouvelle phase de la question.

Au commencement de la séance, M. Depaul a présenté les débris d'une tumeur fœtale par inclusion ou plutôt par annexion, qu'il a détachée de la région sacrée d'un enfant nouveau-né, lequel a heureusement survécu à cette opération.

A 4 heures 1/2 l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Sappey, au nom de la section d'anatomie et physiologie, sur les candidats à la place vacante dans cette section. L'élection aura lieu dans la séance prochaine.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

La paralysie agitante et la sclérose en plaques.

(Leçons recueillies par M. BOURNEVILLE, interne des hôpitaux).

Messieurs,

Ceux d'entre vous qui, ce matin, ont parcouru nos salles, se sont étonnés peut-être d'y trouver réunies, en aussi grand nombre, des femmes chez lesquelles le tremblement paraît constituer le symptôme prédominant ou tout au moins le plus saillant de la maladie dont elles sont atteintes. Cette réunion de malades d'un genre à part, je l'ai provoquée à dessein. Par là, jai voulu vous mettre à même de reconnaître, à l'aide d'une étude comparative, certaines nuances, ou même des différences tranchées, que l'observation des cas isolés ne permet pas de saisir aussi facilement.

Au premier abord, vous avez pu penser qu'un spectacle monotone s'offrait à vos regards. En effet, si l'on se contente d'un coup d'œil superficiel, le phénomène tremblement chez toutes ces femmes paraît identique ou peut s'en faut ; une seule chose frappe, c'est l'intensité et le siége variables que présentent les oscillations rhythmiques des membres. Mais une observation plus recueillie vous a bientôt permis de démêler, sous cette uniformité apparente, des traits distinctifs qui, d'emblée, vous avaient complétement échappé.

Ainsi, pour ne parler que du fait le plus évident, vous avez pu remarquer que parmi nos malades, les unes ne tremblent que dans le temps même où elles exécutent un mouvement d'ensemble à l'aide de leurs membres, comme dans l'acte de porter un verre à la bouche pour boire, ou encore lorsqu'elles veulent se lever de leur siége pour marcher. Dans cette dernière hypothèse, toutes les parties du corps peuvent être ébranlées par des secousses énergiques rendant difficiles et parfois impossibles la station verticale et la marche. En revanche, quand elles sont au repos et qu'aucune émotion ne vient les affecter, ces mêmes femmes, qu'elles soient assises ou couchées, offrent l'attitude la plus naturelle ; les différentes parties de leur corps ne sont aucunement agitées, et si vous les observiez seulement dans de telles conditions, vous ne soupçonneriez certes pas le mal dont elles sont atteintes.

Au contraire, dans une seconde série de cas, le tremblement est continu, permanent ; il agite les membres sans cesse, sans trève, et si les mouvements intentionnels l'exagèrent par moments, le repos ne le fait pas disparaître. En réalité, pendant la veille, lorsque l'affection est intense, il n'y a pas de relâche pour ces malades : quelle que soit la position qu'elles prennent, assises ou couchées, toujours elles tremblent. Le sommeil seul met momentanément un terme à l'agitation spasmodique de leurs membres ; mais à peine le réveil a-t-il lieu que le tremblement reparaît et reprend bientôt toute son intensité.

A ne tenir compte que de cette première distinction, établie d'après l'influence du repos ou des mouvements volontaires, sur la production du tremblement, il est permis déjà, vous le voyez, de ramener à deux chefs principaux les cas qui nous occupent. Un premier groupe comprendra ceux où le tremblement ne se manifeste qu'à l'occassion d'un mouvement intentionnel, tandis que les malades chez lesquels le tremblement est un symptôme constant, ou qui, tout au moins, ne s'efface guère que durant le sommeil, constitueront le second groupe. Il faut remarquer d'ailleurs que chacun de ces groupes, loin de former un ensemble homogène, embrasse des espèces morbides assez nombreuses et de nature très-diverse, malgré l'analogie que leur impose la communauté du symptôme.

La distinction que je m'efforce de faire ressortir auprès de vous est à mon avis de la plus haute importance dans l'histoire des maladies chroniques du système nerveux qui s'accompagnent de tremblement. De nos jours, elle a été à peu près universellement méconnue, et, si je ne me trompe, c'est en vain que vous en chercheriez la trace dans nos auteurs classiques. Cependant, et M. Gueneau de Mussy l'a fait remarquer avec justesse dans une leçon clinique publiée récemment par la *Gazette des Hôpitaux*, les médecins du siècle dernier l'avaient prise en considération, et en avaient parfaitement compris la valeur.

Van Swieten, entre autres, a expressément reconnu les deux espèces de tremblement ; bien plus, il s'était efforcé de rattacher chacune d'elles à une condition physiologique particulière. Permettez-moi, à ce propos, de vous signaler le commentaire sur l'aphorisme 625, vous y trouverez une interprétation physiologique du symptôme tremblement, interprétation qui est loin d'être dénuée d'intérêt, même pour le lecteur moderne.

Ainsi, d'après Van Swieten, le tremblement qui persiste pendant le repos au lit résulte d'une irritation qui s'exerce d'une manière intermittente, rhythmique, sur les centres nerveux. Ce serait donc là un phénomène convulsif, — *tremor coactus.*

Par contre, le tremblement qui se manifeste exclusivement pendant l'exercice des mouvements volontaires dépendrait d'un défaut de stimulus, résultat de l'insuffisance du fluide nerveux, dont la fonction est de faire contracter les muscles sous l'influence de la volonté. Ce serait là, par conséquent, un tremblement paralytique, — *tremor a debilitate.*

Une interprétation des phénomènes, qui ne s'éloigne pas radicalement de la précédente, a été donnée, il y a quelques années, par l'un des rares auteurs modernes qui ont su maintenir la distinction des deux espèces de tremblement. M. Gubler reconnaît que, dans certains cas, le tremblement consiste, non pas en une succession de mouvements contraires, soustraits à la volonté, mais bien en contractions et relâchements alternatifs des muscles qui sont en jeu soit pour exécuter le déplacement d'un membre ou la translation du corps entier, soit pour conserver aux parties leur attitude naturelle. Ici, les contractions musculaires, au lieu de se développer comme dans les conditions normales, graduellement, sans secousses et d'une manière insensible, se font, au contraire, par saccades, et comme par un courant interrompu, avec des intervalles de repos. Cet état pathologique, qui, suivant M. Gubler, pourrait être désigné sous le nom d'*astasie musculaire*, se sépare nettement de l'état dans lequel ce ne sont pas seulement les contractions commandées par l'attitude du corps ou par la volonté qui, se faisant par saccades, déterminent le tremblement. Dans ce dernier cas, il existe réellement des contractions involontaires et sans but, excitées incessamment par un stimulus interne. (*Archives générales de médecine*, 5e série, t. XV, 1860, p. 702.)

Il faut d'ailleurs que cette catégorisation soit bien naturelle, car elle est fort antérieure à Van Swieten ; Galien l'avait établie. Lui aussi distinguait en effet deux espèces de tremblement : l'un qu'il désigne sous le nom de *τρόμος* (tremor), — c'est le tremblement paralytique ; l'autre qu'il appelle *ιδαλμος* (palpitation), — c'est le tremblement clonique, spasmodique, couvulsif (1).

Mais le point de vue physiologique ne doit pas nous arrêter plus longuement. Nous ne saurions, en effet, entrer, quant à présent, dans une discussion qui serait prématurée. Qu'il nous suffise d'avoir mis en relief des caractères que l'observation la plus simple, indépendamment de toute préoccupation théorique, permet de reconnaître. C'est pour ne les avoir pas pris en considération que les deux affections qui doivent faire l'objet de nos premières études cliniques, la *paralysie agitante* et la *sclérose en plaques disséminées*, sont restées jusqu'à ce jour confondues sous une même rubrique, bien qu'elles soient, à tous égards, parfaitement indépendantes l'une de l'autre. Toutes deux, à la vérité, comptent le tremblement parmi leurs symptômes les plus importants ; mais, dans la première, les oscillations rhithmiques des membres sont à peu près permanentes, tandis que dans la seconde elles ne surviennent qu'à l'occasion des mouvements voulus. Nous venons de signaler un trait distinctif qui permettrait déjà de poser entre les deux affections une ligne de démarcation tranchée. Toutefois ce n'est pas le seul, tant s'en faut, que nous aurons à faire valoir, ainsi que vous le reconnaîtrez par la suite.

La *paralysie agitante*, qui nous occupera tout d'abord et dont je vous ai présenté plusieurs exemples bien caractérisés, a été la première inscrite dans les cadres nosologiques ; son histoire, néanmoins, ne remonte pas très-loin. La première description régulière qui en ait été donnée date seulement de 1817 ; elle est due à un auteur anglais, Parkinson, qui l'a présentée dans un petit ouvrage intitulé : *Essay on the shaking Palsy.* Depuis cette époque, la paralysie agitante a été maintes fois mentionnée en Angleterre et en Allemagne ; mais en France elle était restée à peu près ignorée jusque dans ces dernières années, car, si je ne me trompe, elle se trouve signalée chez nous pour la première fois par M. G. Sée, dans son mémoire sur la chorée, où elle figure parmi les maladies qui peuvent être confondues avec la danse de Saint-Guy.

En 1859, M. Trousseau, dans ses *Leçons sur la chorée*, réunit dans un tableau succinct les principaux traits de la paralysie agitante. Trois ans plus tard, M. Vulpian et moi nous avons publié un travail sur ce sujet. (*Gazette hebdomadaire*, 1862.) Nous venions d'arriver à la Salpêtrière. Voulant nous éclairer sur la nature et les caractères de cette maladie, nous fûmes frappés de l'insuffisance des détails contenus dans les auteurs. Ceci nous conduisit à réunir les faits que nous avions sous les yeux, et, les joignant à des observations empruntées aux recueils étrangers, nous avons tracé une histoire assez complète, pour l'époque, de la paralysie agitante.

A partir de là, cette maladie acquiert droit de domicile dans les ouvrages classiques. Dans la seconde édition de ses *Leçons*, Trousseau y consacre d'assez longs développements. Elle figure dans la dernière édition du livre de M. Grisolle, dans l'*Encyclopédie* de Reynolds ; mais, disons-le de suite, il y a dans ces travaux, et le nôtre n'échappe nullement à ce reproche, une confusion absolue entre la paralysie agitante et la sclérose en plaques. La ligne de démarcation entre ces deux maladies a été indiquée par moi, si je ne me trompe, pour la première fois, dans la thèse de M. Ordenstein (1). Il importe donc d'établir un parallèle entre ces deux affections, en comparant l'une à l'autre sous le triple rapport des symptômes, des causes et des lésions. Pour cela, nous ferons appel aux documents précités et aux observations que nous avons rassemblées. Il vous sera facile de retrouver sur les malades que j'ai réunies dans les salles les caractères sur lesquels je vais insister.

CARACTÈRES FONDAMENTAUX DE LA PARALYSIE AGITANTE. — La paralysie agitante, dégagée, messieurs, des éléments étrangers, quant à présent, est une *névrose*. Dans les diverses relations qui ont été publiées, on voit mentionnées des lésions disparates. Quelques-unes appartiennent en propre à la sclérose en plaques disséminées ; les autres, par leur multiplicité, par leur variabilité même, viennent encore appuyer notre opinion, à savoir que, jusqu'ici, la paralysie agitante ne reconnaît aucune lésion matérielle déterminée.

Elle frappe des sujets déjà avancés en *âge*, surtout ceux qui ont plus de 40 ou 50 ans. Cette limite, toutefois, n'est pas absolue, car M. Duchenne (de Boulogne), nous a communiqué un fait relatif à un jeune homme âgé de 16 ans. Quoi qu'il en soit, elle trouve sa place naturelle dans les maladies de la seconde période de la vie. Toutefois Saunderson est allé trop loin en la considérant comme une maladie sénile.

Souvent les *causes* restent inconnues. Cependant, des données

(1) G. V. Swieten, *Commentaria*, t. II, p. 167. Paris, 1771.

(1) Cohn, cependant, avait remarqué que, dans deux cas d'induration multiple du cerveau et de la moelle, le tremblement ne se manifestait qu'à la suite de mouvements que le malade voulait exécuter, mais jamais à l'état de repos, ni durant le sommeil.

étiologiques, deux méritent d'être signalées : 1° le froid humide, tel que celui qu'entraîne l'habitation prolongée dans une chambre mal aérée, dans un rez-de-chaussée bas et obscur, etc.; 2° les émotions morales vives. Cette dernière cause paraît la plus commune. L'une des malades que vous avez vues fut atteinte dans les circonstances suivantes. Son mari, garde municipal, faisait partie des troupes qui combattaient les insurgés en juin 1832. Ayant vu le cheval de son mari revenir seul à la caserne, elle fut vivement impressionnée, craignant un malheur. Le jour même, elle se mit à trembler, et le tremblement, qui était primitivement localisé à la main droite, s'est étendu et a gagné successivement les autres membres. J'aurai l'occasion de vous citer d'assez nombreux exemples du même genre.

Les *symptômes* de la paralysie agitante n'ont pas tous une égale valeur. Le plus saillant consiste dans un tremblement existant même au repos, d'abord limité à un membre, puis se généralisant peu à peu, tout en respectant la tête durant un long temps. A ce phénomène s'ajoute tôt ou tard une diminution apparente de la force musculaire. Les mouvements sont lents et paraissent faibles, bien que l'expérience dynamométrique démontre que cette diminution n'est pas réelle. Cette impuissance motrice paraît tenir principalement, nous le verrons, à la rigidité dont les muscles sont le siége.

Un symptôme curieux qui vient compliquer la situation, quelquefois d'assez bonne heure, d'habitude à une époque de la maladie assez éloignée du début, c'est la perte de la faculté de garder l'équilibre pendant la progression. On remarque, en outre, chez quelques malades, une tendance à la propulsion ou à la rétropulsion; sans vertige, le malade est poussé en avant; on dirait qu'il est forcé de prendre une allure rapide, et ce n'est qu'à grand'peine qu'il lui est possible de s'arrêter, obligé qu'il est de courir après un centre de gravité qui lui échappe.

La *marche* de la paralysie agitante est lente, progressive. Sa *durée* est longue (parfois une trentaine d'années). Le terme fatal survient ou par les progrès de l'âge ou par des affections intercurrentes occasionnées par le marasme, le confinement au lit, etc. Dans le premier cas, on voit naître une maladie aiguë, une pneumonie, par exemple ; dans le second, par le fait de l'épuisement nerveux, la nutrition s'altère ; le malade perd le sommeil, il se forme des escarres qui terminent la scène morbide.

(*La suite prochainement.*)

DE LA PROSTITUTION DANS LA VILLE DE PARIS

DANS SES RAPPORTS AVEC LA PROPAGATION DES MALADIES VÉNÉRIENNES

(*Analyse d'un mémoire lu à l'Académie de médecine par M. Léon Le Fort.*)

Chirurgien de l'hôpital du Midi en 1866 et 1867, M. Léon Le Fort a cherché à mettre à profit, pour l'étude de quelques questions de pathologie spéciale, les ressources nombreuses qu'offre à l'observation l'hôpital des Vénériens; car, en dix-sept mois, du 1er février 1866 au 30 juin 1867, 1,824 malades avaient été traités dans son service et 12,889 consultations avaient été données au traitement externe. Chacun des malades qui s'y présentait recevait un numéro d'ordre qui correspondait à une fiche sur laquelle étaient relatées les particularités de la maladie et du traitement; il était ainsi facile, lorsque le malade se représentait, de continuer l'histoire de la maladie; c'est sur 4,987 de ces observations qu'est basé le travail de M. Léon Le Fort. Dans une partie de son travail, l'auteur a recherché quelle était la durée de l'incubation de la blennorrhagie, et des chancres simples et syphilitiques; quelle était la fréquence, l'époque de l'apparition de l'orchite et de ses rapports avec le traitement de la blennorrhagie; la fréquence relative des chancres mous et indurés, des chancres uniques et multiples, etc. La partie lue à l'Académie constitue en quelque sorte un mémoire particulier sur la prostitution dans ses rapports avec la propagation des maladies vénériennes.

L'auteur montre d'abord combien de causes d'erreurs subsistent quand on cherche à savoir à quelle source la maladie a été puisée; le malade a eu des rapports à des intervalles rapprochés avec plusieurs femmes; si parmi elles se trouve une fille de maison de tolérance, c'est presque toujours celle-là qu'il accuse; quelques-uns ont intérêt à cacher la vérité lorsqu'ils peuvent croire que leurs réponses ont pour but de permettre au bureau des mœurs de rechercher la femme qui les a contaminés. C'est ainsi que dans 146 cas dans lesquels l'autorité militaire, du 1er janvier au 31 juillet 1867, a signalé à la préfecture les femmes dénoncées par les soldats malades, déclaration qui leur est imposée, 46 seulement furent trouvées malades, 58, dénoncées à tort, furent trouvées saines, les autres ne furent pas retrouvées.

« La portée de ce travail, dit M. Léon Le Fort, est affaiblie de nombreuses causes d'erreur que les soins les plus minutieux ne pouvaient éviter. Ce que je puis dire, c'est que, prévenu de ces difficultés, j'ai cherché autant que possible à les surmonter; je n'ai accepté comme certains ou infiniment probables que les faits qui m'ont paru tels, car la sincérité et l'exactitude peuvent seules donner quelque valeur à un travail scientifique. »

L'auteur recherche quelle part ont prises dans la propagation des maladies observées chez ses malades : 1° la femme légitime et la concubine; 2° la maîtresse ou la simple connaissance (coït non rétribué); les filles rencontrées dans les bals publics; 4° les filles rencontrées sur la voie publiques (coït rétribué); les filles de maison de tolérance.

Si l'on étudie pour chaque classe de maladies vénériennes la part de chacune de ces catégories, on voit que la blennorrhagie, relativement rare du fait des filles de maison de tolérance (un cinquième des cas), est fréquemment contractée (un tiers des cas) avec des femmes n'exerçant pas la prostitution. L'égalité entre ces deux catégories existe à peu près pour les chancres mous ou syphilitiques. Quant aux filles qui fréquentent les bals publics, aux prostituées clandestines, leur nocuité est démontrée par ce fait qu'elles ont donné la moitié des blennorrhagies, les trois quarts des chancres mous, les deux tiers des syphilis.

M. Léon Le Fort étudie ensuite chacune des catégories en particulier. Les *femmes légitimes* figurent pour 3 cas de chancres mous, 9 cas de syphilis, 63 cas de blennorrhagie. En recherchant si la profession exercée par le malade pouvait, en se tenant plus ou moins éloigné de son domicile, avoir quelque influence sur la fréquence de cet accident, on voit que la profession qui figure pour le chiffre le plus élevé (9) est celle d'ouvrier boulanger; les ouvriers ne travaillent que la nuit et presque toujours hors de leur domicile.

Les *maîtresses* ou les *simples connaissances* (coït non rétribué) ont donné 576 uréthrites, 82 chancres mous, 171 chancres suivis de syphilis, en totalité 829 cas de maladie vénérienne. Dans 616 cas, la profession de la femme était connue du malade. Les bonnes ou domestiques de maisons particulières sont celles qui figurent le plus souvent (109); viennent ensuite par ordre de fréquence : les couturières (79), les blanchisseuses (64). Autant qu'on peut s'en rapporter au dire du malade, 44 fois la maladie aurait été contractée dans des relations adultères avec des femmes vivant avec leur mari. Il y aurait eu de ce chef : 25 uréthrites, 5 cas de chancres mous, 14 cas de syphilis.

Les *femmes rencontrées dans les bals publics* peuvent toutes être regardées comme exerçant la prostitution clandestine. Le nombre des cas de maladie prise à cette source est de 541; l'auteur les a résumés dans un tableau renfermant, classés par arrondissement municipal, le nom de chaque établissement et le chiffre des blennorrhagies, chancres, etc., qui appartient à chacun d'eux.

Le 20e arrondissement (Belleville, Ménilmontant) est celui qui a fourni le contingent le plus nombreux. Le bal que fréquente le plus la jeunesse de nos écoles n'a amené à la consulation officielle de l'hôpital que 24 malades; mais il présente cette particularité fâcheuse, que c'est celui qui a fourni la plus forte proportion de cas de syphilis constitutionnelle: Presque tous les bals de Paris figurent dans ces relevés, et tous, dit M. Le Fort, y figureraient si quelques-uns, comme le bal de Mab..., n'étaient pas pécuniairement hors de la portée de nos malades.

Les *femmes exerçant isolément ou clandestinement la prostitution sur la voie publique* ont donné 1,761 cas de maladie vénérienne. Si l'on classe ces femmes suivant le lieu de stationnement, on voit que les endroits qui ont fourni le plus de cas de contagion sont : les environs de l'École militaire, de l'Hôtel de Ville, du Palais-Royal, de la rue Montmartre et des Halles.

Les *maisons de tolérance* ont amené à l'hôpital 780 malades; celles qui ont fourni le plus grand nombre de cas de contagion sont celles qui sont situées aux environs de l'École militaire, de la rue Saint-Denis, de la place Maubert, de la barrière d'Italie. Ici encore des raisons pécuniaires expliquent, comme pour les bals, l'absence dans les relevés de certains établissements.

En résumé, ces recherches montrent que la prostitution clandestine est plus dangereuse, puisqu'elle a donné 2,302 cas de maladie sur 4,070 malades de l'hôpital du Midi. Des documents intéressants communiqués à M. Le Fort par M. Lecour, chef du bureau des mœurs, donnent une preuve évidente de sa nocuité. Du 1er janvier 1861 au 31 décembre 1866, pendant une période de six années, 13,818 femmes arrêtées pour fait de prostitution clandestine, ont présenté 3,725 cas de maladies vénériennes; sur 2,303 arrêtées et visitées annuellement, on trouva 1 femme sur 3, tandis que sur les 3,850 filles publiques enregistrées, on ne trouva dans la même période qu'une malade sur 7. Mais il y a de plus cette différence considérable, que toute fille enregistrée trouvée malade est envoyée à Saint-Lazare, tandis que les prostituées clandestines, atteintes de maladies vénériennes, continuent à les communiquer, puisqu'elles continuent le triste métier qui les fait vivre.

La visite préalable des hommes, conseillée jadis par MM. Ricord et Diday, des visites sanitaires plus fréquentes, peuvent diminuer notablement le nombre des cas de maladies contractées dans les maisons de tolérance; mais il importe de porter un remède énergique aux ravages de la prostitution clandestine.

M. Le Fort jette un rapide coup d'œil sur l'organisation de la prostitution réglementée. Au 20 août 1867, le nombre des filles isolées était de 2,545, celui des filles de maison de 1,306, réparties dans 165 maisons de tolérance. Le nombre des prostituées clandestines est évalué par M. Lecour, chef du bureau des mœurs, à 30,000 environ.

Le nombre de maisons de tolérance va sans cesse en diminuant : De 233 pendant la période de 1840 à 1845, il n'est plus que de 212 de 1851 à 1855, et de 165 en 1867. Le chiffre des filles suit une décroissance analogue : de 1,976 en 1857, il n'est plus, en 1867, que de 1,306. Cette décroissance dont l'auteur étudie les causes est une chose fâcheuse, car elle coïncide avec un accroissement formidable du nombre des prostitutées clandestines, lesquelles échappent aux visites sanitaires. M. Le Fort croit indispensable et possible d'interdire aux filles inscrites d'aller sur la voie publique (avec l'autorisation de la préfecture), depuis la chute du jour jusqu'à onze heures du soir, à la recherche de clients. Outre que cette autorisation place sous les regards de tous le honteux spectacle de la prostitution, elle provoque à la débauche bien des individus qui seraient rentrés paisiblement chez eux, et bien des jeunes gens qui n'auraient pas osé se rendre dans une maison de tolérance s'ils n'avaient été exposés aux sollicitations des filles qui promènent sur les trottoirs de la capitale leurs provocations et leurs toilettes significatives.

L'extension de la prostitution tient à des causes nombreuses et soulève de graves problèmes d'économie sociale. Du côté de la emme, l'insuffisance des salaires, l'interdiction de la recherche de la paternité, le besoin du luxe, l'indulgence et même la sympathie malsaine que la littérature et le théâtre étalent de nos jours à l'égard du libertinage et même de la débauche payée. Du côté de l'homme, le célibat forcé qu'impose la conscription, les retards de toute espèce apportés au mariage, le relâchement des mœurs, et par-dessus tout la transformation matérielle et morale d'une ville qui, longtemps le cerveau du monde, devient de plus en plus le rendez-vous des nomades du plaisir; tout cela a fait arriver la prostitution à Paris à un degré inquiétant pour la santé et aussi pour la moralité publique.

Restreindre la prostitution clandestine est un problème que l'administration poursuit au prix des plus grands et des plus louables efforts ; et on ne peut lui rendre la justice qui lui est due qu'en se rendant compte des difficultés extrêmes qu'elle rencontre. Il faut d'abord procéder à une arrestation, chose toujours très-délicate, car il faut le flagrant délit, et il est souvent difficile de savoir où cesse le libertinage, où commence la prostitution. Il faut à tout prix éviter une erreur, ne fût-elle qu'apparente; car même dans ce cas on excite le soulèvement d'une partie de l'opinion publique, sympathique ou du moins indulgente pour la prostitution, quand elle s'exerce en dehors des maisons de tolérance, ou pour peu qu'elle se déguise sous la forme des mœurs élégamment faciles.

Les difficultés ne cessent pas alors même que l'arrestation a été légitimement opérée, et même lorsqu'il y a récidive. La plupart des prostituées étant mineures, l'administration se heurte à l'autorité paternelle, qui s'oppose à l'inscription. Sur les 13,818 femmes arrêtées, 1,549 ont pu être enregistrées, 7,277 ont été réclamées par leur famille. Il faudrait se féliciter de ce résultat, si l'intervention paternelle avait pour but de rendre la jeune fille au travail honnête; mais, presque toujours, le seul but est d'empêcher l'inscription, afin de permettre à la fille de continuer librement à se livrer à la prostitution.

M. Le Fort croit que le remède peut seulement être trouvé dans une loi spéciale qui, avec la sanction publique des tribunaux, rendrait l'autorité paternelle pécuniairement responsable, ou en restreindrait les droits lorsqu'il s'agirait d'une fille se livrant notoirement à la prostitution et arrêtée pour fait de récidive. Il y a là une question de salut pour la santé publique. En dix-sept mois, 32,814 consultations ont été données par M. Le Fort et ses deux collègues à l'hôpital du Midi.

Malgré son salutaire et profond respect pour la liberté individuelle, l'Angleterre n'a pas craint de la restreindre pour ce qui concerne la prostitution. Par une loi promulguée le 13 septembre 1866, sous le titre de : loi sur les maladies contagieuses, l'Angleterre donne aux tribunaux, après débat public et avec les garanties dont elle entoure tous les citoyens, le droit de soumettre à des visites médicales pendant un temps qui, sauf nouveau jugement, ne peut excéder une année, toute femme accusée de se livrer notoirement et habituellement à la prostitution.

Cette loi ne s'applique encore qu'aux villes de garnison et aux ports de guerre de Portsmouth, Plymouth, Devonport, Woolwich, Chatam, Sherness, Adhenhot, Windsor, Colchester, Shorncliffe, the Curragh, Cork, Queenstown; mais il est probable que, d'après le vœu exprimé par presque toute la presse scientifique anglaise, elle sera avant peu appliquée à toute l'Angleterre, car elle a produit des résultats tels que, dans une seule année, et pour Plymouth par exemple, la proportion des cas de maladies vénériennes dans la marine royale est descendue de 7 p. 100 à 2 p. 100.

L'administration française a mis depuis longtemps en pratique les visites préventives; c'est de Paris que sont sortis tous les progrès faits à l'étranger dans l'étude de cette question si ingrate et si difficile; il faut savoir rendre justice aux efforts que ne cesse de faire le service spécial connu sous le nom de bureau des mœurs. Malheureusement, faute d'une loi spéciale qui enlève aux prostituées *clandestines* mineures, c'est-à-dire au plus grand nombre, la protection dont les couvre l'autorité paternelle, faute d'une loi qui, pour les autres, vienne en étendant dans de justes limites le délit d'excitation à la débauche, substituer à la répression pénale des mesures administratives et des visites médicales, la prostitution clandestine ne pourrait être efficacement atteinte aujourd'hui que par des mesures arbitraires, et l'on ne saurait blâmer l'administration de préférer sur ce point à l'arbitraire, la stricte application de la loi.

DESCRIPTION

DE LA MALADIE PRODUITE PAR L'INOCULATION DU VENIN DE LA VIPÈRE

Par le docteur VIAUD-GRAND-MARAIS,
professeur à l'École de médecine de Nantes.

Peu après la morsure (d'une heure à deux), surviennent, à la suite de grandes *angoisses*, des *nausées* fréquentes, souvent atroces.

Une *douleur épigastrique* ou *ombilicale*, tantôt réduite à un sentiment d'anxiété, tantôt violente, les accompagne. Les nausées amènent d'ordinaire des *vomissements*, si répétés dans certains cas, que le malade, malgré la soif ardente qui le dévore, ne peut supporter l'ingestion d'aucun liquide. Les matières dont se débarrasse l'estomac sont formées d'aliments en parties digérés, de bile, puis de glaires sanguinolentes; quelques blessés ont aussi des *tranchées* et même des *selles diarrhéiques*.

A ces symptômes se joint souvent un peu d'*ictère*; mais il est loin d'avoir la valeur que Linné et Barthez lui attribuaient. Malgré l'aphorisme des *Amœnitates academicæ* (1), ce signe ne peut servir à distinguer les morsures de vipères de celles des autres serpents. Il est même beaucoup plus marqué à la suite des blessures faites par les crotaliens, et on le retrouve chez des enragés et autres malades atteints d'affections virulentes.

La teinte de la peau est cachectique et jaunâtre, plutôt que véritablement bilieuse ; quelquefois cependant il y a une jaunisse locale ou générale beaucoup plus nettement caractérisée, et que M. Gubler (*Mémoires de la Société de biologie*, t. V, p. 263) attribue à un spasme des voies biliaires occasionné par la frayeur.

Quelque ingénieuse que soit cette théorie, nous croyons qu'elle est loin de rendre compte de tous les faits, et elle ne nous est point suffisamment démontrée. Les teintes subictériques ou ca-

(1) *Morsus aspidis inducit somnum, cerastis tetanum, viperæ icterum, sepis gangrenam, dipsadis polydipsiam, præsteris tumorem* (*Amœnitates academicæ*, tome II). Ici, Linné écrivant, non d'après ses observations, mais suivant le récit d'autrui, s'est complétement trompé. Les signes qu'il donne pour distinguer les morsures des divers serpents sont illusoires.

chectiques nous paraissent dues à une altération du sang, soit qu'au contact du venin la substance colorante propre de ce liquide éprouve une modification spéciale, soit que les pigments biliaires, que l'absorption intestinale ramène dans les vaisseaux, n'y soient plus qu'incomplétement détruits. Quant aux teintes franchement bilieuses, elles sont le résultat d'une perversion des fonctions excrétoires du foie, suite des troubles de l'estomac et du duodénum.

L'action élective des échidnines sur le tube digestif est un fait remarquable, et il est d'autant plus important que les symptômes éloignés de tout empoisonnement se montrent d'une manière prédominante vers l'appareil destiné à débarrasser l'économie des substances nuisibles introduites. Depuis les belles et nombreuses expériences de M. Cl. Bernard, nulle loi de toxicologie n'est mieux démontrée. L'estomac (chez l'homme et les carnassiers du moins) nous semble donc être la principale voie d'élimination des venins et de leurs produits, comme il est la porte de sortie de l'urée en excès dans l'urémie; mais les échidnines ont des réactions chimiques si insignifiantes et sont tellement rapprochées de la pepsine, que la démonstration de leur présence à la surface de la muqueuse ou parmi les matières vomies nous paraît impossible.

Pendant qu'une certaine quantité de poison tend ainsi à disparaître, celle qui reste unie au sang modifie la composition chimique et les propriétés vitales de ce liquide, et agit en même temps sur les nerfs. On voit alors survenir des *lipothymies* et des *syncopes;* le *refroidissement*, d'abord limité au membre blessé, se généralise; la peau se couvre de *sueurs froides et visqueuses*. Le *pouls se déprime;* il est petit, misérable, irrégulier, et souvent même imperceptible. La *respiration s'embarrasse;* les *poumons s'engouent passivement;* les *yeux sont caves;* le *faciès prend les caractères hippocratiques*, et la *prostration devient extrême*. Habituellement alors les *urines sont complétement supprimées*.

Le retour et l'abondance de la sécrétion des reins constituent au contraire une crise heureuse; tel paraît même être le mode d'élimination du poison chez les rongeurs et autres animaux qui ne vomissement point (1). Malheureusement il est aussi difficile de reconnaître une échidnine dans la vessie que dans l'estomac.

L'étude chimique de l'urine des venimés est du reste toute à faire. La seule substance qu'on y ait recherchée est la glycose, que MM. Cl. Bernard et Alv. Raynoso avaient signalée dans cette excrétion à la suite de l'empoisonnement par le curare. Il est curieux de rappeler ici que les Grecs attribuaient le diabète à la morsure d'une espèce de vipère à laquelle ils donnaient le nom de dypsade.

On arrive, dans la recherche de la glycosurie, suite de morsure de serpents, à des résultats contradictoires, suivant les conditions dans lesquelles on opère.

Si l'on recueille, après la mort, surtout quand la dernière lutte a été longue et pénible, le liquide peu abondant que renferme la vessie, ce liquide, mis en contact, dans une éprouvette, avec le réactif de Barreswil, réduit le sel de cuivre et en précipite l'oxyde, preuve qu'il renferme une substance sucrée dont les phénomènes asphyxiques de l'agonie expliquent parfaitement la présence.

En dehors de tout embarras respiratoire, l'urine, et surtout celle qui est rendue en grande quantité, ne contient pas de sucre, ce qui nous a été facile à vérifier. Pendant l'année 1868, nous avons réussi à sauver un certain nombre de lapins blessés par la vipère-aspic, en leur inoculant, aussitôt la morsure, une solution très-concentrée d'acide phénique. Leur urine, recueillie lors de son émission, a été traitée par le réactif cupro-alcalin de Fehling. Le mélange, maintenu près d'une minute à la température de l'eau bouillante, ne s'est point coloré en violet et n'a pas donné de précipité d'oxyde de cuivre; il ne contenait par là même ni albumine ni glycose. Ajoutons que la potasse caustique, chauffée à 100 degrés avec ces urines, n'y a point développé la couleur brune et l'odeur spéciale de l'acide caramélique.

Aux signes d'adynamie viennent s'unir, dans les cas graves, des phénomènes d'ataxie, tels que des *crampes*, des *soubresauts de tendons*, quelques *mouvements convulsifs*, surtout dans les membres inférieurs, de la *révasserie*, du *délire*, etc. Si la terminaison doit être funeste, la *langue devient fuligineuse* et l'*haleine fétide*. L'intoxication par le venin de la vipère a donc, au point de vue symptomatique, les plus grands rapports avec le choléra et l'empoisonnement arsenical, affections où se remarque aussi une grande dépression de système nerveux.

Telle est la description de la maladie dans sa forme la plus sérieuse; mais elle présente tous les degrés, depuis le simple trouble de l'estomac et la lipothymie, jusqu'à cet ensemble effrayant de symptômes.

(Sera continué.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 27 avril 1869. — Présidence de M. BLACHE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret, en date du 21 avril 1869, par lequel est approuvée l'élection de M. Fauvel comme membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale, en remplacement de M. Gerardin, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Fauvel prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° des rapports sur diverses épidémies, par MM. les docteurs Boccamy (de Perpignan), Bourgeois (d'Etampes), et Bédel (de Schirmecq);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1868, dans les départements de la Haute-Saône, de la Meurthe, de l'Allier, de l'Aveyron, de l'Aisne, de la Sarthe et de la Haute-Garonne (Comm. des épidémies);

3° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Propiac (Drôme), par MM. les docteurs Loubier et de Saint-Crystan (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Tillot, des eaux chaudes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Lemonnier. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Desormeaux, Maurice Perrin et Trélat, qui se présentent comme candidats dans la section de médecine opératoire;

2° Un Mémoire de M. le docteur Bizot, aide-major, sur les conditions d'existence des êtres vivants (présenté par M. Larrey) [Comm. M. Michel Levy].

M. DEVILLIERS présente un porte-caustique mobile, construit d'après ses indications, par M. Blanc, fabricant d'instruments de chirurgie. Ce nouvel instrument est destiné à porter un caustique, dans divers sens, sur les organes profondément situés, et en particulier sur le col de l'utérus, soit dans le cas où l'on ne peut se servir du spéculum, comme chez les femmes atteintes de gonflement ou d'hypéresthésie des parois vaginales et chez les vierges (et alors il est guidé par l'indicateur de l'autre main), soit dans les cas où le col de l'utérus se trouve fixé dans une position déviée qui ne permet pas de découvrir en entier son orifice à l'aide du spéculum, ni par conséquent de le placer dans l'axe de cet instrument.

Le porte-caustique se compose de :

Une sonde ou gaine A, dont l'extrémité brisée en B, s'articule à charnière et se courbe selon l'angle désiré à l'aide d'une tige C, garnie d'un curseur, et que pousse le doigt médius passé dans l'anneau D, tandis que l'indicateur, passé dans l'anneau D', maintient l'instrument. La sonde A est parcourue par une seconde tige carrée E, garnie d'un bouton F à sa base, et terminée, à son extrémité, par une chaîne qui supporte la pince porte-caustique. Celle-ci est poussée jusqu'au point de saillie du caustique exigée par le degré de courbe de l'instrument, à l'aide du pouce, qui presse sur le bouton F un ressort s'arrêtant dans l'une des trois entailles pratiquées sur la base de la tige porte-caustique, et indique à l'extérieur le degré de saillie du caustique. Chacune de ces trois entailles correspond avec les trois divisions marquées sur le corps de la sonde et sur lesquelles l'anneau curseur de la tige C indique le degré de courbe donné à l'extrémité de la sonde. Le retrait du caustique dans sa gaine s'opère en pressant d'arrière en avant, avec l'annulaire, sur le bouton F.

— Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

1° Par M. Vernois, au nom de M. le docteur Emile Mahier, un volume intitulé *Recherches d'hydrologie médicale;*

2° Par M. Gubler, une Note sur l'essence de moutarde employée comme sinapisme, par M. Schaffner, pharmacien à Lyon;

3° Au nom de M. le professeur Van Lais (de Liége), un Opuscule sur les lymphodénites viscérales;

3° Une Note imprimée, de M. le docteur Desnos, sur un cas d'hémorrhagie de la protubérance annullaire avec albuminurie.

COMMUNICATION

M. DEPAUL entretient l'Académie d'un enfant qui lui a été présenté il y a 8 jours, âgé de quarante-huit heures, fort, bien portant, et qui présentait dans la région postérieure du sacrum une tumeur assez volumineuse, recouverte par la peau, de forme ovalaire, et portant à l'une de ses extrémités des traces de cheveux, au milieu desquels on pouvait remarquer une sorte d'excroissance qui avait l'apparence d'une oreille. Cette tumeur, ajoute M. Depaul, adhérait au corps de l'enfant par un pédicule dur, long d'environ 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, et sur lequel on percevait la pulsation d'une artère. Je me décidai à débarrasser, séance tenante, cet enfant de sa tumeur. Malgré une forte ligature que j'avais faite, le pédicule se relâcha, et un jet de sang sortit abondamment d'une artère; je liai de nouveau et ne tardai pas à découvrir une autre artériole, qui laissait aussi échapper du sang, et qu'il me fallut lier aussi. Les choses se passèrent bien par la suite, et l'enfant est aujourd'hui parfaitement guéri.

Les raisons qui m'ont poussé à faire cette communication à l'Académie, c'est qu'il y a là une question d'histologie fort intéressante. Il existe, comme on sait, différentes espèces de ces tumeurs. Ainsi il y a 7 ou 8 ans, j'en vis une à peu près analogue à celle-ci que j'analysai avec le secours de M. Robin. Les micographes ont donné à cette sorte de tumeur le nom de tumeurs à myélocites. Il y a deux ans, un enfant naquit dans mon service, présentant une tumeur du même genre que je fis examiner à MM. Robin et Cornil. C'était une hypertrophie des cellules embryo plastiques; enfin, pour en revenir à celle-ci, je remarquai, dans l'une de ses parties, un trou qui avait assez l'apparence d'un anus, j'introduisis une sonde et trouvai une sorte de cavité qui évidemment n'était autre chose qu'une portion du rectum. Quant au pédicule, il est entouré de tissus fibreux, et au centre il y avait aussi du tissu musculaire. Il y a là, comme on le voit, tous les rudiments d'un embryon. C'est donc un exemple de grossesse par inclusion. Il y a une autre variété de ces tumeurs que les micographes appellent hypertrophie de la glande de luschka. Enfin, il existe encore une autre variété dont pour ma part je n'ai pas vu d'exemples, parce qu'elle est extrêmement rare : ce sont les hydrorachis.

M. le docteur Tillaux, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, soumet à l'Académie un rectotome construit sur ses indications par MM. Robert et Collin.

A l'aide de cet instrument, M. le docteur Tillaux se propose :

1° De mesurer exactement la longueur du rétrécissement à l'aide d'un curseur B, que l'on fait glisser au moyen d'une tige graduée;

2° De pratiquer les incisions sur toute la longueur du rétrécissement sans jamais toucher aux parties saines, les lames AA étant émoussées à leur plus grand diamètre, comme l'uréthrotome de M. le docteur Maisonneuve;

3° De graduer et mesurer rigoureusement la profondeur des incisions au moyen d'une graduation placée sur la vis D, qui se rattache aux lames, et les faire porter rapidement sur plusieurs points de la circonférence du rétrécissement.

RAPPORT

Hygiène des nourrissons. — M. BLOT, au nom d'une commission composée de MM. Husson, Devergie, Boudet, J. Guérin, Jacquemier, Devilliers, Bergeron, Broca, Blot, rapporteur, donne lecture d'un rapport sur la question de l'hygiène des nourrissons. La commission propose un projet de règlement pour les nourrices et une instruction sur l'hygiène des nouveau nés.

Voici quels sont les termes de ce projet :

RÉGLEMENT PROPOSÉ PAR LA COMMISSION.

TITRE PREMIER.

Art. 1er. — Toute nourrice qui voudra se procurer un nourrisson, devra être munie d'un certificat délivré par le maire ou par le commissaire de police. Ce certificat, qui devra toujours être revêtu du sceau de la mairie ou du commissariat où il aura été délivré, indiquera les nom, prénom, âge, signalement, domicile et profession de la nourrice; si elle est mariée, le consentement de son mari, les nom et prénoms de ce dernier. Il attestera qu'elle a des moyens d'existence suffisants, qu'elle est de bonne vie et mœurs, qu'elle n'a point de nourrisson. Il indiquera la date précise de la naissance de son enfant, s'il est vivant ou décédé. Il devra aussi constater qu'elle est pourvue d'un garde-feu et d'un berceau pour le nourrisson qui lui est confié.

Art. 2. — La nourrice devra être munie, en outre, d'un certificat dûment légalisé, délivré par un médecin ou à son défaut, par un officier de santé. Ce certificat attestera qu'elle réunit les conditions désirables pour élever un nourrisson et que son dernier enfant a cinq mois accomplis, à moins que la nourrice ne produise un certificat du maire ou du commissaire de police constatant que son propre enfant est décédé, ou qu'elle en a assuré l'allaitement naturel par une autre nourrice.

Art. 3. — Aucune nourrice ne pourra se charger d'un enfant sans être munie d'un carnet.

Pour l'obtenir, elle devra se présenter à l'administration compétente avec les deux certificats mentionnés ci-dessus. Il sera alors procédé à son inscription sur un registre spécial avec numéro d'ordre et à la délivrance du carnet sur lequel sera relatée cette inscription.

Si la nourrice est déjà munie d'un carnet, l'inscription nouvelle y sera mentionnée.

Art. 4. — Une nourrice ne pourra allaiter qu'un seul enfant à la fois; elle cessera donc d'allaiter le sien, quand elle prendra un nourrisson.

Art. 5. — Il est défendu à toute nourrice de se charger d'un ou de plusieurs nourrissons pour les remettre à d'autres nourrices.

TITRE II.

Art. 6. — Nul ne poura s'entremettre pour le placement des nourrices sans être muni de l'autorisation de l'administration compétente. Celle-ci fera examiner et surveiller les localités destinées aux nourrices, ainsi que les voitures qui devront transporter celles-ci et leurs nourrissons, et prescrira aux directeurs, logeurs, meneurs ou meneuses, les conditions qu'elle croira nécessaires dans l'intérêt de la salubrité, de la sûreté, des mœurs ou de l'ordre public; ces conditions seront mentionnées dans les permissions.

Art. 7. — Il est fait défense expresse aux meneurs, meneuses et directeurs de bureaux de nourrices de s'entremettre pour procurer des nourrissons à des nourrices qui n'auraient pas été enregistrées et qui ne se seraient pas munies d'un carnet. Il leur est aussi défendu de reconduire des nourrices dans leurs communes avec des nourrissons sans qu'elles soient munies des pièces indiquées dans les articles précédents.

Art. 8. — Il est également défendu aux meneurs ou meneuses d'emporter ou de faire emporter des nourrissons sans que ces enfants soient accompagnés des nourrices qui doivent les allaiter.

Si un enfant venait à mourir en route, il est enjoint aux meneurs ou meneuses, et, à leur défaut, à la nourrice, d'en faire dans le plus bref délai possible, la déclaration devant l'officier de l'état civil de la commune où il décéderait. Ce fonctionnaire devra dresser un certificat de décès qui sera remis au maire de la commune où réside la nourrice pour être transmis par lui à l'autorité compétente.

Art. 9. — Défense est faite aux directeurs de bureaux, meneurs ou meneuses de procurer plus d'un enfant à la fois à la même nourrice.

Art. 10. — Les directeurs de bureaux de nourrices et logeurs de nourrices seront tenus d'avoir un registre coté et parafé par le commissaire de police de leur quartier ou par le maire de leur commune. Sur ce registre devront être inscrits le nom, l'âge, le domicile de la nourrice; les nom et profession de son mari, si elle est mariée; l'âge exact du dernier enfant dont elle est accouchée, en indiquant s'il est vivant ou mort; le jour de l'arrivée et du départ de la nourrice, ainsi que le nom du meneur. Ce registre devra aussi contenir

les noms et l'âge de l'enfant qui sera confié à la nourrice, ainsi que les noms et la demeure des parents de cet enfant ou des personnes dont elle l'aura reçu.

Art. 11. — Tout directeur de bureau de nourrices ou logeur de nourrices sera tenu de fournir, dans les vingt-quatre heures, au commissaire de police ou à son défaut au maire de la commune, un bulletin constatant le départ de chaque nourrice. Ce bulletin, qui sera immédiatement transmis à l'autorité compétente, devra contenir les noms, âge et domicile de la nourrice; les nom et prénoms de l'enfant, ainsi que les noms et demeure de ses parents ou des personnes qui les représenteraient. Dans le cas où la nourrice partirait sans enfant ou serait placée nourrice sur lieu, le bulletin dont il s'agit devra l'indiquer.

Art. 12. — Les maires, les commissaires de police, les inspecteurs du service des nourrices, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de veiller à l'exécution du présent règlement.

Art. 13. — Deux exemplaires du présent règlement seront déposés dans chaque mairie ou bureau de police, afin qu'aucun de ceux dont le devoir est de le faire exécuter ne puisse, comme aujourd'hui, prétexter de son ignorance à cet égard.

Art. 14. — Les contraventions à ce règlement seront déférées aux tribunaux pour être poursuivies conformément aux lois et règlements. (*Suivent les modèles de carnets, certificats, registres, etc.*)

Nous publierons l'instruction sur l'hygiène des nouveau-nés dans l'un des prochains numéros.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Sappey sur les titres des candidats à la section d'anatomie et de physiologie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — Le concours pour l'agrégation en médecine près la Faculté de médecine de Montpellier s'est terminé par la nomination de MM. Hamelin et Gingibre.

Le concours pour l'agrégation en chirurgie près ladite Faculté s'est terminé par la nomination de M. Grynfeltt.

— La troisième épreuve du concours de l'agrégation (leçon d'une heure après vingt-quatre heures de préparation), vient d'être terminée.

Les questions traitées sont les suivantes : spina-bifida, par M. Dubreuil; tumeurs sanguines péri-utérines, par M. Horteloup; tumeurs malignes des os, par M. Fort; kystes de la bouche, par M. Cocteau; Hémostase chirurgicale, par M. Nicaise; hernie inguinale, par M. Lannelongue; érysipèle traumatique, par M. Th. Anger; sutures et cas qui les réclament, par M. Ledentu; cancer de l'utérus dans ses rapports avec la fécondation, la grossesse et l'accouchement, par M. Charpentier.

La quatrième épreuve (épreuve clinique), commencera le mercredi 28 avril, à quatre heures. Le jury s'est réservé l'hôpital des Cliniques et l'hôpital de la Charité.

— L'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, reconnue comme établissement d'utilité publique, vient de se réunir en assemblée générale, sous la présidence de M. Baillarger. Il résulte du rapport de M. Legrand du Saulle, secrétaire-général de l'œuvre, que cette association, dont la création remonte à quatre années seulement, compte 121 membres; qu'elle a distribué plus de 4,000 fr. de secours; qu'elle possède une réserve de 12,000 fr. portant rente, et que les recettes ordinaires prévues pour l'exercice 1869 s'élèveront à 5,100 fr.

— Les inspections médicales seront faites par : 1er arrondissement, M. Michel Lévy, médecin-inspecteur; 2e, baron Larrey, président du conseil de santé; 3e, M. Cazalas, membre du conseil; 4e, M. Laveran, membre du conseil; 6e M. Colman, médecin-inspecteur; 7e, M. Périer, médecin-inspecteur; 8e, M. Vital, médecin en chef de la division de Constantine.

L'inspection pharmaceutique de cette même division sera faite par M. Poggiale, pharmacien-inspecteur.

— M. le Dr E. Guibout ouvrira, à l'hôpital Saint-Louis, ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, le mardi 4 mai, à huit heures et demie du matin, et les continuera les mardis suivants à la même heure.

— *Cours clinique des affections de la peau,* suivi de leçons sur les rapports des affections cutanées entre elles et avec celles des autres systèmes anatomiques. — M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ce cours le mercredi 5 mai 1869, à huit heures et demie du matin, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

— M. le docteur Laskowski reprendra son cours d'anatomie le lundi 3 mai 1869, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure.

En même temps, il fera un cours particulier d'anatomie et de physiologie (préparation pour le 1er examen du doctorat et 2e de fin d'année), tous les jours, à une heure, dans le même amphithéâtre. Ce cours se composera de cent-trente leçons, et sera fini à la fin de juillet.

Toutes les démonstrations seront faites sur les pièces naturelles conservées.

On s'inscrit, pour ce cours, tous les jours, de une heure à trois heures à l'École pratique, pavillon n° 7, ou de quatre à cinq heures, rue de Tournon, n° 12.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie générale et classification des chorées, par le docteur Leven, lauréat de l'Institut. Un vol. in-8. Prix, 2 fr.

Note sur les altérations des humeurs par les matières dites extractives, par le docteur P. Chalvet. In-8. — Prix, 1 fr. 50.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie Pointel, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 30 avril 1869.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Rage et hydrophobie dans leurs rapports avec l'aliénation mentale.

Il s'est produit depuis quelque temps un certain nombre de cas de rage qui ont donné lieu à des communications intéressantes à la Société médicale des hôpitaux, entre autres un fait rapporté par M. Millard avec des détails très-circonstanciés et qui a été l'occasion d'une petite discussion très-instructive sur les difficultés que peut présenter quelquefois le diagnostic de la rage en l'absence de renseignements sur les circonstances antécédentes. Quelques-uns de ces faits devant être prochainement publiés, nous attendrons ce supplément d'instruction pour résumer les enseignements pratiques qui en peuvent ressortir. En attendant, nous empruntons à un travail que M. le docteur J. Christian, ancien interne à l'asile d'aliénés de Stephansfeld, a lu dans l'une des dernières séances de la Société médico-psychologique, quelques considérations sur l'un des points débattus de l'histoire de la rage et de l'hydrophobie : savoir, les rapports qu'elles peuvent avoir l'une et l'autre avec l'aliénation mentale.

Voici d'abord la relation du fait observé par M. Christian, et qui lui a fourni l'occasion d'examiner cette question :

Une femme de 50 ans, d'une bonne santé habituelle et menant une vie très-active, mais ayant éprouvé des chagrins domestiques et adonnée à la boisson, fut mordue légèrement à la main par un petit chien inconnu. Elle ne s'en préoccupa nullement, et il n'y fut fait aucune attention. Il s'était écoulé environ sept semaines (du 22 octobre au 12 décembre), lorsque M. Christian, étant appelé auprès de cette femme, la trouva levée et travaillant dans son ménage. « Je suis beaucoup plus malade que je n'en ai l'air ; voyez, je ne puis plus boire. » L'avant-veille, après son dîner, elle avait eu des vomissements, et aussitôt après elle avait ressenti de la difficulté à avaler. Cette difficulté ne faisait qu'augmenter. En témoignage, elle demanda elle-même un verre d'eau, et dès qu'on le lui présenta, sa figure se contracta, ses bras furent agités de mouvements convulsifs, une sorte de frisson parcourut tout le corps, et elle fit les plus grands efforts pour saisir le verre qu'elle porta alors précipitamment à ses lèvres. Mais à ce moment un spasme épouvantable s'empara des muscles du pharynx, la face se congestionna, les dents serrèrent avec violence les bords du verre, et ce ne fut qu'après d'horribles efforts qu'elle put avaler quelques gorgées de liquide. Puis elle s'arrêta épuisée. — L'intelligence était nette ; mais l'expression de la physionomie était étrange, le regard excessivement brillant, les muscles des lèvres contractés, ce qui donnait à la face un aspect tout à fait singulier, *cynique*. Aucune trace de fièvre.

M. Christian, très-intrigué par ces phénomènes insolites, mais n'osant encore s'arrêter à l'idée de rage, prescrivit des pilules d'opium et de valériane.

Le soir, tous les symptômes étaient aggravés ; délire, agitation. La malade entend siffler des oiseaux, voit des souris courir sur le plancher et sur son lit ; elle demande à boire à chaque instant et fait les efforts les plus douloureux. La main n'offrait plus aucune trace de morsure. (Ventouses scarifiées sur la poitrine ; pilules de gomme-gutte et calomel.)

La nuit est excessivement agitée. Le délire continue avec des intermittences de calme. C'est un délire loquace qui a rapport aux occupations habituelles de la malade. Quand on fixe son attention, elle répond juste aux questions qu'on lui fait. Mêmes hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Le 14, M. Christian voit la malade en consultation avec un de ses confrères. On convient de faire une nouvelle application de ventouses, de donner des bains prolongés, et d'administrer à l'intérieur les mercuriaux associés à l'opium. Mêmes attaques convulsives, produites par la vue des liquides et de tout objet brillant. Langue violacée ; pas de traces de lysses à sa face inférieure. Point de salive, bouche sèche. Pouls à 90. La nuit est assez calme.

Le 15, pouls à 120 ; ventre ballonné ; délire ; spasmes un peu moins violents. La malade peut avaler quelques cuillerées de bouillon. Les pilules et les solides passent assez facilement ; légère roideur tétanique des muscles du cou.

Le 16, la roideur tétanique s'étend dans le cou et dans le dos ; la tête est légèrement renversée en arrière. Affaiblissement marqué de tout le côté gauche. Parole voilée, mais distincte.

Le 17, pouls à 105, faible, dépressible ; légère cyanose de la face ; la respiration s'embarrasse ; hémiplégie gauche de plus en plus marquée.

Ces symptômes s'aggravant insensiblement, la malade succomba le 19, sans agonie. Le délire avait continué, mais jusqu'à la fin il avait présenté des rémissions pendant lesquelles la malade jouissait de la plénitude de son intelligence.

Le fait le plus saillant dans cette observation est le spasme pharyngien ; c'est aussi le fait le plus constant dans la symptomatologie de la rage en général, celui que l'on peut considérer avec le plus de raison comme pathognomonique. Mais, ainsi que le fait remarquer M. Christian, ce spasme rabique n'est pas l'hydrophobie proprement dite, et c'est à tort, suivant lui, qu'on a fait l'hydrophobie synonyme de rage ; elle n'en est même pas un symptôme habituel : « L'enragé, dit-il, n'a pas horreur de l'eau. Bien au contraire, il est généralement tourmenté par une soif ardente ; il demande sans cesse à boire et supplie qu'on lui donne le moyen d'avaler. Il fait les plus grands efforts pour boire le liquide qu'on lui présente... Il a donc la volonté et le désir de boire. Mais dès qu'il voit un liquide, une convulsion épouvantable s'empare des muscles de la déglutition et de la respiration ; la gorge se resserre, le malade éprouve un sentiment de constriction et d'étouffement à la gorge, qui semble augmenter en raison même des efforts qu'il fait pour le surmonter. »

C'est là, ajoute M. Christian, un phénomène nerveux d'ordre réflexe, dont on ignore encore le mécanisme, mais complétement indépendant de la volonté du malade. Il n'en est pas de même, à ses yeux, de l'hydrophobie proprement dite, que l'on observe quelquefois dans d'autres maladies que la rage, et en particulier chez quelques maniaques ou dans certains cas de lypémanie.

Quant à cette affection que l'on a décrite sous le nom d'hydrophobie nerveuse, non rabique, et que quelques auteurs ont considérée comme une rage spontanée, M. Christian est d'avis qu'il faut la séparer complétement de la rage proprement dite, maladie essentiellement virulente, qui est toujours et exclusivement le résultat de l'inoculation. L'hydrophobie nerveuse ou rabiforme est presque toujours le résultat de la crainte d'avoir été mordu par un animal enragé, ou d'avoir contracté, d'une façon quelconque, la rage. « Il arrivera alors, dit M. Christian, de deux choses l'une : ou bien le malade, si tourmenté qu'il soit, gardera l'intelligence intacte ; au bout de quelque temps il se laissera persuader de son erreur, et de ce moment il sera guéri ; ou bien, au contraire, s'il existe chez lui une prédisposition quelconque à la folie, son imagination s'exaltera de plus en plus, le délire éclatera. La peur d'être enragé aura joué le rôle de cause occasionnelle. » Ce serait là, en un mot, un phénomène psychique de même ordre que celui que l'on observe journellement chez les gens qui se croient atteints de phthisie, ou de syphilis, ou de toute autre maladie imaginaire, et qui forment la classe si nombreuse des hypocondriaques. Les uns vivent plus ou moins longtemps avec cette idée qui empoisonne leur existence, mais leur intelligence reste intacte, ils guérissent. Chez les autres, au contraire, l'idée de maladie devient idée fixe ; elle est l'avant-coureur d'un délire maniaque et lypémaniaque qui ne tarde pas à éclater. Les choses se passent de même dans l'hydrophobie nerveuse. L'hydrophobie nerveuse ou hypocondrie rabique, survenant sur une personne prédisposée, peut devenir le point de départ d'un délire plus ou moins intense, susceptible de revêtir différentes formes : agitation maniaque portée jusqu'à la fureur chez les uns ; délire triste avec bénignité inaccoutumée chez les autres, et M. Christian est même disposé à croire qu'il peut y avoir, dans certains cas, des phénomènes de congestion cérébrale. Ce sont probablement des cas de ce genre, suivant lui, qui ont dû donner l'idée d'assimiler la rage spontanée au délire aigu. Il y a ressemblance, en effet, entre les deux cas ; mais l'analogie n'est qu'apparente, le délire aigu procédant d'une lésion anatomique caractéristique (la méningo-encéphalite aiguë), qui n'existe point dans l'hypocondrie rabique.

En résumé, de cette dissertation M. Christian déduit les propositions suivantes, qui résument son travail :

L'hydrophobie (horreur des liquides) est un symptôme banal de beaucoup de maladies. Il n'existe qu'accidentellement dans la rage.

La maladie improprement décrite sous les noms d'hydrophobie nerveuse, non rabique, ou de rage spontanée, n'est qu'une variété du délire hypocondriaque.

L'hypocondrie rabique présente deux degrés :

a. L'intelligence intacte ; guérison rapide.

b. Il y a du délire. Ce délire est calme, ou s'accompagne d'agitation maniaque, parfois même de congestion cérébrale. Il peut se terminer par la mort.

Il n'y a aucune analogie entre cette affection et la rage, si non que dans les deux se montre le spasme rabique. Mais la rage est toujours produite par l'inoculation d'un virus spécial, tandis que l'hypocondrie rabique est une maladie de l'imagination.

Les symptômes de la rage sont variables : seul le spasme rabique est constant. Il n'existe aucune analogie entre ce spasme et l'hydrophobie.

La rage ne saurait être considérée comme une variété de l'aliénation mentale.

Nous reprendrons l'examen de quelques-uns de ces points lorsque nous exposerons les faits présentés à la Société médicale des hôpitaux.

Anesthésie.

Nos lecteurs ont eu sous les yeux la relation des expériences d'anesthésie contradictoires de M. le Dr Ferrand, d'une part, et de MM. Dieulafoy et Krishaber, d'autre part. Nous recevons aujourd'hui, sur le même sujet, une communication d'un tiers, M. E. Lemoine Moreau, qui, bien que n'étant pas médecin, paraît-il (il prend le titre de volontaire de la science), n'est pas un nouveau venu dans la question. M. Lemoine Moreau, auteur de recherches encore inédites sur les causes du sommeil naturel et artificiel, ayant eu à s'occuper incidemment de l'action directe des agents anesthésiques sur le système nerveux, a déjà publié des faits dont nous regrettons de n'avoir pas eu connaissance, et qui tendaient précisément à établir le point de départ des expériences de M. Ferrand, qui n'étaient elles-mêmes qu'une confirmation d'expériences précédentes de M. Lemoine Moreau et de M. le Dr de Vauréal. Aussi est-ce à l'instigation de M. Ferrand lui-même que M. Lemoine Moreau nous adresse les observations suivantes au sujet de la note de MM. Dieulafoy et Krishaber. Ce ne serait plus, en effet, à M. Ferrand seul que s'adresseraient les critiques contenues dans cette note, mais à MM. Ferrand, Lemoine Moreau et de Vauréal, « tous trois complices et accusés d'avoir été induits en erreur par un vice dans leur *modus agendi*, » suivant les expressions mêmes de M. Lemoine.

Nous laissons parler maintenant notre correspondant, qui s'adresse directement, sous le couvert de la *Gazette*, à MM. Dieulafoy et Krishaber :

« Que nous ayons été induits en erreur par un vice dans votre *modus agendi*, la chose est très-possible, et ce n'est pas la première fois que pareil fait se serait présenté, malgré toutes les précautions que l'on croit avoir prises, et nous convenons n'avoir pas, comme vous, songé à lier la trachée sur le tube respiratoire.

Mais cette large concession faite, et en présence même du résultat contraire de votre expérience, aussi fort que le premier jour de ma conviction (basée sur des faits anatomiques et physiologiques que je ne puis exposer ici) que la science a fait et fait encore fausse route, dans sa dangereuse pratique actuelle, et que ce n'est que par les voies nerveuses correspondant directement au centre intellectuel, que les anesthésiants peuvent produire leur effet, exempt de tout danger, permettez-moi d'affirmer que votre résultat négatif n'est nullement le dernier mot de la question, et que l'erreur même dont vous nous accusez ne saurait provenir simplement de ce défaut de ligature de la trachée.

Il doit y avoir aussi chez vous quelque vice du même ordre dans votre manuel opératoire, comme vous le reconnaîtrez peut-être par l'exposé que je vais avoir l'honneur de vous soumettre, de nos expériences non-seulement faites isolément, mais sans même que mes deux honorables collaborateurs eussent connaissance ni des miennes, ni du résultat que j'attendais des leurs, car voici la lettre que j'écrivis à chacun d'eux en juin 1866 :

« Voulez-vous, mon cher docteur, vous livrer à l'expérience « suivante ?

« Prendre un mammifère quelconque, lui pratiquer la trachéo« tomie, afin de le faire respirer en dehors du laboratoire au « moyen d'un tube en caoutchouc ; puis, après lui avoir soigneu« sement tamponné les fosses nasales, lui introduire un anesthé« siant dans les narines et me faire savoir ce qu'il en adviendra ? »

Nulle indication du futur résultat, comme vous le voyez. Or, dans ces conditions d'expérimentation, vous connaissez le résultat du docteur Ferrand, et voici, dans toute sa teneur, la réponse du docteur E. de Vauréal, 17 juillet 1866 :

« 1re série : le museau est pris dans une poche de caoutchouc

« qui communique par un tube, de même substance, avec un « petit récipient contenant du chloroforme. — L'animal, après « quelques crises de suffocation, s'habitue à respirer par la « bouche. L'effet observé est *un état comateux, qui ne va pas « jusqu'à l'anesthésie.* »

Ici, comme vous le voyez, le chloroforme aurait pu pénétrer bien plus facilement dans la trachée, par le voile du palais que par le joint du tube, dans l'expérience suivante, et *il n'y a pas eu anesthésie.* Veuillez bien le remarquer et en tenir compte.

« 2e série : la trachéotomie est préalablement faite, une sonde « est introduite dans la trachée, l'appareil *d'inhalation est le « même que ci-dessus.* »

C'est-à-dire un tube communiquant avec un flacon et aboutissant directement aux narines closes de toutes parts.

« Résultat : même état comateux que ci-dessus, *qui va jus- « qu'à l'anesthésie.*

« *Contre-expérience :* Si l'on intervertit la voie d'inhalation, « ou simplement, *si l'on fait parvenir des vapeurs de chloro- « forme dans l'appareil pulmonaire, on obtient des phénomènes « d'excitation.* »

Vous voyez qu'il y a loin de cette contre-expérience à la vôtre !

Ne nous pressons donc pas de conclure, en présence de ces doubles contradictions, puisque le docteur de Vauréal en conclut lui-même, avec une fort louable prudence : « Ces expériences « sont-elles suffisantes ? Ce n'est pas mon avis. »

Voici, maintenant, ma propre expérience : trachéotomie, prise d'air respiratoire au dehors du laboratoire, tamponnement de l'arrière-bouche, puis introduction dans chaque narine d'une petite éprouvette en forme de poids en verre, contenant du coton imbibé d'éther.

Résultat : état comateux, mais encore sensible au bout de cinq minutes.

Après un quart d'heure, anesthésie complète. Le sujet met dix minutes à revenir à lui, après une demi-heure d'expérience, et, étant à jeun, se met à manger, aussitôt libre.

Je tiens un autre sujet dans le même état pendant plus d'une heure, sans nulle incommodité apparente au réveil, et bien que je lui aie fait couler l'éther des éprouvettes dans les narines.

Voilà, messieurs, nos expériences, contradictoires aux vôtres, avec cette seule différence pratique de la ligature de la trachée dans les vôtres.

Vous n'en avez qu'une seule, pratiquée par vous deux, à opposer à nos trois faites isolément et sans connaître nos résultats communs.

A mon tour, je vous répondrai, comme le docteur de Vauréal, dont je vous ai cité l'opinion :

Vos expériences sont-elles suffisantes? Ce n'est pas mon avis.

Non, messieurs, pas plus que par les nôtres, la question n'en saurait être tenue pour résolue; c'est pourquoi je l'avais livrée à la publicité, espérant que son importance appellerait sur elle l'attention du monde médical, qui ne s'en est nullement soucié.

Mais puisque la voilà soumise à l'ordre du jour, je renouvelle à tous mon invitation à la controverse expérimentale, et à vous, messieurs, en particulier. Reprenez nos expériences, comme le docteur Ferrand va reprendre les vôtres, et je l'espère aussi le docteur de Vauréal; de part ou d'autre, et peut-être de part *et* d'autre, il doit y avoir des causes d'erreur, dont il est important de s'assurer. »

Nous avons reçu, dans ces dernières semaines, plusieurs communications relatives aux diverses questions soulevées dans cette Revue, et auxquelles il ne nous a pas été possible encore de donner place, entre autres, une note de M. le docteur Alliot (de Jouy-sur-Morin) relative à la question de l'absorption par la peau; une note de M. le docteur Patrice Livers sur la cause des fièvres palustres, à propos de l'une des leçons cliniques de M. le professeur Sée sur le diagnostic des fièvres, et enfin un travail étendu et très-important de M. le docteur E. Magitot, sur la question des kystes et abcès des mâchoires. Ces diverses communications seront successivement mises sous les yeux de nos lecteurs, du moins en extraits sinon *in-extenso.*

Cours de clinique. — Faits divers.

Un mot maintenant sur les cliniques médicales de la Faculté. Un fait de scarlatine maligne qui s'est présenté dans le service de la clinique de la Charité, a fait le sujet d'une leçon dans laquelle M. le professeur Sée a soulevé la grande question, trop négligée de nos jours, de la malignité dans les maladies, qu'il a développée depuis dans plusieurs leçons successives. Nous publierons prochainement ces leçon.

A la clinique de l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Béhier a entretenu ses élèves d'un malade qui a succombé à une phthisie avec diabète. Il est entré, à cette occasion, dans des considérations cliniques et théoriques sur les rapports du diabète avec la phthisie tuberculeuse, que nous espérons aussi pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Dans le service de M. Constantin Paul (clinique de M. le professeur Bouillaud), il s'est présenté un cas de variole à période prodromique très-lente et de nature à faire croire d'abord à l'existence d'une fièvre muqueuse. Cette observation, qui vient à l'appui des idées exposées dans le travail récent de M. le docteur Duroziez sur les rapports de la fièvre continue avec la variole, sera publiée incessamment.

Enfin M. Peter, dans une de ses dernières leçons, à la Pitié, a parlé des hémoptysies et de leur traitement par les vomitifs. Cette leçon sera publiée également. Nous ne voulons pas terminer cette revue sans dire un mot de quelques-uns des faits pratiques intéressants dont M. Peter a entretenu ses élèves dans sa leçon d'hier. Il est revenu, dans cette leçon, sur la question des hémoptysies dans leurs rapports avec la tubercularisation pulmonaire, et en particulier sur les erreurs de diagnostic assez communes qu'entraînent les signes stéthoscopiques des fluxions collatérales ou congestions pulmonaires de voisinage chez les tuberculeux. Nous nous bornerons à cette simple indication pour le moment, nous proposant de reprendre prochainement ce sujet à l'occasion d'une thèse de M. le docteur Clément sur les accidents hémorrhagiques de la phthisie pulmonaire.

Nous dirons quelques mots, dans une des prochaines revues, de la théorie physiologique du développement des pharyngites et des laryngites granuleuses ou glanduleuses, que M. Peter a développée dans cette même leçon à propos d'un malade atteint de l'une de ces affections : laryngite glanduleuse.

Nous terminerons cette rapide énumération par un fait de pratique commune sur lequel M. Peter a appelé l'attention de ses élèves, et qui a son importance. Un vieillard atteint de broncho-pneumonie, et auquel on avait appliqué un large vésicatoire sur la poitrine, a succombé... à la gravité de sa maladie sans doute, mais aussi, il faut le dire, à la grave complication de la gangrène survenue sur la plaie du vésicatoire et d'un érysipèle circonvoisin. M. Peter n'a pas voulu que ce fait fût perdu pour l'enseignement des jeunes médecins ; et il en a saisi l'occasion de rappeler cette règle générale, de n'appliquer qu'avec une grande circonspection des vésicatoires chez les vieillards, chez les enfants et chez les sujets cachectiques ; et, lorsqu'il y a indication impérieuse à recourir à cette médication, éviter au moins les applications trop larges et surtout trop prolongées. Il importe dans ces circonstances de ne jamais laisser les vésicatoires assez longtemps pour qu'ils puissent léser le derme. Pour les enfants, par exemple, il recommande le procédé qu'il a toujours mis en pratique lui-même, et qui consiste à surveiller de près l'action du vésicatoire, en le soulevant de temps en temps pour en constater les effets, et à l'enlever dès qu'on commence à apercevoir la frisure de l'épiderme. Il suffit alors, après avoir enlevé l'emplâtre vésicant, de le remplacer par un cataplasme, pour voir se produire une sécrétion suffisamment abondante de sérosité et obtenir de la vésication tout l'effet qu'on en désire, sans en avoir à craindre les inconvénients.

INSTRUCTION SUR L'HYGIÈNE DES NOUVEAU-NÉS

Projet de conseils hygiéniques pour les nourrices et les nourrissons.

Le but des conseils ci-après est d'enseigner aux nourrices ce qu'elles doivent faire ou ce qu'elles doivent éviter, dans l'intérêt de la santé des nourrissons qui leur sont confiés, et de leur propre santé.

La régularité dans le régime et dans les habitudes est une des principales conditions de succès pour élever les enfants.

On peut les soumettre, dès la naissance même, à cette régularité, en y apportant de la volonté et de la persévérance.

Allaitement. — 1. Pendant les deux premiers mois, la nourrice ne doit mettre l'enfant au sein que toutes les deux heures environ.

Il n'est utile de l'y mettre un peu plus souvent que s'il ne tette que très-peu à la fois.

2. Lorsqu'on met un enfant trop souvent au sein, on ne lui donne pas le temps de digérer le lait qu'il a pris, et on le dispose à des indigestions; on le voit bientôt vomir une partie du lait, et rendre des selles liquides et verdâtres.

3. Il ne faut pas réveiller un enfant pour le mettre au sein, à moins que son sommeil ne se prolonge au delà de trois à quatre heures de suite pendant le jour.

4. Pendant la nuit, le sein doit être donné plus rarement, afin que l'enfant et la nourrice puissent avoir plusieurs heures de sommeil.

5. La nourrice ne doit jamais, sous aucun prétexte, faire coucher son nourrisson avec elle, ni s'endormir en le laissant au sein; il est arrivé trop souvent que des enfants ont été ainsi étouffés par leur nourrice endormie.

6. Le lait de la nourrice doit composer la seule et unique nourriture de l'enfant pendant les cinq premiers mois. Si avant cette époque le lait de la nourrice devient insuffisant, elle doit être remplacée.

Allaitement mixte. — 7. Dans le cas où le lait de la nourrice, par accident ou par maladie, deviendrait momentanément insuffisant, les précautions suivantes doivent être prises pour donner une nourriture artificielle avec succès. Le lait de vache doit, dans les premiers temps, être coupé par tiers, puis, plus tard, par quart, avec de l'eau pure, laquelle est bien préférable aux décoctions d'orge, de gruau, etc., que l'on est trop souvent dans l'habitude de donner. Le lait ainsi coupé ne doit être que légèrement sucré; on doit le faire tiédir au bain-marie, ou sur la cendre chaude.

On ne doit mettre dans le vase dont on se sert à cet effet que la quantité de lait justement nécessaire pour être prise en une seule fois.

Il faut que le lait soit renouvelé chaque fois qu'on veut le donner à l'enfant; on doit donc jeter ce qui peut rester dans le vase.

Ce dernier (verre, timbale ou biberon), doit toujours être tenu extrêmement propre; il sera vidé, lavé et essuyé avec soin, chaque fois qu'on aura donné à boire à l'enfant.

Si l'on se sert du biberon, ces soins seront encore plus nécessaires, et l'ambout ou bout artificiel du biberon devra être détaché, nettoyé et conservé dans l'eau propre jusqu'au repas suivant.

Il ne faut pas oublier, en effet, que les moindres parcelles de lait laissées dans les vases peuvent altérer, aigrir le nouveau lait et provoquer de nouvelles digestions et d'autres accidents, tels que le muguet. Les vases dont on fera usage devront être surtout en verre; on devra éviter tous ceux en étain, qui renferment une certaine proportion de plomb.

8. Par le même motif, il faut éviter l'usage pernicieux de ces suçons faits avec du linge ou des éponges imprégnées de lait ou d'eau sucrée, que l'on met entre les lèvres des enfants pour les calmer.

9. Avant le cinquième mois révolu on ne doit jamais donner à l'enfant d'autre nourriture que le lait.

Dans le cas où avant cette époque le lait paraît ne plus convenir ou être insuffisant, il ne doit être introduit aucun changement dans l'alimentation de l'enfant sans l'avis du médecin. C'est le médecin qui seul pourra décider s'il faut donner autre chose que le lait, comme des potages très-légers faits avec la fécule de pomme de terre, le tapioca, l'arrow-root, la farine de riz, la fleur de farine séchée au four, ou enfin, le pain bien cuit qu'on réduit en bouillie très-claire à travers un linge fin.

Dans les premiers temps, ces substances seront cuites dans du lait ou dans de l'eau sucrée légèrement et quelques semaines après, c'est-à-dire vers le sixième mois, avec du bouillon très-léger.

Il faut varier et graduer la force de cette nourriture, selon la facilité avec laquelle l'estomac de l'enfant la supporte.

En tous cas, il doit être dangereux de sevrer l'enfant avant la sortie des quatre premières dents, et pour le priver du sein d'une manière complète, il ne faut s'en rapporter qu'à l'opinion du médecin.

Il faut néanmoins que l'enfant continue à prendre le sein, afin d'en conserver cette ressource jusqu'à la sortie des seize premières dents.

10. Vers sept ou huit mois, on peut laisser l'enfant mâcher une croûte de pain soit sec, soit trempé dans du jus de viande, de l'eau sucrée et rougie avec du vin, ou sucer quelques os de volaille ; mais on doit rejeter avec soin de sa nourriture les gâteaux et les sucreries de toute espèce.

Évacuations intestinales. — 11. La régularité qui a été recommandée dans la nourriture de l'enfant est tout aussi nécessaire dans ses évacuations intestinales. Celles-ci, pendant les premiers mois, doivent avoir lieu ordinairement trois à quatre fois par jour, être demi liquides, d'une couleur jaune claire, sans mélange de trop de grumeaux blancs, ni surtout de matières vertes.

12. Lorsque les évacuations sont rares et trop compactes, qu'il y a constipation, l'enfant doit être baigné; on doit lui appliquer des cataplasmes de fécule ou de farine de lin fraîche sur le ventre, lui introduire dans l'anus un petit morceau de suif ou de savon blanc et au besoin lui donner des lavements d'eau simple ou de décoction de racine de guimauve.

(On verra, à l'article *Indispositions et maladies*, ce qu'il peut être utile de faire pour les autres dérangements d'intestin.)

Soins de propreté. — 13. La toilette de l'enfant doit être faite chaque matin d'une manière complète et avant de lui donner le sein ou son repas. La toilette faite après le repas troublerait la digestion.

Après chaque évacuation, les parties souillées doivent être non-seulement essuyées, mais lavées complétement.

14. Ces soins de propreté sont tout aussi nécessaires pour la tête qu'il faut débarrasser de la crasse ou des croûtes qu'on y laisse accumuler par suite d'une erreur trop commune.

On parvient à faire disparaître peu à peu ces croûtes, en les imprégnant d'un peu d'huile, quelques heures avant de les laver avec de l'eau de savon tiède et en brossant légèrement les cheveux avec une brosse de chiendent à longs brins faite pour cet usage.

15. Après le lavage et le nettoyage, il faut essuyer de suite avec un linge sec toutes les parties qui ont été mouillées, afin d'éviter les causes de refroidissement.

16. L'usage des bains est très-utile aux enfants. Lorsque la saison et la santé de l'enfant le permettent, on peut les baigner deux fois par semaine.

Le bain doit être à la température de la peau du bras plongé dans l'eau jusqu'au-dessus du coude. L'enfant peut y rester deux à trois minutes, lorsqu'il est très-jeune, cinq à dix minutes, lorsqu'il a cinq à six mois.

Vêtements. — 17. Le maillot ou les vêtements de l'enfant ne devront jamais être serrés autour de son corps, il faut, au contraire, lui conserver le plus de liberté possible, non-seulement de la poitrine et du ventre, mais aussi des bras et des jambes.

C'est une erreur de serrer et de maintenir ces parties, sous

prétexte de les rendre droites. Plus un enfant a de liberté dans ses mouvements, plus il devient robuste.

18. Si pendant les premières semaines et pendant les saisons humides et froides, l'enfant doit être couvert de vêtements chauds et épais, il faut l'en déshabituer peu à peu, avec les progrès de l'âge, et pendant les saisons douces.

19. Si la chambre où est le berceau de l'enfant est assez chaude, et si la saison n'est pas rigoureuse, il ne faut pas couvrir l'enfant au-delà du nécessaire, notamment avec des couvertures épaisses, un édredon, ni enfermer le berceau trop complétement avec des rideaux épais, afin que l'enfant puisse respirer librement, et ne soit pas exposé à s'affaiblir par la transpiration.

20. Le linge du corps doit être renouvelé assez souvent. Les couches surtout doivent être changées, dès qu'elles sont salies par l'urine ou par les évacuations intestinales, afin d'éviter l'irritation que leur séjour produit sur la peau.

21. Il est utile de maintenir, pendant le premier mois, la bande et la compresse que l'on a l'habitude d'appliquer sur le nombril et autour du ventre de l'enfant, cette bande doit être renouvelée dès qu'elle est mouillée.

22. L'application des épingles doit être faite avec attention, car il arrive assez souvent qu'elles blessent l'enfant et lui font jeter des cris que l'on peut attribuer à toute autre cause. On peut, avec avantage, remplacer les épingles par des cordons; l'enfant ne doit pas être laissé trop longtemps dans son berceau, il doit être promené dans les bras de sa nourrice.

23. A dater de quinze jours après la naissance, l'enfant doit être mis à l'air, aussi souvent que la température extérieure le permet. C'est vers le milieu du jour qu'on doit le faire sortir de préférence dans le nord de la France, c'est le matin et dans l'après-midi que la sortie doit avoir lieu dans les départements du midi.

Indispositions et maladies. — 24. Chez les enfants, il ne faut jamais laisser sans soins une indisposition en apparence légère.

Ces soins sont nécessaires dès le début, si l'on ne veut pas voir l'indisposition dégénérer promptement en maladie très-grave.

25. Il est donc indispensable de faire prévenir le médecin, dès qu'un enfant présente une indisposition. Il ne faut lui donner aucun médicament sans l'avis du médecin.

26. Lorsqu'un nouveau-né prend mal le sein, on est porté à l'attribuer à une mauvaise conformation du filet ou frein de la langue, et on s'empresse de le couper, ce qui donne lieu parfois à des hémorrhagies mortelles.

Si l'enfant peut sortir librement la langue entre les lèvres, c'est que l'enfant est bien conformé, la difficulté qu'éprouve l'enfant à bien téter tient souvent à la mauvaise conformation du bout de sein.

27. Les troubles des fonctions de l'estomac et des intestins sont les maladies les plus fréquentes chez les jeunes enfants.

Leur principale cause est la mauvaise direction donnée à l'allaitement ou à l'alimentation.

Lorsque les évacuations intestinales deviennent maladives, elles sont beaucoup plus liquides et plus fréquentes qu'à l'ordinaire. Au lieu d'être jaunes, elles deviennent brunâtres ou vertes, sont mélangées de grumeaux jaunes et blancs (lait mal digéré).

Donner le sein moins souvent est la première chose à faire; on peut aussi appliquer sur le ventre de l'enfant des cataplasmes de farine de lin, lui faire des frictions avec l'huile d'amandes douces ou de camomille, et lui donner de petits lavements avec l'eau d'amidon; mais pour peu que les accidents se prolongent au delà d'un jour, il ne faut pas hésiter à appeler le médecin.

29. La présence de plaques ou boutons blancs dans la bouche (muguet), comme celle de petits boutons rouges ou de rougeurs autour de l'anus, des fesses et des parties génitales, sont les indices d'une irritation intestinale qui appelle toute l'attention de la nourrice, et doivent l'engager à prendre les conseils du médecin.

Conseils concernant les nourrices elles-mêmes.

A. La santé de la nourrice et la régularité dans sa manière de vivre ont une grande influence sur la santé de l'enfant; bien des indispositions de ce dernier n'ont pas d'autre raison qu'un *trouble* physique ou moral survenu chez la nourrice.

B. Les repas de la nourrice doivent être réguliers; elle ne doit pas changer brusquement son régime lorsqu'elle vient nourrir à la ville.

C. La nourrice doit éviter avec soin, soit la constipation, soit la diarrhée.

D. Les soins de propreté sont aussi indispensables à la nourrice qu'à son nourisson. Elle doit, autant que possible, prendre un grand bain de temps en temps.

D. La nourrice ne doit pas rester inactive à la ville, de même qu'elle ne doit jamais à la campagne se livrer à des travaux trop fatigants.

D. Si la nourrice tombe malade, elle doit d'abord modérer l'allaitement, puis ne pas tarder à consulter le médecin.

E. En cas de grossesse présumée, elle doit avertir, sans retard, les parents du nourrisson.

Sevrage.

L'époque du sevrage ne peut être fixée d'une manière absolue; en effet, c'est autant sur les progrès de la dentition que sur l'état plus ou moins régulier des fonctions digestives qu'il faut se guider pour sevrer l'enfant. L'avis du médecin devient encore ici nécessaire.

On peut dire cependant, d'une manière générale, que le sevrage de l'enfant ne doit jamais avoir lieu avant la fin de la première année, ou au moins avant la sortie des six premières dents, et qu'il faut, autant que possible, choisir l'intervalle de calme qui a lieu après la sortie d'un groupe de dents; ainsi après la sortie des six premières ou des douze premières.

Dans le but encore de préparer l'enfant au sevrage, il faut d'abord le déshabituer de prendre le sein pendant la nuit, et remplacer celui-ci deux ou trois fois pendant le jour par de légers potages, puis augmenter graduellement la quantité et la qualité nutritive des aliments.

La saison de l'année qui doit être choisie pour le sevrage ne peut être fixée d'une manière absolue. Elle varie selon l'état de l'enfant, puis selon le pays où le sevrage a lieu. En général, les saisons qu'on doit préférer sont le printemps et l'automne.

Afin que le sevrage s'effectue sans troubles, il faut que les organes digestifs de l'enfant soient en bon état, et qu'ils aient été préparés peu à peu pendant l'allaitement, par l'usage d'aliments légers tels que les potages, et qui ont été déjà conseillés lorsqu'il a été question de l'allaitement mixte. Tout état maladif surtout des voies digestives, est un motif d'ajourner le sevrage.

Tout le monde connaît assez les moyens destinés à déshabituer l'enfant de prendre le sein, pour qu'il soit inutile de les rappeler ici.

Une fois l'enfant sevré, le régime alimentaire devra rester tel qu'il a été dit plus haut, à propos de l'alimentation mixte, en augmentant graduellement la quantité et la qualité des aliments.

En tout cas, la régularité dans l'heure des repas est toujours une des conditions les plus nécessaires à observer.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 10 mars 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *La Revue d'hydrologie médicale.* — *L'Art dentaire.* — *Les Archives générales de médecine*, numéro de mars. — *Le Journal de médecine de l'Ouest.* — *Le Montpellier médical.* — *Le Sud médical.*

M. le docteur E. Lafaurie adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale : *Étude sur les luxations anciennes*, pour le concours du prix Duval.

M. le docteur van de Loo envoie une brochure intitulée : *le Gyps impressor*, et demande à faire prochainement une communication à la Société.

M. Ciniselli adresse deux brochures : 1° *Degli effetti che si possono ottenare dall'applicazione metodica di due sole lamine elettro-motrici indipendentemente dalle cauterizzazione elettro-chimiche*; 2° *Résumé des études sur la galvano-caustique chimique*, suivies d'une note manuscrite.

De la résolution des tumeurs par l'action électro-chimique du courant continu.

Mon recueil d'*Observations de galvano-caustique chimique*, rapporté brièvement dans le *résumé*, qui parut dans *la Gazette médicale*, 1866, nos 12, 13, 14, comprend deux cas de polype nasal, à l'égard desquels je signalais un phénomène inattendu qui avait appelé toute mon attention. Dans l'un de ces cas (Obs. XII), les applications de galvano-caustique ayant été séparées l'une de l'autre par de longs intervalles, j'ai observé que la diminution de la tumeur était plus grande que n'eût été la perte de substance résultant d'une cautérisation. Je m'expliquais le phénomène en songeant que le courant électrique, tandis qu'elle agit en cautérisant une partie de la tumeur, modifie en même temps sa vitalité, de manière à faire cesser sa nutrition, en produisant un travail régressif et atrophique. En effet, après la dernière séance du 21 juin, n'ayant revu le sujet qu'à la fin de juillet, j'aperçus que la tumeur se présentait encore sous la forme d'un gros bouton d'habit, du diamètre de 3 centimètres, charnu, sans apparence de mortification. L'ayant laissée à elle-même, elle n'existait plus le 30 août suivant. Le volume qu'elle présentait, lors de la dernière observation, était tel, qu'elle n'aurait pu sortir de la cavité du nez sans difficulté; le sujet nous assura qu'elle n'était pas sortie.

L'observation XIII, a trait à un polype, qui, après avoir rempli toute la cavité nasale, s'était manifesté à la partie interne de l'orbite, et en occupait presque la moitié. Ayant attaqué par la galvano-caustique chimique la tumeur orbitaire jusqu'au niveau de son passage de la cavité du nez, on vit, de l'une à l'autre séance, une diminution de volume toujours plus grande de celle qui aurait répondu à la destruction opérée par la cautérisation. Mais, il y a plus; mon attention fut frappée, en voyant disparaître la tumeur qui occupait toute la partie antérieure de la cavité nasale, naissait de la partie externe et inférieure de la narine, ayant l'apparence d'une grande hypertrophie charnue de la muqueuse, sur laquelle n'avait jamais été portée l'action directe du courant électrique.

Dans ma lettre, qui accompagnait le recueil susdit, présenté à cette honorable Société par M. Velpeau, dans la séance du 17 janvier 1866 (voir le *Bulletin* et la *Gazette des Hôpitaux*, 1866, n° 11), j'ai signalé ces deux faits, en particulier, en rappelant votre attention à considérer : « que la diminution des tissus pathologiques, traités par la galvano-caustique chimique, n'est pas proportionnée à la destruction matérielle opérée; qu'elle est toujours plus grande et continue encore quelque temps après la chute des escarres; que le tissu pathologique des escarres occupe la place de celles-ci, au lieu de présenter une cavité, comme après la chute des escarres faites par les caustiques chimiques, et que la masse de ce tissu, qui semble avoir acquis une contractilité particulière, revient sur elle-même d'une manière sensible et extraordinaire. » Je finis ma lettre, faisant le vœu que des observations nombreuses puissent confirmer ces faits.

Ils n'ont pas manqué, en effet, d'arrêter votre attention, puisque, dans la discussion ultérieure, regardant le traitement des polypes naso-pharyngiens, M. A. Guérin dit : « S'il est démontré que l'électro-chimie fonde les tumeurs, et ne les détruit pas par une espèce de cautérisation, M. Ciniselli aura fait une grande découverte; mais que l'inventeur me permette de lui dire que je ne suis pas encore suffisamment édifié pour l'admettre. »

Sur le phénomène dont il est question ici, j'ai rappelé aussi l'attention des lecteurs de la *Gazette médicale*, dans le *résumé* susdit, où j'ai dit vers la fin : « On s'est borné jusqu'ici à considérer l'action chimique de l'électricité dans ses manifestations matérielles et visibles; il faut pousser les recherches dans l'intérieur des tissus, où son action n'est pas arrivée au degré nécessaire pour produire la mortification, mais elle a dû cependant altérer les éléments organiques.

Dans un autre travail, publié en 1867, *sur les effets qu'on peut obtenir par l'application de deux seules lames électromotrices*, dont je vous présente maintenant un exemplaire, j'ai répété (page 6) « que les effets cliniques du courant électrique ne se limitent pas à la cautérisation; mais qu'ils s'étendent à l'intérieur des tissus organisés, et que les effets qui se manifestent sont tout à fait indépendants d'elle, de sorte qu'on peut les obtenir aussi sans elle. Des effets de ce travail, qu'on peut regarder comme électro-chimique moléculaire, on trouve une preuve dans la résolution des hypertrophies glandulaires, obtenue sans l'action du courant électrique, par Reinak, par Massé, par Boulu.

Le changement chimique moléculaire opéré par le courant dans l'intérieur des tissus, a été démontré enfin, d'une manière incontestable, par les expériences que M. Matteucci a communiqué à l'Académie des sciences (*Gazette médicale*, 1867), par lesquelles on apprend que dans les tissus traversés par le courant, selon qu'ils sont doués de polarité plus ou moins prononcée, il se forme une pile secondaire, en sens inverse à celle du courant originaire, qui dure aussi après l'action de celle-ci. Cette démonstration du changement chimique moléculaire, par effet du courant électrique, démontre aussi la possibilité du phénomène que j'ai observé, et en explique-rait en quelque sorte le mécanisme.

Après les deux cas suscités, j'ai eu encore occasion, en septembre 1864, de voir disparaître par l'action du courant, et sans cautérisation, une tumeur sous-cutanée de la paupière supérieure, datant presque d'un an, et arrivée à la grosseur d'une noisette, diagnostiquée pour un lipome. Elle disparut complètement peu de temps après l'avoir assujettie au courant continu de la durée de 10 minutes, pour 5 jours consécutifs; le courant provenant de ma pile à 25 couples, le réophore positif appliqué sur la tumeur par l'intermédiaire d'un plumasseau imbibé d'eau salée, le négatif à la joue correspondante.

Une autre tumeur, de nature lymphatique, siégeant au centre de la glande mammaire d'une jeune scrofuleuse, datant de 4 ans, arrivée à la grosseur d'un œuf de poule, réfractaire au traitement résolutif local et général, après être restée un an sans traitement, et se montrant en voie de progrès, a été enfin assujettie au courant continu, par l'application de deux lames électromotrices. (Voir mon travail sur ces applications, Obs. I.) J'ai vu dans ce cas le décroissement graduel de la tumeur, tel qu'après deux mois et demi son volume était réduit à la moitié. L'indocilité du sujet et son éloignement m'ont empêché de continuer le traitement et de me tenir au courant des changements consécutifs.

Les recherches de Bois-Raymond, de Reimak, de Matteucci, sur les effets du courant électrique continu, ont été suivies de l'important travail de MM. Onimus et Legros, qui a paru dans les comptes rendus de la Société de biologie (*Gazette médicale*, 1868), et dans la *Gazette des Hôpitaux* de cette année, nos 7, 13. Ces auteurs, après avoir démontré les différences entre l'action des courants d'inductions et des courants continus, et l'influence de ces différents courants sur la nutrition, sont arrivés à conclure « que les courants continus ont une influence directe sur tous les éléments anatomiques, en augmentant les phénomènes d'endosmose et d'exosmose et les phénomènes de combinaisons cliniques. » Le travail est suivi par des observations démontrant les effets du courant continu sur la nutrition.

Cette observation vient à appuyer les faits que j'ai rapportés, concernant la diminution et la résolution totale de tumeurs de nature différente, obtenues par l'action du courant continu, indépendamment des cautérisations électro-chimiques. La théorie développée par ces savants auteurs vient aussi à confirmer l'idée que je m'étais formé d'un changement chimique moléculaire dans l'intérieur des tissus, par l'action électro-chimique du courant continu.

Fracture de la clavicule. — M. Baiseau adresse la note suivante :

« Le mémoire intitulé : *De l'inutilité des appareils et bandages dans le traitement des fractures de la clavicule*, que j'ai eu l'honneur de soumettre au jugement éclairé de la Société de chirurgie, a donné lieu à une discussion, dans laquelle plusieurs chirurgiens se sont élevés contre l'abstention de tout bandage dans le traitement des fractures. Le titre de ce travail devait inévitablement me faire attribuer une opinion sur laquelle je crois devoir m'expliquer.

« Mon but, en appelant l'attention de la savante Société sur le traitement des fractures de la clavicule, n'a pas été de condamner d'une manière absolue l'emploi des appareils et les bandages dans ces fractures, mais de démontrer par des faits que l'on peut sans inconvénients diminuer considérablement la durée de leur application, car je propose de supprimer la contention dès que la douleur de l'épaule a disparu, ce qui a lieu ordinairement du dixième au douzième jour. Les malades n'exécutent d'abord que quelques légers mouvements, mais au bout de quelques jours ils se servent de leur membre fracturé pour les besoins ordinaires de la vie.

« Toutefois, en les autorisant à en faire usage, je leur défends les efforts et les mouvements étendus, et je leur recommande de con-

server, autant que possible, la position qui s'oppose le plus au chevauchement des fragments.

« Je ne doute pas que cette pratique ne se généralise, car elle a pour avantage de rendre plus vite aux blessés un membre qui leur est d'une grande utilité, et d'éviter la roideur de l'épaule, qui suit souvent une immobilité prolongée. »

Prix Édouard Laborie.

Mme Laborie, veuve du docteur Laborie, membre et ancien président de la Société de chirurgie de Paris, a fait don à cette Société d'une rente annuelle de 1,200 francs, affectée à la fondation d'un prix annuel, qui prendra le nom de *prix Édouard Laborie.*

Ce prix sera décerné, chaque année, dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier), à l'auteur du meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

Dans le cas où le prix ne serait pas donné, soit faute de compétiteurs, soit en raison de l'insuffisance des mémoires, il serait réparti l'année suivante entre les meilleurs travaux après le n° 1.

Les auteurs sont libres de choisir le sujet de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera, *tous les six ans*, un sujet de mémoire pris parmi les points de chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

Tous les docteurs et élèves en médecine français et étrangers sont admis à prendre part au concours du prix Édouard Laborie.

La Société de chirurgie, voulant rendre hommage à la mémoire du docteur Laborie et à la générosité de sa veuve, pense que, pour inaugurer la fondation du prix Édouard Laborie, il convient de mettre au concours, pour 1869, un sujet de chirurgie étudié par feu le docteur Laborie, et propose la question suivante :

« *De la valeur relative des amputations sous-astragalienne, tibio-tarsienne, sus-malléolaire.* »

Les mémoires, écrits en français ou en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le secrétaire général de la Société impériale de chirurgie, rue de l'Abbaye, n° 3, à Paris, avant le 1er novembre 1869.

A partir de l'année 1870, et pour les années 1871, 1872, 1873, 1874, le choix du sujet sera laissé à la libre disposition des compétiteurs. Le sujet du concours sera de nouveau indiqué pour l'année 1875, redeviendra libre pour une nouvelle période de six ans, et ainsi de suite.

(*Sera continué.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

36. Denarié (Alp.). Considérations sur la paralysie intestinale.
37. Good (Richard). De la résection coxo-fémorale pour carie.
38. Bellenot (Pierre). De la température dans la fièvre typhoïde.
39. Saïd (Mohammed). De la chorée et de la douleur provoquée chez les choréïques.
40. (Marraud (Paul). Quelques considérations générales sur la maladie et son traitement.
41. Dudon (Charles). Notes et observations sur les affections paludéennes à la côte occidentale d'Afrique.
42. Lafaurie (E.). Étude sur les luxations anciennes.
43. Ropas (Th.). Essai sur les orcillons.
44. Theulier (Albert). Du merveilleux en médecine.
45. Martin (André). De la périostite phlegmoneuse aiguë.
46. Scribe (Victor). Considérations sur le diagnostic différentiel du chancre simple et du chancre infectant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Émile Ménière commencera son cours public sur les maladies des oreilles le vendredi 7 mai, à quatre heures, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— *Conférences sur les maladies de la peau.* — M. le docteur F. Brochard commencera ces conférences le lundi 3 mai, à midi, à sa clinique, rue Larrey, 1, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Les Aliénés. Lettre à un député, par Stéphen Senhart. Brochure in-18 de 48 pages. Prix : 1 franc.

Annuaire de l'internat en médecine et de chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, depuis son origine, an IX, jusqu'en 1868 inclusivement. — Paris, 1869. 1 vol. in-18, cartonné à l'anglaise, 2 fr.

Traitement curatif et préservatif de l'obésité et de ses suites aux eaux de Marienbad, par le docteur SCHINDLER; traduit de l'allemand par le docteur Labat. — Paris, 1869. In-8. Prix, 1 fr. 50.

Cercle morbide des maladies du cœur. — Cercle morbide d'une maladie du cœur consécutive à une liaison artérielle, par le docteur Michel PETER, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris. — 2 tableaux in-folio. Prix, 2 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à cause de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas Jeudi.

HOPITAL COCHIN. — M. LÉON LEFORT.

Adéno-sarcome de la mamelle.

(Observation recueillie par M. MARCHAND, interne du service).

L..., âgée de 39 ans, jouit d'une bonne santé habituelle et n'a jamais éprouvé aucun trouble dans la menstruation. Elle a eu un enfant à l'âge de 23 ans, l'a allaité, et la lactation n'a été accompagnée ni suivie d'aucun accident.

Il y a deux ans, elle s'aperçut par hasard qu'il existait dans le sein gauche une tumeur du volume d'une grosse noix, superficiellement placée et facilement mobile. La malade, comme cela est fréquent, attribua l'apparition de cette tumeur à une chute qu'elle avait faite peu de temps auparavant, chute dans laquelle le sein gauche porta fortement contre le rebord d'un baquet. Cette tumeur, restée d'abord stationnaire, s'accrut ensuite très-lentement, car, après dix-huit mois, elle n'excédait pas le volume d'un œuf de poule ; mais, à partir de ce moment, et sans cause appréciable, elle augmenta avec une effrayante rapidité, et, en six mois, elle atteignit les dimensions qu'elle présentait à l'époque où la malade entra à l'hôpital Cochin, en octobre dernier.



La région mammaire du côté gauche est occupée par une tumeur volumineuse qui, considérée dans son ensemble, présente une forme hémisphérique à peu près régulière dont on peut facilement se rendre compte sur ce dessin, fait d'après une photographie prise par M. Le Fort. Sa base, bien limitée en dedans, est un peu rétrécie. A la partie externe et supérieure, vers le bord pectoral de l'aisselle, il existe deux bosselures qui font corps avec la masse principale, mais s'en distinguent néanmoins par un relief assez sensible. L'une de ces bosselures offre le volume du poing ; l'autre, celui d'un gros œuf. La surface de la tumeur est lisse, la peau qui la recouvre est rouge, très-vascularisée, extrêmement amincie. La saillie du mamelon n'existe plus, mais la partie qui correspond à l'aréole est soulevée en forme de bosselure, et la peau, par suite de la distension, a perdu ses caractères normaux. Toutefois, en aucun point, la production morbide n'a envahi, à proprement parler, les éléments de la peau, qui peut être isolée des tissus qu'elle recouvre.

La consistance de la tumeur est assez ferme par places ; cependant on trouve des points qui donnent la sensation d'un tissu ramolli ; dans d'autres, une véritable fluctuation indique la présence d'une collection liquide assez superficielle. Au sommet de la tumeur, au niveau de la bosselure qui soulève l'aréole, on trouve les signes non équivoques de la présence d'un liquide.

Dans cet endroit, la peau n'est point vascularisée comme dans les parties environnantes, elle offre une teinte bleuâtre qui tranche sur la coloration des téguments voisins.

La tumeur est mobile sur les parties profondes ; les ganglions axillaires semblent parfaitement sains. Ses dimensions sont les suivantes : circonférence, 65 centimètres ; diamètre vertical, 43 centimètres.

La région affectée est le siége de vives douleurs offrant un caractère lancinant, privant la malade de tout sommeil ; depuis six mois elles sont devenues incessantes. Toutefois, la santé générale s'est maintenue assez bonne, et il n'existe aucun signe d'infection constitutionnelle. M. Le Fort diagnostiqua une adénome avec kystes multiples. Dans les jours qui suivirent l'entrée à l'hôpital, et probablement sous l'influence des explorations, il se fit une véritable poussée inflammatoire acccompagnée d'un état fébrile assez prononcé. Ces accidents cédèrent à un repos de quelques jours et à l'application de compresses imbibées d'eau alcoolisée. L'opération fut faite le 6 novembre. M. Le Fort cerna la tumeur par deux incisions formant une demi-ellipse dont l'un des sommets se dirigeait vers l'aisselle. Pour diminuer autant que possible la plaie qui devait résulter de l'extirpation de cette masse volumineuse, la peau qui recouvrait la partie supérieure de la base de la tumeur, et qui avait conservé son épaisseur et son aspect ordinaire, fut disséquée et conservée. La séparation d'avec les parties profondes fut assez facile ; malgré le volume considérable de la partie à enlever, l'opérée ne perdit que peu de sang, car le calibre des artères ne semblait pas en rapport avec la masse de tissus à laquelle elles se distribuaient. La tumeur enlevée pesait 3 kilog. 870 grammes.

Une coupe, pratiquée sur la partie moyenne, montrait qu'elle était constituée par un tissu qui n'offrait point partout les mêmes caractères. La majeure partie était formée par un tissu blanchâtre assez résistant, et même, en tranches très-minces, il présentait une cohérence remarquable, ainsi qu'on pouvait s'en convaincre en cherchant à le dissocier pour le soumettre à l'examen histologique. Par endroit, et formant des foyers bien limités de volume remarquablement petit, on trouvait un tissu mou, tremblotant, gélatiniforme, offrant tous les caractères microscopiques du tissu myxomateux. Nous en avons compté trois sur une seule coupe qui divisait la presque totalité de la tumeur dans le plus grand sens de cette dernière. La partie centrale de la tumeur était occupée par un vaste kyste qui occupait presque toute l'étendue de son diamètre transversal.

Ce kyste central envoyait en haut et en bas des prolongements dans le tisssu pathologique, qui semblait comme divisé en deux parties par cette vaste lacune. Les prolongements kystiques dont nous parlons communiquaient largement avec le sinus central, dont ils n'étaient bien manifestement que des prolongements. Une membrane à paroi blanche, lisse, comme séreuse, tapissait ces espaces lacunaires. En aucune de ces parties elle ne présentait ces végétations que Paget a signalées et dont l'existence était regardée par lui comme preuve de l'origine kystique des adénoïdes du sein. Elle se confondait, par sa face externe, avec le tissu morbide sans ligne de démarcation bien évidente. Le liquide contenu dans le kyste central et dans ses prolongements était de consistance légèrement muqueuse, mais d'une limpidité à peu près parfaite et d'une couleur légèrement citrine.

Des coupes pratiquées en divers points de la tumeur ne présentèrent point partout une structure identique. C'est ainsi que, par endroits, les préparations étaient constituées par un tissu exclusivement formé d'éléments fibro-plastiques, fusiformes, exactement juxtaposés, sans présence de matière intercellulaire en quantité notable, tandis que, dans les foyers d'aspect gélatiniforme que nous avons mentionnés, on retrouvait tous les caractères du tissu myxomateux. Enfin, M. Le Fort constata, dans certaines parties, la présence d'éléments glandulaires hypertrophiés en nombre très-considérable. On reconnaissait facilement, à l'œil nu, les parties qui offraient la structure des myxomes, tandis que, selon le hasard des coupes, on trouvait tantôt un tissu fibro-plastique, tantôt de volumineux culs-de-sac glandulaires, sans que l'aspect extérieur du tissu soumis à l'examen histologique pût faire prévoir la nature des éléments prédominants.

Les suites de l'opération furent remarquablement bénignes pour la malade, et ne présentèrent aucune particularité bien intéressante. Lorsqu'elle sortit de l'hôpital, en février dernier, il n'existait plus qu'une plaie du meilleur aspect et de la largeur d'une pièce de cinq francs. Aujourd'hui, la guérison est complète.

CLINIQUE DE VALS. — M. CLERMONT (DE LYON).

Source Précieuse.

(*Eau sodo-magnésienne ou laxative*) (1).

II

Dyspepsie spasmodique avec vomissements. — Mlle Marie L..., âgé de 20 ans, vient de supporter une longue et douloureuse

(1) Voir le numéro du 15 avril.

FEUILLETON

L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

DANS LES UNIVERSITÉS ALLEMANDES (1).

Monsieur le ministre,

Par arrêté en date du 5 juin 1868, Votre Excellence m'a fait l'honneur de me charger d'une mission ayant pour objet d'étudier les établissements scientifiques des principales universités d'Allemagne. Conformément à vos instructions, j'ai visité successivement les villes de Bonn, de Gottingen, de Greifwald, de Berlin, de Leipzig, de Prague, de Vienne, de Munich, de Würzbourg, de Heidelberg, de Zurich, portant principalement mon attention sur les laboratoires de chimie, de physique et d'anatomie, sur les instituts physiologiques et pathologiques, enfin sur les cliniques établies dans les hôpitaux d'instruction.

Parmi ces établissements scientifiques, les laboratoires de physique, de physiologie, de chimie, ainsi que les instituts pathologiques, comportent une description détaillée que j'aurai l'honneur de présenter, avec plans à l'appui, dans un rapport étendu. Je crois devoir en distraire les informations que j'ai recueillies sur les cliniques, établissements d'une nature toute spéciale dont les conditions et le régime sont souvent compliqués, où les besoins de l'enseignement et les droits de la science rencontrent des limites et quelquefois des entraves. Dans ce domaine de l'observation et de l'expérimentation, les matériaux ne sont pas de ceux que la prévoyance commande, que les moyens pécuniaires procurent à volonté. A ce point de vue, une clinique sera toujours une institution très-différente d'un laboratoire. La science n'y règne pas en souveraine; elle s'y trouve en face d'intérêts respectables qu'elle est appelée à servir souvent, à ménager toujours. Un sujet si particulier et si délicat semble donc commander un travail spécial. Je diviserai ce travail en quatre parties. Je traiterai, dans la première, de l'administration des cliniques et des rapports de la direction hospitalière avec le personnel enseignant. Dans la seconde, je m'étendrai sur les cliniques générales de médecine et de chirurgie. La troisième partie sera consacrée aux cliniques spéciales; la quatrième, à la policlinique ou clinique de ville.

I

ADMINISTRATION DES CLINIQUES ; RAPPORTS DE LA DIRECTION HOSPITALIÈRE AVEC LE PERSONNEL ENSEIGNANT.

Le mode d'administration d'un hôpital n'est pas sans influence sur la bonne direction des cliniques qui y sont établies. Il peut seconder plus ou moins les intérêts de l'enseignement, suivant la nature des rapports que les règlements, les traditions et le commerce de la vie établissent entre l'administration et le personnel enseignant. Les malades sont l'objet de l'enseignement clinique; l'administration en dispose, le professeur en a besoin. De quelle façon et jusqu'à quel point les dispositions légales ou l'usage donnent-ils satisfaction à ces besoins légitimes? Telle est la question qu'il est utile d'examiner.

Le régime administratif des cliniques est très-différent dans les universités allemandes, suivant l'importance des cités où elles sont établies. Dans les villes d'une importance secondaire, telles que Greifswald, Würzbourg, etc., les besoins de l'enseignement réclament et absorbent la plus grande partie des ressources dont disposent les hôpitaux : ceux-ci deviennent alors de véritables hôpitaux d'instruction, qui sont alimentés, non-seulement par la ville, mais par la contrée entière. A Greifswald, les malades affluent de toute la province de Poméranie, les communes de cette province ayant passé avec l'État des contrats en vertu desquels elles versent une certaine somme (8 thalers par mois) dans la caisse de l'hôpital pour chaque malade qui y est traité. De plus, chaque professeur de clinique dispose de cinq lits, où il peut recevoir gratuitement des malades qui viennent le consulter et qui lui paraissent intéressants au point de vue de l'instruction des élèves. J'ajoute que l'hôpital de Greifswald est administré par un fonctionnaire qui relève directement des professeurs de clinique, MM. Bardeleben et Mosler, directeurs de l'hôpital.

A Wüzbourg, nous rencontrons des conditions différentes. Les ma-

(1) Rapport adressé au ministre de l'instruction publique par M. Wurtz, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

maladie (gastralgie), dont elle n'est pas encore complétement rétablie. Par ses soins, aussi zélés qu'intelligents, M. le Dr Santon fils a guéri la névralgie stomacale, et la malade se plaint encore quelquefois, mais rarement de l'estomac. Ce qui a persisté, c'est le rejet des aliments peu après qu'ils sont ingérés; certains jours mêmes, une seule cuillerée d'eau froide ne peut être conservée. Aussi cette jeune personne est-elle anémique, blanche et maigre, et un peu essoufflée quand elle monte un escalier. Elle conserve pourtant encore une certaine force, et son pouls à 65°, semble éloigner l'idée d'une lésion organique. Le sang des menstrues apparaît tous les vingt-cinq jours, mais d'une extrême pâleur. La langue est rouge à la pointe; les selles sont dures, et tellement rares qu'elles n'ont pas lieu toutes les semaines.

Nous commençons le traitement par l'eau de la *Saint-Jean* pendant deux jours. Elle est bien supportée, mais ne change pas les dispositions aux vomissements. Le 25 juin, nous donnons l'eau de la *Précieuse*, deux verres matin et soir; elle supprime brusquement les vomissements et procure des selles quotidiennes et faciles. Aussi fut-elle continuée tout le temps du traitement, 22 jours, pendant lesquels nous n'observâmes qu'un ou deux retours des vomissements et une ou deux fois aussi un peu de constipation. Vers le milieu du traitement, Mlle L... voulut essayer une verrée et demie de la *Dominique*, mais son estomac, où tout aigrissait si vite, se mit à vomir de plus belle. Elle partit le 16 juillet, à peu près débarrassée des accidents qui avaient motivé sa venue à Vals. Nous avons appris depuis qu'une rechute a eu lieu en janvier 1869, mais qu'elle a été de courte durée, M. Santon ayant ramené promptement tout à bien par l'emploi de la *Précieuse* et de quelques narcotiques.

L'eau de la source *Précieuse* remplit à la fois, comme on vient de le voir, le rôle de minoratif et celui des eaux purement carbo-sodiques, c'est-à-dire des reconstituantes. On comprend pourquoi nous lui donnons la préférence, à Vals, sur ces dernières, quand la constipation complique ou dérive d'une affection concomitante. Nous citerons encore à l'appui de cette pratique l'exemple suivant, dont le sujet nous est adressé de Saint-Etienne (Loire), par notre honorable confrère M. le Dr Million, médecin de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Gastro-entérite chronique avec constipation, migraine, vomissements et profonde anémie. — Mlle Catherine L..., âgée de 46 ans, encore réglée, est, par suite de perturbations morales profondes, malade depuis seize ans. Dans le principe, les symptômes étaient ceux d'une simple gastrite chronique. Depuis 2 ans, des vomissements revenant tous les 15 jours et coïncidant avec une céphalalgie aiguë, ont achevé de mettre le désordre dans cette économie éprouvée. La malade paraît affaiblie, elle ne digère presque rien; sa langue est blanche au centre, rouge sur les bords; son pouls est petit, à 70°; les selles sont dures et rares. Ces quelques lignes de son éminent médecin caractérisent parfaitement son état : « Je vous recommande d'une manière tout exceptionnelle la malade qui vous remettra cette lettre. Nous avons affaire ici à une maladie de l'estomac, cause ou complication d'une débilité profonde ou générale de toute l'économie. Il y a pour moi double indication : 1° recourir à une médication reconstituante, 2° appliquer à l'état asthénique de l'estomac l'action tonique et spécifique de vos eaux. Je n'ajoute pas que Mlle L... est dans un état d'étiolement chloro-anémique qui rencontrera chez vous des ressources précieuses. »

Le 24 juin, la malade est mise à l'eau de la source *Saint-Jean*, la seule qu'elle puisse supporter; mais le 2 juillet, la tolérance étant établie, nous lui prescrivons l'eau de la source *Précieuse*, 2 à 3 verrées par jour, puis 4 progressivement. L'usage en fut continué jusqu'à la fin du traitement, qui dura 29 jours. Elle rendit les selles très-faciles et provoqua même quelquefois la diarrhée, suspendue aussitôt par l'eau de la *Madeleine*, également bien tolérée, mais qui, à la même dose, ramenait le resserrement du ventre. Les forces revinrent avec l'appétit et les bonnes digestions; le vomissement dont nous avons été témoin au commencement du traitement ne reparut plus. Enfin la malade partit le 24 juillet, assez bien rétablie. Dans cette observation, comme dans les précédentes, les bains alcalins ont à revendiquer une part du succès. L'action topique de l'eau carbo-sodique sur la peau est assez connue des praticiens pour que nous n'insistions pas sur ce point.

Bien que les eaux sodo-magnésiennes de Vals manquent rarement leur effet laxatif, on nous a contesté le droit d'en faire une classe à part parmi les eaux carbo-sodiques de cette station. Nous pourrions nous contenter de constater ici que tous les médecins, quelle que soit la doctrine qu'ils professent à ce sujet, sont d'accord dans leur pratique avec nos errements, qui sont aussi ceux du profane vulgaire. Mais, comme des objections spécieuses ont été faites à notre catégorie des eaux laxatives, et que nous ne voulons pas les laisser sans réponse, nous nous proposons de les discuter dans notre prochaine communication, en parlant de la source ***Désirée***, comprise par nous dans cette même catégorie.

DE LA VALEUR DE LA FARADISATION LOCALISÉE

DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES ATROPHIQUES DE CAUSE TRAUMATIQUE.

Par le Dr Duchenne (de Boulogne) fils (1).

C'est dans le traitement de paralysies aussi graves que celle dont nous venons de rapporter la guérison, qu'il est nécessaire d'avoir à sa disposition des courants d'induction puissants, et qui pénètrent profondément dans les muscles : les lésions de la sensibilité et de la nutrition musculaire ne sauraient être heureusement modifiées par une excitation légère et superficielle, et bien souvent nous avons rencontré des paralysies traumatiques ou saturnines qui étaient restées stationnaires, malgré des excitations régulièrement et méthodiquement répétées, et qui guérissaient promptement entre nos mains. Nous ne pourrions accuser ici de cet insuccès momentané que la faiblesse et l'insuffisance des appareils précédemment employés. A l'appui de cette assertion, je citerai le fait suivant :

Obs. II. — *Paralysie du nerf radial, consécutive, à une fracture du col de l'humérus gauche. Tumeur dorsale de la main. — Diminution considérable de la contractilité musculaire. — Faradisation. — Guérison presque complète en 22 séances.*

M. X..., officier supérieur, âgé de 43 ans, s'est fracturé le col de l'humérus gauche, le 12 juillet 1868, en tombant à travers le plancher pourri d'une casemate. A la suite de cette fracture qui, du reste, a été parfaitement réduite, les muscles animés par le nerf radial sont restés paralysés. Cette paralysie a été reconnue lorsque l'appareil fut enlevé, 30 jours après la fracture. M. X... ne pouvait relever son poignet, qui restait fléchi presque à angle droit sur l'avant-bras; l'extension des premières phalanges des doigts n'avait plus lieu, et le pouce et son métacarpien ne pouvaient être ramenés sur le même plan que les autres métacarpiens. M. X... ressentait en outre dans l'index et le pouce, une douleur continue qui a persisté plus de trois mois. Au mois de septembre, M. X... a été électrisé une trentaine de fois par le médecin de son régiment, avec un appareil de Gaïffe, dont le courant, disait-il, était impuissant pour faire contracter les extenseurs du poignet qu'il traversait, et ne produisait qu'un mouvement de flexion plus exagéré de la main. Ce traitement étant resté sans résultat, M. X... vint consulter M. Nélaton, qui nous l'adressa le 20 janvier 1869.

Nous constatâmes l'absence des mouvements énumérés plus haut; mais, en localisant bien la faradisation dans les muscles atteints, nous constatâmes que tous se contractaient faiblement, il est vrai, à l'exception toutefois du long extenseur du pouce; l'avant-bras était aplati, surtout à sa face postérieure, au niveau de la masse musculaire des radiaux et de l'extenseur commun des doigts, et sa circonférence en ce point mesurait 3 centimètres environ de moins qu'à droite; le cal de la fracture siégeant au col chirurgical de l'humérus restait encore très-volumineux; de plus, nous trouvâmes à la face dorsale de la main une tumeur qui, au dire du malade, avait débuté six semaines environ après sa fracture, et avait pris progressivement, en quelques semaines, le volume qu'elle avait actuellement. Cette tumeur, qui commençait supérieurement, à peu près au niveau de l'articulation carpo-métacarpienne, occupait à peu près la longueur du métacarpe, entre les deuxième et quatrième métacarpiens; elle y formait une saillie ovoïde, dont le sommet était d'un demi centimètre environ; elle était dure, comme cartilagineuse, ne se déplaçant dans aucun sens sous le doigt, et semblait adhérer aux métacarpiens correspondants. Cette tumeur était indolore, et s'était progressivement développée sans la moindre trace d'inflammation; il fallait une pression un peu forte pour y déterminer une douleur, peu vive, du reste.

Nous commençâmes immédiatement un traitement par la faradisation, exactement limitée dans les muscles malades, et, en quelques séances, nous constatâmes une augmentation progressive de la contractilité électrique dans l'extenseur commun et les radiaux, et le retour d'un léger mouvement volontaire d'extension du poignet sur l'avant-bras. Pour aider à ce traitement, nous fîmes construire par MM. Robert et Collin, un appareil destiné à maintenir le poignet et les premières phalanges dans l'extension, et à mettre ainsi les muscles paralysés dans un raccourcissement favorable au développement de leur nutrition.

M. X..., do t le congé expirait, ne put être traité par nous que pendant un mois. Il fut faradisé 22 fois, et nous constatons à son départ les resultats suivants : M. X... peut relever le poignet directement et latéralement et redresser les premières phalanges; son poignet, abandonné à lui-même, ne retombe plus pendant le repos musculaire; la tumeur dorsale de la main a notablement diminué; l'avanl-bras a presque repris son volume; seul, le long extenseur du pouce est resté paralysé et ne répond pas encore à l'excitation électrique.

Nous conseillons à M. X... de porter constamment son gantelet extenseur et de continuer chez lui la faradisation avec un appareil d'induction dont la puissance soit suffisante pour provoquer la contraction des muscles encore paralysés.

D'après les résultats obtenus en un temps aussi court dans cette paralysie atrophique déjà ancienne, nous n'avons aucun doute sur la probabilité d'une guérison plus complète et rapide par la continuation du même traitement. En outre, cette observation présente l'exemple d'une tumeur dorsale de la main, que plusieurs auteurs ont décrite récemment comme se développant exclusivement dans la paralysie saturnine des extenseurs du poignet, et à laquelle M. le professeur Gubler a donné le nom de ***ténosyte hyperplasique*** ou ***hypertrophique***. Cette tumeur n'est pas un fait exceptionnel dans les paralysiés traumatiques du nerf radial; nous l'avons rencontrée une seconde fois dans l'observation suivante, qni offre, en outre, un certain intérêt au point de vue thérepeutique.

Obs. III. — *Paralysie des nerfs radial et cubital droits, suite de luxation de l'épaule. — Perte de la sensibilité dans le petit doigt et l'annulaire. — Diminution de la contractilité électrique dans les releveurs du poignet. — Tumeur dorsale du poignet droit. — Guérison par la faradisation localisée, en 35 séances.*

M. L..., âgé de 52 ans, s'est luxé l'épaule droite en tombant d'une chaise au mois de mars 1868. Son coude porta aussi dans la chute et il s'y fit une forte contusion, qui fut suivie d'une douleur vive dans le trajet du nerf cubital, avec engourdissement du petit doigt et de l'index, incurvation des deux dernières phalanges de ces deux doigts et impossibilité d'opposer complétement le pouce à l'extrémité de ces deux derniers doigts. La luxation remise, on reconnut que l'extension du poignet sur l'avant-bras était abolie et que les divers mouvements des doigts et de la main étaient limités et affaiblis. Il gardait aussi un affaiblissement dans le mouvement d'élévation de l'épaule où il éprouvait de la douleur, même au repos. Pendant quatre mois, des vésicatoires, des douches et diverses pommades furent successivement employés contre cette paralysie sans l'améliorer. L'électrisation avec l'appareil de Gaiffe, avait aussi été essayée sans succès par le médecin ordinaire de M. L..., et il se produisit un amaigrissement notable du membre, plus particulièrement au niveau des muscles extenseurs des doigs et radiaux, dans le dernier espace interosseux et à l'éminence thénar.

M. L... nous fut adressé par son médecin au mois d'octobre 1868; outre les symptômes précédents, nous reconnûmes une diminution sensible de la contractilité électro-musculaire à la région antérieure de l'avant-bras, et une abolition de la sensibilité au petit doigt et à l'annulaire, dont les interosseux présentaient les signes de l'atrophie. De plus, il s'était produit sur la face dorsale de la main, à 2 centimètres environ au-dessous du poignet, une tumeur arrondie, assez consistante, siégeant au niveau de la gaîne des tendons de l'extenseur commun. Cette tumeur indolente et qui n'avait apparu qu'un mois environ après la paralysie, s'était développée progressivement et avait le volume de la moitié d'une amande; elle paraissait développée dans la gaîne des tendons de l'extenseur commun, au niveau desquels elle présentait de légères saillies et ne pouvait être déplacée latéralement.

En présence de cette paralysie, nous avions une double indication à remplir : 1° Maintenir les principaux muscles paralysés dans le rac-

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 avril.

lades indigents de cette ville et de l'ancien évêché de ce nom sont admis gratuitement à l'hôpital Jules (Julius-Hospital), qui dispose de revenus considérables et qui est administré par une commission spéciale nommée par le gouvernement. Cette commission se montre très-bienveillante envers le personnel enseignant. Le directeur, qui relève du ministre de l'intérieur, met libéralement à la disposition des professeurs tous les moyens matériels, instruments et réactifs, dont ils ont besoin.

A Munich, l'Hôpital général, où sont établies les cliniques, est un établissement municipal qui reçoit les malades moyennant une rétribution insignifiante. Le directeur est nommé par le roi. C'est un professeur de clinique, M. Lindwurm, qui est revêtu actuellement de ces fonctions. Il a sous ses ordres un inspecteur municipal qui est chargé des détails de l'administration matérielle. Le directeur prépare et instruit toutes les affaires importantes et en réfère à la municipalité. Appartenant lui-même à la Faculté, il favorise, dans la limite de ce qui est juste et possible, les intérêts de l'enseignement.

Dans la plupart des hôpitaux allemands, l'assistance n'est pas entièrement gratuite. Les malades disposant de quelques ressources acquittent, pour leur séjour à l'hôpital, une certaine rétribution, généralement peu considérable. Quand ils sont hors d'état de l'acquitter, leurs patrons, maîtres, ou, en général, ceux qui les emploient, sont tenus de payer à leur place. Les indigents qui ne relèvent de personne sont à la charge de la commune. Ce régime étant établi dans un hôpital, il est de règle que les malades indigents, traités dans les cliniques, sont à la charge du Ministère de l'instruction publique. L'administration de l'hôpital lui ouvre un compte qui est soldé sur le budget de l'Etat. Il en est ainsi à Vienne, à Prague, à Leipzig, etc.

A Vienne, les cliniques sont établies à l'Hôpital général (*Allgemeines Krankenhaus*), établissement grandiose, occupant une surface immense dans un des anciens faubourgs. Il possède une fortune particulière, qui est administrée sous l'autorité et le contrôle du ministre de l'intérieur. Mais les revenus ne suffisent pas pour couvrir les dépenses, et les malades sont admis moyennant une certaine rétribution, qu'ils payent ou qui est acquittée pour eux, comme je l'ai dit plus haut. Suivant la quotité de cette rétribution, les malades sont divisés en trois catégories.

Dans les cliniques, les indigents en traitement reçoivent les soins attribués à des malades de deuxième classe; mais l'Université n'acquitte pour eux que les droits afférents à la troisième classe.

A l'hôpital général de Prague, comme à l'hôpital de Leipzig, nous retrouvons une situation analogue. L'assistance n'y est pas tout à fait gratuite, et le ministère de l'instruction publique contribue aux dépenses occasionnées par les soins que les indigents reçoivent dans les cliniques. A l'hôpital de Leipzig, les trois professeurs de clinique ont à leur disposition 60 lits libres, où ils peuvent recevoir des malades de leur choix, les dépenses afférentes à ces 60 lits étant acquittées par le département de l'instruction publique.

Dans les trois villes que je viens de nommer, l'administration des hôpitaux est indépendante de l'autorité universitaire; il n'en est pas ainsi à Berlin. Dans cette capitale, la plupart des cliniques sont établies à l'hôpital de la Charité. A la tête de cet hôpital est placé un directeur, dont l'autorité s'exerce pleinement dans l'administration, comme celle des professeurs dans l'enseignement, mais qui relève, comme eux, du ministre de l'instruction publique.

On voit, par les indications qui précèdent, que les droits de la science et les besoins de l'instruction sont sauvegardés de diverses manières dans les cliniques allemandes, soit par la nature des rapports établis entre la direction et l'autorité universitaire, soit par la latitude laissée aux professeur d'admettre des malades dans un certain nombre de lits libres, soit, comme nous allons le dire plus loin, par le droit de recrutement qu'ils exercent sur tous les malades qui se présentent à l'hôpital.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 7 mai, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour. — 1° Lecture de M. Tissier, à l'appui de sa candidature, d'un cas de gangrène partielle du vagin à la suite d'un tamponnement fait avec le perchlorure de fer; — 2° Des Maternités, par M. Charrier; — Discussion sur la compression digitale directe et intermittente dans les cas de blessures antérieures; — 3° Discussion sur un cas d'expulsion spontanée d'un hystérome, présenté par M. Jules Worms.

courcissement, qui est une attitude favorable à leur bonne nutrition, ce que nous réalisâmes au moyen d'une palette, qui maintenait le poignet et les premières phalanges dans l'extension sur l'avant-bras; 2° ramener le mouvement et la nutrition dans les muscles paralysés au moyen d'une excitation appropriée; pour cela, les muscles paralysés furent électrisés trois fois par semaine, avec des courants à intermittences rapides, et de plus, la faradisation cutanée fut pratiquée sur la surface du petit doigt de l'annulaire et sur tout le deltoïde. Dès les premières séances, la contractilité électrique augmenta dans les extenseurs de la main et le poignet se releva assez rapidement. Mais la sensibilité du petit doigt et de l'annulaire et les mouvements d'opposition du pouce ne commencèrent à reparaître qu'après la 25e séance. Les mouvements du deltoïde avaient reparu en même temps qu'y disparaissait la douleur. La tumeur du dos de la main avait presque entièrement disparu au bout de deux mois.

Après trois mois de traitement, M. L... put reprendre sa profession d'organiste; il ne conserve aujourd'hui qu'une gêne légère dans l'opposition du pouce.

Nous retrouverons, dans cette dernière observation, la tumeur dorsale de la main que nous avions déjà signalée dans le fait précédent; ce n'est donc pas une exception dans l'espèce de paralysie qui nous occupe. Il est impossible de méconnaître son identité avec les tumeurs dorsales de la main, qui, suivant M. Gubler, accompagnent la paralysie saturnine des extenseurs du poignet (1) et qu'il a rencontrées ainsi dans un cas d'hémyplégie cérébrale, chez un enfant non saturnin (2). La présence de cette production morbide, dans des paralysies de causes si différentes, en éclaire singulièrement la nature et le mécanisme. On ne peut les rapporter ni à l'arthrite qui suit quelquefois l'intoxication saturnine, puisqu'on la rencontre dans des paralysies d'un autre origine (3), ni à la goutte. Faut-il l'attribuer au trouble de nutrition dépendant de l'alteration nerveuse, qui est la cause de ces paralysies partielles de l'avant-bras? Nous croyons qu'il est plus rationnel de la rapporter à l'attitude que conserve le membre paralysé; la flexion permanente du poignet sur l'avant-bras qui maintient les tendons des muscles extenseurs dans un état de distension continue, peut provoquer dans leurs gaînes une irritation suffisante pour les épaissir.

Le moyen thérapeutique employé pour les faire disparaître nous semble confirmer cette manière de voir; en effet, dans les cas ci-dessus exposés, de même que dans trois cas de paralysie saturnine, que nous nous réservons de publier dans un prochain travail, il nous a suffi, pour voir la tumeur disparaître ou au moins diminuer, même avant la guérison complète de la paralysie, de maintenir, à l'aide d'une gouttière ou d'un gantelet, le poignet dans une légère extension sur l'avant-bras et de mettre ainsi les extensions dans le raccourcissement.

Dans les trois observations que nous avons rapportées, nous rencontrons, comme caractère commun, une abolition ou une diminution notable de la contractilité électro-musculaire, et nous voyons le mouvement volontaire reparaître, même avant que cette contractilité musculaire n'ait recouvré sa force normale. La faradisation dans ces cas n'a donc pas agi par une sorte d'action mécanique ou gymnastique, et nous sommes forcés d'expliquer autrement les résultats thérapeutiques que nous avons obtenus. C'est ce que nous essayerons de faire après avoir, dans un prochain article, rapporté plusieurs observations de paralysies saturnines, qui montrent les heureux effets de la faradisation sur la nutrition, et la motilité des muscles dans cette forme toute spéciale de paralysie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 avril 1869. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Féréol demande, à l'occasion du procès-verbal, à présenter de nouvelles pièces à l'appui de l'observation dont il a entretenu la Société dans l'une des dernières séances. « Le malade, dit M. Féréol, dont je vous ai déjà présenté les pièces, était éminemment propre à démontrer l'action de l'urate de soude sur le tissu osseux. Voici un des doigts de la main droite. Il y avait un dépôt considérable dans les tissus fibreux qui entourent les articulations; en haut, une espèce de creux en forme de cupule dans laquelle la matière était accumulée. Au niveau de la première phalange, on remarque une altération profonde du tissu osseux; il n'y a plus de cartilages, l'os en a pris la place. J'ai voulu voir quelle était la constitution intérieure de l'os, et j'ai constaté que le tissu osseux est raréfié, tandis qu'au contraire le canal médullaire est agrandi et les cellules infiltrées d'urate de soude en quantité notable. On remarque en effet la présence de petits cristaux d'urate de soude très-reconnaissables. En résumé, tout le tissu dense des os longs paraît échapper à l'action de la goutte; c'est seulement dans le tissu spongieux et la moelle qu'on observe des dépôts d'urate de soude; on n'en trouve pas de traces dans le tissu osseux lui-même.

COMMUNICATION

Épanchement péricardique chez un enfant. — Ponction. — M. Roger présente à la Société le cœur et le péricarde d'une petite fille de 12 ans, morte, il y a quelques jours, dans son service, d'une affection du cœur.

Cette petite fille, dit M. Roger, a joui d'une bonne santé jusqu'à trois semaines environ avant son entrée à l'hopital; elle ne paraissait nullement phthisique. Lorsqu'elle est entrée, elle était alitée depuis huit jours, avec toux et fièvre. Elle entra à l'hopital le 23, avec la même toux persistante et de la dyspnée. A l'auscultation, je constatai un râle sous-crépitant et un peu de souffle bronchique du côté gauche. J'auscultai la région cardiaque et j'entendis un bruit de frottement. Dès le 10 avril, c'est-à-dire dix-sept jours après son entrée à l'hôpital, il se manifesta un épanchement considérable avec de la matité dans une étendue énorme; au bout de quelques jours, le foie était congestionné d'une façon considérable. Il était évident que cette petite fille succomberait si l'on ne parvenait à lever l'obstacle qui s'opposait au libre jeu de la circulation.

Le 15 avril donc, je me décidai, avec l'assistance de M. Labric, à faire une ponction dans le 6e espace intercostal; plus bas, on pouvait craindre de pénétrer dans le foie, et la pointe du cœur battait vers le 5e espace intercostal. J'avais annoncé qu'il devait y avoir des adhérences vers la pointe du cœur. J'introduisis donc mon trocart dans le 6e espace intercostal, au point intermédiaire à la ligne médiane du sternum et à la pointe du cœur. Je l'enfonçai de droite à gauche et un peu de bas en haut. Pas une goutte de liquide ne sortit par la canule lorsque j'eus retiré le trocart. J'enfonçai un stylet, et je sentis une très-forte résistance. Je réintroduisis alors mon trocart avec beaucoup plus de force, et pénétrai cette fois dans la cavité du péricarde. Un jet de liquide verdâtre s'échappa à ce moment par le canal et coula d'une façon continue. On retira 780 grammes de liquide, et encore il est probable que j'en laissai une certaine quantité. Je vis plus tard, à l'autopsie, que c'était bien du péricarde que j'avais retiré ce liquide. Après cette opération, la petite malade fut soulagée; elle alla même très-bien toute la journée; la nuit même fut bonne. Mais le lendemain, à sept heures et demie du matin, il se manifesta une anxiété excessive, une grande gène dans la respiration, accompagnée d'un grand tumulte du cœur; le pouls était insensible, l'agitation était extrême. Les extrémités étaient froides; le froid gagnait jusqu'à la bouche et aux lèvres; elle était bleue, cyanosée; enfin elle succomba à dix heures moins un quart. Sa mort était évidemment due à la formation de caillots dans le cœur, car il n'y avait pas de péricardite nouvelle : c'est ce que l'autopsie fit constater en effet. M. Roger présente, à l'appui de cette observation, le cœur de cette malade.

Anévrysme de l'aorte. — M. Vallin fait la communication suivante : J'ai observé dernièrement, dans mon service, un fait qui m'a paru assez curieux pour vous être raconté. Il s'agit d'un garde de Paris, de quarante-cinq ans, qui, jusqu'à près de six mois avant son entrée à l'hôpital, n'avait pas eu d'antécédents dignes d'être mentionnés. A cette époque, ses forces commencèrent à s'épuiser; il avait une toux quinteuse, mais sans expectoration; il était faible au point qu'il dut cesser de faire son service; et enfin, lorsqu'il entra à l'hôpital, il était pâle, défait, et se plaignait d'une douleur au côté gauche. Je n'eus pas de peine à diagnostiquer un épanchement pleurétique. Il y avait une sonorité très-faible, une matité relative, une absence complète de vibration respiratoire. Il y avait là une pleurésie. A l'auscultation du cœur, on percevait un souffle, mais qui ne dépassait pas la pointe du cœur et ne se propageait pas jusque dans les vaisseaux. Je me demandai les rapports qu'il pouvait y avoir entre cet épanchement pleurétique et cette affection du cœur. Le malade avait une extrême répugnance pour les aliments. La déglutition était difficile. Je pensai qu'il pouvait y avoir une tumeur située derrière le sternum, qui prenait sur l'œsophage. La voix était affaiblie, mais elle avait conservé son timbre normal; du reste, pas de bruits anormaux du cœur; le bruit systolique était seul un peu rude. Le malade présenta le même état pendant deux ou trois jours. Six jours après son entrée, il fut pris d'une hémoptysie assez abondante; le lendemain, pendant la visite même, le malade se leva subitement sur son séant, vomit une grande quantité de sang et expira sous nos yeux comme frappé d'un coup de foudre. A l'autopsie, on constata un épanchement pleurétique du côté gauche de 500 grammes, sans adhérences. Les poumons étaient injectés, mais sans tuberbules; le cœur était sain, sans altération des orifices. Une tumeur était adossée à la face postérieure de la bronche gauche, refoulant et comprimant l'œsophage. Cette tumeur n'était autre qu'un sac anévrysmatique de la crosse de l'aorte; un orifice considérable faisait communiquer l'artère avec ce sac.

Il y a très-peu de signes au moyen desquels on puisse reconnaître l'anévrysme de l'aorte ascendante; il n'y a eu absolument, dans ce cas, que la faiblesse des bruits respiratoires, signe qui du reste a été indiqué par beaucoup d'auteurs. Le diagnostic de ces sortes d'anévrysmes peut donc présenter quelquefois de très-grandes difficultés.

M. Vallin montre les pièces à l'appui de son observation.

M. Féréol rapporte qu'il a donné ses soins à un homme mort d'une hémoptysie, et qui présentait un anévrysme plus considérable que celui dont il vient d'être question; la faiblesse des bruits respiratoires était en effet, dans ce cas, le seul signe à attribuer à l'anévrysme. Ce qui confirme ce que vient de dire M. Vallin.

Tuberculose communiquée par ingestion de matière tuberculeuse. — M. Parrot présente un animal encore vivant (un cochon d'Inde), mais sur le point de mourir, auquel il a ingéré du tubercule, ce qui, dit-il, donne une nouvelle confirmation à des faits qui tendent à prendre une certaine importance. Cet animal, ajoute M. Parrot, se trouvait, avec un autre cochon d'Inde soumis comme lui aux mêmes ingestions, au milieu d'une colonie de cochons d'Inde, avec lesquels ils vivaient. Il n'y a que les deux qui ont été soumis à l'ingestion de matière tuberculeuse qui aient été atteints; les autres n'ont rien eu (1).

Goutte viscérale. — M. Jules Simon présente l'observation d'un cas de goutte viscérale dont était atteint un homme de 47 ans. Cet homme, jusqu'à l'âge de 27 ans, avait été assez maigre; il était grand mangeur, et usait des boissons alcooliques, ce que du reste explique le long séjour qu'il a fait aux colonies; à partir de cet âge il devint dypeptique et se trouva assez malade pour revenir en France; il alla à Vichy, puis retourna chez lui, où il se trouva beaucoup mieux pendant quelque temps; dix ans plus tard il fut atteint de la goutte aux orteils; il se traita énergiquement, il employa la liqueur de Laville. Il revint en France, le 3 juillet 1863; ce fut à cette époque, dit M. J. Simon, que je le vis pour la première fois. Il portait sur ses orteils les traces de ses accès de goutte antérieurs, mais il se plaignait surtout de son oppression; son cœur était volumineux, il était évidemment hypertrophié, mais il ne présentait pas le moindre souffle. Je n'en perçus pas, du moins, et aucune des personnes qui l'ont examiné n'en a trouvé. Le foie était volumineux, l'estomac très-sensible, les urines chargées de sels calcaires. Bientôt il est pris de coliques néphrétiques très-intenses; quant à sa goutte, elle est de moins en moins forte, et il ne s'en plaint presque plus. Mais ces coliques néphrétiques le font beaucoup souffrir; il ressent, en outre, une douleur abominable au creux de l'estomac; il vomit des matières très-putrides; il est pris de dyspnée; il a des accès de gastralgie et d'hépatalgie fort intenses; son foie augmente toujours de volume. C'est à ce moment que le vit M. Monneret. Nous l'examinâmes ensemble et trouvâmes un épanchement pleurétique du côté gauche, survenu à la suite d'un accès de goutte viscérale. Il part à la campagne en septembre, paraît s'en trouver bien, et revient en novembre. A cette époque il est pris d'un nouvel épanchement à droite. M. Gendrin le voit à ce moment-là; il ordonne des diurétiques et fait exercer le massage. Le malade, sous l'influence d'une abondante émission d'urine, diminue de volume, et éprouve un mieux apparent. Peu de temps après il devient faible, somnolent. Il est pris d'accès d'asthme, qui donnent lieu à des quintes de toux après lesquelles il crachait des matières semblables à du sirop de gomme. Concurremment à ces symptômes il était affecté du côté de la gorge d'une sorte d'angine, d'une éruption varioliforme. Bref, le malade ne tarda pas à succomber à son affection. En résumé donc : 10 ans de goutte ordinaire, après lesquels le malade est pris de dyspnée, de gastralgie, d'hépatalgie, de coliques néphrétiques; puis surviennent des épanchements pleurétiques. Le malade enfle et meurt. L'autopsie n'a pas été faite; mais il ne paraît pas qu'on puisse mettre en doute, dans ce cas, l'existence d'une goutte viscérale.

M. Guérard. J'ai eu occasion, il y a 25 ou 26 ans, d'observer un malade qui présentait des accidents analogues à ceux dont vient de nous entretenir M. Jules Simon. Ce malade a succombé à l'âge de 70 ans. Il avait tous les ans un accès de goutte qui l'obligeait à garder le lit pendant quelque temps. Il consulta plusieurs médecins. On l'engagea à ne rien faire. Un médecin cependant finit par lui appliquer des cataplasmes. La goutte des orteils disparut à ce moment. Bientôt après apparut un double épanchement pleurétique. Il fut examiné par MM. Andral, Louis et Chomel; on ne trouva jamais que deux épanchements pleurétiques. Pour moi, je n'ai pas hésité à attribuer ces accidents à la disparition de la goutte, bien qu'à cette époque on éloignât toute idée d'influence de la goutte sur les affections des viscères.

M. Gros. Dans l'observation de M. Jules Simon, ainsi que dans celle de M. Guérard, la goutte a précédé les accidents viscéraux; mais il n'en est pas toujours ainsi, et c'est quelquefois la goutte viscérale qui précède la goutte articulaire ordinaire. Le diagnostic est encore bien plus difficile dans ces cas; deux fois je me suis trouvé en présence de cas de ce genre.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 10 mars 1869. — Présidence de M. Verneuil.

(suite.)

Discussion sur les corps fibreux de l'utérus.

M. Blot. Mon intention n'est pas de faire un discours; elle est encore moins de faire une leçon et de convertir cette tribune, consacrée aux discussions entre collègues, en une chaire de pathologie chirurgicale.

M. Tarnier, dans son discours, a étayé d'une statistique les opinions qu'il a émises; mais une statistique n'est bonne qu'à la condition qu'on y fasse entrer des observations similaires, des faits de même nature. C'est ce que notre collègue a été loin de faire, car, dans le tableau qu'il nous a présenté, les faits bruts seulement sont produits, et il n'est pas tenu note des diverses conditions du volume des adhérences du siége pénis, de la mobilité, de la consistance, de l'ancienneté des tumeurs. Ainsi, pour ce qui concerne les applications de forceps, huit fois on a pu faire l'accouchement. Mais à quel moment le forceps a-t-il été appliqué? Cela n'est pas indiqué. Or, il y a de grandes différences dans les chances de succès, selon si on l'applique lorsque l'accouchement a commencé depuis deux jours, ou si le début du travail ne date que de quelques heures; si on y a recours dans un cas où l'accouchement spontané avait chance de s'opérer sans aucune intervention chirurgicale. Ce que je dis pour le forceps, je pourrais le répéter pour la version. Tout ce qu'on sait de l'examen du tableau de M. Tarnier, c'est que, dans un sixième des cas, l'accouchement a pu s'opérer spontanément.

Arrivons maintenant à ce qui concerne la marche de ces tumeurs. M. Guéniot nous l'a déjà dit, les faits de ramollissement apportés par M. Tarnier ne prouvent rien, car il eût fallu démontrer tout d'abord que ces kystes, avant d'être mous, avaient été durs. L'influence de la grossesse sur ces tumeurs est probable, elle n'est pas prouvée; mais toutes ces discussions doivent concourir à donner la solution d'une question de thérapeutique, c'est là le point important. Faut-il intervenir par l'accouchement prématuré? Faut-il attendre la fin de la grossesse?

L'accouchement prématuré n'est pas une opération à laquelle on puisse toujours revenir. Dans un cas observé par moi, à 7 mois le

(1) *Union médicale*, 1858, t. VI, p. 2, 15, 26.
(2) *Union médicale*, 1858, t. VI, p. 334.
(3) Nous traitons, en ce moment, une atrophie musculaire progressive, limitée aux membres supérieurs et dans laquelle, consécutivement à une atrophie encore incomplète de l'extenseur commun des doigts à droite, nous assistons au dévoloppement d'une tumeur exactement semblable.

(1) Dans une séance précédente, M. Parrot avait déjà montré à la Société les organes d'un cochon d'Inde chez lequel, à la suite de l'ingestion répétée de matière tuberculeuse, il s'était déclaré une tuberculisation généralisée. C'est celui dont il est fait allusion dans cette nouvelle communication. Voici en quelques mots son histoire. C'était un animal âgé de 4 mois, vigoureux, auquel il avait fait manger, le 4 décembre dernier, une boulette composée d'amidon et de 50 centigrammes de matière prise sur un poumon farci de tubercules. Le 25 janvier 1869, il était en bonne santé; on lui fit avaler quelques granulations enlevées sur le rein d'un enfant; le 27, on lui donne de la matière tuberculeuse retirée du sommet de l'un des poumons du même sujet. — Le 16 février, le cochon d'Inde avale un fragment de ganglion mésentérique caséeux. — Le 12 mars, on trouve l'animal mort. L'autopsie démontre une tuberculisation incontestable de tous les viscères, l'encéphale, le cœur et les reins exceptés. Les ganglions étaient particulièrement malades. — Ce cochon d'Inde vivait au milieu de plusieurs autres animaux, dont trois de la même portée, qui n'ont offert aucun indice de la maladie. Dans plusieurs autopsies de cobayes, morts en dehors de toute expérimentation relative au tubercule, jamais M. Parrot n'a rencontré de lésions tuberculeuses. Il se croit fondé, en conséquence, à rapporter les lésions constatées chez les deux animaux en question à l'absorption par le tube digestif de la matière tuberculeuse ingérée.

bassin était complétement rempli par la tumeur fibreuse. Pour pratiquer l'opération, il eût fallu faire d'abord la propulsion, qui n'était pas possible à cette époque, malgré le prétendu ramollissement de la tumeur.

J'ai été témoin d'un cas dans lequel il y eut ramollissement, et même disparition par suppression d'une partie notable de la tumeur, et cependant la femme n'était nullement enceinte. Il s'agissait d'une jeune Péruvienne, portant une tumeur fibreuse qui avait donné à l'utérus le volume qu'il a au cinquième mois de la grossesse. La vessie était plus refoulée en avant, comprimée contre le pubis; de là un besoin d'uriner, lequel, reparaissant toutes les dix minutes, empêchait cette pauvre femme de sortir de chez elle et de vivre de la vie du monde. Nous prescrivîmes de l'iodure de potassium. Tout à coup, sans que rien ne l'ait fait prévoir, la malade rendit du pus par le vagin. Je fus prévenu, et je constatai que la tumeur, que je n'avais pas vue depuis 15 jours, avait diminué de plus d'intensité depuis cette époque. Cette dame put rester quatre heures sans avoir besoin d'uriner.

Si pareille chose fût arrivée pendant une grossesse, on aurait certainement attribué à la suractivité physiologique de l'utérus le ramollissement de cette tumeur.

En résumé, mes conclusions ne sont pas modifiées.

Il faut s'abstenir en surveillant le malade, et n'intervenir qu'à la fin de la grossesse; mais nous ne sommes pas encore en mesure d'établir de quelle manière il faut intervenir par le forceps, la version, l'accouchement provoqué, etc.

M. TARNIER. J'ai à répondre à la fois à MM. Guéniot et Blot. L'argumentation de M. Guéniot peut se résumer ainsi :

Je prouve, par de nombreux exemples, que les tumeurs fibreuses de l'utérus, chez une femme non enceinte, peuvent se ramollir ou s'hypertrophier. Je crois qu'il y a deux formes de ramollissement : l'assouplissement de la tumeur, sa fonte purulente. Or, dans le cas de M. Guéniot, il y avait, non assouplissement, mais fonte purulente, et je dirai à M. Guéniot : Chez les femmes non enceintes; ces tumeurs s'hypertrophient et se ramollissent; il serait étrange qu'il en fût autrement par ce seul fait qu'il y a grossesse.

M. GUÉNIOT. Cela est incontestable.

M. TARNIER. Mais M. Guéniot ajoute : Quand la tumeur se ramollit chez une femme enceinte, ce n'est pas à cause de la grossesse, mais seulement par suite de la nature même de la tumeur. Cette question peut seulement être résolue par l'observation clinique; au point de vue de la thérapeutique, je crois que nous sommes à peu près d'accord, c'est là en définitive le point essentiel.

J'arrive maintenant à l'argumentation de M. Blot, et je crois nécessaire d'indiquer le point de départ du début, puisque dans la discussion il y a été souvent fait allusion par quelques-uns de mes contradicteurs. Une femme, observée par M. Guéniot, porte une tumeur fibreuse de l'utérus, elle est enceinte et ne doit pas tarder à accoucher; nous nous réunissons autour de son lit; je propose la version. MM. Blot et Depaul la repoussent, et M. Guéniot émet très-amicalement du reste qu'une telle pratique aurait constitué une faute grave.

Je croyais au contraire que cette conduite était la meilleure à tenir dans ces circonstances, et c'est aux faits antérieurs que je me suis adressé, pour savoir qui de nous était dans la vérité de l'expérience.

J'ai pu réunir 42 faits, je m'en suis servi. Fallait-il attendre que j'en eusse 400 ? Mais outre que j'aurais pu attendre inutilement, si ces faits se fussent produits de mon temps, d'autres observateurs en eussent demandé 4,000. Cet éternel reproche qu'on fait à la statistique n'est pas fondé, il ne s'agit pas de résultats chiffrés, il s'agit de résultats, d'observations rapprochées les unes des autres et étudiées comparativement. D'ailleurs, est-ce que M. Blot ne fait pas lui-même de la statistique, quand il nous oppose les trois cas qui lui sont personnels; seulement la statistique ne comprend que trois cas.

La réduction de la tumeur est une chose utile; on la produit quand on fait la version. Cette réduction n'est pas dangereuse, à une condition toutefois, c'est qu'elle soit faite avec prudence. M. Holz la place au premier rang parmi toutes les méthodes, et il la propose non-seulement pendant l'accouchement, mais même pendant toute la grossesse.

M. Blot repousse l'accouchement prématuré. Je l'ai fait une fois : la femme est aujourd'hui bien portante; l'enfant, il est vrai, a succombé, mais par suite de circonstances particulières qui ne sont pas en rapport direct avec l'opération. D'ailleurs, peut-on savoir comment les choses se présenteront à la fin de la grossesse, et ne peut-on pas être autorisé à croire qu'un fœtus de 7 mois passera là où un fœtus de 9 mois ne pourra plus passer?

M. Blot veut qu'on attende; mais, quand on aura bien attendu, est-ce que la tumeur aura disparu? est-ce qu'il ne faudra pas toujours agir? Sans doute nous ne pouvons encore formuler la conduite à tenir; mais nous pouvons dire : On peut avoir recours à la version, au forceps, à la rétropulsion de la tumeur, et il ne faut pas, lorsqu'on peut faire autrement, revenir à l'opération césarienne.

M. BLOT. M. Tarnier, en s'appuyant sur une statistique incomplète, agit comme le constructeur imprévoyant qui construit sa maison parce qu'il a sous la main quelques matériaux à utiliser, mais qui arrivé, au faite, en manque pour construire le toit.

Je ne crois pas, je le répète, qu'on doive intervenir absolument pendant la grossesse, et comme l'exputation me paraît préférable, je crois bon, sauf circonstances particulières, d'attendre jusqu'au moment de l'accouchement.

M. TARNIER. Je ne veux répondre qu'un seul mot à M. Blot, par rapport à ma statistique : Mieux vaut élever une maison sans toit, qu'un autre peut couvrir avec de nouveaux matériaux, que de laisser les matériaux enfouis au fond de ses carrières. (*A suivre.*)

La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 5 mai, à huit heures précises du soir.

Ordre du jour : — 1° Du traitement de la fièvre typhoïde par les reconstituants, par M. le docteur Papillaud. — 2° Du spéculum pneumatique appliqué au diagnostic de l'oreille, par M. le docteur Miot. — 3° Réflexions sur la paralysie histérique, par M. le docteur Collineau.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

PHILOSOPHIE NATURELLE

Unité des forces physiques. — Rapports de ces forces avec les actions organiques.

Nous avions l'intention de reprendre aujourd'hui, pour le terminer, l'examen des rapports sur les progrès de l'hygiène. Mais un sujet d'un intérêt puissant et d'un attrait irrésistible est venu se mettre à la traverse et s'imposer à notre plume. Déjà plus d'une fois, soit à l'occasion des cours de physique biologique, que M. Gavaret professe avec tant d'éclat à la Faculté de médecine, soit à l'occasion d'un petit livre très-remarquable dont l'auteur, que nous n'avons pas l'honneur de connaître, a bien voulu nous faire hommage (1), nous avions été tenté de faire trêve un instant aux sujets de nos études favorites, pour entretenir nos lecteurs, en termes généraux, du magnifique tableau des progrès de la physique moderne, que nous avions sous les yeux.

La présentation que M. Gavarret a faite, dans l'une des dernières séances de l'Académie de médecine, de la nouvelle édition française du livre du P. Secchi sur l'unité des forces physiques (2), nous fournit aujourd'hui l'occasion toute naturelle de réaliser ce projet. Bien que la médecine n'y soit point directement intéressée et qu'il n'y soit question que très-accessoirement et presque incidemment des sciences biologiques, le plaisir que nous avons éprouvé à parcourir ces pages, où les plus hauts problèmes de la science sont exposés avec une grande hauteur de vues et un merveilleux enchaînement, nous a fait penser que nos lecteurs n'y seraient point indifférents. Les quelques extraits que nous avons rapportés d'après les citations qu'en a faites M. Gavarret, étaient de nature d'ailleurs à piquer leur curiosité. Nous allons essayer de la satisfaire.

Démontrer l'unité des forces physiques, toutes réductibles à un fait unique, primordial, le mouvement, tel est l'objet du livre. L'idée de ramener toutes les forces physiques à un principe ou à un fait unique n'est pas nouvelle. Sans remonter aux hypothèses des anciens philosophes, et pour rester sur le terrain de la science moderne, cette idée qui avait déjà germé dans le grand esprit de Galilée, a frappé depuis et préoccupé presque tous les savants d'un esprit généralisateur. Cuvier, dans son *Histoire du progrès des sciences naturelles*, s'exprimait ainsi : « Une fois sortis des phénomènes du choc, nous n'avons plus d'idée nette des rapports de cause et d'effet. Tout se réduit à recueillir des faits particuliers, et à rechercher des propositions générales qui en embrassent le plus grand nombre possible. C'est en cela que consistent toutes les théories physiques, et, à quelque généralité qu'on ait conduit chacune d'elles, il s'en faut encore beaucoup qu'elles aient été ramenées aux lois du choc, qui seules pourraient les changer en véritables explications. » Le programme était déjà tracé. Beaucoup plus tard, un grand pas était fait dans cette voie par le physicien anglais Grove, qui entreprit, il y a une trentaine d'années environ, d'établir, non pas l'identité, mais la corrélation des forces physiques, ou en d'autres termes, la dépendance mutuelle et réciproque dans laquelle sont entre elles les diverses affections de la matière qui constituent l'objet principal de la physique expérimentale, la chaleur, la lumière, l'électricité, le magnétisme, l'affinité chimique et le mouvement : aucune d'elles, dans un sens absolu, ne ponvant être dite la cause de l'autre, mais chacune d'elles pouvant produire toutes les autres ou se convertir en elles. Grove était déjà bien près d'arriver à l'unité, car après avoir établi cette corrélation, il ajoutait : « Le mot *force*, quoique employé dans différents sens par différents auteurs, peut être défini dans sa signification limitée comme étant ce qui produit le mouvement ou ce qui résiste au mouvement. Je suis très-fortement enclin à croire que les autres affections de la matière que j'ai énumérées ci-dessus, sont et seront finalement résolues en modes de mouvement. » Quelque temps après la publication de l'ouvrage de Grove, un ingénieur et physicien éminent, Séguin aîné, confident et héritier des doctrines scientifiques de Montgolfier, réclamait en faveur de son parent et maître l'honneur d'avoir conçu et développé cette grande synthèse de l'identité de toutes les forces de la nature physique; et il arrivait lui-même par l'application de ce principe à constater l'équivalence mécanique de la chaleur ou de l'identité du calorique ou du mouvement, qui devait le conduire plus tard au développement de cette hypothèse, qui consiste à ne voir dans tous les corps que des assemblages divers d'une seule et même matière, dans tous les phénomènes que des mouvements imprimés à cette matière unique. Enfin, grâce aux immortels travaux de Joule et du docteur Meyer, en Angleterre et en Allemagne, et de Hirn, en France, la loi était formulée, et la théorie de la chaleur entrait définitivement dans la science.

Mais revenons au livre du P. Secchi, dont cette petite digression nous a beaucoup moins éloigné qu'on pourrait le croire. C'est, en effet, à l'exposition de l'ensemble des travaux qui ont concouru à fonder cette nouvelle synthèse scientifique qu'est consacré ce livre.

Trois ordres de phénomènes principaux constituent les manifestations des forces physiques analysées dans cet ouvrage. Ce sont : la chaleur, la lumière et l'électricité. L'étude des faits relatifs à ces trois ordres de phénomènes a conduit à considérer toutes ces actions comme purement mécaniques; d'où la conjecture qu'il en est de même de la force à laquelle obéissent les astres.

Les faits nombreux relatifs à l'agent producteur de la sensation de chaleur, le calorique, exposés et analysés dans le premier chapitre, conduisent à cette conclusion naturelle que pour expliquer tous les phénomènes calorifiques, l'inertie et le mouvement suffisent, tous ces phénomènes pouvant être ramenés à de véritables transformations de mouvement, en d'autres termes, que le calorique est un mode de mouvement de la matière.

L'analyse des mouvements lumineux apprend encore que la triple action de la lumière, qui, par l'intermédiaire de l'œil, nous met en relation avec le monde extérieur, vivifie la nature par son influence thermique et la modifie sans cesse par ses propriétés chimiques, se réduit également à des modes de mouvement d'un certaine substance ou milieu impondérable, l'éther, répandu dans tout l'univers, impreignant tous les corps et intervenant dans toutes les actions moléculaires et chimiques.

Enfin, le même mode d'analyse des faits et le même procédé de démonstration conduisent à montrer que tous les phénomènes magnétiques et électriques prennent leur origine dans le mouvement et s'y résolvent.

En résumé, les forces étudiées jusqu'ici comme spéciales et distinctes les unes des autres se révèlent toutes par des phénomènes qui prennent leur commencement et leur fin dans un mouvement.

Les attractions moléculaires ou affinités chimiques et l'attraction universelle ou gravitation n'échappent pas elles-mêmes à cette grande loi de l'univers. C'est là l'objet d'un des plus beaux et des plus remarquables chapitres de ce livre.

Ainsi, tout dans la nature physique est matière et mouvement, comme le professait déjà Galilée : mouvement de la matière pondérable, mouvement de la matière impondérable. « Ainsi disparaît, dit M. Secchi, cette légion de fluides et de forces abstraites qui, à tout propos, étaient introduits pour expliquer chaque fait particulier. »

Jusqu'ici, il n'a été question que de la matière inorganique qui était exclusivement l'objet des vues et des considérations que l'auteur se proposait de développer. Il n'entrait pas dans son cadre de parler de la matière organique et encore moins des lois et des actes de la vie végétale et animale, de ceux notamment « où une autre substance associée à la matière en modifie les opérations de telle sorte, que souvent les effets observés diffèrent beaucoup de ceux que produirait la matière inanimée abandonnée aux lois qui lui sont propres. » Cependant, comme les êtres qui sont le théâtre de ces opérations spéciales n'échappent pas à l'influence des agents physiques ordinaires, l'auteur de cette grande et belle exposition n'a pas cru devoir se dispenser d'entrer incidemment dans quelques considérations à cet égard. C'est sur ces quelques considérations, qui ont fourni le texte des citations faites par M. Gavarret à l'Académie de médecine, que nous désirions surtout appeler l'attention de nos lecteurs. Il nous a paru intéressant de connaître de quelle manière l'éminent savant qui a si admirablement résumé, dans ce petit volume, la synthèse de tous les progrès de la physique moderne envisageait les phénomènes biologiques et les rapports des forces physiques avec les actions organiques. Aux citations forcément écourtées et incomplètes de M. Gavarret, nous demanderons donc la per-

(1) *La Physique moderne, essai sur l'unité des phénomènes naturels*, par Émile Saigey. — 1 vol. in 12. Paris, 1867.

(2) *L'unité des forces physiques, essai de philosophie naturelle*, par le P. Secchi, membre correspondant de l'Institut de France, directeur de l'Observatoire de Rome, etc. — Édition originale française, publiée d'après l'édition italienne, sous les yeux de l'auteur, par le Dr Deleschamps. — 1 fort vol. in-12. Paris, 1869.

FEUILLETON

L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

DANS LES UNIVERSITÉS ALLEMANDES (1).

II.

CLINIQUES GÉNÉRALES.

Parmi les cliniques instituées dans les facultés de médecine allemandes, les unes sont générales, les autres spéciales. Je traiterai d'abord des premières, c'est-à-dire des cliniques médicales et des cliniques chirurgicales, qui sont la grande école du futur praticien.

Dans un sujet si vaste et si important, diverses questions se présentent à notre attention ; je vais les indiquer ici dans l'ordre où je compte les traiter successivement : *Nombre des lits affectés aux cliniques; choix des cas; méthodes d'enseignement; assistance du professeur par des aides; autopsies; fréquentation des cliniques par les étudiants.* Tels sont les points sur lesquels j'ai dirigé mon attention.

1° *Nombre des lits affectés aux cliniques.* — En général, le nombre des lits attribués aux cliniques n'est pas très-considérable. Si, à l'hôpital Jules de Würzbourg, M. de Bamberger dispose de 200 lits pour la clinique interne et celle des maladies syphilitiques et des maladies de la peau ; si M. de Linhardt compte 120 lits dans les salles affectées à la clinique chirurgicale, on peut dire que c'est là une situation exceptionnelle. Dans les plus grandes cliniques allemandes, le nombre des lits est en général moins considérable. M. le professeur Frerichs n'en compte que 70 à 75 dans les deux salles de son service, à l'hôpital de la Charité de Berlin. M. le professeur Oppolzer n'en a que 48 dans les salles de clinique interne, à l'hôpital général de Vienne. A l'hôpital général de Prague, le nombre des lits affectés à la clinique interne de M. le professeur Halla ne dépasse pas 30, et il suffit. Le professeur de clinique est en même temps médecin d'une division de l'hôpital, et dispose en cette qualité de 120 lits. Il a le droit, non-seulement de faire passer dans les lits de la clinique tous les malades de la division qui présentent de l'intérêt, mais encore de faire évacuer de la clinique tous les convalescents et les malades à affections chroniques, aussitôt que celles-ci ont cessé d'être instructives.

2° *Choix des cas.* — A l'hôpital général de Vienne, les dispositions suivantes assurent le recrutement des cliniques : les malades se présentent, pour l'admission, dans un bureau où ils sont examinés par un des médecins primaires ou divisionnaires de l'hôpital. Dans ce bureau d'admission, les cliniques envoient, à tour de rôle, des délégués ayant pour mission de choisir et de réserver pour l'enseignement les cas intéressants. Ces médecins sont les *médecins-assistants*, c'est-à-dire les aides du professeur. Le droit de prélèvement, qui est ainsi exercé au profit des cliniques et qui est aussi inscrit dans nos règlements est d'une haute importance au point de vue de la bonne direction des établissements dont il s'agit. S'il permet, d'un côté, de présenter, dans un espace et dans un temps relativement limités, une grande variété de cas pathologiques, il donne aussi la latitude de réunir des cas semblables, mais offrant dans les détails certaines différences ou particularités individuelles qu'il importe de faire connaître. On comprend que ce double avantage ne peut être obtenu qu'à la condition qu'un privilége soit attribué aux cliniques, en ce qui concerne le choix des malades. Il en est ainsi, non-seulement à Vienne et à Prague, mais à Berlin et dans d'autres universités allemandes.

Je ne veux pas quitter ce sujet sans ajouter que, dans les hôpitaux bien construits, les salles, même celles qui sont affectées aux cliniques, ne reçoivent généralement qu'un petit nombre de lits. Dans l'hôpital de Greifswald, chaque salle n'admet que 5 ou 6 lits. Et, chose plus importante, les professeurs de clinique ont à leur disposition des tentes et des baraques, ces dernières pouvant recevoir un plus grand nombre de lits, parce que la ventilation y est parfaite. L'emploi de ces constructions légères pour abriter des malades prend une extension et une importance de plus en plus grande, non-seulement pour le traitement des blessés et des opérés, mais même pour la guérison de maladies internes, telle que la fièvre typhoïde et le typhus. On le comprend : une des conditions les plus essentielles pour le salut des malades est le renouvellement de l'air.

3° *Méthodes d'enseignement.* — Je passe aux méthodes d'enseignement. La clinique est la démonstration de la maladie sur le malade. Elle exige plus qu'un développement oral de la part du professeur, plus qu'une audition de la part de l'étudiant; il faut que ce dernier soit en état de voir par lui-même et d'examiner de près. La visite d'hôpital doit être pour lui un véritable exercice pratique et le plus important de tous. On le comprend ainsi en Allemagne, comme le prouve le nom même par lequel on désigne les étudiants les plus avancés qui prennent part aux exercices cliniques : ce sont *les praticants*. Ils ne le deviennent pas immédiatement : pendant le pre-

(1) Voir le dernier numéro.

mission de substituer des citations plus complètes et qui feront mieux comprendre la pensée de l'auteur sur ces grandes questions tant agitées de nos jours. Voici ce que nous lisons dans le chapitre intitulé : Constitution de la matière, actions organiques :

« Les êtres organisés, envisagés sous le rapport de leurs fonctions matérielles, réactions chimiques et mouvements, sont soumis à l'empire des agents physiques, et comme tels, satisfont au principe fondamental de la dynamique, que le mouvement ne naît jamais de rien et qu'il résulte toujours d'un autre mouvement. Nous avons déjà vu que les radiations solaires sont la cause presque exclusive du travail végétal au sein des plantes; par une opération purement mécanique, elles préparent les composés organiques, après quoi leurs forces vives sont éteintes...

« ...Dans les animaux, ce sont les aliments qui, en brûlant au sein de l'organisme vivant, engendrent la puissance motrice nécessaire à la circulation des fluides au sein des tissus vivants, et de plus celle qui est dépensée en mouvements extérieurs; si bien que dans les moteurs animés, comme dans les autres, il y a conversion de chaleur en mouvement... Les physiologistes ont montré que les combustions internes s'accomplissent au sein des muscles, et non dans le poumon (1), comme on le croyait anciennement, la fonction de cet organe étant de permettre au sang de se débarrasser de l'acide carbonique et d'absorber sans cesse une nouvelle quantité d'air vital.

« Cet élément de l'activité des êtres vivants, pour être des plus importants, n'est cependant pas le seul; il faut aussi tenir compte d'une action spéciale, liée visiblement à une certaine disposition moléculaire, laquelle, une fois établie, permet à cette action de se continuer tant que les matériaux aptes à l'élaboration ne font pas défaut, et que la disposition est conservée intacte. C'est cette disposition nécessaire que nous nommons organisme.

« L'organisme suppose comme condition première une disposition convenable, qui en rende les parties constituantes capables de produire un double effet : 1° une action extérieure ; 2° une action intérieure qui assure la conservation du mécanisme lui-même. Cette disposition ne peut spontanément prendre naissance au milieu de la matière brute, elle y réside à l'état de germe; et un germe suppose des conditions, qui ne peuvent être réalisées par une simple combinaison effective d'après les lois qui régissent les molécules de la matière organique.

« ...De l'union de l'oxygène, de l'hydrogène et du carbonne, de quelque façon qu'on les assemble, alors même que la loi des proportions est scrupuleusement observée, ne sortira jamais une molécule végétale vivante. On a obtenu certains des produits qui s'élaborent dans les tissus végétaux ou animaux, mais non les tissus eux-mêmes organistes. On a obtenu des substances *organiques*, une substance *organisée* jamais, et encore moins un *organisme*. La génération spontanément opérée par les seules forces de la matière brute est une impossibilité, et jusqu'ici, elle n'est prouvée par aucune expérience exempte d'objection; il en est de même de la transformation des espèces, etc....

« ...Il existe à la vérité dans la nature une admirable série d'êtres, un déploiement merveilleux de formes, les unes très-simples, les autres très-complexes, une variété infinie d'organismes, depuis les plus rudimentaires jusqu'aux plus élevés; mais les lois de la matière ne suffisent pas à donner la raison de cette diversité, et il est nécessaire de reconnaître un principe libre qui, dans le choix et la coordination des formes, a assigné, parmi l'infinie variété des formes possibles, celles qui étaient en harmonie avec les lois primordiales des forces physiques librement établies par lui. »

« Les forces physiques et chimiques ordinaires servent à la conservation de l'état organisé, à son accroissement et à sa reproduction. Envisagé sous ce rapport, un être vivant parcourt une série de phases parfaitement comparables à ces machines dont le mouvement est entretenu par un ressort ou une pile électrique; une fois montées, elles exécutent une série de mouvements déterminés jusqu'à ce que le ressort soit détendu ou la pile épuisée.

On doit éviter l'exagération dans un sens comme dans l'autre, et s'il ne faut pas refuser aux forces physiques l'activité qu'elles possèdent, il ne faut pas davantage leur attribuer celle qu'elles n'ont pas. Envisagés superficiellement, certains phénomènes de la matière brute semblent indiquer qu'il existe en elle une autre substance, un principe différent de la matière ; mais une analyse plus rigoureuse des faits a ramené ces forces à n'être, comme toutes les autres, que des mouvements spéciaux de la matière. Il en est de même de la force végétale, qui résulte d'un organisme particulier. Mais ni l'organisme, ni toutes les forces qui opèrent en lui, ne nous donneront jamais la raison du principe de la sensibilité, et encore moins du principe intelligent auquel il est constamment associé.

« .... Plusieurs des phénomènes que nous voyons se produire dans les animaux, et ceux auxquels participe notre propre individu, sont tels qu'ils ne peuvent être rapportés seulement au jeu des forces régissant la matière brute ; donc partout où ces phénomènes se traduisent à nous, il est nécessaire d'admettre une autre espèce de forces.

« Cela devient surtout indispensable lorsqu'on examine l'ensemble des manifestations rationnelles de l'homme, car, suivant une remarque fort judicieuse de Tyndall (Discours d'inauguration de la Société britannique de 1868), quand même nous arriverions à connaître les mouvements qui, dans les fibres cérébrales, accompagnent nos sensations, il resterait toujours à expliquer comment nous avons la *conscience* de ces impressions. Entre cette conscience et la modification de l'organe s'étendra toujours un abîme que le matérialisme ne pourra franchir, parce qu'il se trouve là en présence de quelque chose qui diffère en tout de la transformation d'un mouvement en un autre.

Cette conscience n'est, en somme, que la modification de l'être pensant, c'est un phénomène qui n'a rien de commun avec le mouvement, et qui, d'après le sens intime n'a rien de matériel. On a dit, et peut-être avec raison, que sans le phosphore, il n'y a pas de pensée, mais on peut ajouter que sans oxygène il n'y a pas de pensée non plus, car étant donné qu'une matière est nécessaire à la formation de l'organe perceptif, il ne s'ensuit pas que cette matière constitue la perception elle-même, c'est-à-dire la conscience. Ainsi l'étude attentive de la matière conduit à admettre en nous un principe immatériel qui régit et commande. Jusqu'à quel point ce principe immatériel domine-t-il la matière ? nous l'ignorons ; et probablement c'est en exagérer l'importance que de vouloir, à l'exemple de quelques-uns, le substituer à toutes les forces physiques nécessaires au développement de l'organisme. Toutefois la divergence d'opinion qui règne encore sur la question de savoir quelles sont les limites du principe dominateur de la matière organisée n'autorise qui que ce soit à nier l'existence de ce principe. »

Nous terminerons là ces citations. On y trouvera certainement l'expression fidèle de tout ce que la science moderne nous offre de plus avancé, et on ne peut qu'y puiser des encouragements nouveaux, à demander aux sciences expérimentales de poursuivre et d'achever l'œuvre d'assimilation et de réduction des phénomènes organiques aux phénomènes et aux lois générales de la matière. Mais on y verra aussi, tracée de main de maître, la limite imposée à ces recherches, celle où commence la nécessité d'en appeler, pour l'étude de ceux des phénomènes de la vie qui échappent à ces lois, à des méthodes et à des procédés différents.

Sans nous élever ici jusqu'à la considération des faits de l'ordre psychologique, que l'on ne sépare qu'arbitrairement et par une abstraction volontaire de l'étude de l'organisme vivant, et pour rester dans le domaine de la physiologie, l'étude même des faits d'évolution organique ne nous montre-t-elle pas que si des conditions matérielles spéciales sont incessamment nécessaires pour donner naissance à des phénomènes de nutrition ou d'évolution déterminés, il y a à considérer, au-dessus de ces conditions matérielles, le plan, la forme, ou, en d'autres termes, la loi d'ordre et de succession, qui donne le vrai sens des phénomènes. Les phénomènes physico-chimiques qui se passent dans les corps vivants, dit M. Cl. Bernard, sont exactement les mêmes quant à leur nature, quant aux lois qui les régissent et quant à leurs produits, que ceux qui se passent dans les corps bruts; ce qui diffère, ce sont les procédés et les appareils à l'aide desquels ils se sont manifestés, procédés et appareils qui impliquent nécessairement l'idée d'une force spéciale. Si les forces *exécutives* des phénomènes organiques, dit encore cet éminent physiologiste, sont les mêmes que dans les corps bruts, les forces directrices et évolutives des phénomènes sont autres; elles sont vitales.

Nous ne voudrions pas terminer cet aperçu, à l'occasion du livre du P. Secchi, sans adresser ici nos remercîments et nos félicitations à l'auteur de l'édition originale française, M. le docteur Deleschamps, qui s'est montré à la hauteur de la tâche difficile qu'il s'est imposée, non-seulement en traduisant fidèlement le texte de l'ouvrage original, mais en y ajoutant encore des développements qui ont eu l'approbation de l'auteur.

Dr Brochin.

(1) Il aurait fallu dire : et non exclusivement dans le poumon.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a entendu hier la lecture de la première partie du résumé du rapport sur le choléra de 1854 et de 1855 et 1866, fait au nom de la commission du choléra par son rapporteur, M. Barth. C'est un document considérable, dont le résumé ne pourrait lui-même donner qu'une idée incomplète et qui ne pourra devenir l'objet d'une discussion utile que lorsque tous les documents auront été mis sous les yeux des académiciens. C'est ce que plusieurs membres ont réclamé avec beaucoup de raison. La même demande a été faite, à cette occasion, pour le rapport de M. Blot sur l'hygiène des nourrissons. Nous voici donc avec la perspective de deux discussions prochaines d'un très-grand intérêt.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'un membre dans la section d'anatomie et physiologie. M. Vulpian, ainsi qu'on s'y attendait, a été élu à une très-grande majorité.

Dr B...

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut.

Des névroses congestives de l'encéphale.

Je vais aborder aujourd'hui un sujet dont les difficultés devraient peut-être m'éloigner ; mais son intérêt est si réel et l'occasion si pressante que je ne puis me défendre de vous en parler. Bien qu'il ne s'agisse que d'enfants, mes paroles devront passer sur leur tête pour atteindre le champ de la pathologie adulte et s'élever aux sommets les plus hauts de la clinique générale.

Il s'agit des *névroses congestives de l'encéphale* et de *la pseudo-méningite*, dont vous avez deux exemples sous les yeux. Toutefois, en abordant ce sujet encore peu exploré, je ne m'avancerai qu'avec circonspection, sans quitter le terrain de la physiologie et de la clinique pour ne rien livrer aux incertitudes de l'hypothèse ; car ici, comme vous avez pu en juger, tout est marqué au coin de l'observation exacte et de la sévère appréciation des phénomènes pathologiques.

Depuis les nouvelles expériences de Pourfour Dupetit, de Legallois, de Bernard, de Schiff, de Brown Sequard, sur l'action qu'exerce le grand sympathique sur les circulations locales exagérées ou amoindries, on sait, qu'en dehors de la pression du cœur, sous l'influence d'une hypersthénie ou d'uue hyposthénie vasculaire locale, il se fait une anémie (ischémie) ou une congestion des tissus dans un organe ou dans une portion d'organe.

---

mier semestre, ils sont inscrits comme auxiliaires. C'est un temps de préparation qui précède la période d'activité.

Si l'enseignement est essentiellement pratique dans toutes les cliniques allemandes, la méthode employée n'est pas la même partout. Tantôt le professeur examine le malade et le fait examiner par les élèves pratiquants, devant tous les étudiants réunis dans un amphithéâtre; tantôt la visite a lieu, comme chez nous, dans les salles de l'hôpital, où les élèves suivent le professeur. Le premier mode est usité à Berlin, à Greifswald et dans d'autres universités prussiennes; le second, à Prague, à Vienne, à Würzbourg, à Munich.

Je vais raconter comment les choses se passent à Berlin dans la clinique interne de M. le professeur Freerichs. La leçon a lieu de onze heures à midi. Les élèves sont réunis au nombre de 150 dans un amphithéâtre bien éclairé. Dès que le professeur est entré, on apporte un malade couché dans son lit. Le médecin-assistant donne lecture des circonstances de la maladie, telles qu'elles résultent d'une interrogation et d'un examen préalable; il appelle deux pratiquants, qui viennent se placer au pied du lit. Alors commence l'exploration des organes ou l'examen sommaire des urines. Le professeur invite les pratiquants à y procéder ; il les dirige, il les contrôle, il les interroge sur la nature des symptômes observés, sur le mode de traitement. Souvent il fait passer dans l'auditoire des représentations graphiques, propres à indiquer les phases du pouls et de la température. En un mot, il fait une leçon clinique. Ces développements étant épuisés, on apporte un autre lit et un autre malade, et les mêmes exercices recommencent pour deux autres pratiquants; suivant leur durée, trois, quatre, cinq malades peuvent être examinés successivement et passer en quelque sorte sous les yeux de tout l'auditoire. Il faut ajouter que les étudiants sont tenus, en outre, de suivre la visite du soir, qui est faite par le médecin-assistant.

Il faut convenir que cette obligation de se soumettre à un examen long et quelquefois pénible, et d'assister aux développements auxquels il donne lieu, peut devenir, pour beaucoup de malades, une source d'incommodité et une source d'inquiétude. En conséquence, sans vouloir nier que ce mode d'enseignement soit de nature à offrir des avantages dans certains cas particuliers, je n'estime pas qu'il puisse servir de modèle et de règle. Il est accepté pourtant par beaucoup de professeurs, et ne soulève pas, on me l'a assuré, les plaintes des malades. En ce qui concerne ces derniers, il faut penser que le sentiment qui domine chez eux, c'est de guérir. A ce point de vue, l'examen minutieux dont ils se voient l'objet leur est une garantie et une consolation.

La méthode d'enseignement clinique en usage à Prague, à Vienne, à Munich, à Würzbourg, se rapproche de celle qui est appliquée chez nous : l'examen du malade a lieu dans les salles; les élèves-pratiquants y sont distribués, chacun d'eux étant attaché à plusieurs lits. Pendant la visite, ils sont admis à prendre part, sous le contrôle du professeur, à l'exploration des organes, à s'expliquer sur la nature du cas, à recevoir les éclaircissements nécessaires. Au besoin, ils visitent le malade dans la journée, en présence du médecin-assistant. Souvent le maître entre dans des développements étendus, soit au pied du lit, soit au milieu de la salle, où ses élèves se groupent autour de lui. Cette exposition remplace la leçon clinique qui a lieu, chez nous, à l'amphithéâtre, après la visite.

4° *Assistance du professeur par des aides.*— Dans tous ces travaux, le professeur est secondé de la manière la plus efficace par les médecins-assistants qui sont placés sous ses ordres. Ces aides ont les attributions de nos chefs de clinique et de nos internes. Ils sont nommés par la Faculté, sur la présentation du professeur. Ils sont tous docteurs, et le diplôme est une des conditions de leur emploi. Leurs émoluments sont plus élevés que ceux de nos chefs de clinique. A chaque chaire sont généralement attachés deux médecins-assistants (*assistenz-aerzte*) ou un médecin-assistant et un médecin en second (*unterarzt*), comme cela a lieu à Greifswald, par exemple. L'un d'eux au moins est logé à l'hôpital. Suivant les besoins du service et les convenances personnelles, les professeurs de clinique ont le droit de s'attacher, indépendamment des assistants officiels, des médecins auxiliaires bénévoles. M. le professeur Oppolzer dispose actuellement, dans sa clinique interne et pour la policlinique dont il est chargé, de quatre médecins-assistants, deux officiels et deux bénévoles, ces derniers choisis parmi les professeurs particuliers. Chacun d'eux a des attributions distinctes, l'un étant chargé spécialement des observations laryngoscopiques, un autre s'occupant de préférence d'électrothérapie, celui-ci des maladies des oreilles, celui-là de gynécologie. Tous font profiter les élèves de leur expérience particulière.

Je ne veux pas m'étendre sur les attributions des médecins-assistants ; les plus importantes sont l'examen préalable des malades, les soins urgents à leur donner, les visites du soir, la rédaction des observations. J'ajoute que toutes les observations sont recueillies dans les cliniques des universités prussiennes, et que le tableau général en est adressé, chaque année, au ministre de l'instruction publique, avec un rapport du professeur compétent.

(A suivre.)

Depuis les recherches de Bernard, de Brown Sequard et de Budge sur les anastomoses du sympathique avec la moelle et ses différents centres d'action reflexe, tels que le centre *cilio-spinal*, le centre *thoracique*, le centre *génito-spinal*, etc., on sait que les maladies de la moelle exercent sur les nerfs vaso-moteurs et sur leur circulation respective une action variable dont l'effet est l'anémie, la congestion et l'inflammation des départements organiques sous la dépendance de tel ou tel îlot spinal.

On sait aussi, d'après quelques expériences de Bell, de Magendie, de Bernard, sur les mouvements reflexes, que les excitations d'un organe peuvent remonter à la moelle et se réfléchir sur un organe de manière à constituer certaines sympathies morbides telles que des convulsions, des paralysies et des contractures vaso-motrices. Cela a été dit aussi dans le livre de *la Science de l'homme*, par le célèbre Barthez, qui savait unir les connaissances physiologiques très-précises à la plus haute philosophie.

Enfin, dans la chlorose et l'anémie, qui agissent beaucoup sur l'innervation du grand sympathique, tous les médecins savent qu'il y a des vertiges plus ou moins violents, des paralysies sensoriales telles que l'analgésie ou l'anesthésie, des congestions passagères de la face, des hémorrhagies nasales, des congestions pulmonaires qui prédisposent à la phthisie, quelquefois des hémorrhagies utérines de menstruation, d'autant plus redoutables qu'elles affaiblissent des malades qui n'ont pas besoin de l'être. Dans cette maladie, se montrent, plus que dans toute autre, de tels troubles dans les circulations locales, qu'il y a une anémie générale compliquée d'anémie ou d'ischémie plus grande sur certains points, tandis qu'il y a de l'hypérémie passagère sur d'autres organes.

Pour celui qui est au courant de ces observations, aussi curieuses que réelles, la réflexion lui montrera bien vite tout le profit que la clinique peut en retirer. Brown Sequard en a tiré bon parti à l'occasion de quelques paraplégües dites reflexes, et, à mon tour, je l'ai fait pour beaucoup d'autres maladies, notamment pour les *deux cas de pseudo-meningite par névrose congestive de l'encéphale* que vous avez sous les yeux.

Deux jeunes filles, presque pubères, mais non réglées, ayant des signes de chlorose avec de la gastralgie, sont prises de violentes douleurs de tête, de vomissements, de fièvre, et l'une de constipation, tandis que l'autre avait une incontinence stercorale et urinaire. Dans un de ces cas, les douleurs de tête étaient si violentes que, pendant plusieurs jours, l'enfant poussait des cris a empêcher de dormir tous les malades. Au reste, voici ces deux observations :

Obs. I. — *Névrose congestive de l'encéphale et pseudo-méningite, névrite optique.*

Jeanne D..., âgée de 14 ans, entrée le 2 mars 1869, au n° 24 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants malades, service de M. Bouchut.

Cette enfant, fort développée, pubère, mais non réglée, n'a jamais été malade ; a été prise il y a quatre jours de maux de tête avec vomissements, un peu de constipation et fréquence du pouls sans irrégularité. Les douleurs de tête venaient par moments irréguliers, et surtout la nuit ; les vomissements étaient très-fréquents ; l'enfant ne pouvait rien garder et vomissait 3 fois par jour.

A l'hôpital, elle a vomi plusieurs fois, et elle a conservé des maux d'estomac avec un peu de fièvre ; — un peu d'appétit ; — constipation très-forte ; une selle depuis huit jours. — Elle est pâle, a de fréquentes palpitations, et un bruit de souffle carotidien à double courant. Pouls, 62.

Dans les deux yeux, hyperémie extraordinaire de la choroïde et de la circonférence du nerf optique, à ce point que les contours sont presque effacés ; le centre du nerf optique est extrêmement blanc, avec excavation, et les vaisseaux sont déjetés sur le côté externe ; les veines et les artères sont très-pâles.

Les douleurs de tête ont continué pendant 15 jours, ainsi que les douleurs d'estomac, mais les vomissements ont cessé — et les garde-robes se sont rétablies.

A ce moment, les maux de tête ont disparu, mais il y avait toujours de la gastralgie et un peu de constipation, pas de fièvre.

Traitement. — Sulfate de quinine, 20 centigr. et opium, 1 centigr. avant chaque repas.

Les yeux perdirent peu à peu leur congestion, mais ils la conservaient en partie.

Chez cette enfant, les phénomènes du début faisaient craindre une méningite. En effet, douleurs de tête vives ; vomissements continuels ; constipation de huit jours ; une fièvre suivie de ralentissement du pouls et avec cela une névrite optique, on pouvait hésiter.

Cependant, sous l'influence du sulfate de quinine, les douleurs de tête ont cessé, et lorsqu'il ne resta plus que la gastralgie, l'opium, à 1 centigr. avant chaque repas, en fit justice. En quinze jours l'enfant fut guérie. Ce n'était donc pas une méningite, et cependant que pouvaient être ces accidents cérébraux de *pseudo-méningite?* Une congestion cérébrale chlorotique, c'est-à-dire d'une *névrose congestive de l'encéphale !* Peut-être, mais cela est à discuter.

L'enfant pubère, mais non formée, était relativement à ses apparences physiques faite en état d'aménorrhée.

De plus elle était pâle, *chlorotique*, ayant une *gastralgie* continuelle et des *névralgies* irrégulièrement périodiques de la tête.

En présence de ces symptômes, j'ai pensé que sous l'influence de l'aménorrhée et de l'état chlorotique, il s'était fait une congestion locale des méninges et du cerveau, se traduisant par les phénomènes cérébraux, de céphalalgie, de vomissements et de constipation avec ralentissement du pouls. J'en ai trouvé la preuve par la cérébroscopie, qui m'a permis de constater l'hypéremie du nerf optique annonçant l'hypéremie des capillaires cérébraux, tandis qu'il y avait pâleur des artères et des veines rétiniennes, ce qui eût été le contraire en cas de méningite.

Obs. II. — *Névrose congestive de l'encéphale. — Pseudo-méningite. Cris hydrencéphaliques. — Névrite optique.*

Camille B..., 13 ans, entrée le 16 novembre 1867. Cette enfant a passé un mois à l'hôpital, il y a deux mois (août), pour une gastralgie chlorotique, puis elle est allée à la maison de convalescence pendant cinq semaines, où elle s'était rétablie, ot à peine rentrée chez elle, au bout de trois jours, elle a eu des douleurs d'estomac, quelquefois des vomissements plusieurs fois par jour, et des douleurs de tête à crier.

État actuel. — Enfant très-pâle, amaigrie, avec douleurs de tête extrêmement vives. Un peu d'appétit, pas de vomissements, garde-robes naturelles, involontaires ; urines également involontaires. L'enfant ne tousse pas, n'a rien de particulier dans la poitrine ; ventre souple, indolent ; l'enfant a une somnolence presque continuelle ; peau chaude ; pouls régulier, 116.

Aucun trouble visuel ; les deux papilles sont pâles, aplaties, grisâtres, confuses. Les vaisseaux veineux ne présentent point de dilatation et sont au contraire rares et amincis.

22 novembre. — Depuis 15 jours, l'enfant est à peu de chose près dans le même état. Elle a eu de temps à autre quelques vomissements, des urines involontaires, de la somnolence, et comme épisode caractéristique, des douleurs de tête horribles localisées dans la tempe gauche. Ces douleurs résultent d'élancements presque continuels, accompagnés de cris très-aigus. Par moment, le pouls est intermittent et irrégulier. L'enfant ne tousse pas et n'a rien dans la poitrine. Elle entend les battements de son cœur, qui sont accompagnés d'un faible bruit de souffle à la base et au 1er temps.

La vue est légèrement brouillée et les papilles petites, un peu irrégulières, sont très-pâles, elles ont pris depuis quinze jours une teinte nacré, plus brillante, et les veines sont extrêmement petites et rares.

Sulfate de quinine, 25 centigrammes.

6 octobre. — Le sulfate de quinine à cette dose pendant trois jours n'avait pas modifié la situation, on y joignit une injection hypodermique de morphine, qui ne soulagea que très-incomplétement ; de temps à autre reviennent encore les crises les plus douloureuses dans le côté gauche de la tête, accompagnées de cris très-aigus. — Il y a eu encore quelques vomissements, des selles régulières, de la lenteur avec inégalité du pouls.

La dose de quinine fut portée à 50 centigrammes.

Le lendemain il y avait une amélioration plus grande, et le jour d'après les douleurs de tête avaient complétement cessé. Plus de vomissements, bon appétit ; selles naturelles ; pouls ralenti, un peu inégal ; même état des yeux. L'enfant peut se lever. Sulfate de quinine, 50 centigrammes.

Le 20 janvier 1868. — *Exeat.*

L'année suivante, 1869, C. B... revint à l'hôpital dans mon service, toujours non formée, très-pâle, ayant des douleurs d'estomac et une double névralgie de la cinquième pane tolérable, qui produisait une rougeur très-grande des paupières, sans gonflement, ni larmoiement, ni trouble visuel.

Le sulfate de quinine et l'opium avec du sous-carbonate de fer la guérit, et elle sortit le 4 avril 1869, pour aller passer un mois à la campagne dans notre Asile de convalescentes. — Cette fois ses yeux étaient à peu près dans leur état normal, et il n'y avait qu'une faible hyperémie de la papille.

Voici maintenant le résumé de deux autres faits que j'ai observés il y a un an.

Obs. III. — *Névrose congestive de l'encéphale.*

La nommée U..., âgée de 9 ans, entrée à l'hôpital des Enfants, n° 14 de la salle Sainte-Catherine (M. Bouchut), le 16 janvier 1868, est partie le 26 du même mois.

Cette enfant, habituellement bien portante et bien constituée, souffre de la tête à la région frontale depuis trois semaines. Elle n'a pas d'appétit, ne souffre pas de l'estomac, et elle vomit très-fréquemment, sans avoir de fièvre ni de modifications de pouls, et sans présenter de somnolence, de paralysie, de convulsions, ni aucuns des phénomènes cérébraux.

Elle a une forte congestion de la papille.

On lui donne des bains qui ne changent rien à la situation, et elle sort de l'hôpital dans le même état.

Chez cette enfant, ne pouvant admettre l'existence d'une migraine, en raison de la longue durée des accidents qui dataient de trois semaines, je pensai qu'il existait une simple névralgie frontale ou une névrose congestive du cerveau.

J'écartai l'idée de la névralgie en raison de son siége sur le front plutôt que sur le trajet du nerf frontal, et à cause des vomissements répétés, et l'examen à l'ophthalmoscope montrant une forte congestion de la papille, indice d'une hypérémie cérébrale de même nature, j'en conclus qu'il y avait là une névrose congestive de l'encéphale.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 4 mai 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus annuels des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Creuse et dans les arrondissements de Gap, de Briançon et d'Embrun (Comm. des épidémies) ; — 2° une note sur l'emploi des bains turcs, par M. le docteur Lippert (de Nice) ;—3° des rapports sur le service médical des eaux minérales de Saxons (Suisse) ; — de Charbonnière (Rhône), par M. le docteur Finaz ; — d'Enghien (Seine-et-Oise), par M. le docteur Depuizay (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Voillemier, qui se présente comme candidat pour la section de médecine opératoire ; — 2° une lettre de M. Victor Legros (d'Aubusson), qui sollicite le titre de membre correspondant ; — 3° une note de M. le docteur Alex. Meyer sur les moyens pratiques de ramener à ses limites naturelles la mortalité du premier âge en France (Comm. de la mortalité des enfants) ; — 4° un mémoire sur l'ascite rhumatismale, par M. le docteur Louis Ducloux (de Toulouse. [Comm. MM. Bouillaud, Barth et Marotte) ; — 5° la relation de l'épidémie cholérique de la Guadeloupe en 1865 et 1866, par M. le docteur Walther, médecin en chef de la marine (Comm. des épidémies).

M. Tardieu présente une brochure sur les caractères qui établissent la viabilité chez les nouveaux nés, par M. le Dr Gery père ; — 2° un article sur le curare, par M. le docteur Auguste Voisin, extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.*

M. Durand-Fardel fait hommage à l'Académie d'un volume intitulé : *Traité clinique et thérapeutique du diabète.*

M. Huguier, à l'occasion du procès-verbal, et à propos de la communication faite dans la dernière séance, par M. Depaul, signale les inconvénients du procédé de la ligature en masse du pédicule des tumeurs, lorsque ce pédicule est trop volumineux et qu'il dépasse, par exemple le volume du petit doigt. Il arrive alors ce qui est arrivé à M. Depaul, que la ligature se relâche et qu'une hémorrhagie se produit. Un moyen prompt, simple et facile déviter ces inconvénients, c'est de traverser le pédicule par une aiguille cylindrique droite ou courbe, armée d'un fil double, et de le diviser en deux parties égales, dont on pratique la ligature séparément.

M. Depaul répond qu'il n'avait lié le pédicule que pour atténuer l'hémorrhagie consécutive à la section du pédicule, en attendant la ligature des vaisseaux.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. La commision présentait :

En 1re ligne : M. Vulpian ;
2e — M. Marey ;
3e — M. Luys ;
4e — M. Armand Moreau ;
5e — M. Larcher.

Le nombre des votants était de 73 ; majorité, 37. M. Vulpian obtient 50 suffrages ; M. Larcher, 9 ; M. Marey, 7 ; M. Luys et M. Moreau, 2. Un billet blanc et une voix perdue.

En conséquence, M. Vulpian est nommé membre de l'Académie.

RAPPORT SUR LE CHOLÉRA

M. Barth, au nom de la commission du choléra, lit la première partie du résumé d'un rapport général sur l'épidémie cholérique de 1854 et sur celle de 1865 et 1866.

Cette lecture est accueillie par des marques d'approbation.

Sur la demande de MM. Devergie et Jules Guérin, appuyés par plusieurs autres membres, l'Académie décide que le rapport général sera imprimé et distribué avant la discussion.

Une décision semblable est prise à l'égard du rapport lu par M. Blot, dans la dernière séance, sur la mortalité des nouveaux-nés, après quelques observations présentées par MM. Boudet, Devergie, Depaul, Guérin, Robinet, Bouillaud, Bergeron et Béclard.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Grimaux, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'un cours complémentaire de chimie à ladite Faculté, pendant l'année classique 1868-1869.

— M. Hardy, licencié ès sciences, docteur en médecine, est nommé préparateur du cours de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Delacalle, dont la démission est acceptée.

— *Écoles de pharmacie.* — Par décret en date du 21 avril 1869 :

Art. 1er. Trois concours seront ouverts, chaque année, le 15 juillet, dans chacune des trois Écoles supérieures de pharmacie, savoir : 1° entre les élèves de première année ; 2° entre les élèves de deuxième année ; 3° entre les élèves de troisième année.

Art. 2. Les épreuves des concours porteront sur l'ensemble des matières de l'enseignement pour chacune des années d'études correspondantes.

Le sujet des épreuves sera choisi par l'assemblée générale des professeurs de l'école.

Art. 3. Sont admis à concourir tous les élèves aspirants au grade de pharmacien de 1re classe ou de pharmacien de 2e classe, qui justifient des quatre inscriptions prises aux époques réglementaires, et de l'assiduité aux travaux pratiques obligatoires pour l'année à laquelle ils appartiennent ; cette condition est de rigueur.

Art. 4. Il y aura, dans chaque école, un prix de première année, un prix de deuxième année, un prix de troisième année. La nature et la valeur des prix seront déterminées par le ministre de l'instruction publique.

Les lauréats de première et de deuxième année seront dispensés des droits d'inscriptions et d'examens semestriels afférents à l'année scolaire suivante ; le lauréat de troisième année aura la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants.

Un lauréat qui aurait obtenu successivement le prix de première, de deuxième et de troisième année, jouirade la gratuité complète des droits qui lui resteront à acquitter pour obtenir le diplôme de pharmacien de 1re classe.

Art. 5. Il pourra être établi par le ministre de l'instruction publique, dans chaque école, lorsque le nombre des élèves justifiera cette mesure, un second prix pour chacune des trois années d'études.

Les élèves qui obtiendront ces prix n'auront pas droit à la gra-

tuité attribuée aux lauréats des prix institués par l'article 4 du présent décret.

Art. 6. La liste des lauréats sera soumise, à l'expiration de l'année scolaire, au ministre de l'instruction publique. Les prix seront proclamés et décernés dans la séance solennelle de rentrée.

Art. 7. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique est chargé de l'exécution du présent décret, qui aura son effet à dater de la présente année scolaire.

— Par arrêté en date du même jour :

La nature et la valeur des prix dans les trois écoles supérieures de pharmacie sont réglées comme il suit :

Prix de troisième année, une médaille d'or de 300 francs;

Prix de deuxième année, une médaille d'argent et 75 francs de livres;

Prix de première année, une médaille d'argent et 30 francs de livres.

— *Institution d'un second prix à l'École de pharmacie de Paris.* — Art. 1er. Il est institué, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, un second prix pour chacune des trois années d'études.

Art. 2. Chacun de ces prix consistera en une médaille de bronze et 25 francs de livres.

— Samedi dernier, au théâtre du Châtelet, devant un public auss nombreux que choisi, M. Bancel a fait une conférence sur le *génie de Corneille*. Nous n'avons à apprécier ici ni la conférence en ellemême, qui a été magnifique, ni le talent extrêmement remarquable de l'orateur. La séance était présidée par un de nos collaborateurs et ami, le docteur Montanier, qui a parlé en termes excellents de l'instruction à tous les degrés, et surtout de l'instruction supérieure. M. Montanier a fait, en quelques mots, l'historique de l'*Université libre* de Bruxelles, dont M. Bancel a longtemps été professeur. Il a exprimé le vœu que nous formons après lui, que l'instruction supérieure en France devienne bientôt libre, comme l'instruction primaire et secondaire. D'unanimes applaudissements ont à plusieurs reprises accueilli les paroles de l'orateur, et prouvé que les sentiments qu'il exprimait en très-bons termes étaient bien ceux de l'assemblée tout entière.— Pour nous, nous ne regrettons qu'une chose, c'est que les paroles prononcées par le docteur Montanier n'aient pas eu une application immédiate relativement à la Faculté de médecine.

— M. le docteur Jules Tardieu, interne de la maison impériale de Charenton, est nommé médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Blois.

— La *Société de législation comparée*, sous la présidence de M. Laboulaye, professeur au collége de France, vient de mettre à son ordre du jour la question des aliénés et l'examen comparatif de toutes les législations étrangères relatives à l'assistance des fous. Elle a nommé une commission chargée de préparer tous les éléments de la discussion générale. Cette commission est composée de MM. Alexandre, conseiller à la Cour impériale, *président;* Ernest Bertrand, conseiller à la Cour impériale; Diard, avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation; les docteurs Legrand du Saulle, Lunier et Brierre de Boismont; d'Haussonville, Ribot et Hendlé, avocats à la Cour impériale, et Tanon, rédacteur au ministère de la justice, *secrétaire*. Cette commission a immédiatement commencé ses travaux.

— Le 10 mai, la *Société de médecine légale* doit entendre et discuter le rapport de M. le docteur Morel, de Rouen, sur l'état mental du séminariste Jansson, accusé d'assassinat et d'incendie. L'affaire, jugée récemment à Nancy, vient d'être renvoyée par la cour de cassation devant la cour d'assises de Metz.

— M. le docteur Le Roy d'Étiolles commencera, le samedi 8 mai, à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), un cours public *sur la chirurgie des voies urinaires,* qu'il continuera les mardis et samedis suivants.

— Très-bonne clientèle à céder, dans la plus riche contrée de la vallée de la Loire. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Manuel d'histologie pathologique, par MM. Cornil et Ranvier, 1re partie : Anatomie pathologique générale, 1869. 1 vol. in-18 avec 168 figures. Prix, 4 fr. 50.

Étude clinique de l'emploi et des effets du bain d'air comprimé dans le traitement des maladies de poitrine, par Eugène Bertin, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier. — 1 fort vol. in-8 (2e édition). Prix, 7 fr. 50.

Études historiques sur l'aliénation mentale dans l'antiquité, par M. le docteur Semelaigne, médecin directeur de l'asile de Saint-James (1re partie). — 1 vol. in-8. Prix, 5 fr.

Traité de pathologie interne et de thérapeutique, par F. de Niemeyer, professeur de pathologie et de clinique médicale à l'université de Tubingue. Traduction exécutée sous la direction de l'auteur sur la septième et dernière édition de l'ouvrage allemand, considérablement modifié et augmenté d'environ 250 pages in-8. Seule traduction autorisée sur la dernière édition allemande. Second volume (1re partie). 1 vol. in-8. Prix, 5 francs.

La Pleurésie purulente (thèse d'agrégation), par le Dr Damaschino. — In-8. Prix, 3 fr. 50.

De la médication antipyrétique (thèse d'agrégation), par le Dr A. Ferrand. — In-8°. Prix, 2 fr. 50.

De la pathogénie des hémorrhagies, par le Dr Ch. Bouchard (thèse d'agrégation). — Prix, 3 fr. 50.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Des névroses congestives de l'encéphale.

(Suite et fin.)

OBS. IV. — *Aménorrhée. — Hallucinations. — Demi-syncopes par névrose congestive de l'encéphale. — Cérébroscopie. — Forte hypérémie du nerf optique.*

Le 29 octobre 1868, le docteur Pouliot m'envoya une jeune fille de 14 ans qui, depuis deux ans, avait de temps à autre des évanouissements précédés de courbature très-douloureuse et d'épreintes anales avec obnubilations et tintoin, quelquefois des hallucinations diaboliques, constamment de la céphalalgie frontale, parfois de la gastralgie, de la pneumatose stomacale et des éructations.

Le nerf optique, fortement congestionné, se voyait à peine au fond de l'œil, et les veines étaient fortement distendues.

Comme cette fille n'était pas formée et avait eu des lombrics, je lui fis prendre 5 centigrammes de calomel tous les jours, de l'infusion de safran avec sulfure de carbone et des bains antispasmodiques.

Son état en fut très-amélioré, mais il n'y eut pas de guérison, et je n'ai pas eu d'autres nouvelles de la malade.

Dans cet état névropathique d'une jeune fille pubère, mais non encore réglée, se manifestant par des troubles cérébraux fonctionnels grave, avec forte hypérémie du nerf optique, cachant presque complétement la papille, je crois qu'il faut voir autre chose qu'un simple trouble fonctionnel. — La congestion du nerf optique prouve qu'il y a également congestion du cerveau, mais il faut déterminer qu'elle en est la nature.

Est-ce une congestion sympathique de l'affection vermineuse ou de l'aménorrhée ? Les deux choses sont également possibles, et il aurait fallu suivre le malade plus longtemps que je ne l'ai pu faire pour résoudre ce problème. Mais si l'on ne peut ici préciser la cause de la congestion encéphalique, son existence ne saurait être mise en doute, et pour l'instant, c'est tout ce que je voulais établir.

OBS. V. — *Chlorose. — Névrose congestive de l'encéphale. — Céphalalgie opiniâtre. — Vomissements. — Hypérémie de la papille.*

Marie B..., 12 ans, entrée le 23 janvier 1868 au n° 10 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants. Cette enfant, qui a un strabisme convergent depuis l'âge de 3 ans, a eu la rougeole, quelquefois des bronchites et souvent des points de côté. Depuis un an elle a de fréquentes douleurs de tête avec des vomissements.

État actuel. Enfant pâle, maigre; langue rose et naturelle; bon appétit; douleur d'estomac revenant de temps à autre; vomissements presque quotidiens de matières alimentaires; un peu de constipation. Battements du cœur naturels, sans bruit anormal. Nulle modification des bruits respiratoires.

Douleurs de tête persistantes, assez vives à la région frontale et temporale, existant même la nuit, et suspendant le sommeil.

La vue est un peu confuse et presbyte. Pas de trouble des sens ni de paralysie de la sensibilité ou du mouvement; pas de fièvre. Pouls irrégulier 80.

Les yeux, examinés à l'ophthalmoscope, présentent une diffusion de la papille, due à l'hyperémie de cet organe.

L'enfant a été mise aux pilules de Vallet. Les vomissements ont continué, et l'état de l'œil est resté le même. Après les pilules de Vallet, on lui a donné de la poudre de Colombo, qui n'a pas produit un grand effet, et l'on constata encore la persistance de la lésion papillaire.

On lui donna enfin la potion de Rivière, et les vomissements ont cessé.

L'enfant est sortie de l'hôpital assez bien guérie, le 15 mars, et conservant le même état intérieur de l'œil.

Chez cette enfant, évidemment chlorotique, ce qui m'a frappé, c'était la persistance et la violence des douleurs de tête, accompagnées de vomissements muqueux ou alimentaires. Quelle en était la cause? Était-ce une dyspepsie chlorotique troublant les fonctions de l'estomac et produisant par sympathie la céphalée congestive avec hyperémie et de l'œdeme papillaire, ou bien était-ce une affection chronique du cerveau produisant la douleur de tête avec névrite optique et des vomissements sympathiques ?

Longtemps je crus à une maladie cérébrale, en raison du strabisme antérieur et de la névrite optique, mais la cessation des vomissements et des douleurs de tête par la potion de Rivière me fit changer d'opinion.

Le traitement m'a paru éclairer le diagnostic, et par cela même qu'une boisson gazeuse a suffi pour guérir en quelques jours les vomissements et la céphalée, je pus croire que j'avais eu affaire à une dyspepsie chlorotique avec vomissements ayant produit une céphalalgie et une névro-rétinite secondaire.

Il est difficile de trouver un cas plus obscur dans son diagnostic et plus intéressant au point de vue de la nosologie. Cette jeune fille a présenté, comme céphalalgie et cris hydro-céphalique, comme vomissements et constipation, somnolence, ralentissement et irrégularité du pouls, tous les symptômes principaux de la méningite ; mais elle a guéri, et guéri complétement, sans garder la moindre trace de sa maladie. Elle a guéri par le sulfate de quinine. Cette terminaison me fait douter du diagnostic *méningo-encéphalite* formulé lors de l'arrivée à l'hôpital, diagnostic corroboré par l'existence d'une névro-rétinite assez accusée.

Mais si la jeune fille n'a pas eu de méningo-encéphalite, que peut-elle avoir eu ? Une *névrose congestive de l'encéphale?* Peut-être, et voici mes raisons. — L'enfant était chlorotique, gastralgique et sujette à de fréquentes douleurs de tête, et elle a guéri par la quinine.

Par son état chlorotique, elle était prédisposée aux congestions et aux névralgies. En effet, elle avait eu à souffrir antérieurement de violentes névralgies intercostales qui l'empêchaient de respirer, elle avait de continuelles douleurs d'estomac, et, à la région frontale et temporale, des douleurs névralgiques assez vives. C'est dans cet état que, au milieu d'une dyspepsie douloureuse prolongée, elle a été prise de vomissements avec douleurs de tête horriblement aiguës à gauche, faisant pousser des cris violents et ne produisant pas d'hyperémie palpébrale ou oculaire extérieure.—Les névralgies amènent si souvent l'hyperémie partielle des tissus qu'elles occupent, ou des lésions de secrétion et de nutrition, qu'il ne serait pas impossible qu'une névralgie de la cinquième ne produise une congestion douloureuse de l'œil et des méninges ou du cerveau. L'analogie permet de comprendre la production de ce phénomène, qui rentrerait alors dans la catégorie des névroses congestives. Seulement, de l'analogie qui fait comprendre un fait à la réalité de ce fait, il y a loin, et quelques preuves de plus sont absolument indispensables. Ces preuves, on les trouve peut-être dans l'emploi de l'ophthalmoscope, qui révèle l'hyperémie œdémateuse du nerf optique diffus et grisâtre. Si la malade n'a pas eu de méningite, elle n'a eu que des névralgies de la cinquième paire ; mais comme elle avait un commencement de névrite œdémateuse annonçant une hyperémie cérébrale, il faut tenir compte de cette lésion lorsqu'elle se rencontrera avec de simples douleurs de tête. Supposons, et cela n'a rien d'exagéré, puisque je l'ai vu cinq à six fois, supposons que, dans ces cas, on trouve, d'une façon assez constante la névrite œdémateuse dont je parle, il sera difficile de ne pas y voir la démonstration que certaines névralgies de la cinquième paire résultent d'une névrose congestive de l'encéphale et des méninges.

Ces cinq observations ont tant d'analogie entre elles, et, malgré quelques différences dans leurs symptômes, elles ont une telle similitude que, sous le rapport du diagnostic et du traitement, ce que l'on dira de l'une pourra s'appliquer à lautre.

Il me suffira donc de discuter le diagnostic d'une façon générale pour motiver à leur égard l'opinion que je viens d'émettre sur *l'existence d'une névrose congestive de l'encéphale* donnant lieu à des symptômes de pseudo-méningite.

La maladie ne peut être, en effet, qu'une méningite, qu'une congestion névropathique ou pseudo-méningite, qu'une névralgie ou qu'une aménorrhée compliquée de chlorose.

Il est bien certain que l'aménorrhée chez des filles de 14 ans, assez développées d'ailleurs pour avoir les attributs physiques de la femme, a joué un rôle considérable dans la genèse des accidents morbides.

Chez Jeanne D..., ce n'était pas une méningite aiguë, malgré la somnolence, la céphalée, les vomissements, la constipation et la fréquence du pouls suivie de son abaissement, car ces phénomènes n'ont duré que peu de jours et ont rapidement fait place à l'état presque normal. Il ne restait que de la gastralgie, sans fièvre, et l'enfant restait debout toute la journée.— Ce qui aurait pu faire croire à une méningite, c'est l'état de la papille et de la choroïde, dont les capillaires étaient gorgés de sang; mais comme il n'y avait pas de dilatation ni de stase des veines rétiniennes, j'en ai conclu qu'il n'y avait pas de stase méningée, et, par suite, qu'il n'y avait pas de méningite. L'hyperémie choroïdienne et papillaire était une congestion hyposthénique due à une paralysie vaso-motrice représentant un état semblable des méninges. — D'ailleurs l'enfant a guéri rapidement autre raison : et des meilleures, pour croire qu'il n'y avait là qu'une *pseudo-méningite*, ou, comme je l'ai dit quelques fois, une *poussée méningitique* (*Traité d'ophthalmoscopie appliquée au diagnostic des maladies du système nerveux.*)

Chez Camille B... la maladie fut plus longue, et la violence si

FEUILLETON

L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

DANS LES UNIVERSITÉS ALLEMANDES (1).

5° *Autopsies.* — Les médecins-assistants des cliniques ne sont point chargés du service des autopsies. Le professeur lui-même n'y prend aucune part directe. Il peut assister à l'autopsie, mais il ne la fait pas lui-même. C'est au professeur d'anatomie pathologique que ce devoir incombe. Il le remplit en présence des élèves, avec toute l'autorité que peuvent donner une compétence particulière et une position élevée. Ce mode d'enseignement qu'il serait difficile d'introduire chez nous, s'est généralisé dans toutes les Facultés de médecine allemandes. Il a été la source de progrès incontestables accomplis par l'anatomie pathologique et par l'histologie. Pour s'en convaincre, il suffit de citer quelques noms. Voilà quarante ans que M. Rokitanski fait les autopsies dans la maison mortuaire de l'hôpital général de Vienne. Où M. Virchow a-t-il conquis sa grande autorité, si ce n'est dans les salles d'autopsie de l'hôpital de Würzbourg, d'abord, et puis de la Charité de Berlin? C'est dans ces laboratoires de la mort que des hommes plus jeunes, M. Max Schultze à Bonn, M. de Recklinghausen à Würzbourg, M. Wagner à Leipzig, suivent la route parcourue avec tant d'éclat par leurs devanciers, et initient les élèves à la connaissance des altérations organiques, souvent si difficiles à constater. Ainsi, l'intervention d'un maître assure à la pratique des autopsies des garanties précieuses de compétence, d'exactitude, d'impartialité.

Toutefois, il faut convenir, d'un autre côté, qu'au point de vue de l'enseignement clinique, ce régime des autopsies peut offrir certains inconvénients qu'il importe de mettre en lumière.

D'abord, il peut créer une situation délicate au professeur de clinique, dont le diagnostic est soumis à un contrôle étranger et quelquefois à un démenti. De là une source de difficultés personnelles dont il faut tenir compte, bien que l'expérience ait démontré qu'elles n'offrent pas une gravité sérieuse.

Mais voici d'autres objections qui semblent avoir une portée plus grande, parce qu'elles vont au fond des choses. En confiant les autopsies au professeur d'anatomie pathologique, qui poursuit une direction spéciale et des voies purement scientifiques, on court risque d'établir une démarcation trop profonde entre la clinique et l'anatomie pathologique. Cette dernière science prend alors un développement indépendant : au lieu d'être l'auxiliaire de la clinique, elle devient une branche de l'histoire naturelle. Est-il rationnel, enfin, de confier l'autopsie d'un sujet à un autre qu'au médecin qui a traité le malade? et les données pathologiques ne tirent-elles pas leur véritable importance de leur application même à la clinique? Or, qui pourrait mieux les appliquer à l'histoire du développement morbide, c'est-à-dire à la physiologie pathologique, que le clinicien qui a observé les symptômes et la marche de la maladie?

On ne peut nier la force de ces objections; et pourtant elles n'ont point empêché la plupart des Facultés allemandes d'adopter le régime des autopsies qui vient d'être décrit. La portée de ces objections est atténuée d'abord par cette considération, que les plus grands progrès de la clinique, dans ces dernières années, sont dus aux découvertes indépendantes de l'anatomie pathologique, et puis par l'obligation imposée au clinicien d'adresser l'observation rédigée de la maladie à celui qui fait l'ouverture du cadavre. Voici comment les choses se passent, et je vais raconter ici ce que j'ai vu moi-même à Berlin. Un malade est décédé à la clinique. Son corps, après avoir séjourné quelque temps dans la chambre mortuaire de l'Institut pathologique, est transporté dans un petit amphithéâtre disposé de telle sorte, que les bancs où se placent les étudiants, s'élèvent les uns derrière les autres et entourent en hémicycle la table où repose le corps. Le professeur, ou à son défaut, en cas d'empêchement, un médecin-assistant, procède à l'ouverture du cadavre. Il sait de quel côté il doit principalement diriger son attention, car l'histoire de la maladie et le diagnostic porté lui sont connus par l'observation rédi-

(1) Voir les numéros des 4 et 8 mai.

terrible de la céphalalgie accompagnée de fièvre, de vomissements et d'incontinence fécale et urinaire fit croire, en raison des symptômes antérieurs, à l'existence d'une méningo-encéphalite. Ce diagnostic était d'ailleurs corroboré par l'existence d'une hypothénie des capillaires de la papille produisant la diffusion grisâtre de cette partie sans qu'il y ait de stase dans les veines rétiniennes. — Si j'avais bien pensé que ce défaut de stase rétinienne devait écarter l'idée de la méningite, j'eusse évité l'erreur ; mais, il y a deux ans, je n'avais pas encore l'expérience de ces études aussi développée qu'aujourd'hui, et j'ai pris alors la diffusion grisâtre de la papille, sans dilatation phlébo-rétinienne, pour une probabilité de phlegmasie méningée, ce qui n'est pas exact. — Enfin l'enfant a guéri par le sulfate de quinine, et est restée chlorotique avec une double névralgie de la cinquième paire, ce qui écarte encore l'idée de méningo-encéphalite aiguë.

Si ces deux enfants n'ont pas eu de véritable méningite et n'ont offert que des symptômes de pseudo-méningite, que signifient ces symptômes? Sont-ce là des phénomènes constituant une entité morbide de simple congestion cérébrale primitive, ou bien ne seraient-ce pas, au contraire, l'indice d'une congestion cérébrale par chlorose? Est-ce l'aménorrhée qui a produit la chlorose et avec elle de la gastralgie occasionnant ces troubles sympathiques, la circulation cérébrale? Cela est possible, mais la question vaut la peine d'être discutée avec soin. C'est là une question clinique de premier ordre sortant de la pathologie de l'enfance et comprenant une face toute nouvelle de la pathologie relative aux *sympathies* et aux *actions reflexes morbifiques*.

Tout d'abord je dois constater, comme un fait accepté de tous, le rapport des névropathies avec l'anémie et avec la chlorose, ainsi que le fait des hémorrhagies produites par l'aménorrhée. Cela est incontestable. Voilà comment s'explique l'apparition des névralgies variées, des spasmes, des convulsions, des paralysies sensorielles, musculaires ou vaso-motrices de la convalescence des maladies aiguës, de l'anémie et de la chlorose, ou bien la production d'une hémorrhagie nasale et utérine; chez d'autres, la présence d'un flux incommode, etc. J'ai d'ailleurs déclaré, en commençant, que les troubles d'un organe pouvaient remonter à la moelle ou au cerveau par le grand sympathique et y produire une anémie ou une congestion capable d'en altérer les fonctions. C'est le cas des maladies de l'utérus produisant la gastralgie, le vomissement, la névralgie lombaire et la paraplégie, le nervosisme cérébral et la folie, la toux nerveuse et les hyperémies pulmonaires vaso-motrices, les névralgies de la cinquième paire, etc. Que le résultat de cette action reflexe sympathique soit une ischémie des organes affectés ou, au contraire, une congestion par hyposthénie des capillaires, le trouble fonctionnel n'en existe pas moins, et c'est à en discerner la nature hyposthénique ou hypersthénique que doit s'appliquer le médecin.

Ici, nous avons, dans les observations I et II, deux enfants pubères atteintes d'aménorrhée, consécutivement à ce défaut de menstruation; il y a eu de la gastralgie avec inappétence et chlorose très-marquée chez Camille B..., un peu moins évidente chez D.... Puis, après les douleurs d'estomac, ont paru les maux de tête excessifs dans un cas, plus modérés dans l'autre, mais dans tous les deux, ils furent accompagnés de vomissements avec fièvre. Au même moment, Jeanne D... avait de la constipation et l'autre était frappée d'incontinence.

En l'absence d'une méningite, qui ne voit là les conséquences d'une aménorrhée, suivie de chlorose, de gastralgie temporo-frontale et d'affection du cerveau indiquée par les vomissements. Si ce n'est pas là une névralgie chlorotique, c'est une maladie sans nom dans la pathologie. Mais mon scepticisme et ma réserve ne sauraient aller jusqu'à empêcher ma raison de conclure dans ce sens qu'indiquent des symptômes aussi fortement accusés que ceux que je viens de décrire. C'est ici une névralgie cérébrale épanouie sur la branche ophthalmique de la cinquième. De plus, c'est une *névralgie congestive*, malgré ces signes extérieurs de chlorose et d'anémie qui existent chez ces enfants, et je vais, si difficile que soit le diagnostic de ces deux cas morbides, le démontrer. En effet, chez Camille B..., en même temps qu'elle souffre de la cinquième paire, les paupières offrent une hyperémie très-prononcée de la peau. Donc, il y a névralgie congestive palpébrale; mais j'ajouterai, il y a névralgie congestive oculaire, car avec l'ophthalmoscope, on voit une hypérémie du nerf optique cachant les contours de la papille et différant de l'hyperémie de la méningite par défaut de congestion choroïdienne.

Chez Jeanne D..., il en est de même, et dans le dessin du fond de l'œil qui a été fait et que vous avez sous les yeux, il y a également une hyperémie du nerf optique avec excavation centrale, et ni la rétine, ni la choroïde ne sont congestionnées, ce qui distingue cette forme de névrite optique de celle qu'on observe dans la méningite aiguë.

Si vous m'avez bien suivi dans l'analyse chimique des faits que je vous ai présentés, vous devez être convaincus comme moi qu'il ne s'agit pas chez nos malades d'une méningite aiguë ordinaire, qu'il n'y a eu chez elles qu'une névralgie chlorotique de la cinquième et du cerveau provoquant la *pseudo-méningite*, enfin que cette maladie représente une névrose congestive de l'encéphale, affection sympathique et reflexe due à l'état d'aménorrhée et d'inertie utérine.

Au reste, ces faits de pseudo-méningite ne sont pas les premiers que j'observe. C'est là une maladie reflexe de l'encéphale que plusieurs causes concourent à produire et dont vous rencontrerez assez souvent des exemples. Dans les cas que vous venez de voir, la forme est inusitée, exceptionnelle; mais là où vous trouverez la pseudo-méningite avec ses caractères habituels, c'est dans l'état cérébral reflexe de l'enfance produit par l'angine tonsillaire aiguë, par certaines maladies éruptives et inflammatoires et par les affections vermineuses.

Je ne parle pas ici de ces méningites avortées ou poussées méningitiques que j'ai mentionnées dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, à l'article Méningite, et que les médecins de l'enfance ont vu comme moi. Je ne mets en discussion que les pseudo-méningites reflexes de l'amygdalite aiguë commençante et des affections vermineuses. Celles-ci sont très-communes, et sans rappeler mes observations personnelles, je vais vous en citer une que je trouve dans le *Bulletin de thérapeutique* que je viens de recevoir. Elle a pour titre : *Accidents produits par des oxyures et simulant la méningite*, et on y voit que deux médecins, M. Vignard et M. Mahot, avaient cru voir tous les symptômes d'une méningite dans un cas où l'expulsion de nombreux oxyures fit aussitôt cesser ces accidents. J'ai vu l'an dernier, dans ce service, deux cas analogues produits par des ascarides, et mon livre, article ENTOZOAIRES, en renferme bien d'autres.

Que l'impression morbifique inconsciente vienne de l'utérus comme chez nos deux malades, qu'elle vienne de l'intestin rempli de vers, ou des amygdales qui commencent à s'enflammer, l'action reflexe est la même, l'impression transmise par le grand sympathique à la moelle et au cerveau se transforme ici en action motrice convulsive, là en action hyposthénisante des capillaires, c'est-à-dire en paralysie vaso-motrice de l'encéphale, et il en résulte de la céphalée, des vomissements, de la constipation, des cris, de l'agitation, de la fièvre, tout ce qu'il faut enfin pour faire croire à une phlegmasie méningée qui n'est qu'une *pseudo-méningite*. Comme je l'ai dit dans ma *Pathologie générale*, « *Les maladies ne sont que des impressions transformées.* »

Il y a donc diverses formes de pseudo-méningite ou névroses congestives de l'encéphale :

La pseudo-méningite utérine et chlorotique, celle dont je viens de parler ;

La pseudo-méningite intestinale vermineuse ;

La pseudo-méningite gastralgique ;

La pseudo-méningite de l'angine tonsillaire et des maladies aignës.

Il y en a peut-être d'autres encore; mais, quant à présent, je ne parle que de celles que j'ai observées.

Cela étant dit, je reviens à mes deux malades, et je confirmerai mon diagnostic par la preuve thérapeutique.

Il s'agit d'une névrose congestive de l'encéphale, ai-je dit, eh bien ! nous avons un médicament qui passe pour posséder la vertu de décongestionner le cerveau, — c'est le sulfate de quinine. Ce serait même à l'anémie cérébrale qu'il entraîne que l'on attribue la surdité, l'amaurose, et les troubles cérébraux que produit son emploi à haute dose. Tout cela est vrai, et je suis le premier qui en ait fourni la démonstration à l'aide de la cérébroscopie.

Dans mon traité d'ophthalmoscopie médicale (1), j'ai voulu faire connaître l'effet de tous les poisons sur la circulation de la rétine du nerf optique et de la choroïde, persuadé que, dans cette expérience, j'appréciais également la circulation du cerveau et des méninges. Eh bien ! qu'est-il arrivé? J'ai vu que l'opium congestionnait la rétine, qu'il en était de même de la narcéine, de la papavérine, de la morphine et de la codéine; j'ai vu qu'il en était de même de l'atropine ; mais j'ai constaté que le sulfate de quinine pâlissait le fond de l'œil, et j'ai cru que c'était là une preuve de son action décongestive de l'encéphale et des méninges. Cette année même, dans un cas de méningite avec dilatation énorme des veines rétiniennes, nous avons pu constater, sous l'influence d'une forte dose de quinine, une diminution considérable du diamètre de ces veines.

Admettant donc cette propriété du sulfate de quinine, il est évident qu'il y avait indication à l'employer chez nos deux malades.

Je l'ai donc prescrit à la dose de 1 gramme par jour, en même temps que j'administrai 1 centigr. d'opium, avant chaque repas, contre la gastralgie. Sous l'influence de ce médicament, la névralgie de la cinquième a disparu, ainsi que la rougeur des paupières, nos deux malades ont repris de l'appétit et des forces, et j'ai pu, pour achever leur guérison, les envoyer à la campagne.

En résumé :

Vous venez de voir plusieurs faits qui vous prouvent l'existence d'une névrose congestive de l'encéphale simulant la méningite et dépendant de la chlorose.

Les névroses congestives de l'encéphale, ayant forme de pseudo-méningite, sont des maladies vaso-motrices par action reflexe.

Il y a diverses formes de névrose congestive de l'encéphale, selon le point de départ de l'excitation reflexe dans l'utérus, dans l'intestin, dans l'estomac ou sur les amygdales.

Dans les névroses congestives de l'encéphale et dans la pseudo-méningite, le sulfate de quinine est l'agent de l'indication physiologique, mais autour de lui, selon qu'il y a chlorose, affection vermineuse ou phlegmasie tonsillaire, il faut employer les préparations ferrugineuses, les courtes affusions froides, le calomel et la santorine, enfin, les révulsifs aux extrémités inférieures et les gargarismes astringents.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 10 mars 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

(SUITE.)

Rapport sur une observation de trépanation du crâne.

M. LÉON LE FORT. M. Paul Horteloup vous a présenté une observation suivie de réflexions ayant trait à un cas de trépanation par une fracture du crâne avec enfoncement. Cette observation présente un intérêt qu'augmente le souvenir d'une récente discussion sur l'utilité et les inductions de la trépanation. Il s'agit d'un homme de 22 ans, ayant reçu, quelques heures auparavant, dans la région frontale gauche, un coup de pied de cheval ayant amené une fracture avec enfoncement de la partie correspondante du coronal. Sauf un peu d'hébétude, le malade ne présente aucun trouble de l'intelligence ; cependant M. Guyon, par une sage précaution, fit aussitôt une saignée de 250 grammes. M. Horteloup remplace le lendemain notre collègue, et pendant huit jours l'état du malade reste satisfaisant.

(1) *Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope*. 1 vol. in-8 avec atlas. Paris, 1866.

gée qui a été fournie par le professeur de clinique. Il met de côté les organes ou les parties qui doivent être l'objet d'un examen plus attentif. Ces organes ou ces productions pathologiques passent sous les yeux des étudiants, qui en constatent d'abord la structure grossière et l'apparence extérieure. Puis, dans une autre enceinte, disposée spécialement pour cet usage, ils sont admis à faire l'examen microscopique de ces mêmes organes ou productions pathologiques. Les microscopes, portant les objets préparés par le professeur, passent de main en main, roulant d'une table à l'autre sur les rails d'une petite voie ferrée. Cet artifice ingénieux, imaginé par M. Virchow, rend possible l'examen d'un certain nombre de pièces dans un temps relativement court, tout en permettant au professeur de donner sur chacune d'elles les explications nécessaires. Mais, indépendamment de ces démonstrations quotidiennes, ce dernier doit remplir une autre tâche : il enseigne l'anatomie pathologique dans un cours spécial. Dans cet enseignement méthodique, analogue à celui que donnent nos Facultés, il produit et fait passer sous les yeux de ses auditeurs, soit les pièces conservées dans la collection, soit celles que les autopsies journalières lui fournissent accidentellement à l'état frais.

On le voit, le service des autopsies, tel qu'il est organisé en Allemagne, devient l'occasion des études les plus sérieuses pour les maîtres et de l'instruction la plus solide pour les élèves. Il a donc paru convenable de le distraire de la clinique proprement dite, et d'en faire l'objet d'un enseignement spécial, qui demeure rattaché à l'autre par des liens étroits, mais qui est donné dans un établissement particulier, qu'on nomme *Institut pathologique*. Au fond, c'est un laboratoire, et, à ce titre, la description détaillée des établissements de ce genre devra trouver place dans mon rapport général. J'ajoute seulement qu'un grand nombre de cas pathologiques rendent nécessaire, pendant la vie ou après la mort, l'examen chimique des humeurs ou des organes. Ces besoins trouvent leur satisfaction dans les instituts pathologiques, par l'établissement de laboratoires de chimie qui y sont annexés et dont les chefs, professeurs ou assistants exécutent ou surveillent les analyses qui se présentent, en même temps qu'ils initient un certain nombre d'étudiants aux méthodes de la chimie pathologique.

Une observation générale en terminant ce sujet : ainsi organisé, le service des autopsies, non-seulement offre de précieuses ressources au point de vue scientifique, il gagne aussi en dignité. J'ai été frappé de la décence, de la propreté qui règnent à la maison mortuaire (*Leichenhaus*) de l'hôpital général de Vienne et dans d'autres établissements du même genre. Il semble que la convenance des dispositions qui y sont adoptées doivent exercer une heureuse influence sur les élèves eux-mêmes. Dans un des amphithéâtres dont j'ai parlé, j'ai vu des bassins d'eau fraîche et des serviettes propres, à portée de tous les étudiants appelés à examiner et à manier les pièces fraîches qui circulent dans l'amphithéâtre. Ces bassins sont établis dans les bancs à dossiers et à pupître sur lesquels les étudiants prennent leurs notes. Ils sont recouverts de battants à charnières, faisant suites à la table du pupître et de niveau avec elle, et sont alimentés par un courant d'eau fraîche amené sous toutes les tables. Pourquoi donc l'exiguïté de nos moyens ne nous permet-elle pas d'imiter ce luxe, qui n'est que la plus stricte convenance?

6° *Fréquentation des cliniques par les étudiants.* — Dans les Facultés allemandes, les étudiants ne sont admis à suivre les cours de clinique qu'à la condition d'être suffisamment préparés pour cet enseignement. Ils ne peuvent s'inscrire généralement que lorsqu'ils sont arrivés à la moitié de leur scolarité. En Autriche, où la scolarité est de cinq ans, ils sont tenus de fréquenter les cliniques pendant deux ans avant d'être admis aux examens du doctorat, qui confère dans ce pays le droit d'exercice. On sait qu'en Prusse les *examina rigorosa*, à la suite desquels les Facultés confèrent le diplôme de docteur, sont suivis d'un examen d'État qui est l'épreuve sérieuse et obligatoire du médecin praticien. Aucun candidat n'est admis à l'examen d'État s'il ne justifie : 1° du diplôme de docteur ; 2° d'un certificat constatant qu'il a suivi un cours de clinique pendant deux semestres.

Dans les règlements qui régissent les Facultés de médecine en Bavière, je ne trouve aucune disposition obligeant les étudiants à suivre des cours de clinique pour être admis aux examens du doctorat. Sont admis tous ceux qui, ayant accompli huit semestres d'études, se sont fait inscrire, pendant chacun d'eux, à un cours de médecine au moins. L'examen d'État ne peut avoir lieu qu'au bout de la cinquième année, qui est spécialement consacrée à l'instruction médicale pratique. Les candidats, déjà docteurs de la Faculté, ne sont admis à cet examen qu'à la condition d'avoir suivi, comme praticants, pendant une année, diverses cliniques générales et spéciales.

Mais le huitième jour, M. Horteloup trouve le malade dans une prostration profonde ; la face est rouge, vultueuse, la peau chaude et le pouls à 105 pulsations ; le côté droit de la face, le bras et la jambe droite sont paralysés, mais s'il y a paralysie, il y a en même temps roideur et légère contraction des membres soustraits à l'action de la volonté. En ces circonstances, M. Horteloup crut devoir faire la trépanation; mais il ajoute qu'il ne s'est décidé à pratiquer cette opération que sous l'influence des opinions émises à cette tribune par M. Legouest et par moi-même. Mis ainsi directement en cause, votre rapporteur doit faire quelques réserves sur l'interprétation donnée à ses opinions; car, sans critiquer la conduite de M. Horteloup, très-justifiée dans ces circonstances, je crois pouvoir dire que dans ce cas je n'eusse pas trépané. En voici les raisons : mes recherches sur la trépanation et sur les rapports existant entre les symptômes et les lésions cérébrales, m'ont conduit à établir que l'opération est indiquée toutes les fois qu'il y a soupçon de compression cérébrale indiquée par l'hémiplégie ou le coma secondaires, existant seuls ou compliqués de convulsions sans coïncidence de fièvre; qu'elle est contre-indiquée quand il y a coma primitif, c'est-à-dire soupçon d'une destruction plus ou moins étendue du centre cérébral ; fièvre et convulsions, c'est-à-dire soupçon d'une encéphalite contre laquelle le trépan est impuissant. Or, dans l'observation de M. Horteloup, le malade présente, il est vrai, de l'hémiplégie survenue le huitième jour, mais il présente en même temps de la fièvre (pouls à 105), de la congestion sur la face, c'est-à-dire les signes, non de l'irritation d'un point du cerveau par une esquille, mais d'une encéphalite développée autour d'une contusion cérébrale. On pouvait trépaner, on était autorisé à le faire, le doute étant permis sur la cause des accidents; mais je crois, je le répète, que je ne l'eusse pas fait, et je n'en veux pour preuve que ma conduite dans un cas analogue. Vers la même époque, c'est-à-dire vers le mois de juillet dernier, je reçus dans mes salles un homme portant une fracture avec enfoncement du frontal gauche, comme dans le cas de M. Horteloup. Il y avait aussi un peu d'hébétude, affaiblissement de la motilité dans le côté droit, paralysie du moteur oculaire commun, mais, toujours comme dans le cas de M. Horteloup, évagation vers la face et amélioration considérable du pouls. Je ne crus pas devoir trépaner. J'eus recours, comme cela m'était déjà arrivé deux fois, et avec succès, dans des fractures de la base du crâne et du rocher, à l'opium à hautes doses et à l'application d'une sangsue à l'apophyse mastoïde, de manière à obtenir un écoulement de sang permanent. Quarante sangsues furent ainsi, en trois jours, successivement appliquées, et le malade sortit de l'hôpital ne conservant qu'une légère difformité tenant à l'enfoncement du frontal, et un strabisme tenant à la paralysie du moteur oculaire commun du côté gauche. Du reste, la suite de l'observation de M. Horteloup montre le peu d'utilité du trépan dans cette circonstance. Le lendemain, le pouls est plus accéléré, les convulsions du côté paralysé plus violentes; elles deviennent, suivant les termes de l'observation, affreuses pendant la journée, et le malade meurt pendant la soirée. Or, l'autopsie montre un ramollissement notable du cerveau dans la partie correspondant à la fracture, et une méningite aiguë caractérisée par une couche de pus recouvrant le lobe gauche et s'insinuant dans les sillons des circonvolutions. Le trépan n'a sans doute rien ajouté à la gravité de l'état dans lequel se trouvait le malade, mais il ne pouvait en rien le diminuer, et la médication antiphlogistique, employée dès le début par notre collègue M. Guyon, me paraît mieux que la trépanation appropriée à la thérapeutique de pareils accidents.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

Séance du 17 mars. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*.

Compte rendu de la séance solennelle (1868) *de l'Association médicale de Loir-et-Cher*.

I corpi Considerati come chimiche individualita. — Dissertion présentée à l'Université de Bologne, par le docteur Antonio Mazzoni, de Ravenne.

M. Verneuil offre à la Société : 1° l'importante thèse inaugurale de M. R. Good : *De la résection de l'articulation coxo-fémorale*; — 2° la thèse de M. F. Talazac : *Des tumeurs de la glande sous-maxillaire*.

Demandes de congé par MM. Dolbeau, Guyon et Guéniot.

M. Brown Sequart, membre correspondant, assiste à la séance.

LECTURES

M. Giraud-Teulon lit un travail intitulé : *Des rapports de position à établir dans les opérations qui intéressent la cornée, entre le chirurgien, l'opéré et la source d'éclairage, eu égard au point brillant de l'œil*.

RAPPORTS

M. Liégeois lit un rapport sur un travail de MM. Legros et Onimus sur l'emploi du courant électrique continu contre les accidents déterminés par la chloroformisation.

De l'emploi des courants électriques continus contre la syncope et les accidents causés par le chloroforme.

par MM. Onimus et Th. Legros.

Le 9 mars 1868, nous avons fait à l'Académie des sciences une communication sur le même sujet ; depuis, nous avons recueilli des faits nouveaux, et nous venons, remplis de confiance dans l'efficacité de notre procédé, solliciter l'attention de la Société. Nous indiquerons d'abord brièvement en quoi consiste notre méthode, qui est d'une grande simplicité ; il suffit, dès que la respiration s'arrête, d'appliquer les deux pôles d'un appareil électrique à courants constants et continus, l'un (le négatif) dans la bouche, et l'autre (le positif) dans le rectum ; on voit immédiatement réapparaître la respiration et la circulation. Ce n'est pas par hasard que nous avons employé ce procédé, qui est basé sur des notions physiologiques faciles à démontrer ; c'est dans le cours d'un travail purement scientifique sur l'action des courants continus que, frappés de l'influence de ces courants sur la respiration et les mouvements du cœur, nous avons songé à les employer dans l'empoisonnement par le chloroforme, où, comme on le sait, il y a arrêt du cœur et de la respiration, une sorte de syncope qui devient rapidement mortelle.

Nous avions entre les mains un moyen de ranimer les mouvements du cœur, et même de les faire renaître après leur suppression complète, pourvu que cette suppression fût récente.

Le succès a dépassé nos espérances, et, malgré nos prévisions, nous avons été étonnés de voir des animaux, soumis à l'action des anesthésiques, et en état de mort apparente depuis deux et même trois minutes, revenir peu à peu à la vie.

Des chiens, des rats, des lapins nous ont présenté cette sorte de résurrection ; cependant nous poussions l'empoisonnement jusqu'à ses dernières limites, et il est certain que chez l'homme, où les anesthésiques sont employés avec tant de circonspection, les résultats seraient *à fortiori* aussi satisfaisants.

Nous ne vous fatiguerons pas du récit de nos expériences; un fait suffira.

Dans un laboratoire situé à côté de celui où était installé notre appareil à courants continus, on cherchait à endormir un chien par le chloroforme pour pratiquer une opération ; le chloroforme, donné sans ménagement, amena l'arrêt du cœur et de la respiration ; on se hâta de pratiquer la respiration artificielle, qui échoua ; alors on songea à nous apporter le chien. Il fallut détacher l'animal et le transporter dans la chambre où nous étions; malgré cette perte de temps, les courants continus ranimèrent le chien; je dois dire, de plus, que l'expérience a été faite devant des incrédules qui ont été convaincus.

Nous avons employé l'appareil Remak ; on pourrait également se servir des piles au sulfate de plomb ; l'important est d'avoir une tension forte et des effets chimiques modérés; l'appareil Remak remplit complétement ce but, mais il y a un grand inconvénient, il n'est pas portatif; il serait facile, il est vrai, d'avoir ces piles sous la table dans les salles d'opération ; en ville le transport est incommode; plusieurs constructeurs cherchent en ce moment à fabriquer des piles portatives et rendant d'ailleurs les mêmes services que les piles Remak; s'ils réussissent, le seul inconvénient qui existe sera supprimé.

Au début de nos expériences, nous pensions qu'il serait nécessaire, pour l'homme, d'employer un grand nombre d'éléments; nous sommes convaincus aujourd'hui que 20 piles Remak suffiraient ; nous nous servons de 10 piles pour un chien.

La seule précaution à prendre dans l'application de l'électricité, c'est d'éviter les interruptions ; le courant doit passer d'une façon continue jusqu'à ce que la respiration soit complétement rétablie ; on cesse alors d'électriser; si la respiration faiblissait de nouveau, on recommencerait.

Nous ne passerons pas en revue les autres moyens employés dans les accidents causés par le chloroforme ; tous, à l'exception peut-être de la respiration artificielle ont été inutiles ; nous insisterons seulement sur les courants interrompus, les courants d'induction qui ont été préconisés et dont on ne saurait trop condamner l'usage. Le meilleur moyen d'arrêter complétement les battements du cœur affaiblis par les anesthétiques, c'est de faire passer un courant d'induction ; on doit donc redouter l'emploi de ces appareils qui déterminent précisément les résultats que l'on veut éviter.

Nous avons constaté que les courants continus dont l'action est complétement différente, agissent favorablement par le chloroforme, l'éther sulfurique et le protoxyde d'azote ; ils ont un effet moins remarquable dans les asphyxies et les empoisonnements par certains gaz toxiques, parce que, dans certains cas, il y a une lésion du sang contre laquelle l'électricité est impuissante. On devrait, néanmoins, tenter leur emploi dans l'asphyxie des nouveaux-nés.

Mais il est un accident terrible où leur efficacité est vraiment admirable, c'est la syncope qui succède à une perte de sang abondante ; nous avons vu sur un animal dont on avait ouvert l'artère carotide et qui, à la suite de l'hémorrhagie, était dans un état de mort apparente, nous avons vu les courants continus ramener la respiration ; en cessant l'électrisation, la syncope reparaissait pour disparaître de nouveau par l'emploi du même moyen. Trois fois nous eûmes le même résultat, mais la dernière fois la vie persista, l'animal vécut deux jours, et mourut des suites d'une autre opération.

Certainement, dans les cas désespérés où l'hémorrhagie fait périr le malade, on a une ressource, la transfusion du sang ; mais les appareils imaginés dans ce but sont loin de rendre l'opération innocente, et exigent des mains habiles; avec les courants continus, le danger est nul, l'application peut en être faite par les plus inhabiles, et on doit les préférer à la transfusion du sang.

En résumé, dans tous les cas où il y a arrêt des mouvements du cœur et de la respiration sans altération du sang et spécialement dans les accidents dus au chloroforme ou à la syncope, l'emploi des courants électriques continus l'emporte sur tous les autres moyens préconisés jusqu'à ce jour, et sont destinés à rendre de grands services.

Nous voudrions vous communiquer nos convictions à cet égard, et nous sommes prêts à répéter nos expériences devant vous ou devant une commission, si vous le jugez à propos.

Nous tenons avant tout à répandre un procédé qui peut assurer la sécurité du malade et du chirurgien.

Dans nos deux graphiques pris sur un chien et sur un cobaye, on voit nettement la respiration arrêtée, par le chloroforme, se montrer de nouveau dès que l'on électrise de la façon que nous avons indiquée.

(Sera continué.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

47. Teilhol (Antoine). Étude sur la suette miliaire.

48. Girod (Auguste). Le croup après la trachéotomie.

49. Chauveau (Ernest). Des lésions traumatiques du tube digestif sans solution de continuité des parois abdominales.

50. Loumaigne (J.). De la hernie de l'ovaire. — Étude suivie de remarques de physiologie.

51. Cordes (A.-G.). Du traitement des accidents nerveux de la grossesse par le bromure de potassium.

52. Jung (Emile). Des effets physiologiques et thérapeutiques de l'alcool.

53. Pelissard (Louis). Contributions à l'étude des effets physiologiques de la conine, de l'ethylconine, de l'iodure de diéthylconinum et de quelques autres poisons, sur la fonction motrice des nerfs.

54. Talazac (Firmin). Des tumeurs de la glande sous-maxillaire.

55. Puntous (Gabriel). Essai sur l'éclampsie puerpérale.

56. Lajoux (Théobald). Contribution à l'étude de la commotion et de la contusion de l'encéphale.

57. Nodet (Amédée). De l'application de la méthode sous-capsulo-périostée à la résection tibio-tarsienne.

58. Durand (Jules). Quelques considérations sur les fractures du pubis compliquées de rupture de l'urètre.

Mais par qui et comment ce stage dans les cliniques est-il constaté? Il est constaté par le professeur lui-même, qui connaît les noms de tous les étudiants inscrits pour suivre son cours. Cette inscription n'est pas gratuite, comme on sait. Il en résulte que l'obligation d'acquitter une rémunération est un stimulant pour le zèle de l'étudiant, et, on peut bien l'ajouter, pour celui du professeur lui-même. Ces cours de clinique ou autres, pour lesquels les étudiants sont inscrits en payant des droits (*Collegiengelder*) à la questure de l'université, seront suivis par eux avec un zèle soutenu, et la précaution de constater leur présence journalière devient superflue et n'est pas usitée. A la fin du semestre, le professeur délivre à l'étudiant un certificat ou témoignage qu'il inscrit dans le livret d'étude (*index lectionum*), dont chaque étudiant est pourvu. Il est à remarquer que ces certificats sont d'égale valeur au point de vue de l'accomplissement régulier des études, quels que soient le titre ou le rang du professeur ordinaire, extraordinaire ou particulier. J'ajoute que nulle part le soin de constater la fréquentation des cliniques n'est abandonné à l'administration hospitalière. Le stage est une affaire de Faculté.

En raison du nombre des cliniques instituées dans une même université, il serait difficile aux étudiants de les fréquenter toutes en temps voulu, si la Faculté ne prenait soin de distribuer les heures de telle sorte que les leçons puissent se succéder. Les tableaux suivants indiquent cette distribution quotidienne des cliniques dans les universités de Berlin et de Vienne. Je ne mentionne ici que les cliniques réglementaires, en laissant de côté celles qui sont faites par les professeurs particuliers.

Université de Berlin.

De 8 à 10 heures. Traube, professeur extraordinaire. — Clinique médicale.

De 9 à 11. Graefe, professeur ordinaire. — Clinique ophthalmologique.

De 9 1/2 à 11. Jvengken, professeur ordinaire. — Clinique chirurgicale et ophthalmologique.

De 10 à 11. Martin, professeur ordinaire. — Clinique obstétricale.

De 11 à 12. Frerichs, professeur ordinaire. — Clinique médicale.

De 12 à 1. Ébert, professeur extraordinaire. — Clinique et policlinique des maladies des enfants.

De 1 à 2. Griesinger, professeur ordinaire. — Policlinique des maladies mentales.

De 2 à 3. De Langenbeck, professeur ordinaire. — Clinique chirurgicale.

De 5 à 6. Martin, professeur ordinaire. — Policlinique obstétricale.

Université de Vienne.

De 7 à 9 heures. Skoda, professeur ordinaire. — Clinique médicale.

Idem, Oppolzer, professeur ordinaire. — Clinique médicale.

De 8 à 10. Jæger, professeur extraordinaire. — Clinique ophthalmologique.

De 10 à 11. Jæger, *idem*. — Cours d'opérations.

De 9 à 11. Dumreicher, professeur ordinaire. — Clinique chirurgicale.

De 9 à 11. Billroth, professeur ordinaire. — Clinique chirurgicale.

De 10 à 12. Arlt, professeur ordinaire. — Clinique ophthalmologique.

De 11 à 12. Braun, professeur ordinaire. — Clinique gynécologique.

De 11 à 12. Braun, *idem*. — Clinique obstécricale.

De 2 1/2 à 4. Hébra, professeur extraordinaire. — Clinique des maladies de la peau.

De 4 à 5. Sigmund, professeur extraordinaire. — Clinique des maladies syphilitiques.

Il est inutile d'insister sur la convenance de ces dispositions au point de vue de la fréquentation des cliniques par les étudiants.

(A suivre.)

Traité pratique des maladies de l'utérus, de ses annexes et des organes génitaux externes, par le docteur Nonat, médecin de la Charité, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. — 2e édition refondue et considérablement augmentée, avec la collaboration du docteur Linas. — Ire partie, 1 vol. in-8 de 543 pages avec figures dans le texte. — Prix de l'ouvrage complet : 15 fr.

59. Bergès (P.). Du chloroforme dans les accouchements.
60. Casteran (J. M.). De l'apoplexie pulmonaire.
61. Vayanelle. Etude sur la syphilis.
62. Doury (Mohammed). De la taille périnéale chez l'homme.
63. Conan (M.). De la métrorrhagie dans l'état fougueux de la muqueuse utérine.
64. Romand (Ernest). De l'anatomie pathologique de la néphrite.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 mai 1869, M. le docteur Claude Bernard, membre de l'Institut, a été élevé à la dignité de sénateur.

— La douzième séance publique annuelle de la Société de secours des amis des sciences a eu lieu le jeudi 29 avril, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. le maréchal Vaillant, membre de l'Institut.

M. Boudet, secrétaire de la Société, a rendu compte de la gestion du conseil d'administration pendant l'exercice 1868.

M. Lissajous a lu une notice historique sur la vie et les travaux de M. Léon Foucault, de l'Institut.

La séance a été terminée par une conférence sur les mouvements vibratoires des veines fluides, par M. Maurat.

— Le Comité médical des Bouches-du-Rhône, reconnu par décret impérial comme établissement d'utilité publique, décernera dans sa séance générale d'avril 1870 :

1° Une médaille d'or à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

Des Bains de mer de l'Océan et de la Méditerranée, au double point de vue de la balnéation et du climat.

2° Une médaille d'or à l'auteur du meilleur mémoire sur ce sujet : *Des maladies du sternum chez les vieillards.*

3° Une médaille d'or pour le travail le plus complet sur cette question : *De l'analyse organique végétale.* Les candidats choisiront au moins trois végétaux qui jouent un rôle important en thérapeutique, et donneront la description des *nouveaux procédés analytiques simples et sûrs qu'ils auront employés.*

Les mémoires, écrits en français, devront être parvenus au siége du Comité médical, à Marseille, rue de l'Arbre, 25, avant le 1er mars 1870, terme de rigueur.

Les auteurs qui se feraient connaître seront exclus du concours.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 12 mai, à huit heures du soir.

Ordre du jour : Nomination du secrétaire général.

— M. le docteur Ladreit de Lacharrière, médecin en chef de l'Institution impériale des sourds-muets, commencera des conférences cliniques sur les maladies des oreilles, à l'Institution impériale, le samedi 15 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Leçon théorique à neuf heures et demie. Examen des malades et opérations à dix heures et demie.

— Très-bonne clientèle à céder, dans la plus riche contrée de la vallée de la Loire. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Traité pratique et raisonné des plantes médicales indigènes. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine et par la Société de médecine de Marseille, par F. J. Cazin, chevalier de la Légion d'honneur, etc. Troisième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée, par le docteur Henri Cazin, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un très-fort volume grand in-8 de plus de 1200 pages, avec atlas de 200 plantes, du même format, solidement cartonné à l'anglaise. — Prix : figures noires, 20 francs; figures coloriées, 27 fr.

Nouveaux éléments d'anatomie chirurgicale, par Benjamin Anger, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1079 figures intercalées dans le texte et atlas de 12 planches imprimées en couleur. 1 vol. in-8 et un atlas. Prix, 40 fr. Séparément : le texte, prix, 20 fr.; l'atlas, prix, 25 fr.

Les poissons des eaux douces de la France. — Anatomie, physiologie, description des espèces, mœurs, instincts, industrie, commerce, ressources alimentaires, pisciculture, législation concernant la pêche, par M. Émile Blanchard, membre de l'Institut, professeur au Muséum. Un fort volume grand in-8. avec 151 figures dessinées d'après nature. Prix, 20 fr.

Psychologie naturelle. Étude sur les facultés intellectuelles et morales, dans leur état normal et dans leurs manifestations anormales, chez les aliénés et chez les criminels, par M. le docteur Prosper Despine. — 3 vol. in-8. Prix, 21 fr.

Traité des opérations des voies urinaires, par le Dr Reliquet, ancien interne des hôpitaux. 1re partie (Opérations de l'urèthre). — 1 vol. in-8. Prix, 5 fr.

Dermatologie hippique, ou Traité de l'organisation des maladies de la peau du cheval, par J. P. Mégnin, vétérinaire en 1er au 3e lanciers. Ouvrage récompensé d'une médaille d'or par le ministre de la guerre. Paris, 1869, in-8. Prix, 5 fr.

Étude critique des diverses médications employées contre le diabète sucré, par le Dr Paul Brouardel. Thèse d'agrégation. — 1 vol. in-8. Prix, 4 fr.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Barth a continué dans cette séance la lecture du résumé du rapport sur le choléra de 1854, 1865 et 1866. Cette lecture sera terminée dans la séance prochaine. Nous mettrons ce résumé sous les yeux de nos lecteurs lorsqu'il aura reçu la publicité du *Bulletin*. L'Académie avait entendu avant un rapport officiel de M. Gobley, sur une question de matière médicale, et une lecture de M. le docteur Marchant, médecin de l'École vétérinaire d'Alfort, sur l'action comparée du forceps et du levier, travail dans lequel l'auteur nous a paru appuyer sur de bonnes raisons la préférence qu'il donne au levier sur le forceps.

A l'occasion de la correspondance, et en présentant à l'Académie le 3e fascicule des excellents rapports sur les maladies régnantes de M. le docteur Besnier, M. Briquet a exprimé avec raison le regret que les nombreuses sociétés médicales des départements, qui publient des comptes rendus de leur travaux, n'en donnassent point communication à l'Académie. Nous joignons volontiers notre voix à celle de M. Briquet pour engager ces sociétés à mettre l'Académie à même de connaître leurs travaux, de les utiliser dans ses rapports annuels sur les épidémies, et de mettre à leur disposition ses moyens de publicité dans l'intérêt commun de la science.

Une place a été déclarée vacante dans la section de pathologie médicale. Il ne manquera pas de candidats, et des plus méritants.

Dr BROCHIN.

LES PROFESSEURS QUI ONT DES ÉLÈVES

ET CEUX QUI N'EN ONT PAS.

Dans l'*Union médicale*, le docteur Simplice vient de publier les lettres de deux étudiants, dont l'un se plaint de l'enseignement subventionné, devenu tellement étranger aux nécessités de la pratique médicale, qu'il se trouve obligé de l'abandonner, et dont l'autre, au contraire, trouve qu'il n'y a rien de mieux qu'un enseignement délaissé, parce que cela prouve combien il est supérieur aux esprits vulgaires.

Ce contraste est vraiment curieux et doit donner à réfléchir. Il jette en pâture à l'opinion ce fait, bien connu maintenant, que la plupart des cours de la Faculté sont déserts et abandonnés des élèves. Jusqu'ici cela se disait tout bas, mais voilà maintenant que cela s'imprime et devient matière à discussion.

Nous ne ferons pas à la Faculté cette peine de publier le nombre des élèves qui suivent les cours officiels. — L'administration le sait, car elle reçoit ce bulletin tous les mois, et elle a compté que chaque élève d'un cours suivi par neuf personnes lui coûte au prix de dix mille francs par an. C'est environ mille francs par tête, ou vingt francs par leçon d'une heure, pour chaque personne. — Le calcul est également fait pour le cours de dix-neuf, trente et quarante élèves.

Sans entrer dans aucun détail à ce sujet, il est curieux de voir le correspondant du docteur Simplice soutenir ce fait, que les cours les moins suivis sont les meilleurs, parce que, laissant de côté les choses utiles à connaître, le professeur ne s'occupe que de haute science, dans des digressions qui n'ont aucune utilité pratique, ce qui fait qu'un cours peut durer plusieurs années, à moins qu'une permutation n'empêche le cours de s'achever.

Dans cette manière inattendue de voir les choses, un professeur qui a beaucoup d'élèves serait inférieur à celui qui n'en a pas, et, des deux nouveaux cours ayant commencé cet été, thérapeutique et pathologie externe, celui qui est à peu près désert, vaudrait mieux que l'autre, où l'on se presse d'accourir.

Quelle trouvaille que cet argument ! et comme ils vont être satisfaits ceux qui, sans expérience de la chaire, se voient obligés de professer devant les bancs du grand amphithéâtre vides d'auditeurs. Ils auront au moins la consolation de se croire supérieurs à ceux de leurs collègues qui sont assez terre à terre pour avoir des élèves à leurs cours, ainsi que cela se voyait jadis aux cours d'Orfila, de Bérard, de Marjolin, de Chomel, de Rostan, d'Andral, de Cruveilhier, de Nélaton, de Trousseau, etc. Être professeur et n'avoir pas d'élèves à son cours, tel serait, dans cette manière de juger l'enseignement, la preuve de son élévation et de sa supériorité.

Ce n'est pas notre opinion, et nous croyons bien que tout le monde sera de notre avis.

Dr E. LE SOURD.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. DESPRÈS.

Iritis syphilitique

TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LA PONCTION DE LA CORNÉE.

(Observation recueillie par M. BARTHÉLEMY, interne du service.)

M... Eugénie, âgée de 20 ans, passementière, est entrée le 13 février 1869 à l'hôpital de Lourcine, service de M. Desprès, salle Saint-Alexis, n° 8.

Elle présente, au moment de son entrée, des plaques muqueuses végétantes de la vulve, des ganglions indurés multiples et indolents dans les aines, de la vaginite.

La date d'invasion de la syphilis paraît remonter à trois mois. Depuis deux mois, les règles sont supprimées, aménorrhée qui est sans doute sous l'influence de la vérole.

D'une bonne santé habituelle, cette fille ne présente point de traces de scrofules. Cependant elle dit avoir eu des maux d'yeux dans son enfance. Elle raconte aussi qu'il y a quelques mois elle a souffert de l'œil gauche, qui est resté rouge pendant quatre ou cinq semaines.

M. Desprès cautérise les plaques muqueuses avec la solution concentrée de chlorure de zinc, et met la malade à un traitement reconstituant : bains salés et sulfureux ; poudre tonique, etc.

Le 24 février, sans cause occasionnelle appréciable, la malade accuse de la douleur dans l'œil droit. Il y a de l'hyperémie de la conjonctive; l'iris semble un peu terne; il y a un cercle sclérotidien; la vision, au reste, n'est guère troublé; la malade voit comme dans un brouillard.

Les jours suivants, les symptômes s'accusent davantage : rougeur intense de l'œil, cercle sclérotidien ; la pupille présente une coloration jaune rougeâtre et devient paresseuse. En même temps, la douleur augmente, irradie aux parties voisines, s'exaspère la nuit. Il y a du larmoiement, de la photophobie, et la vision se trouble. Comme état général, on note seulement de la diminution de l'appétit et un léger mouvement fébrile.

M. Desprès diagnostique une iritis séreuse ; fait placer, le premier jour, un petit vésicatoire à la région temporale; le lendemain, ordonne un purgatif (3 verres d'eau de Sedlitz) et des sinapismes aux cuisses; quelques jours après, 2 sangsues aux cuisses, dans l'espoir de rappeler les règles et de produire ainsi une révulsion favorable pour faire disparaître la congestion oculaire.

Enfin, on instillait deux fois par jour, dans l'œil malade, quelques gouttes du collyre suivant :

Eau distillée.............. 30g;
Sulfate neutre d'atropine... 0g20.

Il se produisit un amendement notable de tous les symptômes, particulièrement de la douleur.

Le 8 mars, les élancements circumorbitaires avaient disparu. La malade se plaignait seulement d'un sentiment de tension. La pupille était dilatée sous l'influence du collyre à l'atropine, et ne présentait point de déformation; mais il existait encore, au niveau de la sclérotique, une congestion assez intense. La persistance de cette hyperémie, le retard du rétablissement de la vue et la tension du globe de l'œil firent craindre à M. Desprès qu'il n'y eût quelque altération des membranes plus profondes de l'œil, probablement une choroïdite.

Pendant une vingtaine de jours, l'état local demeura à peu près stationnaire. La fièvre avait complétement cessé, l'appétit était revenu. La malade faisait usage de lunettes bleues et allait bien.

Le 29 et le 30 mars, il se fait un retour à l'état aigu : congestion plus vive du blanc de l'œil, larmoiement, photophobie, douleur intense. Le sentiment de tension oculaire s'exagère, la cornée se déforme et devient saillante. Il y a de la fièvre, de l'anorexie. La nuit est pénible et sans sommeil.

Pédiluves, sinapismes aux extrémités inférieures, 2 sangsues aux cuisses.

Le 31, aggravation de symptômes.

M. Desprès fait, à l'aide d'une aiguille à cataracte, une ponction de la cornée, à 3 millimètres de son bord interne ; lavages à l'eau chaude ; occlusion de l'œil par un voile.

Dans la journée, il y a une rémission notable de la douleur, et la nuit est moins mauvaise.

1er avril. La malade se dit soulagée.

Cependant il y a un commencement d'hypopion, épanchement de matières plastiques ou purulentes dans la chambre antérieure, au niveau du bord inférieur de la cornée. La cornée elle-même se trouble vers la périphérie.

Deuxième ponction donnant issue à une quantité assez abondante d'humeur aqueuse.

2 avril. Le sommeil est revenu ; la douleur et la tension oculaire ont cessé; l'œil est beaucoup moins rouge. Il y a encore un léger filet blanchâtre de pus dans la chambre antérieure. La pupille tend à se rétracter en dépit du collyre mydriatique, qui n'a pas cessé d'être employé.

Elle est déformée, allongée transversalement; son diamètre vertical est rétréci par deux synéchies postérieures.

FEUILLETON

L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

DANS LES UNIVERSITÉS ALLEMANDES (1).

III

CLINIQUES SPÉCIALES.

Dans les tableaux qui précèdent sont mentionnées quelques-unes des cliniques spéciales instituées dans les universités de Berlin et de Vienne. Les progrès de la médecine et de la chirurgie ont rendu nécessaire cette division de l'enseignement clinique. En effet, comme il est arrivé depuis en physique et en chimie, il est presque impossible qu'un seul homme embrasse et domine également bien toutes les branches de l'art de guérir. Il y a dans ce vaste domaine des parties que l'occasion, ses goûts ou ses aptitudes particulières lui feront cultiver de préférence, et il pourra le faire sans courir le danger de s'égarer dans cette étude spéciale, s'il y est suffisamment préparé par une forte éducation médicale. Celle-ci ne peut-être puisée que dans de sévères leçons d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de clinique générale. Sans elle, le médecin qui se livre à une branche particulière de l'art de guérir perd le coup d'œil d'ensemble et court risque de faire fausse route. L'enseignement spécial dont il s'agit ne doit donc jamais acquérir, dans une Faculté, l'importance des chaires magistrales. Il est nécessaire, néanmoins, et on l'a senti depuis longtemps, en ce qui concerne l'art des accouchements, dont l'enseignement est distrait partout de la médecine et de la chirurgie proprement dites. Les cliniques d'ophthalmologie sont une institution plus récente, rendue nécessaire par l'étendue croissante et les progrès rapides de cette partie de la chirurgie, non moins que par les connaissances qu'elle emprunte à la physique et à physiologie. Toutes les universités allemandes en sont pourvues. De même, les cliniques des maladies mentales, des maladies des enfants, des maladies syphilitiques et des maladies de la peau ont conquis une place dans l'enseignement officiel. Je vais entrer dans quelques développements à cet égard.

Dans aucun service hospitalier, les effets funestes de l'encombrement ne se font sentir d'une manière plus cruelle que dans les salles d'accouchements. Les épidémies de fièvre puerpérale s'y développent et s'y propagent avec une intensité effrayante. Pour les prévenir, il est nécessaire de distribuer un petit nombre de lits dans les salles, d'y renouveler l'air par une ventilation énergique, et de faire régner partout la propreté la plus scrupuleuse. Ces conditions se trouvent réunies dans un certain nombre de cliniques obstétricales établies près les universités allemandes, tantôt dans les hôpitaux généraux, tantôt dans des constructions spécialement disposées pour cet usage.

A Vienne, les cliniques d'accouchements sont installées dans l'hôpital général (*Allgemeines Krankenhaus*) au nombre de deux, l'une spécialement destinée aux étudiants (professeur Braun), l'autre aux sages-femmes (professeur Spath), car l'instruction de ces dernières est confiée non-seulement à la Faculté, comme ailleurs, mais à un professeur ordinaire revêtu de ces fonctions spéciales. Les salles n'ont pas été construites pour les besoins d'une clinique obstétricale et ne se distinguent guère des autres salles d'hôpital. Elles sont nombreuses et encombrées. Pour donner une idée de l'importance de ces cliniques, il suffit de mentionner le nombre des accouchements qui y sont pratiqués annuellement. Il s'est élevé, en 1867, à plus de 9,000. Ces conditions ne sont rien moins que favorables, et pourtant la mortalité n'a atteint, l'année dernière, qu'une faible proportion, alors qu'autrefois elle s'élevait dit-on, à 25 p. 0/0. On se plait à attribuer cette diminution aux soins de propreté et aussi à l'établissement d'un système de ventilation par appel et par chauffage permanent, qui a été imaginé par M. Bohm, et qui s'est montré très-efficace. L'appareil de Bohm a été adopté dans d'autres hôpitaux. Je l'ai vu fonctionner dans une annexe de l'hôpital général de Munich.

La Bavière possède deux cliniques d'accouchements qui me paraissent dignes d'être mentionnées : celle de Munich et celle de Würzbourg, installées l'une et l'autre dans des bâtiments spéciaux.

(1) Voir les numéros du 4 mai et suiv.

Troisième ponction de la cornée donnant issue à une certaine quantité d'humeur aqueuse.

Le 3, il n'y a plus de traces de pus dans la chambre antérieure. La conjonctive n'est guère plus congestionnée que celle du côté sain. La cornée reprend sa transparence. Le sommeil et l'appétit sont revenus; l'état général est très-satisfaisant.

Le 4, la guérison est complète. Il ne reste plus d'autres traces de l'affection oculaire que la déformation et la gêne des mouvements de l'iris et le trouble de la vue, qui tend au reste à disparaître progressivement.

Nous avons été frappés de la rapidité avec laquelle les ponctions réitérées de la cornée ont amené la résolution des phénomènes morbides. Déjà, au commencement de l'année, nous avions pu observer, dans le service, une iritis syphilitique suivie de kératite interstitielle, traitée avec succès par deux ponctions de la cornée. M. Després pense qu'il est bon de pratiquer la ponction toutes les fois que l'on craint la suppuration de l'iris ou de la cornée, quand l'affection se prolonge ou récidive avec douleurs circumorbitaires intenses et tension intra-oculaire exagérée, quand enfin il y a menace de glaucome consécutif. Déjà les ponctions de la cornée et l'évacuation de l'humeur aqueuse ont été vantées il y a quelques années par M. Spérino, de Turin. L'observation que nous publions aujourd'hui est une confirmation de la pratique du chirurgien italien.

DESCRIPTION

DE LA MALADIE PRODUITE PAR L'INOCULATION DU VENIN DE LA VIPÈRE (1)

Par le docteur VIAUD-GRAND-MARAIS,
professeur à l'École de médecine de Nantes.

Un pareil état ne saurait se prolonger; si les forces de la vie n'ont pas été complétement éteintes par le poison, on voit en peu d'heures survenir un mouvement de réaction. Un *sentiment de chaleur* se répand dans tout le corps; le *pouls se relève*, devient fort et plein; la peau présente de la tendance à la *moiteur*, puis elle donne passage à des *sueurs* qui n'ont plus le caractère visqueux de la période adynamique. Ce mouvement fébrile, presque toujours léger, apparaît le lendemain de la blessure et se renouvelle le surlendemain. Dans une observation que nous devons au docteur Bourdin, de Saint-Pazanne, la fièvre persista pendant quelques jours sous forme d'accès réguliers, et nécessita l'emploi d'antipériodiques.

Le 28 mai 1860, le jeune Julien Épervirer, de Sainte-Pazanne, âgé de 9 ans, fut piqué à un des doigts de la main droite en essayant de prendre un nid au milieu d'une haie touffue. Il n'eut pas le temps de reconnaître le reptile; mais c'était bien une vipère, car le membre blessé se tuméfia presque aussitôt jusqu'au-delà du coude, et se couvrit de taches livides; puis survint de la cardialgie, des nausées et un refroidissement facile à constater au toucher, surtout sur la main mordue. Tous ces symptômes furent combattus par M. Bourdin, à l'aide de l'ammoniaque, de boissons excitantes et de frictions aromatiques. Le malade eut une fièvre de réaction assez forte qui offrit les caractères d'une fièvre intermittente, et dont il guérit au moyen du quinquina administré sous forme de bols.

III. — *Symptômes tertiaires.* — Ils se divisent en *symptômes périodiques* ou *à répétition* et en *symptômes cachectiques*.

Un grand nombre de blessés éprouvent plusieurs années de suite, et presque à jour fixe, le retour de troubles morbides analogues à ceux que produit l'inoculation venimeuse : du *gonflement* et de la *douleur dans le membre autrefois piqué par la vipère*, un *état saburral des premières voies*, de l'*inappétence* et même des *nausées*; leur peau prend une *teinte subictérique*.

Une jeune fille, soignée à l'hospice-général de Nantes, par le docteur Deluen, alors interne, présentait tous les ans, à l'époque de sa morsure, une éruption de taches livides sur le membre blessé.

Jean Coulonnier, de Boussay, âgé de 18 ans, fut mordu par une vipère en 1831. Il se mit entre les mains d'un conjureur, aux remèdes duquel il attribua sa guérison, et depuis lors il jouit d'une bonne santé; mais, chaque année, au jour anniversaire de sa blessure, il ressent un malaise général; sa jambe enfle et il s'y forme parfois des plaies.

Le docteur Demeurat de Tournan (*Gazette hebdomadaire*, 6 novembre 1863, t. X) a publié une observation d'accidents périodiques, suites de morsure de vipère, qui se reproduisaient depuis trente-neuf ans avec une régularité parfaite. La malade, piquée le 28 mai 1824, éprouvait chaque année, à pareille époque, de l'anxiété, des nausées, de la céphalalgie; puis, au bout de six à huit jours, voyait apparaître des bulles de pemphigus au lieu de la blessure. Avant sa rencontre avec le serpent, elle n'avait rien ressenti de semblable.

Il serait facile de multiplier les exemples de ces faits, sur lesquels aucune explication n'a encore été donnée, mais qui n'ont rien de plus extraordinaire que la régularité des accès de la fièvre paludéenne et la périodicité des règles.

Les symptômes de cachexie, beaucoup plus rares, peuvent se présenter dans trois conditions différentes.

Ainsi, on rencontre des blessés qui ne se relèvent jamais d'une morsure de serpent. Les accidents aigus passés, ils déclinent, restent valétudinaires, et finissent par succomber au bout de quelques mois. D'autres semblent d'abord guéris et reprennent leurs habitudes; mais après un temps plus ou moins long, on voit survenir chez eux un amoindrissement successif de toutes les forces vitales : la calorification est diminuée, et ils résistent mal au froid; leur peau prend une couleur jaune paille; ils ont de la tendance à la somnolence, de la torpeur intellectuelle, et un engourdissement de la sensibilité; ils digèrent avec lenteur, et leurs gencives sont saignantes comme celles des scorbutiques. Les hommes faits vieillissent d'une façon prématurée, et les jeunes sujets sont arrêtés dans leur développement. Qui ne reconnaîtrait là une modification des fonctions hématopoiétiques sous l'influence du venin? La fibrine est altérée, et les globules sont moins propres à l'échange gazeux qui constitue leur principal rôle dans l'économie. Le liquide recueilli par nous à la suite d'une épistaxis abondante avait l'aspect du sang des veines sus hépatiques, et ne se coagulait qu'imparfaitement.

Il existe un dernier groupe de blessés, peu nombreux, il est vrai, chez lesquels le drame morbide offre encore une marche différente. Aux symptômes d'empoisonnement aigu succède un long entr'acte qu'ils prennent pour de la guérison; puis, au bout de dix-huit mois à deux ans, ils tombent comme frappés d'apoplexie. La mort, dans ce mode de terminaison, a-t-elle lieu par congestion ou hémorrhagie cérébrale, ou par une sorte d'encéphalopathie particulière? C'est ce qu'aucune autopsie n'est venue encore élucider.

Outre ces faits de cachexie que nous appellerons générale, ou par viciation de l'économie tout entière, il y a des cas de cachexie locale, consistant dans une altération permanente des parties mordues. Ainsi, lorsque la piqûre siége aux membres inférieurs, il s'établit parfois, au point où les crochets ont traversé la peau, des ulcères de longue durée. Un jeune homme, vu par le docteur Guitter, a conservé à la jambe un œdème tel, qu'il a été jugé impropre au service par le conseil de révision.

La cachexie par le venin a été observée, non-seulement dans les piqûres des vipères indigènes, mais aussi dans celles de divers autres serpents (crotales, fer de lance, céraste ou vipère cornue de nos oasis algériennes, échidnée mauritanique, etc.). D'après F. Azara (*Voyage dans l'Amérique méridionale*), la plupart des personnes qui, atteintes par le serpent du Paraguay, ne meurent pas de leurs morsures, restent à moitié imbéciles.

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 avril.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 11 mai 1869. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Jacques (de Lure), et Baudrimont (de Bordeaux), qui sollicitent le titre de membre correspondant; 2° un rapport sur les épidémies qui ont régné en 1868 dans le département de l'Aisne, par M. le docteur Guipon (de Laon); 3° la relation d'une épidémie de typhus qui a régné à Philippeville en 1868, par M. le docteur Raoult, médecin major; 4° la relation d'une épidémie de choléra qui a régné à Biskra en 1867, par le même auteur. (Comm. des épidémies.)

M. BÉCLARD met sous les yeux de l'Académie un nouveau laryngoscope, construit par M. Galante, sur les indications de M. le docteur Charles Fauvel.

Cet appareil remédie aux inconvénients suivants, inhérents aux laryngoscopes habituellement en usage :

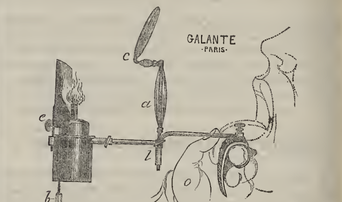
1° L'impossibilité d'examiner le malade debout ou couché;

2° La difficulté de se procurer une lampe convenable;

3° Le temps perdu à mettre cette lampe en état de servir.

Ce nouveau laryngoscope est composé :

1° D'un abaisse-langue ou tire-langue, sur lequel la langue est attirée et fixée à l'aide du pouce de la main gauche;



2° D'une lentille biconvexe surmontée d'un miroir plan à inclinaison variable, et enfin d'une lampe à essence minérale, qui, sous un très-petit volume, donne un éclairage suffisant pour bien voir dans le miroir laryngien toutes les parties de la glotte, et au besoin y porter des topiques.

La main gauche de l'opérateur supporte l'appareil et maintient la langue du malade sur le tire-langue. La main droite met en place le miroir laryngien, qui est vivement éclairé par la lentille sus-indiquée. Le miroir plan, incliné convenablement, permet au malade de voir l'image de son larynx.

M. BRIQUET présente, de la part de M. le docteur Ernest Besnier, le troisième fascicule des Comptes rendus mensuels de la commission des maladies régnantes, faits à la Société médicale des hôpitaux (3e fascicule, année 1868).

A cette occasion, M. Briquet ajoute : Il existe dans les départements un certain nombre de sociétés de médecine qui publient des comptes rendus annuels de leurs travaux; beaucoup de ces publications n'arrivent point à l'Académie. Il serait à désirer que l'envoi lui en fût fait. Ces travaux auraient, de cette manière, une publication étendue par l'intermédiaire de la commission des épidémies et serviraient infiniment la science des épidémies.

M. LARREY offre en hommage, en son nom : 1° une brochure intitulée : *Recherches et observations sur la hernie lombaire*, communiquées à l'Académie le 9 mars 1869; 2° au nom de M. Sédillot : *La relation d'une opération d'ovariotomie.*

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Grisolle, décédé.

RAPPORT

M. GOBLEY lit un rapport officiel sur un mémoire de MM. Carlotti et Vauquelin, ayant pour titre : *Recherches chimiques sur l'*Encalyptus globulus *et sur ses effets thérapeutiques*. Les conclusions de ce rapport, consistant à déclarer que les faits énoncés dans ce travail sont insuffisants et demandent de nouvelles recherches, sont adoptées après quelques explications échangées entre MM. J. Cloquet, Gubler et le rapporteur.

LECTURE

Parallèle du levier et du forceps. — M. MARCHANT lit un travail intitulé : *Du levier et du forceps*, dont voici les conclusions :

Vouloir comparer le forceps au levier d'une manière générale, c'est renouveler une vieille question, sur laquelle on ne pouvait s'étendre, en raison des intérêts particuliers qu'avaient les auteurs qui la traitaient.

Analyser l'action de ces deux instruments et étudier les forces

---

L'institut obstétrical de Munich est situé dans une large rue (*Sonnenstrasse*), non loin de l'hôpital général; celui de Würzbourg, au milieu de vastes jardins. M. le professeur Scanzoni, l'illustre accoucheur de Würzbourg, peut revendiquer, à bon droit, l'honneur d'avoir indiqué les dispositions très-convenables qui ont été adoptées dans la construction de ces cliniques. Je décrirai ici, d'une manière particulière, celle de Munich, qui est dirigée par M. le professeur Hecker.

La maison d'accouchements de Munich reçoit trois catégories de femmes enceintes : celles qui, payant une forte pension, ont droit à des soins particuliers et à un traitement secret; celles qui acquittent une rétribution ordinaire; celles qui sont traitées gratuitement. Cet établissement comprend des salles pour les femmes enceintes, pour les femmes en couches; un amphithéâtre, une collection de pièces destinées à l'enseignement, un cabinet pour l'examen des femmes, un appartement pour l'un des assistants, une chapelle. Les salles où séjournent les accouchées ne reçoivent pas plus de six lits, dont deux restent généralement vides. Le bâtiment est, d'ailleurs, divisé dans toute sa hauteur en trois corps contigus, mais distincts. Le milieu est occupé par les services qui ont trait à l'enseignement ou à l'administration; les deux corps latéraux, ou divisions, sont occupés par les femmes en traitement; mais l'une de ces divisions est constamment vide et toujours prête à recevoir les femmes enceintes ou en couches, lorsque l'autre division a été occupée pendant quelque temps. Le séjour alternatif des femmes dans les deux corps de bâtiment latéraux permet de nettoyer l'un à fond pendant que l'autre est occupé, ces deux divisions étant, d'ailleurs, parfaitement séparées l'une de l'autre par la partie centrale. Rien ne peut donner une idée de la propreté dans ces lieux et des précautions que l'on prend pour empêcher la transmission des germes de maladie. Aucun étudiant s'occupant de dissections n'est admis à l'examen des femmes. Tous ceux qui se sont livrés sur elles à des explorations propres à constater l'état des organes et à éclairer le diagnostic sont astreints à se laver les mains, chaque fois, dans une solution de permanganate de potasse.

Bien que ces détails n'aient pas trait à l'enseignement proprement dit, j'ai cru devoir les indiquer : ils offrent une haute importance au point de vue de la bonne tenue des cliniques obstétricales. J'ajoute qu'à ces dernières se joignent souvent des cliniques spéciales de maladies des femmes ou gynécologiques. Généralement, elles sont confiées au professeur d'accouchements. Il en est ainsi à Berlin, à Vienne, à Würsbourg, où MM. les professeurs Martin, Braun, Scanzoni, dirigent à la fois des cliniques obstétricales et des cliniques gynécologiques.

L'ophthalmologie occupe aujourd'hui un rang important dans l'enseignement clinique en Allemagne. La Faculté de Vienne est la première qui ait confié cet enseignement à un professeur titulaire. C'est M. Arlt qui occupe cette chaire aujourd'hui. Il s'en faut qu'il soit le seul représentant de cet enseignement spécial. Un professeur extraordinaire, M. de Jaeger, fils du célèbre oculiste de ce nom, est chargé d'une grande clinique ophthalmologique, et l'enseignement de cette science est complété par un autre professeur extraordinaire, M. Stellwag von Carion, qui fait un cours sur les opérations pratiquées sur les yeux et sur l'emploi de l'opthalmoscope; en outre, un *privatdocent*, M. L. Mauthner, dirige des exercices pratiques pour la détermination des troubles dans la réfraction et dans la motilité de l'œil. La richesse de ce programme dispense de tout commentaire sur l'intérêt qui s'attache à cet enseignement. L'exemple donné par la Faculté de Vienne a été suivi par celle de Berlin. On connaît l'habileté et la juste renommée de M. Graefe, qui a fait école en ophthalmologie. Pendant longtemps, il a été attaché à la Faculté de Berlin comme professeur extraordinaire; il vient d'être élevé à l'ordinariat, et sa clinique des maladies des yeux est suivie par des étudiants accourus de tous les pays du monde. Je complète ces indications en ajoutant que l'ophthalmologie est enseignée d'une manière officielle et avec succès dans toutes les universités allemandes. Je me borne à mentionner les cliniques des maladies des yeux de Heidelberg (professeur Knapp), de Bonn (Professeur Saemish), de Koenigsberg (professeur J. Jacobson), de Munich (professeur Rottmund), etc.

(*A suivre.*)

qu'ils mettent en jeu en raison de leur construction particulière et de la manière dont ils sont employés, nous paraît la seule marche à suivre, et la question posée en ces termes est susceptible d'une solution raisonnée et raisonnable qui ne blesse, nous en avons l'espérance, aucune susceptibilité.

Le forceps et le levier ne sont que des instruments passifs à l'aide desquels on met en usage deux méthodes différentes de terminer les accouchements difficiles.

La première emploie exclusivement le forceps, qui ne peut mettre en jeu qu'une force de traction et rien de plus. La croyance en la puissance exclusive de la force de traction est si généralement répandue, que les instruments inventés depuis un siècle sont tous, sans exception, des instruments de traction. Les forces qui les font agir, force manuelle, force mécanique, ne sont que des moyens plus ou moins puissants de rendre la traction plus efficace ; le levier français lui-même est un instrument de traction, puisque les accoucheurs français n'avaient foi qu'en elle. Cela est si vrai que si pendant l'introduction des deux branches du forceps, il se produisait une mutation favorable dans la position, cela passait inaperçu ; on terminait l'application et on tirait plus ou moins violemment. Bien rares ont été ceux qui ont profité de cette circonstance favorable !

Dans deux circonstances remarquables, on a voulu exiger du forceps qu'il modifiât la position : à savoir dans les positions occipito-iliaque postérieure du sommet, et mento-iliaque postérieure de la face. C'est une vieille manœuvre renouve lée de Smellie, impossible au détroit supérieur et dans le haut de l'excavation, en raison de la construction du forceps dont on se sert en France, et de ses courbures. On ne peut espérer de réussir que lorsque la tête est tout à fait dans l'excavation ou au détroit inférieur.

On peut si peu nier que la force de traction est le seul moyen employé en France, que lorsque la force d'un seul homme est insuffisante pour l'exercer sur les branches du forceps, on se met à deux, et souvent les forces des deux accoucheurs sont épuisées avant de réussir à terminer l'accouchement.

Le forceps est un instrument de traction pure, et pas autre chose ; il remplace la contraction utérine, tout à fait inutile ; lorsqu'il est appliqué, il substitue sa puissance à la force naturelle qui termine le plus grand nombre d'accouchements.

La seconde méthode, dont M. Boddaert père, de Gand, a démontré le premier l'efficacité, consiste à modifier profondément les présentations et les positions de manière à imiter le plus possible la marche de l'accouchement normal, et à mettre les petits diamètres de la tête en rapport avec les grands diamètres du bassin.

Le levier est le seul instrument qui puisse produire de pareils effets ; de plus, il laisse entière la puissance de la contraction utérine, qu'il seconde en puissance et en direction.

La tendance de la tête à suivre les mouvements qui lui sont imprimés pendant l'accouchement naturel, est si grande, qu'elle s'exerce même pendant la traction violente du forceps, à l'insu des accoucheurs, et pendant qu'elle est resserrée entre les mors de ses branches. Il n'y a donc rien d'extraordinaire à croire qu'une spatule belge, régulièrement appliquée, qui de plus laisse intact le jeu des forces naturelles, c'est-à-dire la contraction utérine, et qui imprime à la tête la direction normale, ne produise, le plus souvent d'une manière très-rapide, ainsi que cela a été observé, les changements avantageux qui rendent l'accouchement facile.

L'action générale du levier comme agent modificateur se traduit ainsi. Le levier, placé sur un point quelconque de la tête produit sur elle un mouvement de rotation qui a pour axe le diamètre perpendiculaire à celui à l'extrémité du quel le levier prend son point d'application. Si on veut, par exemple, dans les présentations du sommet, fléchir la tête sur la poitrine en abaissant l'occiput, l'axe de cette rotation est le diamètre bi-pariétal : on appliquera le levier sur l'extrémité occipitale du diamètre occipito-frontal, qui lui est perpendiculaire ; ainsi de suite.

La puissance extractive du levier n'est niée par personne.

La question du forceps et du levier se réduit en dernière analyse à celles-ci :

Faut-il d'abord, et dans tous les cas, exercer la traction pure ; c'est-à-dire employer le forceps ?

Est-il plus raisonnable de modifier la présentation et la position, de manière à rendre l'accouchement possible à l'aide des seules forces de la nature ?

Pour notre compte : le choix est bientôt fait, c'est la seconde méthode que nous adoptons.

Nous employons volontiers le forceps, lorsque nous avons placé la tête dans la situation requise pour que la traction puisse être exercée en employant une somme moins considérable de forces, et qu'elle puisse se faire sans danger pour la mère et pour l'enfant.

Le travail de M. Marchant est renvoyé à une commission composée de MM. Devilliers et Jacquemier.

RAPPORT SUR LE CHOLÉRA

M. BARTH donne lecture de la seconde partie de son résumé du rapport sur le choléra.

La séance est levée à 4 heures et demie.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 17 mars 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

(SUITE.)

RAPPORT *lu à la Société, dans la séance du 17 mars 1869, sur un travail de MM. Legros et Onimus, intitulé : « De l'emploi des courants électriques continus contre la syncope et les accidents causés par le « chloroforme. »*

Membres de la commission : MM. Broca, Paulet,
Liégeois, *rapporteur*.

Messieurs,

Le 10 décembre, M. Legros, en son nom et en celui de M. Onimus, vous a lu une note sur l'emploi des courants électriques continus contre la syncope et les accidents causés par le chloroforme. A la fin de cette note, ses auteurs exprimaient le désir de communiquer à la Société leur conviction, et s'offraient à répéter devant les membres qui le désireraient les expériences sur lesquelles reposait leur travail. La question des moyens à opposer aux accidents, trop souvent mortels, provoqués par le chloroforme, intéresse à un trop haut titre la chirurgie, pour que l'on restât, dans cette enceinte, indifférent aux tentatives dirigées dans cette voie, surtout quand celles-ci sont faites par des hommes laborieux et à qui la science est redevable de travaux importants.

La proposition de MM. Legros et Onimus fut donc acceptée avec empressement, et une commission, composée de MM. Broca, Paulet et Liégeois, fut chargée d'examiner la valeur de leurs recherches.

Je viens aujourd'hui vous rendre compte des impressions que nous ont laissées les expériences de ces physiologistes, expériences qui ont été répétées devant nous, dans un des laboratoires de la Faculté. Auparavant, je dois dire qu'entraîné et par l'attrait du sujet et par le désir de remplir consciencieusement ma tâche de rapporteur, j'ai fait dans mon cabinet un certain nombre d'expériences que je chercherai à utiliser ; mais, comme elles n'ont point eu pour témoins MM. Broca et Paulet, je dois déclarer que seul j'assume la responsabilité et de leur exactitude et de leur interprétation.

Les expériences qui ont été faites tout d'abord devant nous ont été les suivantes : trois rats albinos ont été successivement placés sous une cloche de verre, haute environ de 30 centimètres, large de 15, avec une éponge sur laquelle on avait versé une certaine dose de chloroforme.

Le premier rat fut retiré de la cloche alors que la respiration avait complétement cessé, que toute trace de sensibilité et de mouvement volontaire avait disparu ; mais les battements du cœur étaient encore manifestes. Les deux pôles d'une pile de Remak furent alors introduits, l'un, le négatif, dans le rectum, l'autre, le positif, dans la bouche. Le courant traversa l'animal quelques secondes ; puis on enleva les réophores, et peu après on aperçut des mouvements respiratoires d'abord rares, irréguliers, saccadés, puis plus fréquents, rythmiques. En même temps, les battements du cœur augmentèrent, la sensibilité et les mouvements généraux reparurent. L'animal était rendu complétement à la vie.

Le second rat fut retiré de la cloche à peu près dans les mêmes conditions que le précédent, seulement les mouvements du cœur étaient moins perceptibles que chez le précédent. Chez celui-ci, le courant continu fut impuissant pour le ramener à la vie.

Chez le troisième rat, la respiration avait complétement cessé, ainsi que la sensibilité et les mouvements généraux ; mais les battements du cœur, quoique ralentis, persistaient d'une façon manifeste. Le passage du courant continu amena identiquement le même résultat que chez le premier rat, c'est-à-dire l'augmentation des battements cardiaques, le retour de la respiration, de la sensibilité, des mouvements volontaires.

Malgré le vif intérêt qui se rattache à ces expériences, votre commission a dû reconnaître qu'elles ne répondaient pas exactement au titre de la note qui vous a été lue : *De l'emploi du courant électrique continu contre les syncopes et les accidents causés par le chloroforme.* L'absence de mouvements respiratoires chez les deux animaux qui vécurent, coïncidant avec la continuation des battements du cœur, battements lents, peu intenses, il est vrai, constitue un caractère suffisant pour qu'il n'ait pas été douteux pour nous que la mort apparente chez nos rats était due à l'asphyxie et non à la syncope. Ces expériences ne sont donc rigoureusement applicables, chez l'homme, qu'à l'asphyxie chloroformique, accident qui chez celui-ci amène moins souvent la mort, et qui est plus facile à combattre que la syncope chloroformique. C'est là une vérité qui, je me plais à le dire, est sortie triomphante, surtout du sein de cette Société, dans les mémorables discussions qui ont eu lieu à ce sujet, principalement dans celles de 1853.

Réduite dans ses applications à l'asphyxie chloroformique, la galvanisation, telle que la proposent MM. Onimus et Legros, est assurément d'une efficacité incontestable. Les animaux qui furent soumis à son action, et chez lesquels l'activité vitale ne se manifestait plus que par de lents et rares battements cardiaques, pouvaient être considérés comme livrés à une mort certaine si on les eût abandonnés à eux-mêmes. Notre éminent collègue, M. Maurice Perrin, rapporte, dans son Traité d'anesthésie chirurgicale, que douze fois il a laissé sans secours des chats, des chiens, des lapins, chez qui les inhalations chloroformiques avaient fait cesser complétement la respiration, les mouvements du cœur persistant encore, et chaque fois la mort survint. On ne peut donc mettre en doute que c'était bien au courant continu que les rats que nous observions devaient leur rappel à l'existence.

Après avoir constaté ces résultats expérimentaux, nous avons dû prier MM. Legros et Onimus de vouloir bien répéter l'expérience avec un courant intermittent, dont ils contestent dans leurs notes l'efficacité en ces termes : « Nous ne passerons point en revue, disent-ils, les autres moyens employés dans les accidents causés par le chloroforme ; *tous, à l'exception peut-être de la respiration artificielle, ont été inutiles ;* nous insisterons seulement sur les courants interrompus, les courants d'induction, qui ont été préconisés et dont on ne saurait trop condamner l'usage. Le meilleur moyen d'arrêter complétement les battements du cœur, affaiblis par les anesthésiques, c'est de faire passer un courant d'induction. On doit donc redouter l'emploi de ces appareils, qui déterminent précisément les résultats que l'on veut éviter. »

Sur la demande que nous fîmes à MM. Legros et Onimus de vouloir bien essayer devant nous l'influence du courant d'induction, un rat fut chloroformé sous la même cloche et de la même façon que les premiers. Il en fut retiré, alors que la respiration, la sensibilité et les mouvements généraux étaient complétement abolis, tandis que les battements du cœur, très-affaiblis, persistaient encore. On fit ensuite passer le courant d'un appareil de Dubois-Raymond, de la bouche à l'anus.

Seulement, afin de nous rapprocher autant que possible avec notre appareil du peu d'intensité du mouvement continu, nous priâmes ces messieurs de se servir du courant le plus faible que l'on pourrait obtenir. Ce courant passa quelques secondes seulement, et presque aussitôt son interruption, les mouvements respiratoires reparurent, les battements du cœur augmentèrent, puis la sensibilité, les mouvements volontaires revinrent insensiblement. L'animal fut sauvé.

Depuis notre réunion, j'ai pu, dans mon cabinet, obtenir sur des lapins, presque à volonté, le même résultat, peut-être plus régulièrement encore, en atténuant davantage l'intensité du courant d'induction, à la condition toujours que les mouvements du cœur soient encore perceptibles à la main. Pour cela, il m'a suffi de placer sur le trajet d'un des réophores d'une pile Legendre un tube rempli d'eau distillée. J'ai pu constater, de plus, à l'aide d'une aiguille fixée dans le cœur de l'animal, que le cœur battait encore dix à quinze minutes alors qu'il n'était plus perceptible à la main. Le courant électrique cessait, par conséquent, d'agir bien avant la disparition totale des battements cardiaques.

Si maintenant, au lieu de prendre des courants d'induction de faible intensité, je me servais de courants d'intensité forte, jamais mes animaux ne se ranimaient.

Ajoutons, pour rendre justice à qui de droit, que nous ne sommes pas les premiers qui aient constaté l'efficacité des courants d'induction appliqués sur les centres nerveux. Ainsi Jobert, dans un mémoire intitulé : *De l'influence de l'électricité dans les accidents chloroformiques*, s'exprime ainsi : « De mes expériences il ressort clairement que, lorsque le cœur a cessé de fonctionner pendant quelques instants, il est inutile de chercher à rappeler une vie qui n'est plus ; mais tant qu'on n'est pas arrivé là, on doit conserver l'espoir de ranimer l'existence prête à s'éteindre. Il n'y a pas de moyens plus énergiques que l'emploi de l'électricité ; c'est ce que reconnaîtront, je l'espère, tous ceux qui prendront connaissance de mon Mémoire. » Et Jobert propose, au lieu d'appliquer l'électricité à l'aide d'éponges placées sur diverses parties du corps, comme quelques-uns l'ont fait, de faire traverser, par un courant, le corps de l'animal, de la bouche à l'anus, et, dans les cas extrêmes, de recourir à l'électro-puncture.

« Dans certaines circonstances, ajoute-il, où la circulation et la respiration ne reprennent pas subitement, il sera nécessaire de prolonger l'opération pendant un certain temps. On n'arrêtera les courants et les chocs électriques que lorsque l'animal poussera des cris, et lorsque la respiration et la circulation s'exécuteront de manière à ne plus laisser de doute sur le retour du système nerveux à sa puissance régulatrice et à son influence définitive sur tous les organes qui reçoivent les impressions. »

Dans son remarquable rapport, en 1853, à la Société de chirurgie, Robert s'exprime ainsi : « J'ai constamment observé que, lorsqu'on sidérait l'animal en lui faisant respirer à la fois une grande quantité de chloroforme, les mouvements du cœur et ceux de la respiration cessaient presque en même temps ; l'électricité ne produisait d'autre résultat que de provoquer des secousses dans les muscles sans réveiller l'action du cœur. Lorsque, au contraire, on ménageait les inhalations de manière à les prolonger jusqu'à ce que la respiration parût s'éteindre, les mouvements du cœur, toutefois persistant, quoique à un faible degré, il m'a toujours été possible de rappeler l'animal à la vie. Plusieurs fois même, voulant bien m'assurer que la respiration était abolie, j'ai attendu une demi-minute après la dernière contraction du diaphragme avant de recourir aux décharges électriques. Des aiguilles étaient enfoncées, l'une dans les muscles postérieurs du cou, l'autre à la base de la poitrine. L'instrument dont je me suis servi est le petit appareil électro-magnétique imaginé par M. Legendre, appareil d'un usage très-commode et dont les effets sont puissants. A la première décharge, une inspiration brusque a eu lieu, et les mouvements du cœur sont devenus plus appréciables. Puis, à chaque secousse, répétée toutes les quatre ou cinq secondes, le même mouvement s'opérant, la respiration ne tardait pas à se ranimer, et, en peu de temps, l'animal revenait à lui-même ; et telle était alors la puissance de l'électricité, qu'à chaque secousse, quoique l'insensibilité aux autres moyens d'excitation fût encore profonde, il poussait des cris aigus et s'agitait violemment. Enfin, une commission nommée par la Société médicale d'émulation, dans le but d'étudier la question du chloroforme, s'est assurée également que l'excitation générale produite au moyen d'un courant d'induction dirigé de la bouche au coccyx ne ranimait pas les animaux chez lesquels les battements du cœur avaient disparu, tandis que quand ceux-ci persistaient, la vie pouvait être facilement rappelée.

(*Sera continué.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour l'agrégation de chirurgie. — Les thèses viennent d'être distribuées de la manière suivante :

M. Dubreuil, argumenté par MM. Fort et Cocteau. — Des diverses méthodes de traitement des plaies.

M. Horteloup, argumenté par MM. Ledentu et Nicaise. — Des plaies de la trachée de l'œsophage et du larynx ; leurs accidents, leur traitement.

M. Anger, argumenté par MM. Lanelongue et Dubreuil. — De la cautérisation dans les maladies chirurgicales.

M. Fort, argumenté par MM. Cocteau et Horteloup. — Des difformités congénitales et acquises des doigts ; des moyens d'y remédier.

M. Ledentu, argumenté par MM. Nicaise et Auger. — Anomalie du testicule.

M. Lanelongue, argumenté par MM. Dubreuil et Fort. — Du pied-bot congénital.

M. Cocteau, argumenté par MM. Horteloup et Ledentu. — Fistules uréthrales chez l'homme.

M. Nicaise, argumenté par MM. Anger et Lanelongue. — Diagnostic des maladies de la hanche.

L'argumentation des thèses commencera le lundi 24 mai et sera continuée les lundi, mercredi et vendredi, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

— La Société de médecine légale vient, comme elle l'avait annoncé, de procéder à une nouvelle élection de quinze membres correspondants nationaux.

Voici en quels termes la commission chargée de donner, par ordre de mérite, la liste des candidats, a apprécié, par l'organe de son rapporteur M. le docteur Gros, le nombre et l'importance des demandes soumises à l'examen :

« Si quelqu'un pouvait encore mettre en doute l'opportunité de la

création de la *Société de médecine légale*, et les services qu'elle est appelée à rendre, l'empressement que mettent, non-seulement nos confrères de province, mais encore des magistrats distingués, à solliciter le titre de membre correspondant, suffirait à les détromper et à prouver d'une manière éclatante que notre Société répond à un besoin réel, généralement senti, et que son avenir est à jamais assuré.

« En effet, messieurs, il n'y a pas un mois, le chiffre des candidats au titre de membre correspondant était de 42. Aujourd'hui, malgré la nomination de 15 membres, il est de 44, et sans jeter la moindre défaveur sur les honorables candidats dont j'énumérais, il y a peu de temps, les titres devant vous, je puis dire que le plus grand nombre des candidats nouveaux, par leur position dans la magistrature, dans le barreau ou dans la science, s'impose pour ainsi dire à vos suffrages et a contraint votre commission à modifier considérablement l'ordre de présentation dans lequel se trouvaient classés, lors de la dernière élection, les candidats dont la demande n'a encore pu être accueillie...

« Il nous a suffi de vous donner la liste de tous les candidats qui se sont présentés, pour vous prouver, messieurs, combien notre Société est estimée en province, et pour démontrer que son but et son utilité sont hautement appréciés par nos confrères et par tous ceux qui ont eu l'occasion de traiter les questions si variées, si intéressantes, mais aussi souvent si difficile de la médecine légale. Cet empressement à venir se joindre à nous, à solliciter une agrégation à notre Société, doit être pour tous un encouragement et un stimulant à persévérer dans la voie dans laquelle nous sommes entrés, et à étendre le plus possible notre champ d'action.

« Aussi votre commission, en présence des hommes importants qui nécessairement ne seront pas encore nommés correspondants dans la prochaine séance, et qui cependant seraient dignes de vos suffrages, regrette-t-elle que le nombre de places disponibles ne soit pas plus considérable. Elle espère, du reste, que plusieurs de ceux qui ne seront pas élus cette fois pourront être admis plus tard, car il vous restera encore 40 places de membres correspondants nationaux à donner. »

Ont été élus :

MM. Bahuand, professeur suppléant à l'École de médecine d'Angers;
Benoist, docteur médecin à Saint-Nazaire;
Bousset, docteur médecin à Valence (Drôme);
Carret (neveu), docteur médecin à Chambéry;
Closmadeuc (de), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Vannes;
Cucuel, docteur médecin à Montbéliard (Doubs);
Delille (Louis), vice-président du tribunal de Guéret (Creuse);
Ernoul, bâtonnier de l'ordre des avocats de Poitiers;
Houzé de l'Aulnoyt, professeur à l'École de médecine de Lille;
Lecadre, vice-président du conseil d'hygiène de l'arrondissement du Havre;
Liégey, docteur médecin à Rambervilliers (Vosges);
Penant, docteur médecin à Vervins (Aisne);
Postel, professeur suppléant à l'École de médecine de Caen;
Rigal, chirurgien en chef de l'hôpital de Gaillac (Tarn);
Tourdes, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Par suite de cette élection, la Société compte maintenant soixante membres correspondants nationaux, et il ne lui en reste plus que quarante à nommer pour atteindre le chiffre maximum de cent, fixé par les statuts. — Mais elle a décidé qu'elle laisserait écouler plusieurs mois avant de procéder à de nouvelles élections, car elle possède aujourd'hui des correspondants dans le ressort de chacune des cours impériales de la France continentale et de l'Algérie. Lorsque de nouvelles élections devront avoir lieu, elles seront annoncées à l'avance dans les journaux de médecine afin de laisser à toutes les candidatures la facilité et le temps de se produire.

Pour les correspondants étrangers, dont le nombre n'est pas limité, les nominations ont lieu d'une façon en quelque sorte permanente, sans qu'il y ait de déclaration préalable de vacance; chaque candidature est examinée à mesure qu'elle se produit, et il est statué sur chaque demande, isolément, aussitôt après le rapport de la commission qui est chargée d'apprécier les titres du candidat.

— M. le docteur Ferdut commencera son cours libre et public d'anatomie vendredi prochain, 14 mai, à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique. Ce cours aura lieu tous les jours, le jeudi excepté, et sera terminé le 3 juillet.

— M. le docteur Verrier recommencera son cours d'accouchements et manœuvres le lundi 17 mai, à quatre heures, 6, rue des Quatre-Vents. S'adresser, pour les autres renseignements, à M. Verrier, 12, rue de Buci.

— Très-bonne clientèle à céder, dans la plus riche contrée de la vallée de la Loire. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Déontologie médicale. Devoirs et droits des médecins vis-à-vis de l'autorité, de leurs confrères et du public, par M. le docteur Félix Delfau (de Collioure). Ouvrage couronné par le Comité médical des Bouches-du-Rhône (médaille d'or). In-18. Prix, 4 fr.

Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin, basées sur 414 cas observés à la Clinique d'accouchements de Paris pendant seize ans, par le docteur Stanesco. Un volume in-8, de 120 pages, accompagné de 15 tableaux statistiques. — Prix, 4 fr.

Des bronchites. Pathologie générale et classifications, par le docteur G. Hayem, lauréat de la Faculté et des hôpitaux de Paris. — Paris, 1869, 1 vol. in-8. Prix, 3 fr. 50.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 15 mai 1869.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Clinique chirurgicale de la Charité.

Les trois faits intéressants et rares qui vont suivre ont été observés il y a quelques jours à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Gosselin, et ont été développés dans deux des leçons cliniques de ce professeur.

1° APPENDICE CAUDAL CHEZ UN NOUVEAU-NÉ

Un enfant mâle de 5 semaines, adressé à M. Gosselin par M. le docteur Blain des Cormiers, portait à la partie inférieure du tronc, vers le milieu de la rainure interfessière, un appendice long d'environ 5 centimètres, un peu plus gros qu'une plume d'oie, et un peu plus effilé à son extrémité libre qu'à sa partie adhérente. Cet appendice, de couleur rosée et tout à fait dépourvu de poil, avait l'apparence d'une verge d'enfant un peu longue, mais ne présentait aucune ouverture à son extrémité. Abandonné à lui-même, il restait caché au fond de la rainure interfessière et venait recouvrir l'orifice anal au niveau duquel il s'imprégnait de matières fécales à chaque défécation.

Les parents, en présentant l'enfant à M. Gosselin, lui demandaient si cet appendice ne devait pas être un jour l'occasion d'une gêne trop grande, et s'il ne valait pas mieux en faire immédiatement l'ablation. Avant de répondre à cette question, M. Gosselin appliqua tous ses soins à déterminer qu'elles étaient la structure du prolongement et ses connexions au niveau de la partie adherente. Les quelques vagues souvenirs qu'il avait conservés de ce sujet lui donnaient à penser que l'appendice pouvait bien, comme l'ont indiqué Is. Geoffroi-Saint-Hilaire et les voyageurs qui ont parlé des hommes à queue de la tribu des Niams-Niams, en Afrique, être formé par un prolongement du coccyx et du canal sacro-coccygin, auquel cas l'opération pouvait exposer à une méningite rachidienne ; mais en palpant le prolongement avec attention, il le trouva molasse et n'y constata aucun point dur pouvant faire croire à l'existence de parties osseuses prolongement du coccyx. D'autre part, en explorant la base, il la sentit parfaitement mobile et tout à fait indépendante du squelette, à une distance notable duquel elle se trouvait évidemment placée.

Ne voyant dès lors aucun danger sérieux dans l'ablation, et pensant que la conservation de ce vice de conformation serait plus tard une cause de gêne et d'ennui, M. Gosselin se décida à enlever l'appendice. Il en circonscrivit la base par deux incisions semi-elliptiques et acheva promptement la séparation. Une artère assez grosse dut être liée ; puis les bords de la plaie furent réunis par deux points de suture métallique.

L'examen de l'appendice, à l'œil nu et au microscope, a fait voir qu'il était formé, à l'extérieur, par un étui cutané peu épais, et à l'intérieur par un tissu cellulo-fibreux abondant pourvu de graisse seulement au niveau de la jonction avec le tissu conjonctif sous-cutané.

Ces caractères rapprochent l'appendice en question de cette variété de verrues que nous désignons aujourd'hui sous le nom de *molluscum pendulum*. Seulement, le fait actuel offre ceci d'insolite, que le molluscum est congénial, qu'il a une largeur plus grande et une forme plus allongée qu'à l'ordinaire, et qu'enfin, par sa situation, il simulait ces prolongements coccygiens qu'on a considérés comme des queues analogues à celles des mammifères.

L'opération a été faite le 30 avril. L'enfant n'a pas été ramené, mais M. Gosselin a eu de ses nouvelles, et a su que la guérison s'était faite très-promptement.

2° GRENOUILLETTE HYDATIQUE.

Un homme de 62 ans portait depuis quelque temps une tumeur gênante du plancher de la bouche, à gauche. Cette tumeur refoulait la langue en haut et en arrière, empêchait la déglutition de s'accomplir régulièrement et rendait très-difficile la prononciation.

M. le docteur Homolle, consulté au mois de janvier dernier, avait fait une ponction et passé un petit séton ; mais le fil s'était échappé le cinquième jour ; les ouvertures s'étaient cicatrisées, et la tumeur avait recommencé à grossir. Elle était arrivée au volume d'un petit œuf de poule et remplissait une grande partie de la cavité buccale.

M. Gosselin, après avoir examiné et reconnu une fluctuation très-évidente, établit le diagnostic de grenouillette en faisant remarquer l'existence de deux conditions insolites : savoir, un épuisement très-notable de la paroi buccale du kyste, et une tuméfaction de quelques-uns des ganglions sous-maxillaires. Ces deux conditions tenaient-elles à l'inflammation qui avait été provoquée par la tentative du traitement ou à quelque production épithéliale sur la surface interne du kyste ? Ces deux questions restaient indécises et ne devaient être tranchées que par les résultats de l'opération. Celle-ci était indiquée d'ailleurs par la gêne de la prononciation et de la déglutition, dont se plaignait le patient. Le 29 avril, M. Gosselin exécuta le procédé auquel il donne la préférence dans tous les cas de grenouillette, savoir l'incision très-longue et l'excision du kyste, suivies de cautérisations réitérées. Après avoir accroché le kyste sur le plancher de la bouche avec un tenaculum, il fit d'abord l'incision. On vit aussitôt s'échapper un flot de pus et une grosse enveloppe blanchâtre tout à fait semblable à l'enveloppe anhiste d'une hydatide mère, et à l'aide du microscope on reconnut bientôt un certain nombre d'échinocoques entiers et un bon nombre de crochets provenant évidemment d'animalcules semblables.

Il s'agissait donc d'une grenouillette kystique, insolite, sous ces deux rapports, qu'elle avait suppuré et que la poche renfermait des échinocoques avec une poche hydatique unique ; insolite sous cet autre rapport, qu'aucun signe n'aurait pu faire soupçonner avant l'opération l'existence de cette variété très-rare, peut-être même non observée jusqu'à ce jour, de grenouillette, la *grenouillette hydatique*.

L'opération n'a eu aucune suite fâcheuse, et tout fait espérer une guérison prochaine, que les cautérisations de la cavité, répétées tous les trois ou quatre jours avec le crayon, et l'agrandissement de l'ouverture avec les ciseaux, si elle venait à se fermer trop vite, rendront sans doute solide et permanente.

3° KYSTE SÉREUX VOLUMINEUX DE LA RÉGION PAROTIDIENNE DROITE

Une femme de 52 ans est présentée, le 7 mai 1869, à M. Gosselin, par M. le docteur Joulin, de Châteauroux. Cette femme, qui est pâle et maigre, a toujours eu une chétive apparence, et n'en est pas moins d'une bonne santé habituelle. Elle porte depuis six ans une tumeur dans la région parotidienne droite. Indolente pendant longtemps, cette tumeur est devenue depuis deux mois douloureuse en même temps qu'elle a grossi plus vite. Elle est grosse comme la moitié d'un œuf de poule, bosselée à sa surface, et refoule un peu le lobule de l'oreille en se prolongeant au-devant et en arrière de lui.

Cette forme extérieure rappelle celle des tumeurs solides, et notamment des adénomes et des enchondromes. D'un autre côté, la peau glisse partout sur la tumeur, et celle-ci se déplace si facilement sur les parties profondes qu'on peut croire à la situation superficielle du produit morbide et à l'absence d'adhérences. En portant les doigts sur les divers points de la tumeur, M. Gosselin est étonné d'y trouver une certaine dépressibilité et de la fluctuation. En outre, deux doigts placés à chacune des extrémités du diamètre vertical et du diamètre transversal, permettent de sentir partout une fluctuation très-nette et superficielle qui donne l'idée d'une poche unique bosselée. L'examen avec la lumière confirme cette manière de voir en permettant de constater la transparence la plus incontestable.

M. Gosselin établit donc qu'il s'agit ici d'un kyste, et comme la percussion ne permet pas de sentir le frémissement, il admet un kyste à contenu séreux qui s'est développé, soit aux dépens de quelques-uns des lobules les plus superficiels de la parotide, soit aux dépens d'un ganglion lymphatique, comme M. A. Richard en a cité un exemple pour un autre point de la région cervicale.

La malade a été traitée par la ponction et l'injection iodée (avec moitié eau et moitié teinture d'iode). L'opération, faite par M. Gosselin le 9 mai, a présenté cette particularité, que le trois-quarts, après avoir eu quelque difficulté à pénétrer, est entré tout d'un coup assez loin pour toucher la face profonde sans doute un peu vasculaire du kyste ; car, après la sortie de la sérosité jaunâtre, il s'est écoulé du sang. Il s'en est échappé encore après l'issue de la teinture d'iode, et lorsque la canule a été retirée la poche s'en est remplie assez vite. M. Gosselin a vu quelquefois ce résultat dans le traitement des kystes thyroïdiens, et comme la guérison n'a pas moins eu lieu, il espère que, dans le cas actuel, l'injection iodée produira ses effets ordinaires.

FEUILLETON

L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

DANS LES UNIVERSITÉS ALLEMANDES (1).

Ce qui précède montre suffisamment l'importance des cours cliniques sur les maladies des yeux. On en connaît les résultats. Des disciples nombreux et exercés sont sortis de ces écoles et se sont répandus dans les principales villes de l'Europe et de l'Amérique. Je constate un fait en disant que le public leur accorde une confiance qui est méritée, toutes les fois qu'une éducation médicale solide se joint à l'habileté et à l'expérience acquises dans la branche spéciale.

Sous les mêmes réserves, on ne peut qu'approuver l'institution des cliniques pour les maladies mentales, pour les maladies des enfants, pour les maladies syphilitiques, pour les maladies de la peau. Depuis longtemps, ces maladies sont traitées dans des hôpitaux particuliers, ou au moins dans des salles distinctes. Il est donc naturel que la présence simultanée d'un grand nombre d'individus affectés du même genre de maladie soit mise à profit pour l'enseignement. Où les étudiants pourraient-ils apprendre à connaître les maladies de la peau, par exemple, si ce n'est dans les services spéciaux où ces maladies sont concentrées? Souvent ces cliniques spéciales sont confiées à des professeurs extraordinaires, et la « vocation » de ceux-ci peut se régler d'après les circonstances, les besoins du moment, les services rendus. Dans ces conditions, une nomination n'entraîne pas nécessairement l'institution permanente d'une chaire. En voici un exemple : Il s'est trouvé à Würsbourg un savant médecin, M. de Troltsch, qui a acquis une grande habileté et une haute réputation dans le traitement des maladies des oreilles. Il a été nommé professeur extraordinaire de clinique otiatrique; mais il est à présumer que, dans ce cas, c'est la chaire qui est attachée au titulaire et qui disparaîtra avec lui. Au reste, il n'y a rien d'uniforme dans les dispositions adoptées à cet égard dans les diverses universités. Ainsi, pour citer un nouvel exemple, la clinique des maladies mentales est confiée, à Berlin, à un professeur ordinaire, M. Griesinger; il en est de même à Würsbourg, où M. le professeur Rinecker dirige à la fois une clinique psychiatrique et une clinique des maladies des enfants. A Vienne, au contraire, la clinique psychiatrique est confiée au directeur de la maison d'aliénés, M. le docteur J. Kiedel, qui est un simple *privatdocent*.

En terminant ce sujet, j'ajoute que, dans les grands hôpitaux de Vienne et de Prague, les professeurs de clinique ont la facilité de réunir dans la même salle un grand nombre d'individus affectés de maladies semblables : ainsi, il y a une division pour les maladies de la poitrine. Pour l'enseignement, cette condition offre de grands avantages : elle permet au professeur d'initier les élèves aux difficultés des méthodes d'exploration, aux finesses du diagnostic, aux particularités individuelles; elle donne occasion à divers professeurs particuliers de faire des cours pratiques sur l'auscultation et la percussion.

IV

POLICLINIQUE.

Dans les villes universitaires de l'Allemagne, l'assistance à domicile est organisée de telle sorte qu'elle profite à la fois aux malades et à l'enseignement. La policlinique, ou clinique de ville, a pour but d'introduire les étudiants avancés ou même les jeunes docteurs dans la pratique civile, sous l'autorité et le contrôle d'un professeur éminent, en même temps qu'elle procure aux malades des soins éclairés et dévoués.

Deux méthodes sont usitées pour l'enseignement policlinique : ou bien les malades sont visités à domicile, où ils se rendent eux-mêmes à un bureau de consultation établi ordinairement dans un local particulier, plus rarement dans un hôpital. Dans le premier cas, la policlinique est *sédentaire*; dans le second cas, elle est *ambulatoire*. Voici comment les choses se passent pour la policlinique sédentaire ou de

(1) Voir les numéros du 4 mai et suiv.

Question de l'anesthésie. — Nouvelles expériences.

Nous mettons, sans aucun commentaire, sous les yeux de nos lecteurs, la relation suivante d'une nouvelle série d'expériences que MM. Dieulafoy et Krishaber viennent de faire pour élucider la question soulevée par les communications de MM. Ferran et Lemoine-Moreau. (Voir les nos des 3, 10 avril et 1er mai).

On nous a demandé des expériences nouvelles, elles ont été faites, et cette fois sur trois espèces différentes : un lapin, deux cochons d'Inde et un chien en voici les résultats :

Première expérience. On attache sur le dos un lapin de forte taille, et l'on enfonce une première épingle dans son cœur et une seconde dans son diaphragme, afin de pouvoir suivre les différentes oscillations des pulsations cardiaques et de la respiration. Puis on introduit dans la trachée un tube d'argent qu'on a le soin de lier, et, pour plus de précaution, le canal aérien est divisé au-dessus de ce point; alors, un tube en caoutchouc, d'une longueur de 60 centimètres, est ajouté au tube en argent, et, tout étant ainsi préparé, l'animal est placé près de la porte du laboratoire, afin que l'air à respirer, puisse provenir d'une cour extérieure. Nous maintenons sous le nez de l'animal, pendant dix minutes, une éponge fortement imbibée de chloroforme; les pulsations cardiaques conservent leur régularité; le rhythme des mouvements respiratoires n'est en rien modifié, et la sensibilité reste absolument intacte. Mais si l'on vient à toucher le nez de l'animal avec cette éponge imbibée de chloroforme, le lapin fait aussitôt un mouvement en signe de douleur, et les pulsations cardiaques subissent un ralentissement immédiat et considérable qui dure quelques secondes; c'est à ce point, qu'on se demande parfois si l'arrêt complet du cœur n'aura pas lieu; mais bientôt après, et malgré le contact prolongé du chloroforme sur la muqueuse, les épingles reprennent leurs oscillations ordinaires.

Nous remplaçons alors le chloroforme par l'éther, dont le contact est moins douloureux ; il est à remarquer, du reste, que cette sensibilité, très-développée chez le cochon d'Inde, diminue chez le lapin, et devient beaucoup moins marquée quand il s'agit du chien. Du coton, roulé en spirale et trempé dans l'éther, est introduit dans les deux narines du lapin ; de plus, un fort tampon de coton imbibé de même substance remplit complétement le pharynx de l'animal. On verse sur ces différentes parties de l'éther en quantité telle, que le liquide s'écoule par le bout supérieur de la trachée sectionnée, et cependant la sensibilité reste intacte, et aucun effet d'anesthésie ne se produit.

Le ralentissement momentané et subit du cœur et de la respiration est si bien dû à la douleur qui agit alors par action reflexe, que si nous venons à toucher les muqueuses avec d'autres agents encore plus irritants tels que l'ammoniaque, le ralentissement, toujours immédiat, est beaucoup plus prononcé.

Deuxième et troisième expériences. Nous avons agi sur deux cochons d'Inde et sur une grosse chienne, d'après la méthode que nous avons déjà indiquée : grâce à un long tube en caoutchouc, les animaux inspiraient l'air d'une cour extérieure ; la trachée avait été liée sur le tube, puis sectionnée, et le chloroforme placé à plusieurs reprises sous le nez de ces animaux. Les résultats obtenus ont toujours été analogues, et la sensibilité est restée intacte.

Mais quand nous avons fait la contre-expérience, quand nous avons placé le chloroforme à l'extrémité libre du tube respirateur, les animaux sont morts, après avoir présenté successivement tous les états de l'anesthésie générale la plus complète.

Ces différentes expériences ont été faites au collége de France, dans le laboratoire de M. Claude Bernard; elles confirment, on le voit, les propositions que nous avions déjà énoncées. Les anesthésiques n'ont aucun pouvoir, par leur simple contact, sur la périphérie d'un nerf sensitif, quand même le nerf serait l'olfactif; la propriété du nerf sensitif ne peut s'éteindre sous l'action d'un toxique, que si la cellule centrale du nerf est touchée (1).

(1) Voir à ce sujet les leçons de M. Bernard, rédigées par l'un de nous. *Gazette hebdomad*, 1869, no 10 et suiv.

Les anesthésiques ne peuvent agir qu'à la condition de pénétrer directement dans le sang artériel, ce qui est si bien réalisé par la muqueuse du poumon. Nous conseillons donc à M. Lemoine-Moreau d'abandonner son illusion, au point de vue de l'action centripète des anesthésiques. En agissant sur la périphérie du nerf sensitif, on peut, en le trempant dans l'éther par exemple, arriver à lui enlever ses propriétés à ce niveau, mais, au-dessus du point où l'agent a porté, le nerf conserve sa sensibilité jusqu'au centre.

Deux séries d'expériences nous ont donné le même résultat ; nous serions heureux d'en recevoir le contrôle de la part de nos honorables contradicteurs.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 17 mars 1869. — Présidence de M. Verneuil.

(SUITE.)

Toutes ces observations démontrent donc, de la façon la plus péremptoire, que les courants d'induction n'ont pas, quand ils passent à travers les centres nerveux, l'influence funeste que leur accordent MM. Legros et Onimus. Si ces physiologistes n'ont pu réussir à rappeler à la vie, par ce courant, les animaux sur lesquels ils expérimentaient, c'était, ou parce que le cœur était arrêté, ou parce qu'ils employaient des courants trop violents, qui, ébranlant trop fortement les éléments nerveux, avaient pour résultat d'accélérer la mort, si elle n'était déjà arrivée, au lieu de l'empêcher.

On peut du reste démontrer, par une expérience des plus curieuses, l'influence favorable des courants intermittents de médiocre intensité sur les centres nerveux pendant la chloroformisation. Qu'on plonge dans le sommeil anesthésique un lapin, jusqu'à ce qu'il soit complétement insensible et sans mouvement volontaire, la respiration et la circulation persistant ; puis qu'on fasse passer un courant d'induction de la bouche à l'anus; si le sommeil est au début, immédiatement l'animal fait un bond, se redresse sur ses pattes, ouvre largement ses yeux et se met à courir en titubant toutefois légèrement pendant quelques secondes, comme s'il était un peu ivre, après quoi il semble ne plus se ressentir en aucune façon des effets du chloroforme. Si le sommeil anesthétique dure déjà depuis un certain temps, le réveil est moins rapide, mais il se fait néanmoins avec une assez grande promptitude, renouvelant et répétant un certain nombre de fois l'application du courant. Cette expérience, que j'ai répétée trois fois, n'est qu'une confirmation des résultats obtenus par M. Abeille, qui avait vu que « l'électricité mise en jeu au moyen d'aiguilles implantées sur divers points du corps, et surtout dans la direction de l'axe cérébro-spinal, réveille la sensibilité et fait disparaître immédiatement le relâchement des muscles. » Et M. Abeille ajoute : « Elle constitue, d'après nos experiences, le moyen le plus prompt, le plus efficace, je dirai presque le seul efficace de ramener à la vie les malades chez lesquels les inhalations chloroformiques ont été prolongées au delà du temps prescrit par la prudence. C'est le premier moyen auquel on doive avoir recours, et des tentatives faites dans une autre direction ne m'ont jamais paru amener autre chose qu'une perte de temps qui pourrait être parfois funeste. »

Si l'électricité traversant les centres nerveux a le pouvoir de rappeler à la vie des animaux soumis à l'asphyxie chloroformique, il y a tout lieu de penser que cet agent doit intervenir efficacement dans les autres asphyxies, ou au moins dans celles qui ne reconnaissent pas pour cause l'introduction dans le sang d'un gaz qui, par son action propre, empêche l'hématose. Les phrases suivantes, de la note de MM. Legros et Onimus, peu explicites à la vérité, permettent cependant de croire que ces auteurs doutent des bons effets des courants électriques dans les conditions que nous venons d'indiquer. « Nous avons constaté, disent-ils, que les courants continus, dont l'action est complétement différente des courants intermittents, agissent favorablement dans l'empoisonnement par le chloroforme, l'éther sulfurique et le protoxyde d'azote. Ils ont un effet moins remarquable dans les asphyxies et les empoisonnements par certains gaz toxiques, parce que, dans ces cas, il y a une lésion contre laquelle l'électricité est impuissante. On devrait néanmoins tenter leur emploi dans l'asphyxie des nouveaux-nés. » Cette dernière phrase paraît donc indiquer que, dans l'idée de ces auteurs, les asphyxies par compression des voies aériennes; chez l'adulte, par exemple, ne pourraient être ou seraient au moins difficilement combattues par les courants électriques continus. Une expérience, due en quelque sorte au hasard, m'a au contraire démontré tout le parti que l'on pourrait tirer des courants d'induction dans les cas d'asphyxie par strangulation et sans doute par submersion.

Faisant, dans ces derniers temps, avec MM. Duchesne, de Boulogne, père et fils, des expériences sur les effets de la faradisation du grand sympathique du coû, j'étais à rechercher le ganglion cervical, quand je m'aperçus que l'artère carotide avait perdu complétement sa coloration rouge et pris une coloration noire des plus intenses. L'animal était asphyxié, sans doute à la suite d'une compression que l'un de mes doigts avait exercée sur la trachée dans le but de l'écarter. Les mouvements respiratoires étaient complétement abolis; j'eus alors l'idée de faire passer, de la tête à l'anus, un courant faible d'une pile de Legendre, que nous avions sous la main toute préparée, et, immédiatement, la respiration reparut ; en moins de deux minutes, l'animal était revenu à la vie.

Ayant négligé de constater l'état du cœur avant de faire passer le courant, à quelques jours de là j'asphyxiais un autre lapin en lui comprimant la trachée, après avoir placé préalablement une longue aiguille à acupuncture dans le cœur. Quand l'asphyxie fut complète, que les mouvements respiratoires furent entièrement éteints, j'attendis que le cœur ne donnât plus qu'une impulsion extrêmement faible au doigt; alors l'aiguille oscillait encore avec une certaine force. A cet instant, je fis passer le courant, et, en quelques minutes, l'animal était rendu à la vie. Sur un deuxième lapin, asphyxié de la même façon, j'attendis que les pulsations ne fussent plus perceptibles à la main depuis cinq minutes ; alors l'aiguille oscillait encore assez fortement ; le courant ranima encore l'animal.

Sur un troisième lapin, j'attendis que les pulsations ne fussent plus perceptibles à la main depuis dix minutes ; l'aiguille oscillait alors assez faiblement; le courant ne rappela pas l'animal à la vie.

Sur un quatrième lapin, je fis passer le courant 15 minutes après la disparition des pulsations cardiaques au doigt, l'aiguille oscillant encore très-faiblement; l'animal ne revint pas.

Enfin, sur un cinquième, je fis passer le courant quand l'aiguille était définitivement immobile, 22 minutes après la disparition des battements cardiaques au doigt; le résultat fut évidemment le même que dans le cas précédent.

J'ajouterai que, sur ces derniers lapins, le courant électrique ne provoqua pas la plus petite des oscillations dans l'aiguille.

Il résulte donc de ces expériences, faites sur l'asphyxie par strangulation, et de celles faites sur l'asphyxie chloroformique que, dans l'un et l'autre cas, les battements du cœur continuent encore pendant un certain temps, alors qu'ils ne sont plus appréciables à la main, mais qu'ils persistent plus longtemps dans l'asphyxie par strangulation que dans l'asphyxie chloroformique. Il résulte aussi que, dans l'un et l'autre cas, le courant d'induction est incapable de réveiller l'action du cœur quand les mouvements de celui-ci, accusés par l'aiguille, ont complétement disparu. Mais tandis que, dans l'asphyxie par strangulation, le courant d'induction, encore capable de ramener les battements du cœur, alors qu'ils ne sont plus perceptibles à la main déjà depuis 5 ou 6 minutes, dans l'asphyxie chloroformique, le courant d'induction n'est efficace que si le cœur bat encore suffisamment pour donner un choc transmissible à la main. De ces deux asphyxies, l'une, par conséquent, l'asphyxie chloroformique, est plus grave que l'autre, ce qui ne peut s'expliquer que par l'intervention d'une influence sidérante du chloroforme sur les centres nerveux ou peut-être sur le cœur lui-même.

D'après les expériences que nous venons de relater, on comprendra facilement qu'il nous est impossible d'accorder aux courants continus, pour les cas d'asphyxie chloroformique ou d'asphyxie par strangulation, une supériorité d'action sur les courants intermittents. En les mettant au même niveau, nous croyons être dans le vrai. Mais si, du laboratoire, nous nous transportons sur le terrain de la pratique, nous ne pourrons nous empêcher de donner aux courants d'induction la prééminence. Et en effet, tout d'abord il est difficile d'avoir à sa disposition un appareil qui, comme celui de Remack, se compose de 20, 30, 40 couples analogues à ceux de la pile de Daniel, il est au contraire très-facile de se procurer un appareil d'induction simple dans son mouvement, peu volumineux, et qui par cela même peut accompagner le chirurgien partout où il va. D'autre part, de l'aveu même de MM. Legros et Onimus, les courants continus ne ramènent l'action du cœur que s'ils traversent l'axe cérébro-spinal. En vain, nous ont-ils dit, lors de notre réunion, ils les ont appliqués sur le cœur directement, sur le diaphragme, sur les nerfs phréniques, jamais dans ces circonstances ils n'ont pu ramener les animaux à la vie. Or, chez l'homme, l'efficacité des courants

---

district. Un malade réclame des soins médicaux. Un jeune praticant le visite à domicile et procède à son examen; il prescrit un traitement et, en cas d'urgence, administre les premiers secours. Cependant le médecin-assistant a accompagné le pratiquant ou a visité le malade de son côté. Le lendemain, le directeur de la policlinique, qui a reçu le rapport du médecin-assistant, interroge l'étudiant ou le jeune docteur, discute et rectifie, s'il y a lieu, le diagnostic établi et le traitement proposé. Dans les cas douteux ou graves, il s'assure lui-même de l'état du malade. Les jours suivants, celui-ci est visité par le jeune pratiquant, auquel ces visites, régulièrement continuées, donnent occasion de suivre les progrès de la maladie ou la marche de la convalescence. Ce n'est plus un apprentissage, c'est un commencement d'exercice dans les conditions les meilleures, et pour le malade, et pour son médecin.

La policlinique ambulatoire est une consultation à laquelle les étudiants avancés ou les jeunes docteurs prennent une part active. Les individus qui réclament des secours médicaux se rendent dans un local spécialement disposé pour cet usage, et dans lequel sont disposées des salles d'attente, des salles pour l'examen des malades, et même, au besoin, une salle pour recevoir un ou deux lits, lorsqu'il se présente des cas qu'il est important de suivre de près. Le médecin-assistant fait d'abord un examen préalable des malades, et réserve pour l'enseignement les cas qui présentent de l'intérêt. L'heure de la policlinique étant arrivée, chaque pratiquant examine à son tour le malade qui lui est désigné, pose un diagnostic, institue un traitement, formule une prescription, tout cela sous l'œil du maître et à la suite d'un entretien (*colloquium*) d'où les autres pratiquants ne sont pas exclus. Généralement, on n'accorde la permission de visiter les malades en ville qu'aux étudiants déjà éprouvés par les exercices de la policlinique ambulatoire. Du moins, les choses se passent ainsi à Munich dans la policlinique dirigée par M. le professeur Seitz. En Bavière, les jeunes docteurs qui ont obtenu leur diplôme après quatre années d'études, ne sont admis à l'examen d'État qu'après un stage d'une année qui doit être consacré à des études pratiques. A Munich, ils suivent généralement les cours et les exercices qui sont institués dans un établissement de hautes études pratiques, le *Reisingerianum*, ainsi nommé d'après son fondateur Reisinger. Indépendamment de salles de cours, d'examen, de laboratoires de chimie, de physique, de microscopie, d'une bibliothèque et d'une salle de lecture, où l'on trouve tous les journaux médicaux, cet utile établissement renferme des salles pour la policlinique et une pharmacie, où les pratiquants vont exécuter eux-mêmes, sous la direction du professeur Buchner ou de son assistant, les ordonnances qu'ils ont prescrites. Toutes les observations sont recueillies, et toutes les prescriptions sont inscrites dans des registres particuliers. Chaque année, sept à huit mille malades reçoivent des consultations gratuites dans les différentes policliniques (médicale, chirurgicale et des enfants) instituées dans le *Reisingerianum*.

Les policliniques conviennent surtout aux petites villes. Dans les grands centres de population, les distances rendent certains quartiers peu accessibles, comme, d'un autre côté, l'affluence des malades peut entraver le service de la policlinique ambulatoire. C'est un inconvénient grave, car l'encombrement amène nécessairement un examen rapide et quelquefois superficiel des malades, condition aussi préjudiciable à ces derniers qu'elle est mauvaise au point de vue de l'instruction des élèves.

Il faut dire néanmoins que l'enseignement policlinique a donné de bons résultats dans quelques grandes villes. Il a fait connaître à Berlin le nom de M. Romberg. Encore aujourd'hui, la policlinique d'accouchement, que M. le professeur Martin dirige dans cette ville, est aussi fructueuse pour les étudiants qu'elle est recherchée par les femmes enceintes, qui savent qu'au moindre danger elles seront l'objet des soins les plus éclairés et les plus dévoués.

(A suivre.)

---

d'induction appliqués à ces divers organes a déjà reçu la sanction de l'expérience.

La faradisation des nerfs phréniques a sauvé, dans les mains du docteur Frudberg (de Berlin), un jeune sujet qui, pendant 3 minutes, avait été soumis inutilement à d'autres moyens. L'un des électrodes fut appliqué sur le nerf phrénique, dans le point où le muscle omo-hyodien croise le bord externe du sterno-mastoïdien. L'autre électrode fut pressé aussi énergiquement que possible dans le 7e espace intercostal. Ces applications furent faites alternativement des deux côtés, et l'on donna à chacune la durée d'une inspiration profonde. Après la dixième interruption, on aperçut un soulèvement de la paroi abdominale, signe d'une contraction du diaphragme, la respiration se rétablit insensiblement, et au bout de vingt minutes toutes les fonctions étaient rentrées dans l'ordre.

William Hargrave a pu rappeler à la vie un individu voué à une mort presque certaine en implantant une aiguille au niveau du diaphragme, l'autre au niveau du scalène, et en faisant passer un courant d'induction à travers ces aiguilles.

Ch. Kidd eut un succès semblable en électrisant les sterno-mastoïdiens par l'intermédiaire d'aiguilles enfoncées dans ces muscles.

L'effet ici fut immédiat; chaque fois que le courant était établi ou interrompu, il survenait un gémissement.

M. Maurice, de Royal Bergs hospital, cité par M. Le Fort dans la dernière discussion à la Société de chirurgie, sur les accidents dus au chloroforme, a aussi réussi en faisant passer un courant dont un des électrodes était placé sur la moelle allongée et l'autre sur l'épigastre. L'action du cœur, qui paraissait abolie, se réveilla instantanément.

Nous venons d'indiquer, pour l'asphyxie par les vapeurs de charbon, même dans ce cas, où il semble que l'électricité doive demeurer sans effet, que la fadarisation a été d'un grand secours au docteur Ziemssen, car elle a sauvé la vie d'un malade. Elle a aussi ranimé, dans les mains de M. Duchenne de Boulogne, un sujet; seulement celui-ci succomba quelques heures après sous l'influence toxique de l'oxyde de carbone. Enfin, pour l'asphyxie par strangulation, les expériences de M. Leroy d'Étioles ont fait voir que l'électrisation directe du diaphragme rétablissait presque toujours la fonction de respiration éteinte. Sans aucun doute ce moyen pourrait être utilisé avantageusement chez l'homme. Mais ce procédé ne lui a pas encore, que je sache, été appliqué. Ces exemples suffisent, je pense, pour faire comprendre que le champ d'application des courants d'induction est beaucoup plus étendu que celui des courants continus. Les premiers permettront toujours au chirurgien d'espérer dans la multiplicité des moyens fournis par le même procédé.

A supposer que l'électrisation du nerf diaphagmatique, qui jusqu'ici a le plus souvent été suivi de succès, ne réussise pas, il pourra recourir à l'électrisation directe du diaphragme, voire même du cœur, et en dernier ou en premier lieu, suivant la gravité du cas, il pourra employer le passage du courant de la bouche à l'anus. A supposer au contraire que le chirurgien n'ait à sa disposition que le courant continu, une fois que celui-ci aura traversé toute la longueur des centres nerveux, si le malade ne revient pas à la vie, toute chance de le sauver par ce procédé sera perdue.

Si les courants électriques raniment avec la plus grande facilité les animaux en état d'asphyxie, sont-ils capables de ranimer les animaux qui ont subi l'influence toxique du chloroforme? Selon MM. Legros et Onimus, le fait ne serait pas douteux pour les courants continus. « Nous avons songé, disent-ils, à les employer dans l'empoisonnement par le chloroforme, où, comme on le sait, il y a arrêt du cœur et de la respiration; une sorte de syncope qui devient rapidement mortelle. Nous avions entre les mains un moyen de ramener les mouvements du cœur, et même de les faire renaître après leur suppression complète, pourvu que cette suppression fût récente. Le succès a dépassé nos espérances: malgré nos prévisions, nous avons été étonnés de voir des animaux soumis à l'action des anasthésiques, et en état de mort apparente depuis deux et même trois minutes, revenir peu à peu à la vie. Des chiens, des rats, des lapins, nous ont présenté cette sorte de résurrection; cependant nous poussions l'empoisonnement jusqu'à ses dernières limites, et il est certain que chez l'homme, où les anesthésiques sont employés avec tant de circonspection, les résultats seraient *à fortiori* aussi satisfaisants. » Mais remarquons que c'est à l'état dans lequel se trouvaient les animaux que MM. Legros et Onimus présentaient à notre observation, que se rapporte ce qu'ils disent ici, de l'empoisonnement chloroformique. Or, tout en admettant, comme nous l'avons dit, que chez ces animaux le chloroforme prenne une certaine part à la sidération des puissances nerveuses cardiaques et respiratoires, il nous paraît impossible de ne pas admettre que l'asphyxie, due à la petite quantité d'air absorbée et mélangée au chloroforme, ne soit pas l'accident prédominant. La manière même dont le chloroforme a été administré, la cessation des mouvements respiratoires avant celle des battements de cœur, la coloration noire du sang dans tout le système artériel, la coloration violacée du poumon, sont des raisons qui ne nous permettent pas le moindre doute sur ce point. Pour juger de l'efficacité des courants sur l'empoisonnement, il me semble qu'il fallait, avant tout, écarter l'asphyxie comme cause de mort. C'est ce que j'ai essayé de faire sur quatre lapins en m'y prenant de la manière suivante : Ayant placé préalablement une épingle dans le cœur, j'ai soumis ces animaux aux vapeurs du chloroforme, qui s'échappaient d'une éponge placée à une certaine distance du nez, faisant en sorte que le chloroforme arrivât toujours dans les voies respiratoires, mélangé à une grande quantité d'air. Les inhalations ont été prolongées jusqu'à ce que la respiration fût abolie, ainsi que les mouvements du cœur, ce qui ne demanda pas moins de trois quarts d'heure, et l'absorption d'une quantité de chloroforme évaluée à 60, 70 grammes pour chaque lapin. La respiration cessa en premier lieu, puis très-peu de temps après les battements du cœur ne furent plus perceptibles à la main, placée au devant de lui, tandis que l'aiguille oscillait encore avec une certaine force. Ces oscillations persistèrent 15, 20 minutes, allant toujours en s'amoindrissant et se montrant de temps en temps irrégulière. Quand l'aiguille n'exécuta plus aucun mouvement, je fis passer le courant d'induction faible, de la bouche à l'anus, à plusieurs reprises, puis un courant plus fort, puis le courant maximum, et pendant tout ce temps l'aiguille n'oscilla pas une seule fois. A l'ouverture de l'animal, le cœur ne démontrait plus que des traces d'excitabilité au courant électrique, les artères ne contenaient qu'une très-faible quantité de sang, d'une rutilance remarquable, la coloration des poumons était très-manifestement rosée. Ces résultats se sont montrés sensiblement les mêmes chez nos quatre lapins. Or, si nous considérons que, dans les conditions où nous nous sommes placés, le cœur avait perdu la plus grande partie de son excitabilité à l'électricité, il nous semble difficile de croire qu'aucun courant puisse réveiller son activité presque éteinte.

Ainsi, on voit donc que, soit dans l'asphyxie chloroformique, soit dans l'asphyxie par strangulation, soit dans l'empoisonnement par le chloroforme, quand le cœur a réellement cessé de battre, ce que l'on ne peut savoir qu'en interrogeant une aiguille fixée dans ses parois; la mort peut être considérée comme réelle, aucun moyen ne semble dès lors propre à rappeler la vie. Nous verrons plus loin que cette considération ne s'applique pas à la syncope consécutive à de fortes hémorrhagies.

Ici se présente naturellement à ma pensée une question : La mort par empoisonnement chloroformique, telle que nous venons de l'observer chez l'animal, se rapporte-t-elle au genre de mort qui frappe le plus souvent l'homme? Mon intention, messieurs, n'est point de m'avancer longuement dans cette question qui me transporterait bien vite loin de mon sujet. Toutefois, je tiens à utliser mes expériences pour faire remarquer : 1° que l'empoisonnement chez l'animal ne survient qu'après l'absorption d'une dose énorme de chloroforme; chez l'homme au contraire la mort arrive le plus souvent peu de temps après les premières inhalations, alors que la quantité de chloroforme qui a pénétré dans les voies respiratoires n'est pas très-considérable; 2° que l'empoisonnement chez l'animal survient quand il est dans la résolution la plus complète, et cela depuis un long temps déjà, tandis que chez l'homme c'est pendant la période de demi-sommeil qui précède la période d'excitation, ou pendant cette dernière, que la mort arrive le plus fréquemment; 3° enfin, que chez l'animal empoisonné par le chloroforme, généralement le cœur disparaît sous la main après que la respiration est suspendue, l'intervalle ne durerait-il que quelques secondes; chez l'homme, au contraire, l'arrêt du cœur, constaté du moins par la main, précède généralement la suspension de la respiration. Si les conditions et les caractères des accidents qui surviennent chez les sujets victimes du chloroforme, ne ressemblent dans la généralité des cas ni aux conditions, ni aux caractères de l'asphyxie et de l'empoisonnement tels qu'on les constate chez les animaux, on comprend donc toute la valeur de l'opinion soutenue par nos éminents collègues, MM. Larrey et Perrin, qui pensent que la syncope chloroformique est surtout, la conséquence d'une perturbation dynamique effectuée dans le centre psychique, perturbation qui serait spéciale à l'homme. Je reviens, messieurs, aux expériences faites devant vous par MM. Legros et Onimus. Après avoir constaté que les animaux qu'ils nous présentaient à l'état de mort apparente revenaient à la vie, aussi bien sous l'influence des courants intermittents que sous l'influence des courants continus, il nous restait une expérience à faire, expérience en quelque sorte capitale, pour juger de la valeur réelle de l'électricité opposée aux accidents dus au chloroforme. Cette expérience consistait à appliquer à la périphérie du corps, sur une partie naturellement très-sensible, une excitation mécanique, et de voir si cette excitation ranimerait les animaux. Un rat fut donc placé par le chloroforme dans les mêmes conditions, puis, cela fait, nous introduisîmes dans les fosses nasales un stylet dont l'extrémité fut promenée sur les divers points de la muqueuse pituitaire et de la partie supérieure du pharynx. Or, au bout de quelques instants, les mouvements respiratoires revinrent et l'animal, fut rendu à la vie, moins promptement, il est vrai, que les animaux qui avaient été soumis à la galvanisation.

Ce résultat, auquel ne s'attendaient, il faut bien le dire, ni MM. Legros et Onimus, ni les membres de votre commission, refroidit singulièrement notre enthousiasme premier sur la puissance d'action et des courants continus et des courants intermittents, et nous quittâmes le laboratoire avec l'idée que l'électricité n'était, en somme, capable de rappeler à la vie que des animaux qui auraient pu être sauvés par d'autres moyens. Par conséquent, pour nous, la titillation de la luette, la cautérisation du pharynx, l'attouchement, avec le doigt, de l'ouverture supérieure du pharynx, les brûlures faites à l'épigastre, les frictions rudes faites sur diverses parties du corps, la présentation aux narines d'un flacon rempli d'ammoniaque, tous ces moyens qui, chez l'homme, agissent à la façon de notre stylet, ne nous paraissaient pas être bien inférieurs aux courants électriques. Toutefois, pour juger efficacement cette question. il me sembla qu'il était nécessaire de répéter cette expérience. C'est ce que je fis sur quatre lapins qui furent placés, par le chloroforme, dans des conditions à peu près semblables à celle de nos rats. Seulement je pris soin de n'arrêter les inhalations que quand les pulsations cardiaques furent à peine sensibles. Quand cet état fut arrivé, j'introduisis seulement le stylet dans les narines. Or cette excitation mécanique n'eut, chez aucun de ces lapins, une influence quelconque sur l'augmentation des battements du cœur, tandis que le courant intermittent, appliqué encore une minute après l'introduction du stylet, ranima deux de ces animaux. Je dus par conséquent, pour mon compte propre, reconnaître, qu'en réalité, l'application de l'électricité est un moyen d'une efficacité certainement plus grande que les autres moyens qui portent leur action sur la périphérie du corps. Je ne parle pas, bien entendu, de la respiration artificielle, sur laquelle je n'ai fait aucune expérience comparative. Il me reste, messieurs, à vous parler d'une dernière expérience signalée dans la note de MM. Onimus et Legros dans les termes suivants : « Il est un accident terrible où l'efficacité des courants continus est vraiment admirable, c'est la syncope qui succède à une perte de sang abondante. Nous avons vu, sur un animal dont on avait ouvert l'artère carotide, et qui, à la suite de l'hémorrhagie, était dans un état de mort apparente, nous avons vu les courants continus ramener la respiration et la circulation. En cessant l'électrisation, la syncope réapparaissait pour disparaître de nouveau par l'emploi du même moyen. Trois fois nous eûmes le même résultat, mais la dernière fois la vie persista; l'animal vécut deux jours, et mourut des suites d'une opération. « Certainement, ajoutent ces auteurs; dans des cas désespérés, où l'hémorrhagie fait périr le malade, on a une ressource, la transfusion du sang; mais les appareils imaginés dans ce but sont loin de rendre l'opération innocente et exigent des mains habiles. Avec les courants continus, le danger est nul et l'application peut en être faite par les plus inhabiles, et on doit les préférer à la transfusion. » MM. Legros et Onimus ont cherché à répéter devant nous cette expérience; elle n'a pas réussi. Mais nous ne mettons pas en doute un seul instant que le succès annoncé par ces auteurs se soit realisé entre leurs mains. Seulement il eût été désirable, pour juger de sa valeur réelle, que l'observation relatât quelle était la proportion de sang perdu par l'animal, à quel instant le courant avait été appliqué, si c'était aussitôt que la pulsation cardiaque échappait à la main, ou bien après la cessation définitive de tout battement qu'une aiguille aurait indiqué.

Cette expérience était trop importante pour que je ne cherchasse pas à la reproduire. Une aiguille fut donc placée dans le cœur d'un lapin, après quoi l'artère carotide fut ouverte; l'hémorrhagie fut très-abondante. Je la favorisai, du reste, en faisant enlever avec une éponge, le sang au fur et à mesure qu'il s'écoulait dans la plaie, et en faisant introduire de temps à autre un fin stylet dans le bout central de l'artère. Les battements du cœur diminuèrent en nombre dans un temps rapide, quoique l'aiguille oscillât pendant tout ce temps avec une certaine force. Quand les pulsations indiquées par l'aiguille furent tombées à 30; ce qui arriva 5 ou 6 minutes après la disparition des battements sous le doigt, l'aiguille s'arrêta et se maintint dans l'immobilité la plus absolue. Je fis alors traverser, pendant quelques secondes, tout le corps de l'animal par un courant d'induction faible, et aussitôt le courant passé, l'aiguille se remit à osciller, en même temps qu'apparut un mouvement respiratoire brusque, énergique. Je crus à cet instant bien fermement, que l'animal allait revenir à la vie; mais cet effort respiratoire ne fut suivi d'aucun autre. Le cœur cependant commença à battre pendant 18 minutes, les oscillations de l'aiguille atteignirent le nombre de 30, après quoi elles diminuèrent de plus en plus pour cesser définitivement. Je dois dire que, pendant ces dix-huit minutes, je fis passer le courant électrique cinq ou six fois. A l'ouverture de l'animal, le cœur était complétement vide de sang, ainsi que la plupart des artères; le poumon était blanc, exsangue; la contractilité du cœur, éprouvée par le courant, persistait notablement.

Cette expérience, faite avec toutes les précautions désirables, me permet d'affirmer que, quand il s'agit d'une syncope causée par une hémorrhagie abondante, les battements du cœur, après avoir été totalement suspendus, peuvent encore se rétablir sous l'influence du courant électrique traversant l'axe cérébro-spinal. Et l'on comprend que si, d'une part, il reste dans l'économie une quantité de sang suffisante pour entretenir la circulation, si, d'autre part, le courant passe quand les centres nerveux qui président aux fonctions de respiration et de circulation n'ont pas encore eu le temps de perdre leur excitabilité au courant électrique, on comprend, dis-je, que sous cette influence, les centres puissent reprendre leur activité habituelle, réagir de nouveau sur les fonctions qu'ils subordonnent et ramener aussi la vie.

Dans le cas de syncope par hémorrhagie, l'arrêt définitif du cœur, démontré par l'aiguille exploratrice, n'est par conséquent pas un indice de mort réelle, comme quand il s'agit de l'asphyxie chloroformique, de l'asphyxie par strangulation, de l'empoisonnement par le chloroforme, accidents auxquels les animaux succombent toujours quand les battements cardiaques une fois ont disparu.

A quoi peuvent tenir ces différences? Elles me paraissent dependre de l'instant variable où le sang a cessé d'arriver à la moelle allongée, comme je m'en suis assuré un grand nombre de fois en observant le calibre et la coloration de l'artère carotide, en pratiquant aussi des piqûres sur cette artère, dans l'asphyxie chloroformique, dans l'asphyxie par strangulation, dans l'empoisonnement par le chloroforme, alors que le cœur avait cessé définitivement de battre, il ne passait plus de sang dans l'artère carotide depuis 10, 15, 20 minutes. Pendant tout ce temps, la contraction du cœur, démontrée par l'aiguillle plantée dans sa paroi, était par conséquent trop peu énergique pour entretenir la circulation générale et fournir notamment au bulbe les matériaux de nutrition nécessaires à son fonctionnement. De là fatalement la réduction de l'excitabilité des centres à des limites excessivement étroites quand le cœur avait cessé de battre, réduction d'autant plus assurée que le dernier sang qui leur était parvenu était du sang chargé d'acide carbonique ou d'un principe toxique, le chloroforme. De là l'impossibilité, pour le courant électrique traversant l'axe cérébro-spinal, de provoquer le retour des battements du cœur.

Dans la syncope par hémorrhagie, au contraire, à partir d'un moment donné, les battements du cœur diminuent en nombre très-rapidement, mais ils ne diminuent pas en force d'une manière proportionnelle aux battements du cœur observés dans les cas d'asphyxie chloroformique, d'asphyxie par submersion et d'empoisonnement chloroformique. Ici le sang circule encore dans les artères carotides une, deux ou trois minutes avant la suspension définitve des battements cardiaques. On comprend donc que, pendant ces deux ou trois minutes, les centres nerveux n'aient perdu encore que très-peu de leur excitabilité, d'autant mieux que le dernier sang qu'ils ont reçu était un sang normal non altéré dans sa composition; on comprend aussi que, soumis dans cette condition à l'action du courant électrique, les centres puissent se réveiller et réagir de nouveaux sur les puisssances musculaires respiratrices et cardiaques.

L'expérience que MM. Legros et Onimus vous ont signalée, et qui a réussi complétement entre leurs mains, a assurément un intérêt que personne ne peut contester. Réveiller, en effet, toutes les fonctions chez un animal qui meurt par défaut de matériaux nutritifs, à l'aide d'une excitation électrique, c'est là un résultat des plus curieux, des plus inattendus, et qui nous montre, tout aussi bien que les résultats de la transfusion, jusqu'où peut aller la puissance des agents physico-chimiques appliqués à l'exercice et au maintien de la vie. Mais l'électricité doit-elle être préférée à la transfusion, comme le pensait MM. Legros et Onimus? Je crains que ces auteurs, encore ici, se soient trop hâtés de conclure. La réussite d'une seule expérience faite chez un animal ne me paraît pas suffisante pour qu'on soit en droit de chercher à détrôner une méthode qui déjà a rendu d'immenses services à l'humanité, et je me demande s'il n'aurait pas été plus sage de proposer l'alliance de ces deux moyens, qui, loin d'être antagonistes, ne peuvent que se prêter un mutuel secours; l'un fournissant aux centres nerveux l'oxygène, élément matériel de toute activité nutritive et fonctionnelle; l'autre fournissant l'électricité, un des éléments dynamiques les plus puissants

pour réaliser les combinaisons chimiques, pour favoriser les phénomènes de composition et de décomposition organiques, pour assurer aux tissus la conservation ou le retour de leurs propriétés vitales.

En terminant ce rapport, je dois vous avouer, messieurs, que ce n'est pas sans éprouver une certaine peine que j'ai dû me livrer à la critique des expériences et des idées de MM. Legros et Onimus. La sympathie qui m'unit à ces deux physiologistes m'a fait regretter plus d'une fois que cette tâche me soit incombée. Toutefois, tout en reconnaissant que MM. Legros et Onimus ont exagéré la valeur des courants continus au préjudice des courants intermittents, dans les applications qui peuvent en être faites aux accidents provoqués par le chloroforme, votre commission se plait à louer leurs efforts, qui, sans aucun doute, contribueront à fixer l'attention d'une façon plus spéciale sur les ressources que l'électricité peut offrir à la pratique de la chirurgie et de la médecine.

En conséquence, votre commission vous propose :

1° De remercier MM. Legros et Onimus de leur intéressante communication;

2° D'insérer leur travail dans nos bulletins.

M. BROCA. Je voudrais faire ressortir ce qu'il y a d'important dans les recherches de MM. Legros et Onimus. Ils ont engagé la science dans une voie non encore parcourue, en montrant que les courants continus agissent sur la contraction musculaire, non-seulement au moment où on les ouvre et où on les ferme, mais pendant toute leur durée.

Au point de vue de la théorie, le rapport de M. Liégeois nous a montré que les auteurs s'étaient mépris sur quelques interprétations des phénomènes, et il nous a montré aussi que quelques chirurgiens avaient pu, par la faradisation, réveiller des malades en état de mort apparente. Mais il y a là un danger, c'est que, dans des mains imprudentes, il y a péril à voir appliquer la faradisation dans la région du nerf phrénique, car on peut galvaniser le pneumo-gastrique et paralyser définitivement le cœur.

La méthode de MM. Legros et Onimus ne présente pas ces dangers, puisque les réophores sont appliqués à la bouche et à l'anus. M. Liégeois nous montre qu'un courant faible vaut mieux qu'un courant fort; c'est un service signalé qu'il nous rend; mais n'y a-t-il pas été amené par les recherches mêmes de MM. Legros et Onimus. De l'aveu du rapporteur, l'injection réveille les fonctions éteintes, non parce qu'on donne des globules, mais parce qu'on donne de l'oxygène. La transfusion est plus efficace que la galvanisation dans la syncope par hémorrhagie; mais quand M. Liégeois dit qu'il est bon d'appliquer l'électrisation non avant mais après la transfusion, il oublie qu'on n'a pas sous la main les instruments nécessaires à cette dernière opération.

M. PERRIN. Le principal mérite du rapport est d'avoir fait ressortir la différence de la faradisation à haute et à faible dose. M. Broca attache une importance exagérée à la proximité du pneumo-gastrique ; la galvanisation de ce nerf par des courants faibles, loin de les arrêter, excite les battements du cœur.

M. LIÉGEOIS. Je regrette que la discussion qui vient d'avoir lieu m'oblige à dire que le mémoire, loin de mériter de si grands éloges, est à critiquer dans presque tous les points; je regrette surtout de dire ce que j'aurai voulu taire, que les auteurs, loin d'avoir fait faire un progrès, ne sont pas au courant de la science, et cela, dans une proportion regrettable.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté, commencera des conférences cliniques sur l'étude de la syphilis chez la femme, à l'hôpital de Lourcine, le jeudi 20 mai, à neuf heures du matin, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— Dans sa séance mensuelle du 8 mai, le conseil d'administration de l'Association française contre l'abus du tabac a ainsi constitué son bureau : Président (en remplacement du docteur H. Blatin, décédé), M. le docteur Jules Guérin, membre de l'Académie de médecine ; — 1er vice-président, M. le docteur Vernois, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Empereur ; — 2e vice-président, M. Genreau, conseiller honoraire à la cour impériale ; — secrétaire général, M. Decroix ; — secrétaire des séances, M. Rassat ; — secrétaire archiviste, M. de Beaupré ; — secrétaire pour l'étranger, M. Crivelli ; — trésorier, M. Bourrel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Manuel d'histologie pathologique, par MM. CORNIL et RANVIER, 1re partie : Anatomie pathologique générale, 1869. 1 vol. in-18 avec 168 figures. Prix, 4 fr. 50.

Le Bréviaire du médecin, précis de médecine rurale, d'économie et de philosophie médicales, par le docteur F. Monin. Nouvelle édition, Paris, 1869, 1 vol. in-12. Prix : 3 fr. 50 c.

Les institutions médicales aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord, rapport présenté à S. Exc. le ministre de l'Instruction publique par M. VALCOURT. — 1 vol. in-8. Prix, 3 fr.

Quelques considérations sur l'apoplexie et la paralysie. Thèse d'un vieux médecin à ses jeunes confrères, par M. BRAUDON, médecin à Dompierre-sur-Mer. Paris, 1869. Brochure gr. in-8° de 31 pages. Prix, 1 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 17 mai 1869.

Des troubles assez graves ont eu lieu ces jours derniers à la Faculté de médecine.

Le professeur de pharmacologie ayant cru devoir refuser des candidats à un troisième examen du doctorat, et ayant donné lieu par ce verdict à un renvoi à six mois, les élèves ont protesté contre cet acte du juge; ils ont résolu d'imposer, à leur tour, une mise hors la loi à ce sévère interrogateur.

Nous n'avions pas voulu, d'abord, parler de cet incident. La campagne que nous entendons soutenir en faveur des bonnes études, contre et malgré les erreurs de la Faculté, nous commandait une grande réserve. La protestation qui vient de se produire est regrettable, car elle entraîne après elle de douloureuses réactions contre les élèves; mais elle porte son enseignement, en frappant le coup que le raisonnement, la simple étude des faits eut porté plus lentement, mais aussi sûrement.

La position du professeur-juge est intolérable.

Ou le professeur veut que son cours soit suivi, et il frappe sans pitié ceux qui n'ont pas perdu leur temps sur les bancs de son amphithéâtre.

Ou, juge intimidé par les réactions qui peuvent se produire, il n'est plus un examinateur.

Entre ces limites extrêmes, les nuances appartiennent aux personnalités et nullement à la position.

Le 3e examen, passé dans les conditions actuelles, n'a aucune signification, tant qu'il n'est pas maintenu dans ses applications les plus immédiates à la médecine.

Cet examen doit être avant tout pratique : toutes les théories en doivent être écartées avec soin. Le juge qui ne se tient pas sur ce terrain manque d'équité envers le candidat, et s'il frappe un interne des hôpitaux et l'enlève aux études qui seront sa vie, pour avoir la satisfaction de lui voir réciter la *préparation* de l'antimoine, le nombre de masses polliniques contenues dans l'orchis avant l'anthèse, ou même les lois de dilatation des gaz, — ce juge commet une action mauvaise, car le temps est de l'argent, — et combien d'étudiants peuvent en perdre?

L'internat — le corps d'élite de la médecine française — a toujours protesté contre ce 3e examen de doctorat, qui enlève l'étudiant à ses méditations journalières de médecine pour le rejeter six mois ou un an dans une étude oubliée, et bien moins importante à ses yeux que celle de la médecine.

Les sciences auxiliaires de la médecine ne doivent pas être abandonnées; mais laissez aux gens spéciaux les études spéciales; vous ne ferez jamais d'un étudiant en médecine un chimiste, un physicien ou un botaniste, si cet étudiant ne se sent pas entraîné vers la chimie, la botanique ou la physique, par des aptitudes naturelles : vous n'en ferez pas davantage un pharmacien. Professeurs, montrez les rapports intimes de cette science avec la science médicale; élèves, attachez vos esprits à l'étude de ces rapports; et alors le 3e examen pourra avoir encore lieu, non plus à cette place étrange qu'un homme spécial pouvait seul avoir rêvée, mais avant les épreuves vraiment médicales.

Hors de ces conditions, le 3e examen de doctorat doit tomber, comme tomberont toutes les institutions mauvaises.

Que le calme rentre à l'École : ce n'est pas par l'émeute qu'on peut obtenir une chose quelle que juste qu'elle soit; laissez aux vrais amis de nos Écoles le soin de défendre vos intérêts. Soutenez nos efforts; l'enseignement officiel se meurt; ne laissez pas dire que vous l'avez empêché de se faire entendre.

Nous sommes sur la brèche; nous ne descendrons que l'œuvre terminée.

Dr E. LE SOURD.

HOPITAL MILITAIRE DE CONSTANTINE.

M. PAUL DAUVÉ.

Cas de rage chez l'homme.

TRAITEMENT PAR LE CHLORHYDRATE DE MORPHINE ET LE BROMURE DE POTASSIUM.

(Observation recueillie par M. le Dr LETELLIER, aide-major.)

M. C... (Dieudonné), vigoureux, presque obèse, âgé de 38 ans, caissier de l'administration des ponts et chaussées de Constantine, en Algérie depuis près de vingt ans, épileptique jusqu'à l'âge de 18 ans, s'est fait mordre par son chien en voulant lui ingérer de vive force un purgatif dans la gueule. Ce chien était un grand brack danois qui, le 14 novembre 1868, rentra à la maison avec la verge gonflée, se coucha dans un coin et refusa toute nourriture. Le lendemain, 15 novembre, il mordit son maître à la main gauche. Le soir même on abattait l'animal comme enragé, et le vétérinaire appelé pour l'examiner d'abord avant la mort, et faire ensuite l'autopsie, constata un cas de rage des plus évidents. M. C..., qui n'assistait pas à cet examen, ne connut pas le jugement porté par le vétérinaire. Aussi se contenta-t-il de laver la plaie à l'ammoniaque, et ne vint que le lendemain matin à l'hôpital militaire se faire cautériser. Je fis au point blessé une profonde incision cruciale, et je cautérisai cette plaie avec le nitrate acide de mercure. La cautérisation fut profonde et l'escharre longue à se détacher. M. C... eut le lendemain un peu de salivation mercurielle. Pendant plus de trois mois notre malade fut inquiet, tourmenté, et lut avec avidité toutes les publications sur la rage qu'il put se procurer. Voyant que son second chien, qui avait été mordu par le premier, continuait à se bien porter, il finit par croire à la non-existence de la maladie chez l'animal sacrifié.

Dans les derniers jours du mois de février 1869, M. C... fut atteint d'un satyriasis très-prononcé et se livra à de nombreux excès de coït. Dans la journée du 1er mars, il ressentit quelques douleurs dans la main et le bras gauches, et en éprouva de vives inquiétudes. Le lendemain, il déjeuna un peu trop copieusement, et prit des aliments très-lourds qu'il ne put digérer. La nuit du 2 au 3 fut agitée; pas de sommeil, douleurs épigastriques, envies de vomir, un peu de fièvre. Malgré son indisposition, M. C... voulut aller à son bureau dans la matinée du 3 mars, mais il fut suffoqué par l'air froid (il neigeait en ce moment). Obligé de rentrer chez lui, il se fit vomir en s'introduisant les doigts dans la bouche. Les aliments pris la veille furent rendus, mais les efforts de vomissement durèrent près de deux heures. Le malade voulut boire un peu de thé et fut pris de convulsions du diaphragme et de constriction du pharynx, aussitôt que quelques gouttes de liquide arrivèrent dans la bouche. A ce symptôme, il ne douta plus de son état et m'envoya chercher. Son premier mot en m'apercevant : « Dites-moi que je ne suis pas enragé; voyez plutôt, je regarde sans effroi la glace, la pomme de cuivre de mon lit, mon verre de tisane; seulement je ne puis avaler les liquides, mais je n'ai pas peur, donc je ne suis pas enragé. » Un instant auparavant, cependant, il avait dit aux personnes qui l'entouraient : « C'est la rage; je la sens, j'en suis sûr. »

Le malade est étendu sur son lit, la tête un peu rejetée en arrière, l'œil hagard, les pupilles dilatées, la face vultueuse. La poitrine est continuellement agitée par des spasmes se reproduisant à chaque inspiration. Le pouls est à 80, dur, irrégulier. La peau est couverte de sueurs. Un sentiment de terreur indicible est peint sur les traits du malade. J'essaye envain de le faire boire; l'eau arrive facilement dans la bouche, mais ne peut traverser le pharynx. Il n'y a pas hydrophobie, mais seulement impossibilité d'avaler les liquides. Un morceau de pain est facilement mâché et avalé. L'inquiétude cesse alors, et C... ne croit plus qu'à une indigestion. Je revois le malade dans la soirée. Après mon départ, il a eu des crises fréquentes : contractures des fléchisseurs des membres, spasmes fréquents des muscles intercostaux et du diaphragme. Les cataplasmes laudanisés sur la poitrine, un lavement purgatif pris dans la journée, n'ont produit aucun effet. La terreur est plus grande que le matin. Le pouls est toujours à 80. Les crises sont peu violentes, mais très-fréquentes. L'ydrophobie n'existe pas encore. Je fais avaler à grand'peine quelques gouttes d'une potion contenant 5 centigrammes de morphine. Un lavement avec 20 gouttes de laudanum ne peut être conservé. La nuit est extrêmement agitée, les spasmes du diaphragme sont continus. Vers deux heures, on essaye de calmer le malade en lui donnant une pilule d'opium à 5 centigrammes. La pilule est avalée mais ne produit aucun effet narcotique. Insomnie complète pendant toute la nuit; cris d'effroi et non de fureur; crainte extrême des courants d'air; symptômes marqués d'aérophobie. La langue est exempte de toutes élevures, pas de lysses sublinguales; du reste, pendant cet examen, le malade m'assure qu'il connaît ce symptôme, et qu'il n'a jamais ni vu ni senti les vésicules que je cherche à découvrir.

A grand'peine je parvins à décider le malade à entrer à l'hôpital. Il veut faire à pied ce trajet de 500 mètres, et se couvre le visage avec le capuchon de son caban pour éviter l'impression causée par l'air froid. Malgré ces soins, il est suffoqué par l'air extérieur, et pousse dans la rue des cris qui ameutent tous les voisins. Deux personnes vigoureuses ont peine à le soutenir. A la vue de plusieurs chiens arrêtés sur la voie publique, il est pris d'un accès de fureur indicible et veut se précipiter sur eux pour les mordre.

Le 4 mars, à sept heures du matin, le malade est placé dans un cabinet chauffé, dont la porte et la fenêtre sont hermétiquement closes et doublées de couvertures qui empêchent tout courant d'air. Il est assis dans son lit, les membres contractés, le regard furieux, et nous accable de reproches pour l'avoir exposé, pendant plus de dix minutes, à l'air froid. Il ne peut respirer sans spasmes violents. Les membres sont courbaturés. Sur sa prière, on lui fait préparer un bain à 35 degrés. On calme les spasmes par de fréquentes inspirations de vapeurs chloroformiques. Les contractions cessent, la ter-

---

FEUILLETON

L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

DANS LES UNIVERSITÉS ALLEMANDES (1).

CONCLUSIONS

Arrivé au terme de cette longue exposition, je dois conclure.

Voici, d'abord, une remarque générale qui se dégage des faits que j'ai observés : l'enseignement de la pathologie revêt en Allemagne un caractère essentiellement pratique. On s'attache moins à décrire les affections morbides dans des leçons théoriques qu'à les faire connaître au lit du malade. Point de chaires de pathologie proprement dites dans les Facultés allemandes, à l'exception de la chaire de pathologie générale. Partout ces chaires sont confondues avec celles de clinique, le même professeur donnant les deux enseignements. On voit même dans quelques Facultés le cours théorique entièrement supprimé et remplacé par les développements que comporte le cours de clinique. Sans vouloir approuver ce dernier mode, je constate le fait, qui marque une différence sensible entre notre méthode d'enseignement et celle des Facultés allemandes. Là, les professeurs enseignent et les étudiants apprennent la pathologie à l'hôpital même, dans les services de la Faculté, assez nombreux pour recevoir tous les élèves, assez variés pour offrir des sujets d'études ayant trait à toutes les questions pathologiques, même à celles qu'on considère comme spéciales; assez bien dotés pour permettre au professeur d'accomplir sa double mission d'instruire la jeunesse et de cultiver la science. Ces trois conditions font plus ou moins défaut dans les cliniques de la Faculté de Paris. Examinons ces divers points, et rattachons à cet examen les propositions qu'il peut suggérer, en tenant compte de notre position particulière et des difficultés que rencontrerait chez nous l'application de certaines mesures jugées excellentes ailleurs.

1° Le nombre des services d'hôpital dont la Faculté de Paris peut disposer est insuffisant pour que tous les élèves en cours d'études puissent y trouver place. A la vérité, elle possède neuf cliniques, dont quatre médicales, quatre chirurgicales et une obstétricale. Elle paraît donc richement dotée sous ce rapport; mais le nombre de ses élèves est si considérable, que leur distribution forcée dans les cliniques, pendant deux ans, entraînerait un encombrement fâcheux. Le remède à cette situation est la fréquentation des services hospitaliers étrangers à la Faculté, et qui offrent des éléments d'instruction si riches et si variés. C'est là une condition dont la Faculté sera toujours heureuse de profiter, et qu'on a cru devoir réglementer, en imposant à chaque élève un stage de deux ans, soit dans les cliniques, soit dans dans d'autres services hospitaliers. L'expérience a prouvé que divers points concernant les règlements sur le stage pourraient recevoir des modifications utiles et de nature à rendre plus facile à nos étudiants l'accès de nos cliniques.

Cela étant admis, il paraît inopportun de demander une extension des cliniques magistrales de la Faculté; mais je suis convaincu que l'enseignement pratique recevrait un complément utile par la création de quelques cliniques spéciales, comme nous le dirons plus loin, et par le dédoublement de la clinique obstétricale, une seconde clinique d'accouchements étant exclusivement réservée à nos élèves sages-femmes.

2° La création de quelques cliniques spéciales donnerait à notre enseignement pratique une variété qui lui fait défaut actuellement et que nous devons envier à la plupart des universités allemandes. On a signalé depuis longtemps cette lacune, et l'on a essayé de la combler, il y a quelques années, par l'institution de six cours cliniques complémentaires confiés à des agrégés libres. La pensée était bonne, mais la forme qu'elle a revêtue dans l'exécution était défectueuse. L'expérience a prouvé que la nouvelle institution n'est pas assise sur des bases assez larges, et que le cadre où doit s'opérer le recrutement des professeurs est trop restreint. De tous ces cours cliniques complémentaires, un seul subsiste aujourd'hui, celui des maladies des enfants. La situation qui est faite aux titulaires laisse beau-

(1) Voir les numéros du 4 mai et suiv.

reur diminue; le bain peut être supporté pendant vingt minutes. Après ce laps de temps, le malade réclame son lit, parce que l'eau l'étouffe. Il la regarde pourtant sans effroi, et quand on vide un seau d'eau devant ses yeux, il ne redoute que l'impression de la colonne d'air déplacé.

L'intelligence est nette, et M. C... peut faire son testament avec le notaire qu'il a fait appeler.

9 *heures du matin.* Spasmes violents, efforts de toux pour débarrasser les bronches des mucosités qui les remplissent. Ces efforts amènent une crise violente avec menace de suffocation.

M. le médecin en chef, appelé en consultation, ne doute pas de l'existence de la rage, et m'engage à continuer l'administration des narcotiques, tout en m'assurant leur inutilité comme moyen curatif. Le pouls est à 105, et le thermomètre placé dans l'aisselle monte à 37 degrés. Il y a une telle hyperesthésie, qu'on ne peut toucher la main du malade avec un corps froid sans ramener les spasmes. Les pupilles sont toujours dilatées et la bouche toujours sèche. Le chloroforme n'est plus supporté. Pendant la nuit dernière, il a été ingéré 6 centigrammes d'opium sans effet narcotique produit. A neuf heures nous donnons une nouvelle pilule d'opium à 5 centigrammes, le malade ne pouvant avaler aucun liquide.

10 *heures.* Même état, mêmes spasmes du pharynx et du diaphragme. Le pouls est à 115 et le thermomètre à 37,2. On administre une pilule de morphine à 2 centigr. 1/2.

11 *heures.* Nul effet narcotique; pupilles toujours dilatées; spasmes continus et plus violents. Pas de fureur. Pouls 110; thermom. 37,3. Nouvelle pilule de morphine à 0gr,025.

Midi. Même état : horreur indicible; horreur de l'air de plus en plus prononcée; sueurs abondantes ; pouls à 100; therm. 37,4. Le malade ne veut pas qu'on le quitte. Il réclame le silence, renvoie les personnes qui l'entourent et les rappelle aussitôt. Troisième pilule de morphine à 0gr,025. Jusqu'ici nous n'avons remarqué aucun effet par le traitement narcotique. Les pupilles sont toujours dilatées, il n'y a aucune pesanteur de la tête. Même insomnie, même lucidité d'esprit; hyperesthésie croissante. Le malade ayant grand'peine à avaler les pilules, nous pensons, ou qu'elles restent entre les dents, ou qu'elles sont rejetées avec les crachats, ou plutôt qu'elles ne sont pas absorbées par l'estomac.

L'idée nous était venue d'essayer, soit le curare, soit la calabarine, dont les bons effets ont été nombre de fois signalés dans le tétanos; mais nous n'avons pu nous procurer ces alcaloïdes. Sur l'invitation de M. le docteur Letellier, aide-major du service et de garde ce jour-là près du malade, nous essayâmes le bromure de potassium. En effet, les études cliniques de M. Voisin prouvent abondamment son effet sédatif sur la force excito-motrice de la moelle, et dans la rage comme dans l'épilepsie, cette force excito-motrice est en jeu. Nous devions aussi chercher à produire la diminution de la sensibilité reflexe du palais, de la base de la langue et de l'épiglotte.

A midi et demi, nous faisions administrer un lavement ainsi composé :

Bromure de potassium. . .	5 grammes;
Eau.	15 centilitres.

Ce lavement est conservé.

1 *heure après midi.* Les spasmes sont plus rares et moins violents; ils sont surtout moins douloureux. Therm. 37,6; pouls 80.

2 *heures.* Calme presque complet; intelligence toujours très-nette; encore quelques spasmes, mais très-légers; pas d'hébétude. Le calme ne ressemble en rien à l'affaissement produit par les opiacés. Le malade a soif, mais il n'ose boire. Therm. 37,8; pouls 92; sueurs profuses.

3 *heures.* Même tranquillité; intelligence très-nette; conversation suivie et pleine de sens. Toujours quelques mouvements spasmodiques nullement douloureux. Therm. 37,7; pouls 90.

4 *heures.* Même état; temp. 37,6; pouls 90; plus d'hyperesthésie; moins d'aérophobie. La rémission est tellement complète que je crois devoir réserver mon diagnostic.

5 *heures.* Quelques spasmes un peu douloureux; soif violente; impossibilité d'avaler. Lavement de bouillon. Temp. 37,8; pouls 90.

6 *heures* 1/2. Nouvelle rémission. Temp. 38; pouls 84.

7 *heures* 1/2. Les bronches s'emplissent de mucosités; quelques efforts de toux ramènent les spasmes et l'hyperesthésie.

Un nouveau lavement de bromure de potassium, 3 gr., est administré. Le malade se plaint de violentes douleurs précordiales. Un sinapisme placé sur cette région ramène l'état spasmodique. Un fer chaud, promené sur la poitrine, dissipe la douleur. Je quitte alors le malade en le laissant aux soins de M. Letellier.

9 *heures.* Grande agitation; toujours la même insomnie. Efforts considérables pour expulser des crachats épais. Le pouls est à 110. L'aérophobie est plus vive que jamais; les pupilles sont toujours dilatées. M. Letellier, ne remarquant plus aucun effet par le bromure, revient aux narcotiques, et fait administrer de nouveau une pilule de morphine à 0gr,025 à 9 heures, une seconde à 10 heures et une troisième à minuit.

Minuit. Toujours même insomnie; même netteté dans les idées. Les terreurs redoublent; les spasmes sont rapprochés et violents. Le malade pousse des cris affreux chaque fois qu'il entend le bruit du vent et les rafales de neige contre les fenêtres.

Il y a un peu de calme de une heure à quatre heures; soif vive. M. C... avale convulsivement une potion antispasmodique. Cette potion n'est pas plutôt prise qu'une crise effrayante se produit sous les efforts de vomissement. Une dernière pilule de morphine est prise à cinq heures du matin.

5 *mars,* 8 *heures du matin.* Rien n'a été administré depuis cinq heures. M. C... est dans un état d'excitation impossible à décrire. L'intelligence est toujours nette, les pupilles toujours dilatées. La salivation est devenue abondante. Le malade, qui se croyait guéri dans la soirée du 4, ne doute plus de sa fin prochaine. Il a uriné deux fois dans son lit. La température est à 38, le pouls est à 108. L'aérophobie est plus vive encore que la veille. Le bruit de la porte qu'on ouvre le met en fureur. Au moindre bruit, il se couvre la tête avec ses couvertures; le moindre attouchement provoque des contractures. Il veut prendre un bain de vapeur, remède qu'il a lu dans les journaux des derniers jours. On fait fonctionner l'appareil à alcool sans déranger le malade. Mais, après cinq minutes de fonctionnement, nous sommes forcés d'éteindre la lampe, car M. C... prétend que nous voulons l'étouffer. La peau est couverte de sueurs; le pouls est à 140.

9 *heures.* Nouveau lavement avec 5 grammes de bromure de potassium. Sputation abondante. Les bronches s'emplissent de mucosités, et le malade fait des efforts inouïs pour s'en débarrasser.

11 *heures.* Un mouvement de calme survient et nous permet de prendre la température. Le therm. est à 39,2; le pouls est à 108. A partir de 11 heures, des vomissements de bile noirâtre succèdent aux sputations spasmodiques. L'hydrophobie se déclare; M. C... nous dit qu'il a horreur de l'eau, et n'ose plus regarder la fiole qui contenait une potion antispasmodique. L'intelligence est encore nette, mais il y de la jactitation.

Midi. Les vomissements bilieux sont continus. Le pouls devient dur et fréquent, 120. Des convulsions tétaniques manifestes se montrent dans les muscles du cou et des membres. Le malade se lève par bonds rapides et retombe dans un calme relatif de quelques minutes. Les crises se succèdent plus rapides jusqu'à une heure et demie. Il y a une rémission de quelques minutes pendant laquelle M. C... recouvre toute son intelligence, intelligence qui ne s'était obscurcie que vers midi. La vue est toujours nette, les facultés affectives sont plus développées que jamais, et notre malade fait ses adieux à sa famille et à ses amis. Une nouvelle crise plus violente se termine par le coma, et M. C... expire à deux heures et demie, le 5 mars, trois mois et demi après avoir été mordu, et dans le quatrième jour après la manifestation des symptômes rabiques.

Dans cette observation, le symptôme dominant, c'est l'aérophobie. L'hydrophobie ne se manifeste que trois heures avant la mort.

Les phénomènes d'ordre moral sont négatifs. Il n'a pas de lypémanie. Il y a satyriaris au début. Les facultés affectives persistent jusqu'au dernier moment. L'intelligence ne s'obscurcit qu'au moment où le coma survient.

Malgré des doses énormes de morphine, il n'y eut jamais de narcotisme. L'insomnie fut constante. Pendant les dernières vingt-quatre heures, on administra 13 grammes de bromure de potassium, et chaque lavement fut suivi d'une rémission marquée dans l'état spasmodique et d'une diminution considérable dans l'acuité des symptômes douloureux. Le bromure de potassium nous a semblé un sédatif puissant contre le spasme douloureux, et nous avons regretté de ne pas l'avoir employé plutôt et à des doses plus élevées.

En examinant les tracés thermométriques et du pouls on fait les remarques suivantes :

Au début des symptômes rabiques et avant l'administration du bromure de potassium, la ligne du pouls s'élève rapidement, tandis que la ligne de chaleur, tout en la suivant dans son ascension, atteint à peine le degré où la fièvre se déclare. Après l'administration du bromure, la ligne de chaleur reprend le dessus sans dépasser le niveau normal, tant que les contractures diaphragmatiques ne se sont pas déclarées; dans le même temps, le pouls descend rapidement de 112 à 85 pulsations. Mais quand l'effet du bromure ne se fait plus sentir sur la force excito-motrice de la moelle, et quand les spasmes des muscles intercostaux et du diaphragme viennent, en se reproduisant violemment, entraver le jeu du poumon, alors les phénomènes d'asphyxie se prononcent, le sang ne se refroidit plus pendant son passage à travers le poumon, le calorique s'accumule dans la circulation veineuse, et la ligne de chaleur s'élève jusqu'à 39 degrés. Cette observation me semble apporter une nouvelle preuve de l'exactitude de la théorie de l'asphyxie par spasme diaphragmatique et thoracique dans la rage, théorie présentée par M. Peter et reproduite par M. S. Arnoult.

Autopsie 18 heures après la mort. Rigidité cadavérique très-prononcée. Taches violacées à toutes les parties déclives. Tissu adipeux considérable. Le bras mordu n'offre rien de particulier à noter, si ce n'est une coloration un peu brune de la cicatrice de la morsure. Cette cicatrice existe au niveau de la face dorsale du premier métacarpien. Le tissu cicatriciel n'offre rien de particulier à l'examen microscopique. On ne trouve aucune altération, aucune congestion des filets nerveux du nerf radial, des sympathiques et des veines de la région mordue. Rien au pli du coude, rien dans le creux de l'aisselle.

Cavité thoracique. Pas de liquide dans le péricarde. Le cœur pèse 480 grammes. Sa surface externe est couverte de graisse.

Cœur gauche. Tissu brun foncé. Sang noir poisseux, peu fluide; quelques petits caillots panachés.

Cœur droit. Sang noir, caillots cruoriques plus considérables se continuant dans l'artère pulmonaire.

Poumons. La surface externe des deux poumons a un aspect général noir foncé. Sous les plèvres pulmonaires on voit de très-nombreuses suffusions hémorrhagiques, depuis le volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Les poumons sont mous, élastiques et peu crépitants. Depuis les divisions des bronches on rencontre des arborisations qui deviennent de plus en plus foncées à mesure qu'on ouvre les divisions les plus fines. Les bronchilles sont remplies d'un liquide spumeux. Les divisions de l'artère pulmonaire ne contiennent pas de caillots, mais elles sont pleines de sang noir, peu fluide. Les veines pulmonaires renferment le même liquide. Les lésions de l'asphyxie sont plus avancées dans le poumon gauche que dans le droit. A la coupe du poumon gauche, il ne s'écoule que du sang, tandis que dans le poumon droit le sang est spumeux, mélangé d'air. Pas de liquide dans les plèvres, pas d'adhérences.

Cavité abdominale. Foie : poids 1,400 grammes. Capsule lisse; vaisseaux sushépatiques et porte remplis de sang noir. Tissu finement granulé. La bile est d'un noir verdâtre très-prononcé et peu fluide. La vésicule est noyée dans la graisse.

Rate. La rate est remarquable par sa petitesse : elle ne pèse que 90 grammes; la capsule est lisse, son tissu brun foncé.

Reins. Poids 120-135 grammes. Substance corticale brun clair, substance tubuleuse plus pâle et mélangée de flocons graisseux.

La *langue* est normale. Les papilles de la base sont un peu développées, mais il n'y a pas de lysses.

La *glande sublinguale* est examinée avec soin; on n'y trouve rien d'anormal, ni congestion, ni exsudats inflammatoires.

Larynx. Congestion très-marquée de l'épiglotte, œdème des replis arythéno-épiglottiques. L'état congestif cesse au-dessous des cordes vocales pour reparaître au niveau du troisième anneau de la trachée, et se prononce davantage vers les bronchilles.

Rien dans l'œsophage, si ce n'est de légères arborisations. Pas de congestion de la muqueuse stomachale. Quelques gouttes de bile noire verdâtre, aussi épaisse que celle trouvée dans la vésicule biliaire.

Le tiers supérieur du duodénum est coloré en noir par la bile. Légères arborisations au niveau de la valvule iléo-cœcale. Gros intestin vide et complétement sain. La vessie ne contient pas une goutte d'urine.

Boîte crânienne. Les sinus sont gorgés de sang noir, mais ne contiennent pas de bulles d'air. Les vaisseaux de la pie-mère sont fortement congestionnés. Dans les ventricules, un peu de liquide transparent très-fluide. La congestion des vaisseaux est moins prononcée à la base qu'à la convexité du cerveau. Notons en passant que les scissures qui séparent les circonvolutions sont beaucoup plus profondes que d'habitude. La pulpe cérébrale a perdu de sa densité, car le cerveau, posé à plat sur la table d'un amphithéâtre, ne conserve plus sa forme et s'aplatit. Le cerveau, le cervelet, le bulbe, la moelle allongée, les racines nerveuses, sont étudiés avec le plus grand soin. Notre malade ayant été épileptique jusqu'à l'âge de dix-huit ans, nous avons insisté sur l'examen de la moelle allongée et du cervelet. Nous n'avons remarqué ni vascularisations, ni dilatations de la moelle allongée, ni œdème du quatrième ventricule, ni dégénérescence granuleuse, ni sclérose periolivaire. Sur l'invita-

---

coup à désirer. Il eût fallu, ce nous semble, donner à leur enseignement une sanction en les admettant aux examens, à leur position une certaine dignité et à leurs services une récompenses en leur conférant le titre de professeur adjoint ou extraordinaire. Ce serait inaugurer un ordre de choses analogue à celui qui est en vigueur dans les universités allemandes, où les positions des membres du corps enseignant sont mieux graduées que chez nous.

3° Mais il ne suffit pas d'installer des cliniques générales et spéciales, il faut aussi les doter de toutes les ressources que l'enseignement exige, que la science moderne comporte. C'est ici qu'il est pénible de signaler notre infériorité. Des laboratoires mal pourvus (1), l'assistance des professeurs tout à fait insuffisante, le service des autopsies généralement défectueux, telle est notre situation. Il faut y porter remède. Améliorer la position des chefs de clinique, en augmenter le nombre; annexer à chaque clinique un laboratoire et mettre à la disposition du professeur un crédit annuel pour l'entretien de ce laboratoire; améliorer le service des autopsies, en assurer à la fois l'efficacité et la dignité, par l'installation de salles d'autopsies convenablement disposées; enfin adjoindre à chaque service clinique un chef de laboratoire relevant du professeur et chargé de le seconder dans les recherches de chimie ou d'anatomie pathologiques, telles seraient, à mon sens, les mesures à prendre pour améliorer les conditions de l'enseignement clinique.

Développer tous ces points serait dépasser l'objet et les limites de ce rapport. J'ajoute seulement qu'il se présente une occasion naturelle pour réaliser une amélioration dans les services cliniques de la Faculté. Un nouvel hôpital s'élève non loin de l'ancien Hôtel-Dieu : que ce soit principalement un hôpital d'instruction. La demande paraît légitime, non-seulement au point de vue de l'éducation professionnelle de nos élèves, mais encore dans l'intérêt des malades eux-mêmes. En effet, l'enseignement clinique, qui réclame des amphithéâtres, des laboratoires, des salles d'autopsie et de démonstration, a besoin de s'étendre sur une plus large surface qu'un service d'hôpital ordinaire. Il en résulte que l'extension de cet enseignement à l'Hôtel-Dieu serait une cause de dissémination pour les malades.

Au point de vue des progrès de l'anatomie pathologique, l'ensemble de ces mesures recevrait un complément utile par la création d'un grand laboratoire annexé au musée Dupuytren, véritable institut pathologique, dans lequel affluerait certainement un grand nombre de pièces intéressantes, dont le professeur d'anatomie pathologique pourrait faire la matière de ses démonstrations et de ses recherches.

Je termine par une observation générale : on a cherché à opposer quelquefois l'intérêt des malades aux exigences de l'enseignement clinique. Rien n'est moins légitime. Les souffrances du pauvre trouvent, dans les services cliniques, des mains secourables et des cœurs compatissants. L'incommodité qui peut résulter pour quelques malades d'un examen minutieux et prolongé est largement compensée par la garantie de soins d'autant plus éclairés et plus dévoués, que toute négligence subit un contrôle immédiat, que toute erreur se révèle en public. C'est un fait que les services cliniques sont recherchés par beaucoup de malades. Et puis, n'est-il pas vrai que l'instruction des jeunes médecins est une nécessité sociale, tout aussi impérieuse que le soulagement des malades pauvres? C'est un trésor qui est amassé pour les temps futurs et dans lequel puiseront à pleines mains tous ceux qui éprouveront plus tard l'inévitable infirmité de la nature humaine.

Cette conviction, que les asiles ouverts à ceux qui souffrent doivent avoir un double but de soulagement et d'instruction, est aussi ancienne que l'établissement des hôpitaux. Elle a inspiré, il y a deux siècles, le bienfaisant évêque Julius Echter, lorsque, fondant l'hôpital de Würzbourg, qui porte encore son nom, il a prescrit, par une clause formelle, l'institution permanente des services cliniques. La même pensée se fait jour sur le frontispice de l'hôpital académique de Greifswald, où on lit cette inscription : *Aegrotis curandis, medicis instituendis.*

Je suis avec un profond respect, etc.

WURTZ.

Paris, 30 novembre 1868.

---

(1) Il est juste de reconnaître que l'administration des hôpitaux, dans le but louable de favoriser les recherches scientifiques, a fait disposer récemment des laboratoires bien installés à l'hôpital Lariboisière.

tion de M. Vital, notre savant médecin divisionnaire, nous avons disséqué les nerfs phrénique et pneumo-gastrique, la portion cervicale du grand sympathique, et nous avons étudié avec le plus grand soin le ganglion cervical supérieur; ces tissus nerveux nous ont semblé ne présenter aucune lésion appréciable.

Le sang a été examiné au microscope. Il n'y avait pas de traces de bactéries, les globules blancs étaient rares. Le sang était noir, poisseux et très-peu fluide, surtout 20 heures après la mort, quand nous le confiâmes à M. Musculus, pharmacien en chef, pour l'examiner. Cet état poisseux nous a surpris, car on a souvent remarqué que le sang des sujets morts de la rage se coagulait difficilement, et qu'il se putréfiait très-vite : remarques faites chez tous les sujets qui meurent d'une maladie due à une infection générale. Cependant du sang conservé pendant 24 heures, à une température de 12 à 15 degrés, n'a donné aucun signe de putréfaction. En y ajoutant un acide, il ne s'est pas dégagé d'hydrogène sulfuré. Cependant ce dégagement avait eu lieu dans l'examen du sang d'un malade mort de septicémie, et M. Musculus l'avait attribué à la décomposition des sulfates du sang ou des sulfates des substances albuminoïdes. Il est certain dans ce cas que la présence du soufre indique une altération profonde du sang sous l'influence d'un ferment quelconque, car du sang normal, conservé pendant plusieurs jours, n'a pas donné lieu aux mêmes phénomènes. Il est possible, cependant, que le dégagement d'hydrogène sulfuré observé après l'addition d'un acide, provienne de l'introduction dans la circulation de sulfhydrate d'ammoniaque, un des produits de la putréfaction du pus (1).

Alors, d'après cette dernière hypothèse, on comprend que nous n'ayions pas rencontré cette altération chez notre enragé, dans le sang duquel il pouvait bien y avoir un ferment virulent, mais pas d'élément putrides du pus.

M. Musculus a aussi recherché le brome dans le sang de M. C... Environ 50 grammes de sang ont été évaporés à siccité au bain-marie, puis calcinés. Le résidu a été repris par de l'eau distillée additionnée d'une petite quantité d'eau chlorée et d'éther; aucune coloration jaune ne s'est manifestée. N'ayant pas de sulfure de carbone pur à notre disposition, nous n'avons pu employer le procédé plus sensible de Frisinius.

Le bromure de potassium a dû être entièrement éliminé par les sueurs et les urines, comme l'a déjà démontré M. Voisin dans ses études cliniques sur le médicament (2).

Chute sur le périnée. — Déchirure du canal. — Infiltration urineuse. — Ouverture périnéale. — Guérison.

Par M. le Dr Cavaillon.

Le 25 décembre dernier, un jeune homme de vingt-six ans, voulant sauter d'un tombereau chargé de pierres, fit une chute sur l'angle de la planche qui formait un des côtés. Après les phénomènes ordinaires de la commotion, il fut pris d'un besoin pressant d'uriner qu'il lui fut impossible de satisfaire. Il continua sa route à pied, mais on dut bientôt le transporter chez lui, où je le vis trois heures environ après l'accident. Le périnée et la partie inférieure des bourses étaient le siége d'une ecchymose noirâtre très-accentuée, surtout au niveau de ces dernières. Il n'y avait pas de plaie aux téguments. J'engageai le malade à essayer d'uriner, mais il ne s'écoula pas une seule goutte d'urine. Placé dans un bain, il ne put pas en obtenir davantage. Je cherchai alors avec beaucoup de ménagement à voir si le canal était libre; mais au niveau de la symphyse, je fus arrêté par un obstacle contre lequel la sonde venait buter. Je n'insistai pas et fis appliquer vingt sangsues au périnée.

Le lendemain, l'ecchymose s'était étendue; le scrotum avait un volume égal à celui de la tête d'un enfant de sept mois, il était noirâtre; la base de la verge présentait une teinte moins sombre. La vessie faisait au-dessus du pubis un relief sensible à la percussion; le périnée était très-boursouflé, mais le point le plus volumineux et le plus douloureux était au niveau du pli génito-crural. La cuisse et le bas de l'abdomen présentaient une tuméfaction appréciable. J'étais évidemment en présence d'une déchirure du canal et d'une infiltration urineuse. Je fis séance tenante cinq larges et très profondes incisions sur le scrotum, en même temps je fis sur la ligne médiane du périnée une incision de 3 centimètres de long, à travers laquelle mon doigt pénétra dans une cavité où il rencontra quelques caillots de sang. Ayant essayé en vain de passer à travers cette ouverture une sonde en gomme élastique qui pût aller retrouver l'extrémité déchirée du canal, et de là pousser jusqu'à la vessie, le soir, je me rendis de nouveau auprès du malade, accompagné d'un de mes confrères (M. Béraud), bien décidé avec son assistance à prolonger cette incision plus profondément, et à compléter l'opération de la boutonnière. Arrivé sur le canal ou au voisinage de la prostate, nous devions tenter de nouveau l'introduction de la sonde, et à défaut ponctionner la vessie. Mais à notre arrivée, nous fûmes agréablement surpris de voir que le volume du scrotum avait notablement diminué et que les linges placés sous le malade étaient légèrement imprégnés d'un liquide à odeur urineuse. L'imminence du premier danger conjurée, je me contentai pendant plusieurs jours de panser les plaies avec une solution d'acide phénique. Les urines s'écoulèrent par là en donnant lieu à un ténesme vésical, que justifiait en partie la présence au milieu de la plaie d'un champignon formé de tissus à odeur gangréneuse. Des applications de perchlorure de fer en facilitèrent la sortie, et cinq jours après l'accident, le malade restait une heure environ entre chaque émission; le pouls était à 70, lorsqu'une hémorrhagie, effroyable et réitérée à trois reprises différentes me fit rappeler auprès de lui. J'essayai en vain du perchlorure de fer et d'un pansement analogue à celui recommandé par Dupuytren dans les hémorrhagies consécutives à la taille. Je me décidai alors à tamponner la paie, et pendant douze heures je laissai le tampon en place, après quoi je le retirai; l'hémorrhagie ne reparut pas. La plaie se détergea et quinze jours après l'accident les urines sortaient sans peine; la vessie ne se contractait que toutes les trois ou quatre heures. Malgré mes efforts, je ne pus jamais faire pénétrer la sonde par l'ouverture périnéale; la prudence m'ordonnait de n'agir par l'extrémité pénienne du canal qu'avec précaution, crainte d'agrandir la déchirure. Au niveau de celle-ci, le doigt introduit par la plaie ne sentait la sonde qu'à travers les tissus, preuve du trajet oblique et sinueux suivi par les urines. — Dès les premiers jours, il s'écoulait quelques gouttes par le canal, mais d'une façon très-irrégulière, avec des intermittences de trois jours. Dès le 25e, le jet fut plus soutenu, et un mois après, on pouvait évaluer aux deux tiers de la quantité totale celle de l'urine émise chaque fois par le canal. Il ne reste aujourd'hui qu'une petite plaie linéaire au périnée. Les incisions du scrotum sont complétement fermées, les urines s'écoulent sans difficulté; le jet a le volume d'une ficelle. Le malade a repris ses occupations.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 24 mars 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *Le Sud médical* (de Marseille).

De l'Académie royale de médecine de Belgique, *les Fascicules : 3e série. Tome II, n° 11, et tome III, n° 1. — La Table alphabétique complète des tomes I à IX* (1858-1866), par le docteur Marinus. — *Le catalogue de la bibliothèque.*

M. Heurtaux, membre correspondant, adresse les deux articles : *Corne (production cornée)* et *Cor*, extraits du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

M. Guéniot dépose sur le bureau : *Vomissements incoercibles de la grossesse, guéris par les cautérisations du col utérin*, par le docteur E. Mourey, broch. in-8, 1869.

M. Depaul offre à la Société : *Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin, basées sur 414 cas observés à la clinique d'accouchement de Paris pendant seize ans, avec quinze tableaux statistiques*, par M. Stanesco. — Paris, A. Delahaye, 1869.

M. le docteur Rouge, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne, adresse les observations suivantes :

Lipome fibro-graisseux. — H..., âgé de 60 ans, agriculteur, vigoureux vieillard, maigre, sec, bien musclé. Début de la tumeur il y a dix ans; elle atteint en deux ans l'énorme développement qu'elle présente aujourd'hui; reste dès lors stationnaire. La tumeur est ferme, résistante, molle en certains endroits; ulcération à la partie inférieure. Elle est suspendue aux reins par un pédicule long de 20 centimètres, large de 20; il y a 9 centimètres d'épaisseur, et 48 de circonférence. La tumeur a dans le sens transversal 46 centimètres, dans le sens antéro-postérieur, 22 centimètres en dessus, 25 en dessous; dans le sens vertical, 27 centimètres. — Opération avec le bistouri le 14 février dernier. Je lie les vaisseaux à mesure que je les coupe; quatorze artères, quelques veines béantes, exigent des ligatures. La plaie est lavée avec de la glycérine phéniquée au dixième; un grand drain est placé au fond de la blessure, dont les bords sont réunis par une quinzaine d'épingles avec suture entortillée. Pansement à l'eau froide.

La tumeur pèse 14 kilogr. 250 grammes (28 livres 1/2). Ce volumineux lipome est divisé par des cloisons fibreuses en lobes nombreux, en général de la grosseur du poing; quelques-uns étaient beaucoup plus développés. — Après l'opération, le malade est très-abattu; il reste tout le jour dans un état inquiétant de dépression morale, de prostration physique. Pouls petit, misérable et rapide. Soif ardente. Figure très-pâle. Tendance aux syncopes. Refroidissement. — Vin à discrétion. — Aujourd'hui H... est guéri, mais il existe encore une petite plaie de la largeur et de la longueur du pouce en suppuration; lorsqu'elle sera fermée, ce qui ne tardera pas, il ne restera de l'opération qu'une cicatrice linéaire. Sort guéri le 18 mars 1869.

Nouveau procédé de traitement des fractures du maxillaire inférieur. — Le 15 janvier 1865, entre dans mon service un jeune homme de 22 ans, qui s'était brisé la mâchoire inférieure, quinze jours auparavant, en tombant d'une escalier rapide. La fracture part de l'incisive latérale gauche; sa direction est oblique de haut en bas et d'avant en arrière; le fragment antérieur se trouve cassé en biseau et aux dépens de la face interne, le fragment postérieur aux dépens de la paroi externe. Il existe un déplacement considérable. La branche gauche du maxillaire est attirée en dedans, de telle façon que son extrémité se place derrière l'incisive latérale droite, tout près de la canine; de plus, ce fragment est si fortement abaissé, que les dents sont d'un fort travers de doigt en dessous du niveau de celles de l'autre portion de la mâchoire. Il y a sous le menton une large plaie contuse par laquelle s'écoulent de la salive et du pus, le stylet arrive par là sur l'os dénudé.

La direction oblique de la fracture dans l'épaisseur même du maxillaire expliquait le déplacement en bas et en dedans; le mylo-hyoïdien, le génio hyoïdien, avaient, sans nul doute, gardé tous deux leurs insertions, et peut-être même quelques fibres des digastriques restaient-elles fixées à l'os. L'action de ces muscles, insérés à l'extrémité d'un levier assez long, surpassait celle des élévateurs, qui, dans la majorité des cas, relèvent le fragment postérieur, en même temps qu'ils le portent légèrement en dehors.

Pour maintenir cette fracture, j'eus tout d'abord recours à l'appareil Morel-Lavallée; notre blessé avait toutes ses dents entières et superbes. La gouttière, bien moulée et durcie, n'empêchait pas cependant le double déplacement; je renforçai la gutta-percha d'un fort fil de fer recourbé en fer à cheval, et caché dans l'épaisseur du petit appareil; une fronde appuyait le menton. Malgré cela, le fragment postérieur s'abaissait et glissait derrière son voisin. J'imagine alors de faire deux attelles de gutta-percha, moulées sur le maxillaire et reliées entre elles par un fil métallique passant au travers des fragments qui seraient maintenus ainsi solidement rapprochés.

Pour perforer l'os, je me servis du drille, instrument d'horloger. Je fis le premier trou entre deux racines de dents, à peu près au niveau du sillon gencivo-labial; le fragment antérieur fut perforé à la même hauteur sur le symphyse. Deux fils d'argent d'un fort calibre sont alors facilement glissés dans les trous; arrivés sur le plancher buccal, les extrémités internes furent recourbées, et ramenées au dehors pour traverser une petite plaque de gutta-percha sur laquelle ils sont fixés l'un à l'autre et tordus; attirant alors à moi les deux fils, la gutta-percha, légèrement ramollie, est entraînée dans la bouche, et vient s'appliquer contre la paroi postérieure du maxillaire, contre lequel elle se moule en réduisant la fracture. Un second morceau de gutta-percha, traversé par les bouts antérieurs et libres de la suture, est pressé contre la face antérieure de la mâchoire; les attelles suffisamment durcies, les fils sont vigoureusement tordus avec une pince à mors plats. Le malade nous dit aussitôt : Maintenant je peux manger. Ce jeune homme quitte l'hôpital le 10 février; la fracture était régulièrement consolidée, et la plaie tout à fait cicatrisée; il n'y eut pas de nécrose. Non-seulement l'appareil fut bien supporté pendant plus de trois semaines, mais encore il éprouva un grand soulagement. Les premiers jours, j'ai permis une alimentation composée de viande hachée, de légumes déjà trempés; le malade ne tarda pas à réclamer un régime plus solide et plus normal.

M. Kœberlé envoie à la Société une observation d'extirpation d'une tumeur fibro-graisseuse, du poids de 5 kilogrammes, développée à la partie interne de la cuisse. — Guérison.

Discussion sur les tumeurs fibreuses de l'utérus (Fin).

M. Depaul. La discussion sur les corps fibreux de l'utérus s'est terminée en mon absence; je désirerais répondre quelques mots aux orateurs qui y ont pris part.

Cette discussion a porté sur trois points principaux :

1° Les corps fibreux augmentent-ils de volume pendant la grossesse?

2° La grossesse amène-t-elle quelques modifications dans leur consistance?

3° Au moment de l'accouchement, faut-il donner la préférence à la version sur le forceps?

Sur le premier point, tous ceux qui ont pris la parole sont unanimes; sauf M. Guéniot. Je ne nie pas, dit-il, que la chose soit possible, mais puisque les corps fibreux, et je le prouve par des exemples, se développent sans la grossesse, qu'y a-t-il d'étonnant à ce que le volume augmente pendant la gestation?

La question n'est pas telle que la pose M. Guéniot; il s'agit de savoir si l'on peut rapprocher le développement lent de ces tumeurs pendant la vacuité de l'utérus, de leur développement rapide pendant la grossesse. Or, sur ce point, je ne trouve qu'une observation de M. Kœberlé, observation qui manque d'autorité, parce qu'elle manque de détails suffisants, et dans, tous les cas, les faits cités par M. Guéniot sont absolument exceptionnels.

Mais, ajoute M. Guéniot. Il y a de ces tumeurs qui, en dehors de l'état de grossesse, peuvent se ramollir et disparaître, et il nous cite le cas d'une jeune Péruvienne qui a vu sa tumeur perdre la plus grande partie de son volume, en dehors de toute condition de grossesse ou d'accouchement. A côté de ce cas, je puis en citer un autre tout contraire : j'ai pu suivre, chez une femme enceinte, le développement d'un corps fibreux; ce corps avait augmenté considérablement de volume; puis, après l'accouchement, il commença d'abord à diminuer de consistance. J'ai revu cette femme trois mois après son accouchement : le corps fibreux était revenu à son volume primitif. Peut-on dire que ce développement si rapide, que ce retour en arrière, n'est pas évidemment en rapport avec les modifications physiologiques que subit l'utérus à l'état de gestation?

Quant à M. Tarnier, nous sommes d'accord sur les points de physiologie pathologique; nous différons sur un point de pratique. M. Tarnier croit à la supériorité de la version sur le forceps; je crois au contraire à la supériorité du forceps sur la version, et M. Tarnier a résumé son opinion en disant : La clinique et le raisonnement montrent que la version est préférable au forceps. Pour soutenir cette thèse, les faits d'accouchements dans les cas de corps fibreux ne suffisent pas. Si nous voyons les choses d'une manière plus générale, nous pouvons dire que, dans les cas dans lesquels le bassin de la mère est mal conformé, la version est beaucoup plus dangereuse pour la femme et pour l'enfant. Ainsi, sur 414 cas d'accouchements dans lesquels il y avait vice de conformation du bassin, on fit 42 fois la version. Il y eut 18 fois mort de la femme, et 24 fois guérison. Quant aux enfants, il y eut seulement 8 enfants vivants.

Dans 108 cas on appliqua le forceps; il y eut 83 enfants vivants, et il n'en mourut que 25; 84 femmes survécurent, 24 seulement moururent. Il y a donc, d'une manière générale, supériorité du forceps sur la version. En est-il de même dans les cas de tumeurs fibreuses? M. Tarnier espère avec la main dilater le col et repousser la tumeur; mais lorsqu'on a introduit la main dans l'utérus de ces femmes, les dangers de la version sont doubles, car, outre les dangers ordinaires, on a à craindre plus encore la déchirure du tissu utérin.

Pour ce qui regarde l'enfant, on peut dire que si la version est plus dangereuse dans les cas ordinaires, elle doit l'être, à bien plus forte raison, dans les cas de tumeurs fibreuses. M. Tarnier croit que les tumeurs fibreuses peuvent s'aplatir, cela est vrai; mais l'aplatissement ne peut jamais être complet.

En résumé, je continue à regarder le forceps comme supérieur à la version, dans les cas de tumeurs fibreuses.

M. Tarnier. Dans toute mon argumentation, je n'ai eu en vue que les tumeurs fibreuses contenues dans le petit bassin, et pouvant s'opposer à l'engagement de l'enfant. La thèse de M. Ganesco, dans laquelle M. Depaul a puisé les chiffres sur lesquels il base son argumentation, a traité seulement des rétrécissements osseux du bassin.

La discussion est définitivement close.

PRÉSENTATIONS

Tumeurs dentaires. — M. Broca montre plusieurs pièces pathologiques portant toutes des dépôts de tartre adhérents à la dent, et constituant des tumeurs qui ne peuvent guère être enlevées qu'avec les dents correspondantes. Ces tumeurs siégeaient à la mâchoire inférieure en arrière des incisives; à la mâchoire supérieure, sur la face externe de la deuxième molaire. Ces tumeurs dentaires, d'après M. Broca, sont dues à la précipitation des matières salines excrétées par les grandes salivaires.

(1) Robin, *Des humeurs*, page 194.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, tome 71, page 166.

M. PAULET. J'ai eu l'occasion de voir une tumeur formée par le tartre, chez un vieillard assez âgé ; ce vieillard avait des dépôts de tartre dans toute la bouche ; mais la tumeur, qui était formée par un dépôt plus considérable, existait à la mâchoire supérieure plus en arrière que ne le dit M. Broca.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

65. Léonard (Alfred). Observations recueillies au poste de Sed'hiou (rivière Cazamance) (possessions sénégambiennes) pendant l'année 1863-1864.
66. Caurant (Ernest). Relation médicale d'un voyage de France à la Nouvelle-Calédonie, à bord de la frégate *Iphigénie*.
67. Bouchardat (G.). Faits pour servir à l'histoire de l'urée.
68. Gariel (Charles). Sur l'ophthalmoscope.
69. De Lepervanche (C. M.). Du tabac et principalement du tabac à fumer.
70. Sannier (G.). Des principaux entozoaires de l'homme.
71. Gillet (Armand). Contributions à l'histoire de la mélanodermie.
72. Delageneste (Claude). Du varicocèle et de son traitement.
73. Corre (A. M.). Notes médicales recueillies à la Vera-Cruz (Mexique), 1862, 1865, 1866.
74. Delthil (Édouard). Du traitement des fractures de la cuisse et des accidents consécutifs.
75. Denouault (Bazile). Des indications curatives de l'avortement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — A dater du 1er avril 1869, le traitement des chefs de clinique de la Faculté de médecine de Paris est porté de 500 fr. à 1,200 fr.

M. Legros (Charles), docteur en médecine, né le 12 février 1834, à Saint-Chef (Isère), est nommé préparateur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau).

M. Berkart (Isidore) est nommé préparateur de pathologie comparée à la Faculté de médecine de Paris (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Grynfeltt (Joseph-Casimir), né à Servian (Hérault) le 19 décembre 1840, docteur en médecine, est institué agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier (section de chirurgie et d'accouchements), par suite du concours ouvert le 25 février 1869.

Cet agrégé stagiaire entrera en activité de service le 1er novembre 1871.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Gautier, docteur en médecine, est nommé sous-directeur du laboratoire d'enseignement chimique à la Faculté des sciences de Paris.

— *École préparatoire de médecine de Lyon.* — M. Pétrequin, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, jusqu'à la fin de la première année classique, par M. Berne, suppléant à ladite école.

— *École préparatoire de médecine d'Arras.* — M. Germe (Léon), suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année classique, du cours de physiologie à ladite école.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.* — M. Liot (Louis-Victor-Damase) est nommé secrétaire agent comptable de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, en remplacement de M. Benoist, démissionnaire.

— M. le docteur Bonnet, médecin à Valence, et non Bousset, vient d'être nommé correspondant de la Société de médecine légale.

— Très-bonne clientèle à céder, dans la plus riche contrée de la vallée de la Loire. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Recueil de questions posées aux examens de médecine et aux accouchements. Prix : 1 fr. 50 le volume. — Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Traité de thérapeutique et de matière médicale, par MM. A. TROUSSEAU et H. PIDOUX, 8e édition, revue et augmentée sous les yeux des auteurs, par Constantin PAUL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, secrétaire général de la Société de thérapeutique. — Le Tome II vient de paraître. — Prix de l'ouvrage, formant 2 forts vol. grand in-8, ensemble de plus de 2,000 pages, cartonnés à l'anglaise. 1868-69. Prix, 25 fr.

Traité élémentaire des maladies des femmes, par le docteur ELLEAUME, lauréat de l'Académie impériale de médecine. 1 vol. in-8, avec figures intercalées dans le texte, cartonné à l'anglaise. Prix, 10 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — PREMIER PARIS. — HÔPITAL DES ENFANTS MALADES (M. Roger). Rhumatisme articulaire subaigu. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Correspondance. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 19 mai 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une communication verbale de M. Alph. Guérin sur un cas d'infection purulente, guérie par le sulfate de quinine, ou du moins à la suite de l'administration de cet agent, a provoqué une petite discussion qui a occupé à peu près toute la séance. Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'un écrasement du pouce, fut pris de tous les symptômes de l'infection purulente, et qui néanmoins, sortit de l'hôpital guéri. Quelque temps après, cet homme s'est pendu. — Ici s'ouvre une parenthèse pour prier M. A. Guérin de vouloir bien nous dire, dans la prochaine séance, s'il le sait toutefois, ce qui s'est passé chez cet homme dans l'espace de temps qui s'est écoulé entre sa sortie de l'hôpital et le moment où il s'est pendu, dans quel état étaient à cette époque son intelligence et ses facultés mentales, et ce qu'a pu présenter son cerveau, si l'examen en a été fait; la solution de ces différentes questions ne serait point sans intérêt à d'autres points de vue et même au point de vue de l'histoire de l'infection purulente.—L'occasion s'offrait tout naturellement de vérifier par l'autopsie ce que le diagnostic de l'infection purulente aurait pu laisser de doutes encore dans l'esprit, sur quelques points du moins, à supposer que les symptômes observés pendant la vie n'eussent pas été suffisamment explicites dans leur langage. Il était dit dans l'observation, que cet homme avait eu un abcès métastatique au mollet et qu'il avait eu une douleur très-intense à la région hépatique. Avait-il eu un abcès métastatique au foie? On pouvait le présumer, mais on n'en avait point la certitude. Or, M. A. Guérin a constaté une cicatrice sur la face convexe du foie. C'est là un des points intéressants de cette observation que M. A. Guérin a signalés à l'attention de ses collègues. C'est, toutefois, un point à éclaircir et sur lequel M. Verneuil a émis des doutes, de savoir si cette cicatrice est bien réellement la trace d'un abcès métastatique, ou bien si elle n'est pas simplement le résultat d'un de ces infarctus du foie, que l'on rencontre assez fréquemment à l'autopsie, à la suite d'affections diverses. M. A. Guérin ne s'en tiendra pas évidemment à cet examen superficiel; il nous dira, dans la prochaine séance, ce que lui aura montré l'examen le plus minutieux de cette portion de l'organe hépatique.

Un point plus important et qui a également soulevé des doutes, est celui de savoir jusqu'à quel point la guérison est attribuable, dans ce cas, au sulfate de quinine. Les cas de guérison d'infection purulente, bien que rares sans doute, ne le sont pas tellement, cependant, qu'on en ait vu dans des conditions diverses et à la suite de traitements différents, ou même sans autre traitement qu'une alimentation réparatrice et tonique, ainsi que MM. Gosselin et Broca en ont cité des exemples. La démonstration manque encore ici, et elle manque d'autant plus que les signes de tolérance que M. Guérin a invoqués comme un témoignage de l'action du sulfate de quinine, pourraient bien, ainsi que M. Hérard en a fait la remarque, être tournés en témoignage contraire.

Il y a à revenir sur ce fait. C'est ce que fera, du reste, M. A. Guérin dans la prochaine séance.

A la fin de cette séance, M. le docteur Prat a présenté à l'Académie une malade, qu'il a guérie d'une perforation traumatique de la membrane du tympan par les irrigations d'eau tiède. On trouvera dans le compte rendu la relation du fait.

Dr BROCHIN.

LA FERMETURE PROVISOIRE DE LA FACULTÉ.

Le cours de pharmacologie n'ayant pu être fait depuis une douzaine de jours, on a saisi l'occasion de la fête de la Pentecôte pour donner à la Faculté une vacance prolongée de huit jours.

La Faculté ne rouvrira ses portes aux élèves que le 24 de ce mois.

On espère que le temps, qui adoucit tous les chagrins et qui calme toutes les colères, ramènera la tranquillité dans les esprits surexcités, sans qu'on entende l'auditoire redemander encore la suppression de la chaire du professeur, et son remplacement par une chaire de clinique.

Que les élèves se calment donc; leurs plaintes sont loin d'avoir été sans effet utile. Qu'ils ne perdent pas le bénéfice de leur démonstration par une prolongation d'indiscipline scolaire, qui ne saurait que nuire gravement à leurs intérêts.

Si le tumulte devait continuer, le ministre pourrait sévir ouvertement, et, comme on le craint, ordonner la fermeture provisoire de la Faculté.

Dr E. LE SOURD.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. H. ROGER.

Rhumatisme articulaire subaigu. — Caillot cardiaque. Mort subite.

(Observation lue par M. RATHERY à la séance de la Soc. méd. d'obs. du 8 mars).

Le 2 janvier 1869, entrait à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. Roger, la nommée H... (Gabrielle), âgée de 5 ans.

Voici les renseignements qui nous furent donnés lors de l'entrée de cette petite malade. Les parents jouissent d'une bonne santé. Il n'y a pas d'antécédents rhumatismaux dans la famille. L'enfant a toujours été bien portante. Pas d'attaque antécédente de rhumatisme. Elle n'a même jamais fait de maladie grave, et n'a encore eu aucune fièvre éruptive, et en particulier pas de scarlatine.

Il y a huit jours, cette petite fille a été prise de malaise général et de douleurs continuelles dans les membres inférieurs. Nous ne pouvons savoir si cette enfant a été, dans ces derniers temps, exposée au froid et à l'humidité. Quoi qu'il en soit, ces douleurs, d'abord vagues, se localisèrent bientôt plus particulièrement dans les articulations des genoux. Un médecin de la ville constate un gonflement rhumatismal des genoux, et conseille l'envoi de l'enfant à l'hôpital.

Le 2 janvier, jour de son entrée dans le service de M. le docteur Roger, voici l'état où nous trouvons la petite malade. C'est une enfant qui présente toutes les apparences d'une bonne santé. Elle se plaint seulement de douleurs assez vives dans les genoux; ces douleurs sont surtout réveillées par la pression au niveau des genoux et des chevilles. Ces parties sont légèrement gonflées, surtout le genou gauche. Elles sont chaudes au toucher, mais présentent à peine un peu de rougeur. Le cœur est ausculté avec grand soin par plusieurs personnes, et on trouve les bruits parfaitement normaux; seulement ils semblent légèrement voilés. De plus l'enfant, qui tousse un peu depuis quelques jours, présente à l'auscultation quelques gros râles de bronchite à la base des deux poumons. A peine s'il y a un peu de réaction générale. Le pouls est à 104, et il y a un peu de chaleur de la peau. On diagnostique un rhumatisme articulaire de moyenne intensité, sans complication cardiaque, avec une bronchite légère. On enveloppe les jointures malades avec de l'ouate, et on prescrit des onctions avec le baume tranquille. Infusion de frêne pour boisson.

Pendant les deux jours qui suivent, pas de changement notable dans l'état de la petite malade.

Le 4 au matin, le pouls est à 108. Le gonflement des genoux a diminué, mais il y a un peu de gonflement dans les articulations des doigts et du poignet. (On continue le baume tranquille. — 0,15 de poudre de Dower; le lendemain, la dose est portée à 0,25). Le cœur, ausculté de nouveau, ne présente aucun phénomène anormal.

Le 6 janvier, à la visite du matin (9 heures), on trouve la petite malade dans le même état que les jours précédents. Le gonflement des genoux a plutôt un peu diminué. Le pouls est à 110. Elle est du reste très-tranquille et joue sur son lit.

Une heure environ après que nous avions quitté la malade, elle est prise tout à coup d'un accès de suffocation thoracique très-violent, avec cyanose de la face et menace d'asphyxie. Cet état dure environ une heure. On applique des sinapismes, et on fait respirer de l'éther à l'enfant. Quand nous revoyons la malade, vers onze heures du matin, la suffocation a un peu diminué, mais la face est d'une pâleur extrême. L'enfant est dans un état d'angoisse inexprimable.

Le pouls est petit, très-fréquent, excessivement irrégulier. Les battements du cœur sont précipités, tumultueux, difficiles à analyser : on croit pourtant percevoir un souffle assez fort, sans qu'il soit possible de le localiser exactement à l'un des orifices.

A midi, l'enfant est reprise d'un nouvel accès de suffocation analogue au premier. Il y a quelques mouvements convulsifs dans les membres. A cinq heures, la malade est à l'agonie. La face est cyanosée. Les extrémités sont déjà froides, les battements de la radiale à peine perceptibles. Elle meurt à six heures du soir.

A l'autopsie, qui fut pratiquée le 8 au matin, nous trouvâmes les lésions suivantes :

A l'ouverture de la cage thoracique, on constate sur la plèvre pulmonaire du côté droit, au niveau du lobe moyen, la présence de fausses membranes, molles, paraissant d'origine récente; de plus, du côté gauche, au fond du sillon interlobaire, on trouve des tractus celluleux réunissant les deux lobes. A la partie postérieure des poumons, on remarque des traînées d'un rouge foncé, signes de congestions lobulaires. Au toucher, les parties congestionnées sont beaucoup plus dures que les autres points du parenchyme pulmonaire. A la coupe, le tissu pulmonaire présente surtout vers les deux bases des traces de congestion très-prononcée.

La muqueuse de la trachée et des grosses bronches présente une coloration rouge très-évidente. Les bronches sont remplies par un liquide mucoso-purulent assez abondant.

Cœur. — Le péricarde est parfaitement sain et ne contient pas de liquide. Du côté du cœur, voici ce que l'on observe.

Après avoir incisé le ventricule droit, on trouve un caillot volumineux, décoloré, d'un blanc jaunâtre, épais, fibrineux, paraissant d'origine récente. Ce caillot est homogène, assez dense. Imbriqué dans les colonnes charnues du ventricule dont il porte les empreintes sur sa face externe, il remplit presque entièrement le ventricule; il obture conséquemment en grande partie l'orifice oriculo-ventriculaire, s'arrêtant au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire, il se prolonge à travers l'ouverture de la valvule tricuspide par une portion rétrécie, qui se réfléchit sur le bord libre de la valvule. Arrivé dans l'oreillette, le caillot s'élargit de nouveau. La face antérieure de cette portion est fine, convexe de haut en bas. La face postérieure présente, au contraire, un grand nombre d'irrégularités, de mamelons. De ce caillot partent plusieurs prolongements; un de ces prolongements remplit complétement l'auricule et présente à ce niveau des adhérences assez intimes avec les parois cardiaques; un autre prolongement pénètre dans la veine cave supérieure où il se termine par une portion effilée après un trajet de 4 à 5 centimètres.

En résumé, la portion intra-cardiaque de ce caillot forme comme une espèce de pont. Le milieu correspond à l'orifice auriculo-ventriculaire et à la valvule tricuspide; des deux extrémités, l'une adhère à la paroi ventriculaire, l'autre à la paroi auriculaire.

Dans le cœur gauche, on trouve un caillot de même nature, beaucoup moins volumineux, qui, prenant son origine dans le ventricule imbriqué au milieu des colonnes charnues, se prolonge à travers l'orifice de la valvule mitrale, et là, se divisant en plusieurs branches, s'avance jusque dans l'intérieur des veines pulmonaires.

L'endocarde présente sa coloration normale et paraît parfaitement sain. On ne trouve pas de traces de lésions plus anciennes, ni à la face interne du cœur, ni sur les valvules.

Le caillot, examiné au microscope par M. Audhoin, est formé dans toute son étendue par de la fibrine à l'état fibrillaire et granuleux. Il n'y a ni noyaux, ni cellules, ni vaisseaux de nouvelle formation. Les fibres musculaires du cœur ne présentent rien d'amormal.

Rien à noter du côté de l'abdomen.

A l'ouverture du crâne, on constate seulement une congestion veineuse très-prononcée de l'encéphale. Les corps striés, où cette coloration est très-marquée, présentent à la coupe une teinte bleuâtre.

Pas de caillots dans les sinus de la dure-mère.

En résumé, cette observation nous montre une enfant de 5 ans affectée de rhumatisme articulaire, qui paraît ne présenter aucune gravité. Jusqu'ici, rien que de très-ordinaire. Notons cependant l'âge de l'enfant.

En effet, ainsi que le montrent les différentes statistiques, le rhumatisme articulaire est beaucoup plus rare avant l'âge de 7 ans que dans la seconde enfance.

Tout à coup la scène change. L'enfant qui, une heure auparavant était parfaitement calme, est prise tout à coup de suffocation thoracique. Les battements cardiaques deviennent tumultueux, excessivement rapides, il y a menace d'asphysie et l'enfant succombe, huit heures seulement après le début des accidents. A l'autopsie, on ne trouve autre chose pour expliquer la mort que la présence de caillots volumineux dans les cavités cardiaques et en particulier dans le ventricule droit.

Depuis longtemps, la présence de ces concrétions cardiaques dans le cœur a été notée, et a servi à expliquer ces cas de mort rapides; peut-être même a-t-on souvent fait jouer un trop grand rôle à la présence de ces caillots, et a-t-on regardé comme cause des accidents ce qui n'en était que l'effet. Toutefois, dans le cas qui nous occupe, et en l'absence de toute lésion capable de rendre compte des accidents si rapidement mortels, nous pensons que la présence de ces concrétions fibrineuses suffit pour expliquer la mort.

Des accidents analogues ont été souvent notés chez les adultes dans le cas de rhumatisme articulaire aigu; mais presque toujours ces accidents se produisent lors d'une deuxième ou troisième atteinte de rhumatisme, et surtout on a observé pendant la vie des symptômes d'endocardite plus ou moins ancienne et après la mort on trouve des lésions de l'endocarde ou des valvules qui ont pu solliciter mécaniquement pendant la vie la formation des concrétions cardiaques. Ici, et c'est en cela surtout que l'observation que nous venons de rapporter nous semble digne d'intérêt, rien de semblable. Le rhumatisme est récent; pendant la vie, aucun trouble antécédent du côté de l'organe central de la circulation, et après la mort, l'endocarde et les valvules sont parfaitement sains. Il ne nous reste donc pour expliquer la formation de ces caillots que l'état même du sang, cet état qui a été désigné sous le nom de dyscrasie fibrineuse. On sent, en effet, que dans le rhumatisme articulaire aigu, comme dans la pneumonie,

le chiffre de la fibrine peut monter de 3 p. 100, proportion normale, jusqu'à 8 ou 10. Cet exemple de concrétion sanguine sans endocardite antécédente n'en reste pas moins un fait exceptionnel.

Nous trouvons toutefois, dans la thèse de Legroux, une observation de mort rapide qui présente avec la nôtre une analogie remarquable, tant pour l'absence de tout trouble cardiaque avant le début des accidents ultimes que pour les lésions trouvées à l'autopsie. Il s'agit d'un enfant de 10 ou 12 ans qui, dans le cours de l'année 1826, était traité à l'hôpital des Enfants malades dans le service de Jadelot. Depuis quelques jours dans le service pour une bronchite aiguë, sans autre phénomène morbide, cet enfant était à l'usage des adoucissants, lorsqu'un matin il fut pris tout à coup d'une dyspnée extrême, orthopnée, teinte violette des lèvres et des pommettes, efforts de respiration précipités accompagnés de jactation, angoisse inexprimable, facies effrayé. Les battements du cœur étaient précipités, irréguliers, peu sonores, surtout derrière le sternum, où l'oreille percevait un choc mat. Pouls faible ; mort quelques heures après. — A l'autopsie, sauf l'inflammation assez aiguë de la muqueuse bronchique, on ne trouva, dans les organes splanchnique ; aucun désordre appréciable, mais le cœur était dilaté par des caillots sanguins. Quelques-uns, peu volumineux, existaient dans les cavités gauches ; les droites étaient remplies par un caillot fibrineux de couleur citrine, semi-transparent, entrelacé avec les colonnes charnues du cœur, et envoyant des prolongements dans l'artère pulmonaire et les veines caves supérieure et inférieure. Le caillot paraissait formé d'un tissu aréolaire assez semblable à celui des polypes dits muqueux.

Nous trouvons encore, dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez, l'observation d'un enfant qui, dans le cours d'une rougeole, fut pris d'accidents, du côté du cœur, assez analogues à ceux que nous venons de rapporter. La mort ne survint toutefois que neuf jours après le début de ces accidents. A l'autopsie on trouva un caillot fibrineux dans le ventricule gauche, caillot qui formait une sorte de diaphragme séparant la cavité du ventricule en deux parties, l'une communiquant avec l'oreillette et l'autre avec l'aorte.

Quant au mécanisme de la mort dans ces cas, il nous semble facile à expliquer. Il est évident, comme le fait remarquer Beau dans son mémoire sur l'asystolie, que la présence des concrétions sanguines dans les cavités sanguines constitue un obstacle considérable au passage du sang, et que les parois cardiaques dilatées par l'accumulation du sang deviennent bientôt impuissantes à se contracter pour vaincre l'obstacle apporté par la concrétion. Il y a longtemps que les troubles de l'organe central de la circulation dans des cas analogues ont été comparés à ces cas où la rétention d'urine succède à l'accumulation même de l'urine dans l'intérieur de la vessie. Quant aux signes propres à faire reconnaître la nature des accidents, les troubles fonctionnels pourront les faire soupçonner, mais nous croyons qu'il sera difficile, en raison même de la marche rapide de ces accidents, de reconnaître par la percussion et l'auscultation le siége de ces concrétions. D'ailleurs, en présence de la mort et de l'impuissance presque absolue de la thérapeutique, nous croyons que cette rigueur dans le diagnostic est d'une importance tout à fait secondaire en de semblables circonstances.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 18 mai 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce trasmet : 1° les comptes rendus de maladies épidémiques qui ont régné, pendant 1868, dans les départements de Saône-et-Loire, de la Lozère, des Côtes-du-Nord (comm. des épidémies) ; — 2° des rapports sur le service médical des eaux minérales de Capvern (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Cortier ; de la Bourboule (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Peronnel ; de Contrexévillle (Vosges), par M. le docteur Caillat ; d'Aix (Savoie), par M. le docteur Vidal.

L'Académie reçoit des lettres de MM. les docteurs Bernutz, Villemin et Woillez, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de pathologie interne.

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

1° Par M. Fauvel, au nom de M. le docteur Verjon, inspecteur des eaux de Plombières, un volume intitulé : *Maladies chroniques des voies digestives et de leurs annexes;*

2° Par M. Larrey, au nom de M. Giraldès, le *Recueil des leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants;*

3° Par M. Bergeron, de la part de M. le docteur Janné, un livre ayant pour titre : *Etude sur le croup après la trachéotomie ;*

4° Par M. Behier, au nom de M. René Blache, un volume intitulé : *Essai sur les maladies du cœur chez les enfants;*

5° Par M. Husson, une Notice sur l'installation des lieux d'aisance dans les hôpitaux de Paris.

COMMUNICATION

Infection purulente guérie. — M. Alph. Guérin. Messieurs, je viens entretenir l'Académie d'un cas de cette maladie, à laquelle j'ai donné le nom de typhus chirurgical, autrement dit d'un cas d'infection purulente, maladie qui, comme une sorte de peste, envahit nos salles de chirurgie. Jusqu'à présent on a eu le tort, à mon avis, de considérer l'infection purulente comme une maladie toujours et fatalement mortelle ; et quand par hasard il s'est présenté quelques cas de guérison, on les a niés, prétendant qu'on n'avait pas eu affaire à l'affection purulente.

Du moment, disait-on, que le malade a guéri, c'est qu'il n'était pas atteint d'infection purulente. Eh bien ! messieurs, j'ai eu le bonheur de voir guérir un cas dans mon service, dans lequel il est impossible de nier l'existence de l'infection purulente.

Le 11 septembre dernier, entra dans mes salles un homme qui avait eu un écrasement du pouce que je traitai par des applications d'eau-de-vie camphrée.

Le 4 octobre, ce malade est pris de frissons avec claquements de dents, affaissement, teinte terreuse ; les frissons ne durant pas moins d'une demi-heure ; il y avait en outre douleur très-intense à la région hépatique ; enfin, il ne manquait pas un seul symptôme ; puis bientôt survint un abcès métastatique du mollet.

Je prescrivis le sulfate de quinine à très-hautes doses (4 grammes) : ce malade est sorti guéri. Quelque temps après, il s'est pendu ; j'ai pu en faire l'autopsie, et je mets ici, sous vos yeux, son foie, qui présente une cicatrice ombiliquée parfaitement caractéristique. Pour moi, c'est là une guérison que l'on doit évidemment au sulfate de quinine.

M. Gosselin. Messieurs, je ne mets pas en doute l'existence et la guérison d'infection purulente chez le malade dont M. Guérin vient de nous résumer l'observation si intéressante. Ce n'est pas seulement le fait en lui même qui m'intéresse dans cette observation ; car, quoique très-rare, la guérison de l'infection purulente n'est pas sans exemple. Pour ma part, j'en ai deux cas bien présents à ma mémoire. Le premier fut un blessé de juin 1848, chez lequel je pratiquai l'amputation du bras. Après avoir présenté tous les caractères les plus tranchés de l'infection purulente, il a été parfaitement guéri. Le second est un malade que j'eus dans mon service à la Pitié, et chez lequel je pratiquai l'amputation du gros orteil ; celui-là a aussi parfaitement guéri. Le cas de M. Guérin n'est qu'un fait de guérison de plus. Mais ce qui me paraît le plus important, c'est de savoir si la guérison est bien due à l'administration du sulfate de quinine à hautes doses. Comme nous connaissons tous des guérisons qui ont eu lieu sans l'intervention du sulfate de quinine, on peut se demander, en présence de ce fait, si c'est bien au sulfate de quinine qu'il faut attribuer cette guérison. Je demande donc à M. Guérin s'il a d'autres faits tendant à prouver qu'on peut obtenir la guérison de l'infection purulente par l'application du sulfate de quinine à hautes doses.

M. Alph. Guérin. Oui, messieurs, j'ai plusieurs faits de guérison que j'attribue au sulfate de quinine à hautes doses ; mais en présentant cette observation, mon seul but a été d'apporter à l'Académie une preuve irrécusable que les malades guérissent, et, en outre, que la curabilité peut avoir lieu par des moyens médicaux.

M. Verneuil. Le fait dont vient de nous entretenir M. Guérin est en effet d'un intérêt capital, car on ne peut évidemment pas mettre en doute l'existence chez le malade de tous les caractères de la pyoémie. Cependant les cas de guérison de l'infection purulente ne sont pas sans exemples. Pour ma part, je n'ai pas eu le bonheur d'en guérir moi-même, mais j'en ai vu guérir. Ainsi, je me souviens parfaitement du cas dont vient de vous parler M. Gosselin, ce jeune homme de 1848 que j'ai saigné moi-même, alors que j'étais sous ses ordres. J'ajouterai même que cet homme a eu un ictère épouvantable. En un mot, c'est un cas sans lequel il est impossible de nier l'existence et la guérison de l'infection purulente. J'ai vu également un autre cas de guérison chez une personne de ma famille. Du reste, il y a des chirurgiens qui croient à la guérison de l'infection purulente. M. Sédillot, par exemple, regarde cette maladie comme pouvant parfaitement guérir ; c'est, dans tous les cas, une exception fort rare, et il faut pour cela certaines conditions. Ainsi, on peut guérir l'abcès métastatique, mais à cette condition que ces abcès se trouvent sous la peau ou dans un viscère d'où ils puissent sortir spontanément. Mais évidemment, un abcès métastatique, logé dans le rein, dans le cerveau, ne guérirait pas. Or, je me demande, en face de l'observation de M. Guérin, s'il y a bien eu là des abcès métastatiques du foie, ou bien si la cicatrice qu'il nous a montrée n'est pas simplement le résultat d'un de ces infarctus du foie que l'on rencontre fréquemment dans les autopsies à la suite de maladies diverses. Je crois qu'il serait possible, s'il y a eu effectivement un véritable abcès métastatique, d'en retrouver encore les vestiges. Je demanderai donc à M. Guérin de porter les recherches de ce côté, dans l'examen qu'il fera de cet organe.

M. Broca. Ayant demandé la parole en même temps que ces messieurs, il se trouve que plusieurs des observations que je voulais faire à M. Alph. Guérin lui ont été déjà faites ; mais cependant il reste un point à discuter, c'est le fait de la curabilité, et c'est surtout à ce point de vue que nous devons remercier M. Guérin de son observation décisive.

Je crois que personne aujourd'hui ne peut mettre en doute la curabilité de l'infection purulente. Pour ma part, j'ai, dans ma pratique, quatre cas d'infections purulentes guéries. Le premier est un malade en ville, un homme de lettres chez lequel j'ai eu à pratiquer une opération à l'anus. Il a été pris un matin de grands frissons avec suppuration pulmonaire ; puis survint bientôt un abcès très-profond dans le ventre, ne pouvant par conséquent être ouvert que lorsqu'il a été assez développé pour devenir accessible, et enfin tous les caractères de l'infection purulente. Ce malade a parfaitement guéri.

Le second cas fut observé chez un mécanicien, un superbe homme qui était venu à l'hôpital avec des varices aux jambes ; il avait eu une petite contusion à la partie interne de la jambe ; puis était survenue une petite ulcération. Sur le point de sortir, il me demanda de le débarrasser de ses varices. Je lui fis une injection de perchlorure de fer dans les veines. Il eut alors une phlébite, puis un abcès à la jambe, et enfin bientôt arrivèrent les frissons avec tout le cortége des caractères de l'infection purulente. Il a eu onze abcès, dont un dans l'articulation scapulo-humérale. Ce malade a flotté pendant plus de quinze jours entre la vie et la mort, puis il a guéri ; mais c'était là la forme externe de l'infection purulente, car il n'a pas eu d'abcès dans les organes intérieurs.

Le troisième malade que j'ai également vu guérir d'affection purulente est un Alsacien, homme jeune et robuste qui était venu se faire traiter pour un anthrax. Bientôt se montrèrent les débuts de l'infection purulente. Il a eu un très-grand nombre d'abcès se formant très-vite, un entre autres dans l'articulation du genou, lequel n'a guéri qu'au bout de quatre mois ; un autre à la cuisse. Bref, cet homme est mort des suites de ses abcès, mais non de l'infection purulente dont il avait été parfaitement guéri ; et enfin, le quatrième cas est encore dans mon service. C'est un homme qui a été mordu par un cheval qui lui a mutilé l'avant-bras ; il entra dans le service pendant que M. Desprès me remplaçait. Il avait eu vingt-trois frissons qui duraient quelquefois jusqu'à deux heures ; il avait trois et quatre de ces frissons par jour, à tel point que lorsque je repris mon service, M. Desprès me montra cet homme comme perdu. Nous le regardions tous comme tel. Cependant il se forma des abcès internes et externes ; les abcès internes ont été dans le poumon droit ; ils ont guéri ; mais restaient les externes, parmi lesquels il y en eut un de très-longue durée à la jambe qui attaqua l'os, et il se trouve là aujourd'hui un séquestre. J'attends, pour l'en débarrasser, qu'il y ait un peu moins d'érisypèles dans nos salles, qui en sont infestées dans ce moment-ci. Mais cet homme est aujourd'hui tout à fait hors d'affaires du coté de l'infection purulente ; et en admettant que cet homme vienne à mourir des suites de son opération, qui pourrait dire qu'il est mort de son infection purulente ? Voilà quatre cas de guérison bien évidente ; on ne peut donc mettre en doute que les malades peuvent guérir de l'infection purulente.

Reste la question du traitement. A ce sujet, je partage l'avis de M. Gosselin et fais comme lui des réserves. Moi aussi j'en ai donné du sulfate de quinine et à très-hautes doses, et j'ai vu mourir de même les malades. Jusqu'à présent, je ne crois pas qu'il y ait eu d'exemple de l'efficacité d'un médicament, et pour moi, je m'en tiens, jusqu'à nouvel ordre, à la médication et au régime fortifiants ; j'ordonne les toniques, du rhum, du vin, la potion de Todd, etc., etc. Cependant, je dois dire que le dernier malade dont je vous ai parlé a été traité pendant trois jours par M. Desprès, avant mon arrivée, par le sulfate de quinine. Pour moi, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de tonifier.

Qu'est-ce, en effet, que l'infection purulente ? C'est, permettez-moi l'expression, une sorte de lutte entre l'organisme et un agent sceptique : c'est, en effet, ce que prouvent les expériences faites sur les animaux par Trousseau, Dupuis, et aujourd'hui par M. Sédillot. Si on injecte une petite dose de pus dans le sang d'un animal, l'animal résiste ; si on lui en injecte de nouvelles doses, il succombe. Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de chercher à rendre l'organisme assez fort pour résister à cette lutte. Je crois donc que la guérison de l'infection purulente a lieu spontanément, mais je ne crois pas qu'il y ait un médicament qui puisse amener cette guérison. Je suis convaincu aussi qu'il y a plusieurs sortes d'infection purulente, et qu'il y a des cas dans lesquels les symptômes sont moins graves que dans d'autres, et où il y a chance de guérison. Je me résume donc, en disant que je crois à la curabilité de l'infection purulente, et j'irai même plus loin. Je crois qu'il y a des cas d'infection purulente où le malade n'a pas même été un seul instant en danger de mort.

M. Briquet croit à l'efficacité du sulfate de quinine dans l'infection purulente. Et, en effet, dit-il, il est bien évident que chaque frisson augmente la purulence. Si donc vous arrêtez les accès de la fièvre purulente, vous avez beaucoup de chances de guérison, et, pour ma part, je crois que le sulfate de quinine peut arrêter ces accès, et peut ainsi amener la guérison de l'infection purulente.

M. Hérard. Il ne m'appartient pas d'entrer dans la discussion toute chirurgicale qui est soulevée ; cependant, en ma qualité de médecin, je ne puis laisser passer sans observation une proposition que j'ai entendu émettre par M. A. Guérin. Notre collègue a dit qu'il se considérait d'autant plus fondé à croire, dans le cas qu'il nous a rapporté, à l'efficacité du sulfate de quinine, qu'il paraissait avoir été mieux toléré par le malade. Il aurait eu des doutes, au contraire, sur son action, dans cette circonstance, si le malade avait éprouvé des bourdonnements d'oreille, de la céphalalgie, en un mot, les signes d'un commencement d'intoxication par le sulfate de quinine. Mais, c'est tout le contraire que j'en conclurais pour ma part, et ce n'est que sur l'existence des effets physiologiques ordinaires du sulfate de quinine que je m'appuierais pour affirmer son action thérapeutique. Rien ne prouve, en effet, dans le cas de M. Guérin, que le sulfate de quinine ait été absorbé.

M. A. Guérin demande, vu l'heure avancée, à être autorisé à réserver pour la séance prochaine la réponse aux diverses observations qui viennent d'être faites.

PRÉSENTATION

Perforation traumatique du tympan, datant de deux mois, guérie par les irrigations d'eau tiède. — M. le docteur **Prat** présente à l'Académie une femme qu'il a guérie d'une perforation traumatique du tympan, datant de deux mois, par les irrigations d'eau tiède. Il donne lecture ensuite de la relation suivante :

Mme X..., âgée de 37 ans, jardinière à Neuilly, entendait parfaitement des deux côtés, lorsqu'au mois de mars dernier, dans la chaleur d'une discussion un peu vive, son mari appuya ses arguments d'un violent soufflet sur la joue gauche. Mme X... faillit en être renversée ; elle eut de grandes douleurs de tête, et quatre jours après l'incident il se manifesta, par le conduit auditif externe, un écoulement considérable, verdâtre et fétide, et elle devint sourde de ce côté, au point qu'elle n'entendit plus le son de la voix des personnes qui lui adressaient la parole.

Mon savant confrère le docteur Legrand, de Neuilly, conseilla à cette dame de venir à mon dispensaire. Ce fut un mois après l'accident, le 17 avril, qu'elle vint me consulter.

L'écoulement existait toujours avec la même abondance et la même fétidité ; il y avait engorgement des ganglions, céphalalgie intense, bourdonnement retentissant en bruit de choc, mais la mastication, l'éternuement et le bâillement étaient sans douleur. On entendait avec l'otoscope de Toynbee, en faisant moucher la malade, un petit bruit sifflant et gargouillant en même temps. La trompe était libre. Le diapason n'était pas entendu à un centimètre du conduit, mais le son était perçu si on appuyait le diapason sur la base frontale.

L'examen au spéculum de Hurton montre un tympan gris jaunâtre, dont les tissus sont gonflés, boursouflés, comme une membrane ayant longtemps séjourné dans l'eau. Il y a, au-dessus de l'autre, deux troncs dont les bords sont nettement arrondis, et du milieu desquels sort une gouttelette de liquide qui reflète fortement la lumière ; l'une d'elles a des battements isochrones. On ne voit pas le manche du marteau, ni le triangle lumineux.

J'ordonnai à Mme X... de cesser de travailler la tête penchée, de se tenir un mouchoir sur les oreilles et de faire un traitement antiphlogistique, moins les évacuations sanguines. Ce traitement consista en injections émollientes, badigeonnage de teinture vésicante, décuratifs sur le canal intestinal, pédiluves sinapisés.

Le 10 mai, il y avait peu d'amélioration ; même couleur, même fétidité, même abondance dans l'écoulement, lorsqu'elle se mouchait. La dame X... sentait qu'elle expulsait des bulles d'air par son conduit auditif, et on voyait toujours les perforations avec le spéculum. Je fis alors, à l'aide de l'auto-injecteur que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, une, deux irrigations considérables que je dirigeai moi-même sur le tympan, sans craindre d'augmenter la déchirure. La colonne d'eau avait eu une hauteur de 1m20, et je fis

passer par l'oreille toute l'eau contenue dans une fontaine en porcelaine.

De ce premier jour l'écoulement fut tari. Néanmoins, cette dame fit les jours suivants une irrigation de 8 à 10 litres d'eau tiède. Le 15 mai, c'est-à-dire cinq jours après, je revis la malade : l'écoulement n'avait pas reparu; l'ouïe était revenue. Je trouvai le tympan réparé, triangle lumineux cherchant à apparaître, surface un peu rugueuse et furfuracée.

La malade est soumise à l'examen et à l'interrogatoire des membres de l'Académie.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 mai 1869. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. le docteur Montaigne, qui sollicite le titre de membre correspondant, accompagnant l'envoi d'un travail sur la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques.

RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

M. BESNIER, au nom de la commission des maladies régnantes, donne lecture du rapport sur les maladies régnantes des mois de mars et avril derniers.

Voici l'énoncé des faits principaux qui sont exposés dans ce rapport :

Le fait anormal de l'abaissement de la température, pendant le mois de mars qui, de 7°6, est descendue à 3°6 ne se traduit, dans la mortalité générale des hôpitaux, que par une augmentation insignifiante. En effet, le chiffre de la mortalité du mois de mars ne dépasse pas notablement le chiffre habituel de ce mois, le plus élevé ordinairement de l'année, quelles que soient d'ailleurs les conditions de la saison. C'est ce que montre le tableau suivant :

Mortalité comparée dans les hôpitaux et hospices *civils* de Paris pendant les quatre premiers mois de l'année 1869.

	Janvier	Février	Mars	Avril
Nombre de décès dans les hôpitaux civils	937	909	1,036	1.027
Dans les hospices	339	238	280	216
Totaux	1,276	1,147	1,316	1,243

Voici, d'après leur ordre de fréquence, les maladies qui ont eu la plus grande part dans cette mortalité :

Affections des voies respiratoires. — Les affections des voies respiratoires ont subi, pendant le mois de mars, une exacerbation qui s'est prolongée pendant une partie du mois d'avril. On a pu constater, en raison de son caractère accentué, l'influence des variations de la température. On l'a constatée surtout dans les hôpitaux de l'enfance.

L'abaissement thermométrique du mois de mars a coïncidé avec une augmentation du nombre et de la gravité des affections des voies respiratoires primitives ou secondaires.

Les *bronchites* aiguës se sont montrées fréquentes dans quelques services des hôpitaux militaires.

Ces variations de température ont paru sans action sur le nombre et sur la gravité des *pneumonies* (85 décès en février, 84 en mars).

Comme dans les mois précédents, on a constaté l'absence de toute influence épidémique.

Les formes les plus variées ont été observées concurremment.

La grande majorité des pneumonies primitives, quelle qué soit d'ailleurs l'étendue, tendent naturellement vers la guérison; ce sont les pneumonies secondaires qui, dans les hôpitaux de l'enfance surtout, causent la plus grande mortalité.

Les *pleurésies* ont été très-fréquentes et souvent graves. Quelques unes se sont produites rapidement, en s'accompagnant d'épanchements considérables. Aussi a-t-on dû recourir souvent à la thoracentèse. Plusieurs médecins se sont beaucoup loués de ses bons résultats, même dans les cas d'épanchements aigus.

Il y a eu, dans le mois de mars, 104 cas de pleurésies, dont 14 décès, et dans le mois d'avril, 131 cas, dont 9 décès.

Phthisie pulmonaire. — La phthisie pulmonaire, indépendamment de sa fréquence, a revêtu, durant toute cette année, des caractères particuliers. Les formes torpides de la maladie ont été manifestement moins communes; sa marche a été constamment plus ou moins rapide.

La plupart des phthisiques ont été atteints de pleuro-pneumonie tuberculeuse.

Affections pseudo-membraneuses. — L'épidémie de croup reste stationnaire, et ne paraît en aucune façon avoir bénéficié des conditions exceptionnelles de la température observées pendant cet hiver. La mortalité est toujours excessive, et la trachéotomie n'a sauvé qu'un très-petit nombre d'enfants (22 décès sur 27 malades en mars ; en avril, 30 décès sur 34).

Affections rhumatismales. — Le rhumatisme articulaire et le rhumatisme viscéral ont acquis dans ces derniers mois une fréquence et une gravité inconnues dans les mois et les années qui ont précédé.

Pour le mois de mars, on compte 231 rhumatisants, dont 9 décès, et pour le mois d'avril, 232 malades et 4 décès. La population militaire a été largement frappée. Les formes les plus diverses ont été observées concurremment, ainsi que les complications viscérales les plus multipliées.

Varioles. — L'épidémie de varioles subsiste à peu près au même degré, donnant, pour le mois de mars, 24 décès sur 151 malades ; et pour avril, 22 décès sur 135 malades. Les récidives de varioles n'ont pas été rares; mais on n'a guère signalé d'exemples de rechutes. Il a été observé, dans ces derniers mois, un assez grand nombre de varioles discrètes, même chez des individus non vaccinés.

La *scarlatine* continue à être observée dans une proportion plus grande que pendant les années précédentes ; elle conserve d'ailleurs une bénignité relativement très-grande. Ainsi, à l'hôpital Sainte-Eugénie, 12 cas de scarlatine se sont tous terminés par la guérison. Quelques cas ont été observés aussi dans les hôpitaux d'adultes.

Au Val-de-Grâce, la scarlatine semble devoir remplacer la variole.

Oreillons. — A côté des fièvres éruptives, les oreillons ont été observés en assez grand nombre depuis deux mois. Il en a régné une petite épidémie à la maison de Sainte-Barbe.

Fièvre typhoïde. — La fièvre typhoïde, qui décroissait encore en mars, au point de n'avoir plus donné que 12 décès, chiffre relativement très-minime, subit une nouvelle recrudescence constatée à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié et surtout dans les hôpitaux d'enfants. Les caractères de la maladie sont les mêmes que précédemment, si ce n'est que les complications pulmonaires paraissent devenir plus fréquentes, alors qu'elles étaient très-rares pendant la plus mauvaise saison. Le chiffre des décès s'est élevé à 12 en mars, à 35 en avril.

Affections des voies digestives. — La grande fréquence des pharyngites catarrhales ou des pharyngites phlegmoneuses, des angines exsudatives généralement bénignes, signalée pour les mois précédents, s'est accrue encore pendant ces deux derniers mois.

Les diacrises gastro-intestinales, signalées également en grand nombre dans les deux premiers mois de l'année, ont continué à se montrer dans ces deux derniers mois. Ces affections ont acquis surtout un grand développement dans les hôpitaux militaires.

Affections puerpérales. — La fièvre puerpérale règne épidémiquement depuis le commencement de l'année. A l'hôpital Necker, en janvier et février; à l'Hôtel-Dieu, depuis le mois de mars seulement, de même à Saint-Antoine; enfin à Lariboissière pendant toute l'année; à l'hôpital de la Charité, resté indemne en janvier et février, on a observé en mars de nombreuses métrites, et la fièvre puerpérale a éclaté en avril.

DISCUSSION

M. EMPIS. A propos de la fièvre puerpérale, je demanderai à faire observer qu'il n'y en a pas eu un seul cas à l'hôpital de la Pitié.

M. ISAMBERT. Il n'y a pas eu, en effet, de fièvre puerpérale à la Pitié, si ce n'est trois cas observés dans le service de M. Peter (1); mais le service de M. Peter est un service de maladies aiguës; le service d'accouchement a été absolument indemne de ce côté là.

M. BESNIER demande si l'on doit signaler l'hôpital de la Pitié comme ayant eu ou n'ayant pas eu de fièvres puerpérales.

M. EMPIS. Je crois qu'il serait important de signaler comment il y en a eu trois cas; de dire quelles étaient ces femmes, d'où elles venaient et comment elles se sont trouvées dans le service de M. Peter, qui, comme on vient de vous le dire, est un service de maladies aiguës. Quant au service des accouchements, il n'y en a pas eu un seul cas. Voilà surtout ce qu'il serait important de signaler. Mais je crois qu'il serait non moins important de signaler les trois décès de fièvre puerpérale qui ont eu lieu dans un service autre que celui des femmes en couches, car il faut que, dans la statistique, il soit indiqué comment ces trois décès ont eu lieu.

M. ISAMBERT. Sans vouloir expliquer comment il se fait que le service des femmes en couche de la Pitié ait été complétement indemne de fièvre puerpérale, je demanderai seulement à faire cette observation : la salle de service est extrêmement petite et étroite ; c'est un véritable couloir; mais les fenêtres y sont constamment ouvertes, la nuit comme le jour.

M. BLACHEZ. J'ai été appelé à remplacer M. Tardieu dans son service à l'Hôtel-Dieu ; c'est justement celui des femmes en couches; je n'ai pas eu un seul cas de fièvre puerpérale et pas un seul cas de mort par suite d'accidents puerpéraux.

M. HÉRARD. Dans le grand service qui m'est confié, les choses ne se sont malheureusement pas passées ainsi, car il y a une véritable épidémie de fièvres puerpérales depuis le mois de mars.

M. GUÉRARD. Ces épidémies ont présenté de tout temps les mêmes irrégularités. Je me rappelle, lorsque j'étais médecin du bureau central, avoir été chargé d'un service à la Maternité. Lorsque je pris ce service, c'était au mois de mars, l'épidémie avait complétement cessé, et il y eut une triste recrudescence au mois d'avril.

M. CHAUFFARD. La Maternité ayant été fermée, j'ai reçu à Cochin deux femmes atteintes de fièvres puerpérales. Ces deux cas ont été mortels, et pourtant ces deux femmes avaient été accouchées en ville, chez des sages-femmes chez lesquelles elles se trouvaient dans de très-bonnes conditions et loin de tout foyer d'infection.

M. EMPIS. Je crois qu'il serait intéressant de s'informer quelle était l'origine des deux cas de M. Chauffard; de savoir dans quelles conditions se trouvaient exactement ces femmes avant d'entrer dans son service. Il serait bon, je crois, de chercher, au point de vue de l'étiologie, si ces femmes n'avaient pas séjourné, ne serait-ce que fort peu de temps, à la Maternité.

M. BUCQUOY. Notre collègue M. Lorain fait à ce sujet une enquête très-sérieuse, et je crois qu'il vaudrait mieux, avant de pousser plus loin la discussion, attendre le résultat de cette enquête.

Cet avis est adopté par la Société.

M. BERGERON, (qui a plusieurs fois demandé la parole pendant le cours de cette petite discussion.) Messieurs, si j'ai demandé la parole, et si j'insiste pour la prendre, c'est sur un tout autre sujet que celui qui vous a occupés jusqu'ici, mais c'est toujours à l'occasion du rapport de M. Besnier, c'est au sujet de la trachéotomie. M. Besnier pose, dans son rapport à ce sujet, une question à laquelle je tiens essentiellement à répondre. M. Besnier, après avoir signalé l'effrayante mortalité du croup pendant les deux mois de mars et avril, s'est demandé, en face d'une pareille mortalité, si sans trachéotomie la statistique serait plus mauvaise. Eh bien! je réponds ceci : Elle serait aggravée de tous les cas qui ont été sauvés. La trachéotomie est une opération dont on ne peut plus mettre en doute aujourd'hui l'utilité.

M. H. ROGER. Je ne puis qu'appuyer l'observation de M. Bergeron, et j'ajouterai qu'il ne faut pas, dans ce cas, se baser sur les statistiques seules de l'hiver, l'influence de cette saison étant incontestablement défavorable au succès de l'opération.

COMMUNICATION

Variole. — M. ISAMBERT, entretient la Société d'un cas de variole fort curieux chez une femme enceinte. C'est l'observation d'une forme *rash* prise d'abord pour une forme bénigne. Cette femme fait, deux jours après les premiers symptômes, une fausse couche, et meurt peu de temps après. Elle avait été vaccinée deux fois.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 20 mars dernier.

M. BUCQUOY. M. Lorain m'a montré, dans son service à Saint-Antoine, deux cas absolument semblables à celui dont vient de parler M. Isambert ; mais il était impossible de savoir au juste s'il s'agissait d'une variole ou d'une scarlatine hémorrhagique. On ne put rien conclure à ce sujet.

M. CHAUFFARD. Je demande à faire une simple observation sur l'emploi de ce mot *rash*, que je ne puis accepter. M. Isambert a eu à faire tout simplement à la maladie parfaitement décrite sous le nom de variole hémorrhagique. Je ne vois aucune nécessité à nous présenter les choses sous des mots nouveaux, étrangers à la science — nous venant d'outre-Manche. — Appelez donc cela tout simplement une variole hémorrhagique maligne.

M. ISAMBERT. Je ferai d'abord remarquer à M. Chauffard que je ne suis pas l'auteur du mot *rash*; il est, quoi qu'il en dise, parfaitement consacré; on l'applique à une forme de variole à éruption tardive et qui offre cela de particulier qu'elle est ordinairement précédée d'un exanthème rouge pointillé, siégeant plus abondamment autour du bassin.

M. BOURDON. J'ai été appelé à donner des soins à une jeune femme atteinte de variole, ou du moins présentant tous les symptômes de la variole sans variole; je la vaccinai et j'obtins une parfaite guérison. Je crois que si la malade de M. Isambert avait été ainsi vaccinée, il pouvait y avoir quelque chance de guérison.

M. DUMONTPALLIER. M. Bucquoy nous disait tout à l'heure qu'il avait été impossible de distinguer s'il s'agissait, dans les deux cas observés par M. Lorain et lui, de variole ou de scarlatine; mais la distinction est parfaitement possible, si l'on observe la maladie pendant la période d'invasion; car c'est dans cette période seule que l'on peut porter un diagnostic. Je demande donc à M. Bucquoy quels sont les phénomènes observés chez ces deux malades pendant la période d'invasion. C'est un détail des plus importants.

M. BUCQUOY répond que les malades dont il s'agit étant dans le service de M. Lorain, il n'a pu les observer d'assez près pour répondre à M. Dumontpallier.

M. CHAUFFARD. Je reviens à l'observation de M. Isambert. Je ne puis en aucune façon accepter le mot *rash*, malgré les observations qu'il m'a présentées. Car ce sont bien là les caractères essentiels de la variole hémorrhagique maligne : éruption précipitée s'accompagnant de phénomènes généraux graves; et je ne voudrais en aucune façon voir s'impatroniser ainsi dans la science des mots nouveaux et étrangers.

M. ISAMBERT. M. Chauffard n'a sans doute pas bien entendu ce que j'ai dit, car il oppose des conditions absolument contraires à celles dans lesquelles se trouvait la malade dont il s'agit. M. Chauffard parle d'éruption précipitée et j'ai dit, au contraire, qu'il y avait eu chez elle éruption retardée, pustulation ne commençant que le septième jour, fausse couche le huitième, et mort le neuvième. Ce sont bien là toutes les conditions d'une variole retardataire.

PRÉSENTATION

M. HILLAIRET présente à la Société des pièces préparées représentant plusieurs particularités d'une affection cutanée qu'il a eu occasion d'observer dans son service de l'hôpital Saint-Louis.

Vu l'heure avancée, M. Hillairet se borne à donner quelques explications et annonce qu'il lira l'observation dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CORRESPONDANCE

Paris, le 18 mai 1869.

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux :

Monsieur et très-cher confrère,

Dans son rapport sur les expériences de MM. Onimus et Legros, relatives à l'emploi de l'électricité pour rappeler à la vie les animaux en état de mort apparente, par inhalations chloroformiques, rapport lu à la Société de chirurgie, et reproduit dans les numéros 53, 54 et 55 de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Liégeois a commis à mon égard un de ces dénis de justice qui ne font jamais honneur à un rapporteur.

M. Liégeois dit qu'il doit avant tout rendre justice à ceux qui ont constaté avant lui l'efficacité de l'électricité dans les mêmes circonstances, et il cite alors en première ligne Jobert (de Lamballe), en seconde ligne Robert, puis la Société médicale des hôpitaux. Plus loin, il a daigné me citer un peu, en disant : Cette expérience, que j'ai répétée trois fois, est confirmative de celle de M. Abeille, etc.

J'ai cherché une expression pour caractériser, chez un rapporteur qui connaît toutes les dates, qui a étudié, approfondi son sujet, une pareille façon d'agir quand il s'agit de science; en homme bien élevé, je ne puis que répéter le mot que M. Dumas fils a bien voulu faire passer dans le langage du monde : C'est roide.

Mais je suis de taille à défendre mon bien contre qui que ce soit, et à faire reprendre aux faits leur date précise.

M. Liégeois savait que c'est le 20 octobre 1851 que j'adressais, à l'Académie des sciences, un mémoire basé sur deux observations, et sur des expériences sur les animaux. Les conclusions furent insérées dans le Bulletin de l'Académie. Le mémoire sommeilla dans les mains du rapporteur. J'étais alors en province.

Il savait que c'est en 1853 que Jobert (de Lamballe), qui connaissait au moins les conclusions de ce mémoire, et j'ai de bonnes raisons de penser qu'il le savait par cœur, entreprit à son tour des expériences qu'il fit répandre à son de trompe, non-seulement dans les journaux scientifiques, mais encore dans les *Débats, le Siècle* et *la Patrie*, dans lesquels justice complète fut alors rendue à ma réclamation. Il connaît la date précise des expériences de Robert, entreprises et conduites avec moi, puis celles de la Société médicale d'émulation, etc. Je dois ajouter que c'est à mon instigation que MM. Legendre et Morin, qui connaissent nos travaux, et m'avaient

présenté un petit appareil électrique portatif, parfait pour cet usage, furent admis à le faire fonctionner dans nos expériences à Beaujon. Cet appareil entra ainsi dans la pratique et y demeura.

L'idée d'appliquer l'électricité pour combattre les accidents produits par la chloroformisation, les deux premiers faits cliniques, les premières expériences faites sur les animaux, tout cela m'appartient donc, et pour prouver si la science pendant dix-huit ans a fait autre chose que confirmer les faits par moi établis, je vais publier mon mémoire, qui a sommeillé paisiblement pendant dix-huit ans dans les cartons de l'Académie des sciences, et dont je viens de faire tirer une copie exacte.

M. Liégeois, qui a lu tout ce qui a trait à cette grande question, n'ignore pas non plus qu'en 1853, au moment où avait lieu la discussion à la Société de chirurgie, je prenais date dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° 119, pour de nouvelles données basées sur de nouvelles expériences, en écrivant : « De nouvelles expériences me mettent à même de prouver que l'électricité constitue une ressource tout aussi puissante dans la mort apparente par syncope, par asphyxie, par suite de la sidération de la foudre, et qu'elle est appelée à juger définitivement dans les décès si la mort est réelle. »

1853 est encore une date précise. Comment! M. Liégeois, en présence des expériences de MM. Onimus et Legros pour la syncopétente de perte de sang; en présence des siennes sur l'asphyxie par la strangulation, comment! dis-je, M. Liégeois ne s'est pas souvenu que dès 1853 ces faits, qui semblent si nouveaux aujourd'hui, avaient été nettement établis par moi!

Dans la séance du 17 mars de la Société de chirurgie, à la suite d'une observation de M. Broca pour faire ressortir l'importance des expériences de MM. Legros et Onimus, M. Liégeois a répondu : « Je regrette que la discussion qui vient d'avoir lieu m'oblige à dire que le mémoire, loin de mériter de si grands éloges, est à critiquer dans presque tous les points; je regrette surtout de dire que j'aurais voulu taire que les auteurs, loin d'avoir fait faire un progrès, ne sont pas au courant de la science, et cela, dans une proportion regrettable. » Des auteurs qui expérimentent et qui croient avoir trouvé les premiers un moyen, sont excusables en quelque sorte, parce qu'ils sont entraînés par leurs préoccupations; mais M. Liégeois, lui qui, en sa qualité de rapporteur, était tenu de savoir tout ce qui a été fait et écrit, est-il excusable en commettant volontairement le déni de justice qui me concerne? Dans quelques jours, lorsqu'aura paru la copie de mon mémoire déposé à l'Académie des sciences, il pourra se convaincre que, dès le début, j'avais résolu la question et que l'expérience de dix-huit années est venue simplement confirmer ces données.

Agréez, etc. ABEILLE.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

76. Nisseron (Louis). De l'urine. Nouveaux points de séméiologie. Moyens d'investigation les plus employés.
77. Girodolle (François). Des accidents des grosses hernies ombilicales.
78. Canonge (Frédéric). Considérations sur l'hygiène de l'infanterie à l'intérieur.
79. Blache (René). Essai sur les maladies du cœur chez les enfants.
80. Patoire (Louis). Étude sur le traitement chirurgical de l'occlusion intestinale interne.
81. Sanné (Albert). Étude sur le croup après la trachéotomie. Évolution normale. — Soins consécutifs. — Complications.
82. Cavaroc (F.). Essai sur la poche des eaux.
83. Maurice (Eugène). De l'ophthalmie purulente du nouveau-né.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'annoncer que M. G. Doutrebente, interne à l'asile de Charenton, vient de remporter le prix Esquirol (médaille d'or).

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 21 mai, à 3 heures et demie précises.

Ordre du jour. — 1° Suite de la discussion sur les maternités. — 2° Discussion sur la compression digitale directe et intermittente dans les cas de blessures artérielles. — 3° Discussion sur l'expulsion spontanée d'un hystérome.

— Nous venons de recevoir de MM. Legros et Onimus une réponse au rapport de M. Liégeois. Nous en commencerons prochainement l'insertion.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants, professées par M. J. GIRALDÈS, chirurgien de l'hôpital des Enfants, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, recueillies par MM. BOURNEVILLE et BOURGEOIS, internes des hôpitaux de Paris, revues par le professeur. 5e et dernier fascicule. Prix, 2 fr. 50.

Prix de l'ouvrage complet : 1 fort vol. in-8, de 862 pages et 65 figures intercalées dans le texte, cartonné en toile. 14 fr.

Essai sur les maladies du cœur chez les enfants, par le docteur René BLACHE, ancien interne des hôpitaux de Paris, et lauréat (médaille d'or) de la Faculté de médecine. (Prix Montyon, 1868). 1 vol. grand in-8. Prix, 3 fr. 50.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

N° 58. — SAMEDI 22 MAI 1869. 42e ANNÉE. SAMEDI 22 MAI 1869. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1852 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 21 mai 1869.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes. — Constitution médicale.

Dans le compte rendu de la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, que nous avons publié dans le dernier numéro, nous avons exposé rapidement, et en gros, les faits principaux qui ressortent du rapport de la commission des maladies régnantes pour les mois de mars et avril. Si nous y revenons aujourd'hui, c'est moins pour compléter, par quelques additions empruntées à cet utile document l'énoncé nécessairement très-insuffisant que nous avait permis de faire une simple audition, que pour chercher, dans l'ensemble même des faits, leur signification par rapport à l'influence des conditions atmosphériques que nous venons de subir, et les enseignements qui peuvent en ressortir pour la doctrine générale des maladies régnantes et des constitutions médicales.

Déjà le précédent rapport, pour les mois de janvier et février, nous avait donné l'occasion de faire remarquer que, malgré la température exceptionnellement douce de ces deux mois, on n'en avait pas moins observé les maladies habituelles à cette saison, avec la même prédominance et dans des proportions à peu près les mêmes que dans les deux mois correspondants des années précédentes; la mortalité générale des hôpitaux n'en avait pas moins sa progression croissante habituelle. A peine a-t-on pu signaler, comme étant en rapport avec l'un des caractères prédominants de la constitution atmosphérique de ces deux mois, l'humidité presque constante, la prédominance de l'état catarrhal, si commun d'ailleurs à cette époque de l'année, quelles que soient d'ailleurs les conditions atmosphériques, qu'à peine y a-t-il lieu d'en tenir compte.

Il n'était pas moins intéressant de voir quelle modification avait pu survenir dans la physionomie générale des maladies, sous l'influence des anomalies de température si remarquables qui se sont produites pendant le mois de mars.

On l'a déjà vu par le peu de mots que nous en avons dit dans le compte rendu, la modification rétrograde si considérable et si persistante de la température, qui a eu lieu en mars, ne s'est traduite, dans la mortalité générale des hôpitaux, que par une augment tion insignifiante. Cependant, si la mortalité n'en a pas été sensiblement modifiée, il est impossible de méconnaître l'influence qu'a exercée, à certains égards, cette anomalie saisonnière sur la fréquence ou la gravité relative de quelques affections. C'est ainsi que, de toutes parts, on a signalé, pendant le mois de mars, une exacerbation très-faible des affections des voies respiratoires en général, et plus particulièrement des bronchites aiguës, qui ont augmenté à la fois de nombre et de gravité. Cette augmentation a été constatée également dans les hôpitaux d'enfants, dans les hôpitaux militaires et dans les hôpitaux civils d'adultes. « M. Moissenet, dit le rapport, constatait, au moment des neiges tardives du mois de mars, que les phlegmasies bronchiques devenaient plus profondes et se compliquaient plus communément de pneumonies. Quant aux caractères des phlegmasies bronchiques, ils ont été observés pendant ces deux mois, plus que pendant les mois précédents, dégagés de l'influence catarrhale épidémique; la gravité en a été plus grande. »

Cet abaissement de température, qui a produit cette augmentation dans le nombre et la gravité des phlegmasies des bronches, a paru sans action sur le nombre et la gravité des pneumonies; mais les pleurésies, en revanche, ont été signalées dans beaucoup de services comme fréquentes et souvent graves.

A propos des pneumonies, le rapporteur, M. Besnier, a fait la même observation, très-juste, qu'il avait faite dans son précédent rapport au sujet des bronchites, sur la nécessité des distinctions dans les relevés statistiques, si on veut pouvoir en déduire quelque chose d'utile par rapport au pronostic, au traitement et à l'appréciation de ses résultats. Ainsi, pour ne pas sortir du sujet de la constitution médicale actuelle, il a fait remarquer que les formes les plus variées ont été observées concurremment, et que c'est dans les conditions individuelles, bien plus que dans les conditions générales liées à la constitution médicale, qu'il a fallu puiser les éléments du pronostic et du traitement. Puis, s'élevant à une considération plus générale : « sans méconnaître, bien entendu, dit-il, l'importance de la forme anatomique, du siége et de l'étendue de la phlegmasie pulmonaire, il faut reconnaître que la léthalité de la maladie est attachée surtout à l'âge avancé et aux états morbides accidentels ou permanents qui coexistent avec elle. La grande majorité des pneumonies primitives proprement dites, quelle que soit d'ailleurs leur étendue, tendent naturellement vers la guérison. Ce sont les pneumonies secondaires qui, dans les hôpitaux de l'enfance surtout, amènent une si excessive mortalité; c'est l'alcoolisme dans les hôpitaux d'adultes, etc. » D'où la nécessité d'établir, dans la statistique des hôpitaux, des catégories précises pour la pneumonie, comme pour toutes les affections qui occupent un rang élevé dans l'échelle de la mortalité.

Nous avons dit que les pleurésies avaient été fréquentes et parfois graves. Elles ont donné une fois de plus l'occasion de constater l'efficacité et l'innocuité de la thoracentèse, dont MM. Moutard-Martin et Frémy, notamment, ont eu beaucoup à se louer. Sur 21 cas de pleurésies que M. Moutard-Martin a eu dans son service de l'hôpital Beaujon, pour les seuls mois de mars et avril, il a pratiqué 10 fois la thoracentèse; 7 fois l'épanchement ne s'est pas reproduit; dans 3 cas, il s'est reproduit pour peu de temps. Dans la plupart des cas de pleurésies modérées qui n'ont pas donné lieu à la ponction, la guérison a été très-lente et ces malades sont restés à l'hôpital plusieurs semaines de plus que ceux qui ont été ponctionnés.

M. Frémy, à l'Hôtel-Dieu, a pratiqué la thoracentèse sur 4 malades. L'opération a été supportée par les malades sans fatigue, sans la moindre excitation dans le pouls et la température, ni le jour même, ni les jours suivants. La guérison a été presque immédiate dans 2 cas, troublée seulement dans un autre par une bronchite intermittente intense, et les malades, en quittant l'hôpital, ne présentaient point de trace de ces fausses membranes, qui peuvent compromettre plus tard la vie des malades. Il y a là de nouveaux motifs d'encouragement pour les praticiens à recourir à la thoracentèse (1).

Parmi les maladies qui ont paru traduire l'influence des froids tardifs du mois de mars, il faut signaler aussi les rhumatismes. Les affections rhumatismales, articulaires et viscérales, dit le rapport, ont acquis dans ces derniers mois (mars et avril) une fréquence et une gravité inconnues dans les mois et les années qui ont précédé.

Les autres affections dont on a signalé la prédominance persistante, telles que la variole, la scarlatine, les affections puerpérales, entrent comme autant de traits caractéristiques dans le tableau général de la constitution médicale actuelle ; mais elles restent étrangères à l'influence de la constitution atmosphérique.

Pour nous résumer en deux mots, tandis que, d'une part, la température exceptionnellement douce et clémente des deux premiers mois de l'année n'a en rien modifié d'une manière sensible la fréquence, la physionomie et la marche habituelle des maladies saisonnières propres à cette période de l'année, — ce qui semble prouver, par parenthèse, que la température n'est ni le seul, ni le principal élément producteur de ces maladies, et qu'elles résultent d'un ensemble complexe d'éléments qui échappent jusqu'ici à l'analyse; — d'un autre côté, l'intempérie tardive et en quelque sorte rétrograde du mois de mars semble avoir eu une influence manifeste sur l'accroissement de deux ordres de maladies qui semblent le plus habituellement être sous une dépendance plus immédiate du froid, savoir les bronchites aiguës et les rhumatismes.

C'est le seul fait que nous tenions à faire ressortir pour le moment de ce dernier rapport.

De la liqueur de Villate.

Tout le monde sait que la liqueur de Villate, longtemps employée exclusivement dans la médecine vétérinaire, a été introduite dans la pratique de la médecine humaine par M. le docteur Notta, de Lisieux, qui a fait connaître, dans le temps, ses bons effets, et qui en a fait, tout récemment encore, l'objet d'une nouvelle publication. Cependant, malgré ses louables efforts pour vulgariser l'emploi de cet agent thérapeutique, il n'est point entré encore dans la pratique courante, et il est à peu près inconnu de la plupart des médecins. Comme il importe que l'opinion puisse être fixée définitivement sur la valeur réelle de ce médicament, et qu'elle ne peut l'être que par des observations nouvelles et multipliées, il nous a paru utile de mettre ici, sous les yeux de nos lecteurs, en manière d'appel, la note suivante, que M. le docteur E. Coffin a bien voulu nous communiquer sur ce sujet.

C'est en janvier 1829 (*Recueil de médecine vétérinaire*), que Villate publia les premiers succès obtenus au moyen d'une liqueur de sa composition, dans le traitement des plaies fistuleuses du garot des chevaux, ou carie des os et des ligaments. En 1831, Moiroud donna la formule de cette liqueur dans son *Traité de matière médicale et de pharmacologie vétérinaire*. Ce mélange fut oublié jusqu'en 1842 ; mais, à partir de cette année, il fut fréquemment employé et avec grand succès dans une foule d'affections chroniques chez diverses espèces animales.

En 1863, M. le docteur Notta, de Lisieux, fit connaître le résultat de ses tentatives d'introduction de la liqueur de Villate dans la pratique chirurgicale.

Depuis 1863 ce médicament fut employé par un certain nombre de chirurgiens ; de nombreuses observations furent publiées dans divers journaux. Deux nouveaux Mémoires de M. Notta furent couronnés par l'Académie de médecine en 1866 ; ce même chirurgien résuma ses recherches et ses travaux dans un Traité didactique complet et très-important, en janvier 1869.

Enfin le docteur C. Heine (de Heidelberg) publia en 1867, dans les *Archives d'anatomie pathologique* de Virchow, et, en 1868 et 1869, dans la *Gazette hebdomadrire*, des observations d'un grand intérêt sur le même sujet.

Le mélange de Villate fut essayé dans une foule d'affections chroniques, les urétrites anciennes, les fistules lacrymales, certaines formes d'ophthalmies, le mal perforant du pied, les fistules à l'anus, les fistules consécutives à des kystes, à des abcès chauds ou froids. Ces essais eurent des fortunes diverses ; mais d'utiles et très-heureux résultats furent obtenus à la suite de son application au traitement des abcès froids et des fistules dépendant d'une carie des os. Là où la teinture d'iode avait échoué, la liqueur de Villate a donné des succès inespérés.

La douleur exceptionnelle que ce médicament peut causer, de récents malheurs survenus à la suite de son emploi dans le traitement des affections osseuses elles-mêmes, obligent le praticien à surveiller avec soin et sa préparation et son application. Voici la préparation telle que Moiroud la publia en 1831 :

Sous-acétate de plomb liquide...		30	grammes.
Sulfate de cuivre cristallisé.....	àà	15	—
Sulfate de zinc................			
Vinaigre de vin blanc.........		200	—

Faites dissoudre les sels dans le vinaigre et ajoutez peu à peu le sous-acétate de plomb.

Si, au lieu d'employer le vinaigre de vin, on fait usage de l'acide pyroligneux, l'application du médicament devient beaucoup plus douloureuse. Il est facile, à première vue, de distinguer ces deux liqueurs. Celle pour laquelle on a employé le vinaigre de bois, une fois reposée, a une coloration bleue ; celle qui est préparée avec le vinaigre de vin est verte, avec un léger reflet bleuâtre. La liqueur verte étant beaucoup plus douloureuse que la liqueur bleue et ne nous paraissant pas avoir plus d'activité curative, doit être rejetée de la thérapeutique.

M. le docteur Heine, à la suite d'une malheureuse application de la liqueur ordinaire, a proposé de substituer l'eau au vinaigre. C'est alors un nouveau médicament qu'il propose, et nous trouvons, dans le dernier travail de M. Notta, une expérience tendant à prouver que ce nouveau liquide est loin d'avoir l'énergie de la véritable liqueur de Villate.

Tel qu'il est employé dans la médecine vétérinaire, ce médicament est doué d'une très-grande énergie, et doit être employé avec une extrême prudence ; car il existe déjà deux faits suivis de mort à la suite de son emploi chez l'homme. Ces deux faits ont été publiés par M. le docteur Heine : un seul lui est personnel ; l'autre lui a été communiqué par M. le professeur Hergott, de Strasbourg. Dans ces deux cas, la mort paraît être survenue à la suite d'une pénétration directe des sels de cuivre dans le système veineux.

Il est utile de réserver la liqueur de Villate pour le traitement des fistules très-anciennes provenant, soit d'une fonte gan-

(1) Nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute la statistique donnée récemment par M. le professeur Dupré, de Montpellier : 76 opérations, 47 opérés dans la deuxième semaine de l'épanchement, 46 guérisons, 1 mort ; 19 opérés dans le premier mois, 15 guérisons, 4 morts ; 8 opérés dans le deuxième mois, 5 guérisons, 3 morts ; 2 opérés, l'un dans le cinquième, l'autre dans le dix-septième mois, 2 guérisons. Nous trouvons dans une Revue de thérapeutique, faite par M. le professeur Fonssagrives dans la *Gazette hebdomadaire*, la statistique suivante du docteur Brady, citée par Walshe dans un ouvrage anglais (*Traité clinique des maladies de la poitrine*). Ce praticien a constaté 1 décès sur 11 à la suite de ponctions pratiquées pour des épanchements ayant moins de deux mois de date ; 1 sur 3,2 pour ceux ayant près de quatre mois, et 1 sur 3 pour ceux remontant à neuf mois environ.

glionnaire, soit d'un kyste, soit d'un abcès ossifluent, et à celui du mal perforant du pied; encore faudra-t-il que ces trajets fistuleux anciens, déjà traités sans succès par les injections iodées, ne saignent pas facilement, et qu'il ne soit pas possible de soupçonner la présence d'un orifice veineux béant.

Un cas ainsi précisé étant donné, il faudra s'assurer : 1° que l'injection arrive bien aux parties les plus profondes; 2° qu'elle ne séjourne pas dans les clapiers. Pour obtenir ces deux résultats, on devra préalablement dilater et rectifier les trajets très-étroits et sinueux au moyen de cordes à boyau, d'éponges préparées, faire des contre-ouvertures sur les points où le médicament peut stagner, y placer des drains. Puis encore, il sera toujours préférable, lorsque cela sera possible, d'introduire une canule étroite et longue jusqu'au fond de la fistule, et de pousser directement l'injection par cette longue canule.

Si, malgré ces précautions, il reste de vastes surfaces à mouiller avec le liquide de l'injection, si le malade est seulement impressionnable, il sera toujours prudent de commencer en étendant la solution de partie égale d'eau, et de ne revenir que peu à peu à la liqueur pure. Dans tous les cas, il faudra faire sortir l'excédent liquide qui n'aura pas servi à imprégner les parties malades.

Ainsi que M. le docteur Notta l'enseigne dans son mémoire, on fait 8 injections successives, espacées chacune de 24 heures. On attend huit jours, puis on fait une nouvelle série de 8 injections, et ainsi de suite, en y mettant une grande persévérance; car ce n'est souvent qu'après plusieurs mois de soins qu'on arrive au résultat. Si deux cas funestes doivent éveiller notre attention, et nous obligent à une grande prudence, il serait malheureux qu'ils fissent rejeter de la pratique un moyen capable de guérir un certain nombre de malades, jusqu'ici regardés comme incurables.

DES ARTHROPATHIES

consécutives à l'ataxie locomotrice progressive

Par M. Benjamin Ball

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris (1)

(SUITE)

Avant de terminer ce travail par le résumé des principales données qui découlent des observations que nous avons rassemblées, nous croyons devoir rapporter succinctement l'histoire de quelques cas nouveaux de ce genre, qui ont été signalés à notre attention.

Déjà le nombre des faits sur lesquels notre description générale sera fondée, s'élève à seize : preuve bien évidente, que l'arthropathie des ataxiques est loin d'être un phénomène insolite, comme on aurait pu le croire au premier abord. Des recherches ultérieures viendront probablement grossir la liste des faits déjà connus.

Obs. XII. — *Ataxie locomotrice datant de cinq ans; arthropathie du genou gauche.*

M. G..., âgé de 50 ans, est atteint depuis cinq ans d'une ataxie locomotrice progressive, caractérisée surtout par des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et supérieurs. Les troubles de locomotion, qui existent aujourd'hui d'une façon très-prononcée, se sont surtout développés depuis le mois de septembre dernier. A cette époque, il s'est manifesté une aggravation très-rapide des principaux symptômes de la maladie.

C'est aussi vers le commencement de septembre qu'une tuméfaction considérable, mais complétement indolente, s'est manifestée au genou gauche. La cuisse et la jambe ont participé à l'enflure. Aucune violence extérieure n'était intervenue.

Le genou droit a participé dans une certaine mesure à l'affection développée du côté opposé.

M. le professeur Verneuil a constaté chez ce malade une hydarthrose évidente des deux genoux. — Appelé auprès de lui, cinq mois plus tard (le 20 janvier 1869), nous avons constaté l'état suivant :

Il existe encore un peu de tuméfaction générale du membre inférieur gauche. L'hydarthrose est encore sensible, mais elle a beaucoup diminué depuis quelques semaines. Il existe un peu d'empâtement du genou droit.

Le malade ayant mesuré la circonférence des deux genoux à la fin du mois dernier, nous pouvons comparer les dimentions actuelles avec celles qui existaient alors. Voici les résultats obtenus :

	Décembre.	Janvier.
Circonférence du genou droit.....	39 cent.	37 cent.
— — gauche...	47 —	40 —
Diamètre de la rotule droite..............		6 —
— — gauche..............		7 —

On voit par là qu'il y a depuis peu de temps une diminution notable de volume dans les articulations malades; on voit que ces deux côtés étaient affectés à la fois, mais à des degrés bien différents; on voit enfin que la rotule du côté droit était plus volumineuse que celle du côté opposé, et avait participé, par conséquent, à l'augmentation de volume du genou tout entier. Au reste, les os ont manifestement pris part à l'hypertrophie, car le fémur gauche présente une hyperostose voisine de l'extrémité inférieure du fémur, fort analogue à celle que nous avons signalée dans l'observation II. L'extrémité supérieure du tibia est également hypertrophiée.

Le malade éprouve en marchant des craquements très-prononcés, surtout à gauche; il est également très-facile de les provoquer en imprimant des mouvements de flexion et d'extension à la jointure affectée.

Il n'existe aucune mobilité latérale, aucune déviation de la jambe.

Le malade nous apprend que l'hydarthrose n'a été précédée d'aucun coup, d'aucune chute, et n'a jamais donné lieu à la moindre douleur. Il n'y a jamais eu de fièvre; mais comme plusieurs ataxiques, le malade présente une accélération notable du pouls (108 puls.), sans qu'il existe aucune élévation de température.

Obs. XIII. — *Ataxie locomotrice progressive; arthropathie du genou gauche* (1).

Le nommé M... (Sylvain) est entré le 2 janvier 1869 dans le service de M. Sée, à Bicêtre, salle Saint-Prosper, n° 15.

Cet homme est ataxique depuis trois ans et demi.

Il y a trois ans, au mois de juin, il fut pris, dit-il, d'une *enflaison* volumineuse au genou gauche, sans rougeurs et sans accidents réactionnels. Cette arthropathie fut suivie d'une impossibilité de marcher.

Aujourd'hui, le malade éprouve des craquements dans le genou gauche.

A l'inspection extérieure on ne constate aucune différence, aujourd'hui, entre les deux genoux. L'articulation, autrefois malade, ne paraît pas plus volumineuse que celle du côté opposé.

Obs. XIV. — *Ataxie locomotrice; artropathie de l'épaule droite; atrophie rapide de l'extrémité supérieure de l'humérus* (2).

M... (Marie), âgée de 46 ans, est entrée le 4 juillet 1865 à la Salpêtrière, salle Sainte-Cécile, n° 6, dans le service de M. Charcot.

Cette femme paraît avoir éprouvé les premiers accidents de l'ataxie locomotrice, sept ans avant son admission. Sans vouloir tracer ici l'histoire de la maladie, nous dirons que les membres inférieurs présentent des troubles de mobilité fort accusés, et que les membres sont frappés aussi, mais à un degré moins avancé. Elle est sujette à des crises gastriques excessivement douloureuses, qui reviennent de temps en temps.

Le 15 novembre 1868, la malade s'est aperçue pour la première fois qu'elle avait le coude enflé, du côté droit, ainsi que la partie supérieure de l'avant-bras. Toutefois, elle reconnaît que depuis huit jours elle avait des craquements dans l'épaule.

Les dimensions des deux membres supérieurs, comparés entre eux, sont les suivantes :

	Droit.	Gauche.
Circonférence du bras, au niveau du creux axillaire....	30 cent.	22 cent.
Circonférence du bras, immédiatement au-dessus du pli du coude..................	24 —	20 —
Circonférence de l'avant-bras, au tiers supérieur.........	21 1/2 —	18 —

La circonférence des deux poignets est la même.

Ainsi que le démontrent ces chiffres, il existe un gonflement du tiers supérieur de l'avant-bras droit, avec un gonflement plus marqué du bras dans toute sa hauteur, mais principalement au niveau de l'épaule.

Le creux axillaire est en partie comblé. L'épaule est arrondie, les régions sus et sous-épineuses sont gonflées, ainsi que le bord antérieur de l'aisselle.

La peau est d'une blancheur mate, et ne présente pas de dilatations veineuses. La pression du doigt ne laisse aucune trace sur les parties tuméfiées, qui sont parfaitement exemptes de douleurs : ni la pression, ni les mouvements n'y réveillent aucune sensation pénible; seulement le bras semble lourd à la malade.

Le pouls est à 100; il est petit et régulier. Il n'y a pas de chaleur appréciable à la main. La température de l'aisselle (prise le soir), est de 37° 2/5; à celle du rectum est de 37° 4/5.

Le 16 novembre, l'œdème, qui ne se manifeste pas sous une pression légère, devient évident lorsqu'on presse fortement; il est alors facile de constater la dépression produite.

Le 17 novembre, on constate des craquements dans l'épaule et le coude droit. Rien de semblable à gauche.

Le 20 novembre, la moitié inférieure de l'avant-bras droit présente un gonflement manifeste. Le poignet droit présente une circonférence de 16 centimètres; le poignet gauche en a 14; quelques jours auparavant, ils offraient tous deux les mêmes dimensions.

Jusqu'au début de l'artropathie, il n'existait guère d'incoordination des mouvements du côté droit. Le bras gauche, au contraire, était affecté d'une ataxie très-manifeste. Aujourd'hui, le bras droit présente à son tour une incoordination très-prononcée des mouvements.

Le 27 novembre, le gonflement du poignet et de l'avant-bras droit a presque complétement disparu, ainsi que le prouve la mensuration directe. Mais il existe une tension de plus en plus manifeste autour de l'épaule droite, surtout au-dessous du deltoïde; à ce niveau, on perçoit de la fluctuation. Les craquements persistent et se font sentir, pour ainsi dire, à chaque mouvement.

Le 30 novembre, le gonflement du bras a presque complétement disparu; mais il existe une tension considérable de la synoviale de l'articulation scapulo-humérale, qui forme deux saillies, l'une en avant, vers le bord antérieur du deltoïde, l'autre en arrière. La fluctuation se perçoit très-nettement.

Lorsqu'on imprime des mouvements au bras, on s'aperçoit que la tête humérale se luxe en avant ou en arrière, suivant les mouvements qu'on lui imprime. Elle revient très-facilement à sa place, en produisant des craquements très-bruyants.

La figure ci-jointe représente fort exactement l'aspect de la jointure malade à cette époque.



Le 1er mai 1869, nous avons revu cette malade dans le service de M. Charcot. Tout gonflement, soit du bras, soit de l'épaule, a complétement disparu; mais il existe une luxation permanente de l'humérus en arrière : elle se réduit avec la plus grande facilité, mais reparaît aussitôt qu'on retire la main. On sent au-dessous des téguments l'extrémité supérieure de l'os, irrégulière et partiellement détruite.

(*A suivre.*)

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 31 octobre et 12 novembre 1868.

(1) Observation communiquée par M. Raoul Hervey, interne des hôpitaux.

(2) La première partie de cette observation a été publiée dans la thèse de M. le docteur Dubois. Mais l'arthropathie ne s'est développée que dans ces derniers temps. Nous en devons la description à M. de Bourneville, interne de M. le docteur Charcot.

RÉPONSE

AU RAPPORT PRÉSENTÉ PAR M. LIÉGEOIS A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur les applications des courants continus contre la syncope et les accidents causés par le chloroforme,

Par MM. Legros et Onimus.

Nous avons eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un Mémoire sur l'emploi des courants continus contre la syncope et les accidents causés par le chloroforme. Nous avons demandé nous-mêmes à répéter ces expériences devant une commission, et comme, dans ces circonstances, nous nous soumettions d'avance au contrôle de cette commission, nous n'oserions aujourd'hui entreprendre une discussion quelconque si M. Liégeois, rapporteur de la commission, n'avait voulu « seul assumer la responsabilité de l'exactitude et de l'interprétation des expériences » faites sur ce sujet. Nos objections ne s'adressent donc ni à la Société de chirurgie, ni à la commission nommée par elle, mais seulement à M. Liégeois.

Dans le but d'apprécier la valeur des courants continus contre les accidents causés par le chloroforme, M. Liégeois s'est livré à des expériences avec les courants d'induction. Si prévenu que l'on soit contre une méthode quelconque, on ne doit pas blâmer et rejeter ce qu'on ne connaît qu'incomplétement. M. Liégeois est peut-être parfaitement au courant de la science; mais il n'est certainement pas au courant des expériences qu'il a voulu juger.

Dès le commencement de son rapport, M. Liégeois s'exprime ainsi : « Les deux pôles d'une pile de Remak furent alors introduits : l'un, *le négatif, dans le rectum*; l'autre, *le positif, dans la bouche*. Le courant traversa l'animal quelques secondes; *puis on enleva les rhéophores, et peu après on aperçut des mouvements respiratoires, etc.* »

Toujours, et nous avons eu soin de le mentionner dans la communication faite à l'Académie des sciences et dans celle faite à la Société de chirurgie, nous avons insisté sur l'importance qu'il y a de mettre le pôle positif dans le rectum et le pôle négatif dans la bouche, c'est-à-dire d'employer un courant ascendant. Dans toutes nos expériences, nous avons toujours signalé des différences très-grandes dans la direction des courants continus. D'ailleurs, le tracé ci-joint montre bien nettement combien, sous le rapport des *mouvements respiratoires*, la direction des courants a une grande influence.

Le tracé 1 représente la respiration normale d'un lapin.

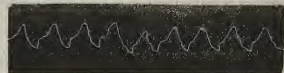


Fig. 1.

Le tracé 2 représente la respiration de ce même animal lorsqu'on fait passer par son corps un courant descendant.

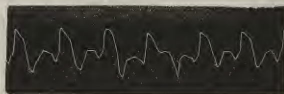


Fig. 2.

Le tracé 3 représente la respiration lorsqu'on emploie un courant ascendant. On voit très-nettement que dans ce dernier cas les mouvements respiratoires sont bien plus amples que dans la respiration normale et que dans le cas où l'on emploie un courant descendant.

Il est donc important d'employer le courant ascendant, c'est-à-dire de mettre le pôle positif dans le rectum et le pôle négatif dans la bouche.

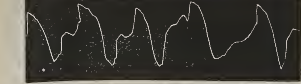


Fig. 3.

En second lieu, *jamais nous ne retirons les rhéophores avant que la respiration ne soit complétement revenue et bien rétablie.* Si on les enlève avant l'apparition des mouvements respiratoires, ceux-ci ne réapparaissent pas, et même, lorsqu'on les enlève trop vite, la respiration, qui avait repris, disparaît de nouveau et pour toujours. Dans les tracés que nous avons présentés et dont nous avons laissé une copie à la Société de chirurgie, l'un d'eux, pris sur un cochon d'Inde, indiquait justement la réapparition des mouvements respiratoires sous l'influence d'un courant continu, et leur disparition graduelle parce qu'on avait cessé l'électrisation avant que la respiration n'ait été rétablie complétement.

La figure 4 représente la respiration normale.

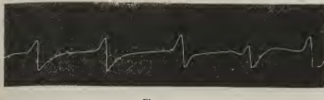


Fig. 4.

La figure 5 montre l'arrêt de la respiration au point A et l'irrégularité des dernières respirations.

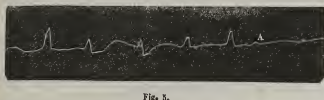


Fig. 5.

La figure 6 montre la réapparition de la respiration sous l'influence des courants continus. On voit que la respiration n'apparaît que quelques temps après l'application de l'électricité au point B. Il n'y a en ce même temps qu'une légère élévation de la ligne. Cette figure montre encore que les mouvements respiratoires qui ont lieu sous l'influence des courants continus sont rythmiques et réguliers.

La figure 7 montre la disparition graduelle de la respiration, parce qu'on a enlevé les rhéophores aussitôt que la respiration était réapparue.

Fig. 7. Fig. 6.

Nous disons même textuellement, dans le Mémoire lu à la Société de chirurgie : « Le courant doit passer d'une façon continue jusqu'à ce que la respiration soit complétement rétablie. On cesse alors d'électriser. Si la respiration faiblissait de nouveau, on recommencerait. » M. Liégeois ne semble pas avoir observé attentivement nos expériences et avoir bien lu notre Mémoire.

M. Liégeois ne conteste nullement, qu'au moyen des courants continus, on ne parvienne à ramener à la vie des animaux asphyxiés par le chloroforme; mais il ajoute que ce résultat est loin d'être un progrès.

Nous nous félicitons néanmoins d'être les premiers à signaler cette influence des courants continus. Quant à l'emploi des courants intermittents, nous n'ignorions pas qu'ils avaient été employés et conseillés, mais nous savions en même temps que peu de chirurgiens y avaient grande confiance, et, de plus, il existe plusieurs cas de mort par le chloroforme, où les courants intermittents avaient été employés sans succès au moment de la cessation de la respiration.

De plus, la physiologie nous apprend que les courants d'induction déterminent l'arrêt du cœur, non-seulement en agissant directement sur le pneumogastrique, mais encore, comme nous nous en sommes assurés plusieurs fois, en traversant le corps tout entier. Il y a donc là un danger qui n'existe pas avec les courants continus. Enfin, ayant employé les courants d'induction pour rappeler à la vie des animaux tués par le chloroforme, nous avons toujours échoué.

Nous reconnaissons volontiers, aujourd'hui, que nous étions trop exclusifs, et d'après les expériences de M. Liégeois (faites d'ailleurs avant lui) et que nous avons répétées, nous avouons que les courants d'induction *excessivement faibles* amènent, lorsque les battements du cœur ne sont pas arrêtés, la réapparition des mouvements respiratoires et rendent l'animal à la vie. Seulement, il ne faut pas croire que les appareils électriques médicaux puissent donner un courant suffisamment faible, car un courant presque imperceptible sur la langue est encore trop fort. Il faut, avec le minimum d'intensité que donne toute espèce d'appareil, faire encore passer le courant à travers l'eau ou des corps mauvais conducteurs. Pour réussir, il y a une limite d'intensité électrique, très-difficile à saisir; un peu en deçà on n'agit pas un peu au delà on agit trop, et on tue alors sans rémission l'animal, alors même que la vie n'était pas tout à fait éteinte. C'est ce qui nous fait dire encore une fois que les courants d'induction, appliqués dans les cas d'empoisonnement par le chloroforme sont dangereux. Ils peuvent avoir une certaine efficacité entre les mains des physiologistes adroits. Avant d'aborder la question pratique, voyons, au point de vue physiologique, si l'action de ces deux courants électriques est la même.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 31 mars 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique.* — *L'Art dentaire.* — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — Le *Marseille médical,* numéros de janvier et de mars, contenant un *Mémoire sur les hématocèles de la région testiculaire,* par M. Chapplain, membre correspondant.

Opération de la fistule vésico-vaginale, sans l'aide d'assistants, avec des considérations sur la valeur relative du clamp de la suture métallique interrompue et de la suture à bouton (en anglais), par Nath. Bozeman. — Broch. New-York, 1869.

COMMUNICATIONS

FRACTURE DES DEUX OS DE LA JAMBE. — PLAIE. — TÉTANOS. — MORT PENDANT L'ADMINISTRATION DU CHLOROFORME.

Jacques A..., marchand de parapluies, âgé de 42 ans, entre le 19 janvier 1869 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur Labbé. Cet homme, qui présente une taille au-dessus de la moyenne et une forte corpulence, poursuivant son fils qu'il voulait corriger, saute, par une fenêtre, de 2 mètres de haut à peu près; il tombe sur *les pieds,* mais se trouve presque aussitôt renversé et cherche à se relever; à chaque effort, il retombe après des douleurs très-vives dans la jambe gauche; il est transporté immédiatement à l'hôpital.

Le 19 janvier, au soir, on constate une mobilité extrême du tiers inférieur de la jambe et une large crépitation; la fracture du tibia semble siéger à la réunion du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'os, sans chevauchement.

La fracture du péroné communique à l'extérieur par une plaie verticale de 3 à 4 centimètres de long, située à deux travers de doigt au-dessus de la base de la malléole. Les bords de la plaie, écartés, laissent écouler en nappe une petite quantité de sang animé de mouvements rhythmiques. En épongeant, on aperçoit les muscles et les tendons péroniers, ainsi que la surface même du péroné. La mobilité extrême et la crépitation très-grosse, qu'on perçoit en ce point, permettent de penser que la fracture est multiple, et qu'on tombe sur un fragment complétement isolé du reste de l'os.

On se contente, en attendant la visite du lendemain matin, d'arrêter l'hémorrhagie au moyen de rondelles d'agaric et d'une légère compression, et de placer le membre dans une gouttière.

Le 20, la plaie s'est fermée par le rapprochement des parties profondes; l'hémorrhagie est arrêtée; bandage par occlusion au diachylon; charpie chlorurée et gouttière qui sera continuée les jours suivants.

Le 21, quelques douleurs dans la jambe; la plaie est entourée par une rougeur assez vive de lymphangite; plusieurs trajets rouges à la face interne de la cuisse; on sent, au-dessous et un peu en dedans de la rotule, un petit point crépitant, mobile sous la pression (léger emphysème), Même traitement.

Le 22, la rougeur s'étend à presque toute la jambe; gonflement assez considérable; l'emphysème n'a pas augmenté en avant du tibia; au niveau de la plaie rougeur très-foncée avec saillie arrondie surmontée d'une phlyctène. — Pouls à 100. Large cataplasme.

Le 23, rougeur et œdème de la partie externe de la cuisse dans toute sa longueur; on y pratique une longue incision de 8 centimètres, comprenant la peau et le tissu cellulaire. — Cataplasmes.

Le 24, la rougeur et l'œdème de la cuisse ont beaucoup diminué au moyen de l'incision. Point fluctuant à la partie interne et inférieure de la jambe; incision de 4 centimètres. — Cataplasmes.

Le 25, délire pendant la nuit, constriction des mâchoires; les plaies se recouvrent de pseudo-membranes blanchâtres. — Opium à l'intérieur, 15 centigrammes.

Le soir, facies un peu amaigri et pâle; pouls à 95 environ, température rectale 39°C; pas de délire pendant la journée, intelligence nette; la contraction des mâchoires empêche complétement au malade d'écarter les dents; les boissons introduites dans la bouche ne peuvent franchir l'isthme du gosier sans produire des accès de toux et même de suffocation; les mouvements des yeux, des paupières, de la tête, dans tous les sens, se produisent avec une intégrité complète.

Du côté du membre, les accidents semblent se localiser autour de la fracture; toute la moitié inférieure de la jambe est encore gonflée, d'une teinte rouge lie de vin avec quelques points plus foncés. Les bords de la plaie et des incisions sont épaissis, écartés, renversés en dehors : un enduit blanc jaunâtre, peu consistant, mollasse, remplit toute leur profondeur; ces fausses membranes se détachent facilement en laissant une surface rouge très-peu saignante.

Les plaies sont lavées jusque dans leur profondeur avec de l'eau alcoolisée, injectée à l'aide d'un irrigateur; les cataplasmes, humectés d'alcool sont recouverts de laudanum. — Continuation de l'opium à l'intérieur.

Le 26 matin, facies altéré, les yeux un peu excavés; à la constriction des mâchoires s'est ajoutée la contraction des muscles postérieurs du cou; la tête est fortement fléchie en arrière; la colonne vertébrale commence également à s'incurver; les muscles des gouttières vertébrales présentent une souplesse à peu près normale, tandis que les muscles cervicaux postérieurs, comme le masséter et le sterno-mastoïdien présentent, une rigidité extrême.

La parole devient impossible, comme la déglutition. Interrogé sur l'intensité des douleurs qu'il éprouve dans les muscles contracturés, le malade, en raison de l'opisthotonos, ne peut répondre *oui* qu'en abaissant les paupières supérieures. Interrogé plusieurs fois, il répond de manière à montrer que son intelligence est conservée. De temps en temps, il pousse un cri prolongé, ordinairement suivi de l'expuition des mucosités, et qui semble être produit par les efforts qu'il fait pour chasser ces mucosités de son larynx. La température rectale est de 38°6.

Les plaies se présentent sous un mauvais aspect; les fausses membranes, sont à demi-dissoutes en une sorte de bouillie sanieuse mêlée de sang; pendant les mouvements, de petites bulles de gaz s'échappent des profondeurs de la plaie qui se trouve à la partie antérieure et inférieure de la jambe.

Les plaies sont nettoyées avec soin et recouvertes par le pansement ordinaire.

C'est alors que devant les progrès rapides de la contracture, on cherche le moyen de la combattre; on pense d'abord au curare, qu'il est impossible de se procurer, et on a recours au chloroforme.

Quelques grammes sont versés sur une compresse qu'on approche du visage du malade; mais à peine celui-ci a-t-il fait quelques inspirations que la respiration devient stertoreuse, la face violacée, le pouls disparaît; on s'empresse d'enlever la compresse et de pratiquer la respiration artificielle; cependant l'asphyxie augmente, et le malade présente tous les signes de la mort apparente.

On écarte alors les mâchoires en employant une grande violence, et on tire rapidement la langue au dehors au moyen d'une érigne. Le malade est placé la tête en bas, et on renouvelle avec succès la respiration artificielle.

Des mouvements inspiratoires saccadés reparaissent, d'abord rares, puis plus fréquents; on voit ensuite se produire des mouvements rapides, comparables à des convulsions toniques, dans le bras et dans les jambes; enfin la respiration et la circulation reviennent; en même temps réapparaissent les contractures qui avaient complétement disparu pendant ces quelques instants.

Le malade pousse quelques cris, ouvre les yeux; enfin présente un état qui permet de cesser la respiration artificielle, et de le replacer dans son lit.

Il était dans cet état, relativement satisfaisant, lorsqu'on s'aperçoit que sa langue, prise entre les dents et serrée avec une grande force, est gonflée, violacée, et menace d'être coupée entre les mâchoires. On écarte alors les dents, et elle est réintégrée dans la bouche sans aucun trouble respiratoire.

Une minute après, arrêt subit de la respiration, coloration violacée de la face. On recourt immédiatement de nouveau à la respiration artificielle, en tirant la langue avec une érigne, mais quelques mouvements, quelques efforts d'inspiration apparaissent seulement d'une manière passagère, puis ils diminuent.

Comme la bouche et le pharynx sont remplis de mucosités qu'il est impossible d'extraire, on se décide, comme dernier moyen, à pratiquer rapidement la trachéotomie : l'air pénètre et sort facilement par la canule; mais malgré des insufflations, malgré une respiration artificielle énergique et soutenue pendant plus d'une demi-heure, les fonctions s'arrêtent complétement, la peau commence à se refroidir. La pupille gauche est un peu dilatée, la droite contractée. Il manque moins de 4 grammes de chloroforme dans la bouteille. Une chose digne de remarque, c'est que, dans les deux accès d'asphyxie, la langue n'était pas entraînée dans le pharynx, surtout dans le second accès où il a été bien constaté qu'elle était immédiatement appliquée derrière les arcades dentaires.

Voici l'état des divers organes, constaté à l'autopsie :

Encéphale. — Rien d'anormal à la dure-mère. Aspect louche de l'arachnoïde. Injection des vaisseaux de la pie-mère, prononcée surtout en arrière. Dans les deux tiers antérieur et sur la convexité, on remarque le long des sillons de petites taches blanchâtres, nombreuses, de 1 millimètre de diamètre environ, siégeant dans l'épaisseur de l'arachnoïde. et semblables à de petits dépôts fibrineux. Léger épanchement louche, fibrineux, dans l'espace sous-arachnoïdien. En décollant les enveloppes du cerveau, on voit qu'elles sont très-peu adhérentes, et que la superficie des circonvolutions présente un peu moins de consistance qu'à l'état normal.

A la coupe, la substance blanche, ainsi que la substance grise, ne présentent rien de sensiblement anormal comme coloration, ni comme piqueté.

Rien non plus d'anormal dans les ventricules.

Cavité thoracique. — Les deux poumons, mais surtout le gauche, présentent une congestion marquée dans toute leur hauteur; cependant les lobes supérieur et moyen du poumon droit présentent cet état à un degré beaucoup plus faible. Quelques noyaux indurés aux deux sommets.

Le cœur est volumineux, chargé de graisse, sans lésions des orifices ni des valvules; la crosse de l'aorte montre à sa surface interne un très-léger commencement d'athéromes.

Dans l'abdomen, il n'est constaté rien d'anormal dans aucun organe.

Le mésentère et le grand épiploon sont chargés d'une masse considérable de graisse, comme les parois de la poitrine et de l'abdomen, qui sont en rapport avec l'embonpoint général du sujet.

Note de M. Quinquaud (interne des hôpitaux), qui a fait l'examen micrographique du cerveau et de ses enveloppes.

« En ouvrant la boîte crânienne et en incisant la dure-mère, il s'écoule une certaine quantité de liquide un peu trouble.

« La pie-mère est injectée, adhérente à la substance corticale; son épaisseur est augmentée.

« Si l'on vient à la placer sous le champ du microscope, on voi

de nombreux vaisseaux gorgés d'hématies; les parois de ces conduits sont formées par des noyaux allongés et multipliés; c'est surtout en traitant la préparation par le carmin et l'acide acétique que ces derniers apparaissent très-nets.

« Entre les vaisseaux, nous apercevons différentes sortes d'éléments ;

« 1° Des noyaux granuleux de 9 millimètres;

« 2° Des corps vésiculeux à un ou plusieurs noyaux, de 15 millimètres;

« De telle sorte, que je ne puis mieux comparer cet aspect de la pie-mère, qu'à celui de la pie-mère d'un fœtus de sept à huit mois.

« La surface des circonvolutions apparaît alors sous l'œil nu comme chagrinée, veloutée; si l'on fait une coupe, on constate que toute la substance grise périphérique est rouge, vascularisée; cet aspect est le même pour la substance grise des corps striés et des couches optiques; cet état s'observe encore au cervelet (substance grise) et au bulbe jusqu'au renflement cervical.

« Au microscope, une coupe de la substance grise périphérique nous montre un fond granulo-graisseux sur lequel se dessinent des éléments nombreux que l'on peut diviser en trois catégories :

« 1° De petits noyaux libres plus granuleux qu'à l'état normal: ce sont les noyaux de la névroglie qui ont proliféré;

« 2° D'autres plus volumineux, cellulaires, se colorant comme les premiers, par le carmin; très-probablement de nature connective et renfermant un ou plusieurs noyaux ;

« 3° Certains autres sont entourés d'une matière granuleuse, sans membrane d'enveloppe distincte.

« Enfin, sur une préparation traitée par la teinture d'iode, nous avons pu retrouver quelques cellules nerveuses avec un prolongement: elles sont peut-être un peu plus granuleuses qu'à l'état normal.

« Les granulations grisâtres de ces éléments sont de nature protéique pour la plupart; l'acide acétique, en effet, pâlit beaucoup ces corpuscules et ces cellules.

« Les capillaires forment des mailles serrées et sont gorgées d'hématies; les noyaux de leurs parois ont considérablement augmenté en nombre. Ces divers vaisseaux sont entourés par de petits amas de granulations graisseuses.

« Enfin, on y découvre des corps granuleux de Gluge.

« Les tubercules quadrijumeaux sont sains.

« Des coupes de bulbe nous font voir une substance rouge, vasculaire; c'est la substance grise et une petite portion de la substance blanche avoisinante; ces régions, examinées histologiquement, nous montrent des corps amyloïdes arrondis, assez nombreux; des vaisseaux à une ou deux tuniques, avec de nombreux noyaux dans leurs gaînes, des amas de granulations graisseuses sur leurs parois, quelques corps granuleux de Gluge, et des corps nerveux qui sont à peu près sains; cependant quelques-uns ont perdu leur enveloppe de myéline.

« En résumé, il s'agit dans ce cas particulier, d'une méningo-encéphalite aiguë superficielle et diffuse des couches corticales du cerveau avec des altérations d'irritation inflammatoire du côté de la substance grise du bulbe. »

Examen de la fracture. — Par une longue incision verticale, comprenant la partie antéro-externe du tiers inférieur de la jambe, on tombe sur les désordres suivants :

L'extrémité inférieure du péroné est chassée en arrière et en dehors très-écartée du tibia, et sa mobilité extrême semble démontrer qu'elle est complétement détachée par la rupture des ligaments latéraux externes et la déchirure du ligament interrosseux. Cette dernière lésion se constate faiblement; à la place du ligament interrosseux, dans son tiers inférieur on ne trouve qu'un amas de fibres ligamenteuses et musculaires et d'esquilles. D'ailleurs, les rapports exacts de toutes ces parties sont difficiles à préciser, à cause de l'obligation de ne pas détacher complétement le pied de la jambe.

(*Sera continué.*)

ERRATUM.

Dans la dernière séance de l'Académie, une présentation a été faite au nom de M. le docteur *Sanné* et non *Jeanné*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapeutique médicale, par M. le docteur E. Gintrac, directeur de l'École de médecine de Bordeaux, etc.
Tomes VIe et VIIe. 2 vol. in-8. 14 fr.
Prix des 5 premiers volumes, 35 fr.

Traité de pathologie et de thérapeutique générales, par M. le professeur F.-A. Jaumes. Ouvrage publié par son fils, et précédé d'une notice biographique par le professeur Fonssagrives. 1 vol. gr. in-8. 16 fr.

Traité des affections de la peau, par le docteur E. Baudot, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, d'après les doctrines de M. Bazin. — Paris, 1869. 1 vol. in-8. Prix, 7 fr.

Traité de physiologie appliquée à la médecine et à la chirurgie, par M. le docteur Liégeois. Introduction, Physiologie générale, fonction de reproduction. 1 vol. gr. in-8, avec 101 figures dans le texte. 6 fr. 50.

De l'état actuel de la médecine et des médecins en France, avec un plan de réforme complète d'une situation qui blesse à la fois les intérêts de l'État, des médecins et des malades, par le docteur Combes. — Paris, 1869. 1 vol. in-12 de 464 pages. Prix, 4 francs.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 24 mai 1869.

Étude médico-psychologique et légale sur les fous criminels.

Dans la séance du 19 janvier, M. Brierre de Boismont donnait lecture à l'Académie d'un travail sur les fous criminels et sur le régime qui leur est appliqué en Angleterre. Nous avons promis, à cette époque, de mettre un exposé de ce sujet sous les yeux de nos lecteurs. Nous tenons aujourd'hui cette promesse.

Ce n'est pas la première fois que M. Brierre de Boismont s'occupe de cette grave question de la corrélation du crime et de la folie. Il y a plus de vingt ans que, préoccupé déjà de ce sujet, et après avoir étudié par lui-même les établissements mixtes consacrés en Angleterre à la détention des fous criminels, M. Brierre de Boismont, l'un des premiers en France, appela l'attention des savants, des jurisconsultes et des administrateurs de son pays sur l'utilité d'établissements analogues à ceux de nos voisins. Il n'a pas dépendu de lui que nous n'en possédions point encore. Mais du moins, si ses efforts réitérés sont restés stériles jusqu'ici sur ce point, ils n'auront pas été tout à fait perdus, et grâce à l'insistance qu'il a mise, avec plusieurs autres éminents aliénistes, à signaler tous les cas d'aliénation mentale préexistante ou ultérieurement développée chez des criminels condamnés, le nombre de condamnations moralement imméritées a certainement diminué. Mais ce résultat, déjà si heureux et si honorable pour ceux de nos confrères à qui on en est redevable, ne suffit point encore, et il ne suffira pas tant qu'on n'aura pas pris des mesures spéciales, dans l'intérêt public autant que dans l'intérêt de ces malheureux qui, par des actes criminels inconscients, compromettent la sécurité publique ainsi que la leur propre.

M. Brierre de Boismont revient aujourd'hui à la charge. Dans ses premières recherches, il avait constaté, par une étude analytique et psychologique des principaux éléments de l'histoire des grands procès criminels qu'un certain nombre d'assassins politiques écartelés, roués, brûlés, etc., étaient de véritables aliénés à conceptions délirantes compliquées d'hallucinations et d'illusions : c'étaient, dit-il, autant d'exemples des erreurs humaines en rapport avec les préjugés des temps. En poursuivant son travail, il a reconnu que des crimes étranges, sans explication possible ou raisonnable, avaient été commis par des fous. A mesure qu'il agrandissait son cercle, il est devenu évident pour lui que des familles respectables avaient vu surgir de leur sein des rejetons dépourvus de sens moral, à tendances vicieuses, que ni les exemples, ni les avertissements, ni les conseils, ni les punitions n'avaient pu détourner du mal. Il a appelé l'attention sur ces cas psychologiques obscurs où l'on voyait poindre la folie sans en avoir la preuve décisive, et recommandé de les soumettre, comme les catégories précédentes, à une enquête médicale approfondie, persuadé que la maladie existait à l'état latent.

Depuis ces premières recherches, les études sur l'hérédité morbide sont venues donner un appoint à ces premiers résultats en étendant encore le champ de la question et en montrant de plus en plus l'utilité de l'enquête médicale dans l'instruction criminelle. De toutes parts l'opinion s'est émue autour de ces graves questions, et récemment l'Association médico-psychologique d'Angleterre chargeait un comité de rédiger un programme sur ce sujet, et, ce que nous aimons à rappeler ici à l'honneur de notre confrère, l'un des membres de cette association demandait, en son nom, à M. Brierre de Boismont, son opinion pour la lui présenter. Dans ce dernier travail l'éminent aliéniste s'est livré à une nouvelle étude analytique d'un grand nombre de fous criminels de l'Angleterre, à laquelle il a joint de nombreux documents émanés des asiles et des prisons de France, et cette étude l'a conduit à démontrer qu'il y a, parmi les détenus, une forte proportion d'aliénés qui le sont avant la perpétration du crime, pendant leur procès ou qui le deviennent après. De ces aliénés, dit M. Brierre de Boismont, les uns ont des tendances dangereuses, persistantes ; les autres sont disciplinables, et ne répètent pas leurs actes répréhensibles. Il voudrait, conséquemment, que les premiers fussent placés dans un asile central semblable à celui qui existe en Angleterre depuis plus de cinquante ans pour les fous criminels, tandis que les seconds seraient placés dans des sections spéciales d'asiles ordinaires.

Voici en résumé le mode de classement que propose M. Brierre de Boismont pour l'application d'un nouveau système de détention des fous criminels :

Les aliénés dont les mauvais instincts ne sont pas incorrigibles, qui obéissent à la règle, seraient placés dans des quartiers spéciaux des asiles ordinaires. Il en serait de même des aliénés vagabonds et des aliénés condamnés pour des délits correctionnels, mais disciplinables.

L'asile central spécial serait destiné uniquement : 1° aux homicides, aux incendiaires, aux voleurs, aux coupables d'attentats aux mœurs, à tous ceux enfin qui ont des tendances nuisibles, persistantes ; 2° aux aliénés à délire de persécution, qui ont tué et veulent toujours tuer ; 3° aux individus à crimes étranges, dont les actes ne peuvent s'expliquer d'une manière rationnelle ; 4° il conviendrait aussi aux aliénés qui exigent une longue observation, comme les fous raisonnants lorsqu'ils ont commis un crime ; 5° aux criminels simulateurs ; 6° aux malades nés avec des instincts de perversité morale, malgré les bons exemples de la famille ; aux fanatiques qui tuent pour réaliser leurs utopies, mais dont la conduite a son explication dans la folie ; 7° enfin aux aliénés de second degré à tendances vicieuses et incoercibles.

Dans cette étude pleine d'intérêt, mais fort délicate, M. Brierre de Boismont a pris pour devise : Se tenir à égale distance de Charenton et de la Bastille.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

La paralysie agitante et la sclérose en plaques (1)

(Leçons recueillies par M. BOURNEVILLE, interne des hôpitaux.)

Tels sont, messieurs, les caractères les plus généraux de la paralysie agitante. Mais, afin de mieux vous faire saisir leur signification, il convient d'entrer plus avant dans l'étude des symptômes, de faire voir comment ils naissent, s'accroissent et s'enchaînent aux divers âges de la maladie. A cet effet, et pour mettre plus de clarté dans notre description, nous établirons plusieurs périodes que nous caractériserons les unes après les autres. Examinons en premier lieu la manière dont se fait le début. Sur-le-champ les observations nous apprennent que la paralysie agitante se développe tantôt lentement, progressivement, tantôt au contraire d'une façon presque soudaine.

A. *Début lent.* Dans l'immense majorité des cas, le début est insidieux, la maladie s'annonce comme légère et bénigne. Le tremblement est circonscrit à un pied, à une main, au pouce. Ce symptôme, en apparence si peu inquiétant, reste isolé pendant longtemps. Il offre, d'ailleurs, des caractères qu'il importe de connaître et sur lesquels nous insisterons. Les mains sont-elles prises ? on voit les différents segments osciller les uns sur les autres, animés d'un mouvement presque pathognomonique. Le malade rapproche les doigts du pouce comme pour filer de la laine ; simultanément, le poignet se fléchit, par secousses rapides, sur l'avant-bras, celui-ci sur le bras.

A ce moment de la maladie, le tremblement peut n'être que passager, transitoire. Il éclate alors qu'on s'y attend le moins, le malade étant au repos le plus complet d'esprit et de corps, et fréquemment sans qu'il en ait conscience. La marche, même s'il s'agit des membres supérieurs, l'action de saisir un poids, de le soulever, la volonté, suffisent souvent à cette époque pour suspendre le tremblement. Plus tard, il n'en sera plus ainsi. Du reste, en même temps qu'il gagne en intensité et en persistance, le tremblement envahit pour ainsi dire de proche en proche, — non sans observer dans sa progression certaines règles, — les parties jusque-là demeurées indemnes. Si, par exemple, il a d'abord affecté la main droite, au bout de quelques mois, de quelques années, ce sera le tour du pied droit ; la main gauche ensuite, puis le pied gauche, seront pris successivement.

L'envahissement *croisé* est plus rare. J'ai vu cependant, au moins deux fois, le membre supérieur droit, puis le membre inférieur gauche être affectés l'un après l'autre. Il est beaucoup plus commun de voir le tremblement borné durant longtemps aux membres d'un seul côté du corps (*forme hémiplégique*), ou encore soit aux deux membres inférieurs (*forme paraplégique*). Chose curieuse, la tête est toujours à peu près respectée à toutes les époques du mal, même dans les cas les plus intenses, et c'est là un caractère que nous devrons, par la suite, mettre en relief, car le contraire se remarque souvent dans la forme cérébro-spinale de la sclérose en plaques.

Je dois appeler toute votre attention sur un mode du début progressif qui, pour être exceptionnel, n'en est pas moins digne d'intérêt. Le tremblement n'est pas absolument le premier phénomène constaté. Il est possible qu'il soit précédé tantôt d'un sentiment de fatigue très-remarquable, tantôt de douleurs rhumatoïdes ou névralgiques, parfois des plus vives, et occupant le membre ou les régions du membre, qui bientôt seront pris, mais secondairement, d'agitation convulsive. Je pourrais vous citer plusieurs faits de cette espèce, et il n'est pas rare qu'en pareil cas on puisse invoquer une cause traumatique, une piqûre (Romberg), une contusion violente (Charcot), ayant porté son action sur le membre qui, ultérieurement, a été affecté de douleur et de tremblement. La paralysie agitante qui éclate de cette façon, se comporte d'ailleurs, dans son évolution ultérieure, comme à l'ordinaire, et ses progrès se font suivant les mêmes lois.

B. *Début lent.* Lorsque, à la suite d'une cause morale, d'une terreur profonde, le tremblement est survenu tout à coup, il occupe tantôt un seul membre, tantôt, et dès l'origine, tous les membres à la fois. Après avoir persisté quelques jours, il est possible qu'il s'amende ou même disparaisse. Mais plus tard, consécutivement à une série d'amendements et d'exacerbations alternatifs, il s'établit enfin d'une manière définitive. C'est là, du moins, ce que nous avons observé très-nettement dans plusieurs cas.

La durée de cette phase initiale varie, quel qu'ait été le mode de début, de un à deux ou trois ans environ.

C. *Période d'état.* Lorsque la paralysie agitante a acquis, messieurs, son parfait développement, le tremblement, outre qu'il envahit plusieurs membres, se montre, au moins dans les cas intenses, à peu près incessant. Son intensité, toutefois, n'est pas la même à tous les instants. Diverses circonstances, naguère sans influence sur lui, à présent le modifient. Telles sont les émotions morales, l'exercice des mouvements volontaires. On observe, de plus, des espèces de crises, de paroxysmes éclatant spontanément, sans cause appréciable. En revanche, le sommeil naturel, le sommeil provoqué par le chloroforme, toujours annihilent momentanément les secousses convulsives.

C'est surtout à cette époque de la maladie que les caractères particuliers du tremblement apparaissent dans tous leur jour ; c'est alors aussi que l'on voit parfois les oscillations rhythmiques et involontaires des diverses parties de la main rappeler l'image de certains mouvements coordonnés. Ainsi, chez certains malades, le pouce se meut sur les autres doigts comme cela a lieu dans l'acte de rouler un crayon, une boulette de papier ; chez d'autres, les mouvements des doigts sont plus complexes encore, et rappellent l'acte d'émietter du pain. Je vous ai présenté des exemples de ce genre. Ce sont là, si je ne me trompe, des particularités qui appartiennent en propre au tremblement de la paralysie agitante ; je ne crois pas qu'on les rencontre dans aucune espèce de tremblement. Elles ont été bien reconnues par M. Gubler (*loc. cit.*), qui, attaché en qualité d'interne à la Salpêtrière (1845), avait pu y étudier la maladie sur une grande échelle.

La tête et le cou, nous le répétons, restent indemnes ; c'est la règle. Loin d'être agités, les muscles de la face sont immobiles ; le regard a même une fixité remarquable, et les traits nous offrent une expression permanente de tristesse, parfois d'hébétude. Le nystagmus, qui figure si souvent dans la symptomatologie de la sclérose en plaques disséminées, n'existe pas dans la paralysie agitante. Les muscles de la mâchoire, eux non plus, ne participent point à l'agitation convulsive. Néanmoins il n'est pas extraordinaire de voir la langue, tirée hors de la bouche, présenter un tremblement assez accusé. Il n'y a pas d'embarras réel de la parole, mais le discours est lent, saccadé, la parole brève, et il semble que la prononciation de chaque mot coûte un effort considérable de la volonté. Si l'agitation du corps est excessive, il peut arriver que la parole soit tremblottante, entrecoupée, comme elle l'est chez les individus qui, peu habitués à l'équitation, sont montés sur un cheval lancé au trot. Toutefois, on ne saurait voir évidemment, dans ces deux cas, qu'un phénomène de transmission. La déglutition est facile, peut-être ralentie, et fréquemment la salive accumulée dans la bouche s'écoule involontairement au dehors. Les muscles de la respiration ne paraissent point partager le désordre convulsif des membres. Disons cependant que quelques malades éprouvent un sentiment d'oppression presque constant.

Nous appuierons actuellement sur un trait qui, croyons-nous, a échappé à Parkinson ainsi qu'à la plupart des auteurs qui l'ont suivi ; nous voulons parler de la *rigidité* que subissent, à une phase de la maladie, les muscles des membres du tronc, et le plus souvent aussi ceux du cou. Quand ce symptôme s'annonce, les malades accusent des crampes suivies de roideur, d'abord passagère, puis plus ou moins durables et s'exagérant par exacerbations. En général, les muscles fléchisseurs sont affectés les premiers, et toujours au plus haut degré. La roideur musculaire, devenue permanente, impose à ces malades, dans beaucoup de cas, une attitude toute particulière. Ainsi, la tête, en vertu de la rigidité des muscles antérieurs du cou (Parkinson l'avait remarqué déjà), est fortement inclinée en avant, et on la dirait fixée dans cette position, car ce n'est pas sans efforts que les malades parviennent à la porter en haut, à droite ou à gauche. Le tronc lui-même est un peu penché en avant.

Du côté des membres supérieurs, on constate que les coudes sont tenus faiblement écartés du thorax, les avant-bras étant légèrement fléchis sur les bras. Les mains, fléchies sur les avants-bras, reposent sur la ceinture. A la longue, les mains, en raison de la rigidité permanente de certains muscles, offrent des déformations qu'il est bon de connaître, parce que, dans maintes circonstances, elles ont rendu le diagnostic difficile. La plupart du temps, le pouce et l'index sont allongés et rapprochés l'un de l'autre, comme pour tenir une plume à écrire ; les doigts, médiocrement inclinés vers la paume de la main,

(1) Voir le numéro du 29 avril.

sont déviés en masse vers le bord cubital. Ils montrent en outre, dans leurs diverses articulations, une série de flexions et d'extensions alternatives, de manière à rappeler, jusqu'à s'y méprendre, certains types de déformation observés dans le rhumatisme chronique progressif. La distinction cependant est d'ordinaire facile, pour peu que l'on soit prévenu. Il n'y a pas , en effet, dans la paralysie agitante, la tuméfaction et la rigidité articulaire, non plus que les bourrelets osseux et les craquements que l'on observe dans le rhumatisme noueux. J'ai fait reproduire, dans une planche qui figure dans la thèse de M. Ordenstein, les déformations que l'on rencontre dans quelques cas de paralysie agitante.

Aux membres inférieurs, la rigidité est quelquefois assez prononcée pour donner l'idée d'une véritable paraplégie avec contractracture. Chez deux femmes que je vous présentais tout à l'heure, ces membres, vous l'avez vu, sont rigides et dans la demi-flexion ; on ne les fléchit ou les étend qu'avec une certaine difficulté ! Les genoux sont rapprochés l'un de l'autre par un mouvement d'adduction; les pieds sont roides, étendus et dirigés en dedans, simulant la malformation désignée sous le nom de pied-bot *varus equin*; les orteils sont relevés et recourbés de façon à figurer une griffe, à cause de l'extension des phalanges et de la flexion concomitante des phalangines. Pourtant ces femmes ont encore la faculté de mouvoir volontairement leurs membres inférieurs, avec peine et lenteur il est vrai; elle sont même capables, vous l'avez vérifié, de marcher tant bien que mal, sans aide ni appui. Je vous ai fait remarquer, messieurs, que, en opposition avec ce qui a lieu dans la paraplégie vraie, avec contracture, il n'existe pas, chez nos malades, ces trémulations tétaniques, spontanées ou provoquées par certaines attitudes, trénulations qui caractérisent l'une des variétés de l'épidémie spinale. Ces derniers phénomènes, au contraire, s'observent, en général, dans la paraplégie qui accompagne fréquemment la sclérose en plaques disséminées, et c'est là un caractère distinctif que nous aurons à faire valoir pour le diagnostic.

Ainsi que l'a noté avec raison M. Benedikt, dans son traité récent d'*électrothérapie*, la rigidité habituelle d'un certain nombre de muscles contribue certes, pour une bonne part, à rendre les mouvements laborieux; mais ce n'est pas, nous le disons, l'unique cause que l'on doive invoquer; toujours est-il que c'est elle qui, déterminant l'attitude générale, fait que les malades, comme recoquevillés sur eux-mêmes, paraissent se déplacer tout d'une pièce ; que leurs jointures semblent *soudées*, si je puis me servir de cette expression triviale, mais assez juste du reste, que j'emprunte à un malade; c'est elle aussi qui tient la tête et le tronc inclinés en avant, et cette dernière circonstance entre assurément pour une part dans la tendance qu'ont les malades à tomber en avant lorsqu'ils marchent.

Messieurs, il est des cas, rares à la vérité, dans lesquels la rigidité musculaire est un symptôme des premiers temps de la maladie, et réellement prédominant. J'ai observé récemment un exemple qui rentre dans cette catégorie. Le malade avait à peine remarqué le tremblement, d'ailleurs peu intense chez lui, et limité à l'une des mains. Il avait cependant, à un haut degré déjà, l'attitude du corps et des membres, la difficulté dans les mouvements, enfin la démarche caractéristique. Ces cas sont exceptionnels. Le plus communément la rigidité musculaire ne se montre ou ne s'accuse profondément, que dans les phases avancées de la paralysie agitante. Or, lorsqu'elle commence à se manifester, les malades ont senti depuis longtemps, dans l'exercice des mouvements, une gêne notable qui a une autre cause.

Vous reconnaîtrez aisément, chez quelques-uns des malades que je vous ai présentés, cet embarras dans l'accomplissement des mouvements, qui ne dépend ni du tremblement ni de la rigidité musculaire, et un examen quelque peu attentif vous permettra de constater que, chez eux, fait significatif, il y a plutôt *ralentissement dans l'accomplissement des mouvements qu'affaiblissement réel* des puissances motrices. Le malade est encore capable d'accomplir, malgré le tremblement, la plupart des actes moteurs, mais il apporte à les réaliser une lenteur extrême. Nous l'avons signalé il y a quelques instants en ce qui concerne la parole ; entre la pensée et l'acte il s'écoule un temps relativement considérable. On croirait que, chez lui, l'influx nerveux ne puisse être mis en jeu qu'après des efforts inouïs. et, en réalité, les moindres mouvements déterminent une fatigue extrême. Cet ensemble de phénomènes a souvent été pris pour l'indice d'un véritable affaiblissement paralytique. Néanmoins, il vous sera maintes fois loisible de vous assurer que, dans les cas où la maladie n'est pas parvenue aux dernières limites, la force musculaire est remarquablement conservée. A diverses reprises le fait a été vérifié à l'aide du dynamomètre (Duchenne, de Boulogne) dans quelques circonstances même on a vu, phénomène singulier, le membre le plus agité et le plus affaibli en apparence, être celui dans lequel la force dynamométrique était le mieux conservée.

Un mot encore sur la démarche particulière aux malades atteintes de paralysie agitante. Vous avez vu quelques-unes de nos malades se lever avec lenteur et avec peine de leur siége, hésiter durant quelques secondes à se mettre en marche, puis, une fois lancées, prendre malgré elles l'allure d'une course rapide. Plusieurs fois elles ont été menacées de tomber lourdement en avant. Cette tendance à courir d'une manière irrésistible tient-elle exclusivement à ce que le centre de gravité se trouve déplacé par l'inclinaison de la tête et du tronc? Cette explication, admissible peut être dans quelques cas, ne l'est pas dans tous. En effet, par opposition aux malades dont nous venons de parler, il en est qui, dans la marche, tendent à reculer ou à se renverser en arrière, bien qu'elles aient le corps manifestement penché en avant. D'ailleurs la propulsion, de même que la rétropulsion, n'est pas absolument liée à l'attitude inclinée du corps, car on la voit quelquefois à une période peu avancée de la maladie, alors que l'inclinaison ne s'est pas encore produite. Enfin, ce ne sont pas là des phénomènes constants, nécessaires; assez souvent même ils font défaut et figurent dans le tableau symptomatologique de maladies autre que la paralysie agitante, dans certaines lésions du cerveau, par exemple. Il est juste de reconnaître que, dans ce dernier cas, ils sont liés souvent au vertige, tandis que dans la paralysie agitante les mouvements de propulsion ou de rétropulsion ne surviennent pas à l'occasion d'un sentiment vertigineux.

Les symptômes que je viens de passer en revue ne sont pas, messieurs, les seuls qui méritent de fixer votre attention. La paralysie agitante n'est pas seulement une maladie des plus tristes en ce qu'elle prive le malade de l'usage de ses membres et qu'elle le réduit tôt ou tard à une inertie à peu près absolue; c'est encore une affection cruelle par suite des sensations pénibles qu'éprouve le malade. Ordinairement, et à part les cas de névralgie dont nous vous avons entretenus, il ne s'agit pas de souffrances vives, mais de sensations désagréables d'un ordre spécial. Ce sont des crampes, ou mieux, un sentiment presque permanent de tension, de traction dans la plupart des muscles. C'est en outre un sentiment de prostration, de fatigue qui s'accuse surtout à la suite des paroxysmes de tremblement ; enfin c'est un malaise indéfinissable qui se traduit par un besoin incessant de changer de position. Assis, les malades sont, à chaque instant, obligés de se lever; debout, après quelques pas ils veulent se rasseoir. Ce besoin de déplacement se montre principalement au lit, pendant la nuit, chez les infirmes qui sont incapables de se servir elles-mêmes. Les femmes qui sont chargées de surveiller ces pauvres malades vous le diront. Il faut les coucher tantôt sur le côté gauche, ou sur le droit, tantôt sur le dos. Une demi-heure, un quart-d'heure sont à peine écoulés qu'il faut renouveler la position, et si l'on ne répond pas immédiatement à leur désir, elle poussent des gémissements qui témoignent assez le malaise profond qu'elles ressentent. Malgré ces troubles divers, la transmission des impressions sensitives cutanées n'est nullement altérée dans la paralysie agitante. Le froid, le chaud, le plus léger frôlement, le pincement, etc., sont perçus avec leurs caractères normaux et la rapidité voulue.

Mais une sensation très-pénible encore qu'éprouvent les malades et que je n'ai trouvée mentionnée dans aucune description, c'est une *sensation habituelle de chaleur excessive* qui fait que, au cœur de l'hiver, vous les voyez se découvrir au lit et ne conserver sur eux, pendant le jour, que les vêtements les plus légers. Toutes les femmes de notre service témoignent en faveur de cette assertion. Cette sensation de chaleur, particularité digne d'être notée, se fait spécialement sentir à la région épigastrique et sur le dos. Toutefois, les membres, la face, peuvent aussi en être le siége. Elle n'a pas à tout moment la même intensité. Elle parait atteindre son maximum à la suite des paroxysmes de tremblement et s'accompagne souvent, en semblable occurrence, d'une sécrétion abondante de sueur qui oblige parfois à changer le linge; mais elle peut se montrer aussi d'une manière très-accusée, chez des malades qui ne suent pas et dont le tremblement est peu accentué.

La connaissance de ce fait m'a, de longue date, conduit à chercher si la température centrale était modifiée chez ces malades. Or l'expérience m'a prouvé que, quel que fût le degré de cette sensation subjective et aussi celui du tremblement, la température restait au terme physiologique (37°,5 au rectum).

Vous ne serez pas étonnés, messieurs, de voir des contractions musculaires aussi énergiques et aussi générales que le sont celles qui se montrent dans certains cas de paralysie agitante ne pas donner lieu pourtant à une accumulation de chaleur des parties centrales. Il s'agit là de contractions musculaires *dynamiques*. Or, vous le savez, les contractions musculaires *statiques* seules, ainsi que l'a fait remarquer M. Béclard, occasionnent une élévation de la température appréciable au thermomètre. A ce point de vue, ainsi que nous avons essayé de l'établir, M. Ch. Bouchard et moi, dans un travail communiqué à la *Société de biologie* (1866), les convulsions peuvent être rangées sous deux chefs : les unes *statiques*, c'est-à-dire avec prédominance des contractions toniques, font monter la température d'une manière plus ou moins prononcée, telles sont le tétanos, l'attaque épileptique ; les autres *dynamiques*, ou avec prédominance des mouvements cloniques, n'affectent pas la température d'une façon notable. Des explorations thermométriques que nous avons plusieurs fois répétées dans la paralysie agitante et dans quelques cas de chorée avec agitation excessive, nous ont paru mettre ce dernier point hors de doute.

A ce propos, il serait intéressant de rechercher si, dans la paralysie agitante de même que dans la chorée et le *delirium tremens* (Bence-Jones), affections dans lesquelles il y a une grande dépense musculaires, les urines présentent, dans leur constitution chimique, quelque modification importante et en particulier une augmentation de la proportion des sulfates. C'est là un *desideratum* que nous nous proposons de combler quelque jour.

DES ARTHROPATHIES

consécutives à l'ataxie locomotrice progressive

Par M. Benjamin Ball

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris

(SUITE)

Obs. XV. — *Ataxie locomotrice progressive; arthropathie des deux genoux, avec hydarthrose énorme et jambe de polichinelle des deux côtés* (1).

Anne P..., veuve H..., âgée de 63 ans, concierge, a été admise à la Salpêtrière le 10 juillet 1865.

Cette malade, dont l'intelligence est très-affaiblie, ne peut donner sur ses antécédants que des indications vagues et peu précises.

Voici ce que l'on peut tirer de ses réponses :

Son mari, qui exerçait la profession de concierge, était obligé, depuis trois ans, de rendre à sa femme tous les soins exigés par une paralytique. Depuis longtemps elle ne pouvait marcher que très-difficilement; son mari la prenait dans ses bras au sortir du lit, et l'asseyait sur un fauteuil.

On retrouve difficilement l'incoordination des mouvements dans le récit de cette malade ; mais elle décrit très-nettement les douleurs fulgurantes, dont l'apparition remonte à une époque très-éloignée.

Etat actuel. Le 27 avril 1869; il n'existe aucun trouble de la vue, aucun embarras de la parole. La malade est sujette à des crises gastriques, accompagnées de vomissements, qui reviennent à des intervalles irréguliers, et s'accompagnent presque toujours d'une exacerbation des douleurs fulgurantes.

Aux membres supérieurs, il n'y a point d'incoordination des mouvements, point de troubles articulaires.

Aux membres inférieurs, l'incoordination des mouvements est au contraire très-marquée. Il faut noter ici que malgré l'altération profonde des deux genoux, la malade peut fort bien remuer les jambes.

Il y a perte complète du sentiment des positions. La sensibilité est légèrement émoussée. Le pouls est à 115, sans augmentation de température. En somme, il s'agit d'une ataxie locomotrice bien caractérisée.

Voyons maintenant l'état des articulations malades.

Les deux genoux sont très-volumineux et forment deux renflements irrégulièrement arrondis. La circonférence de oes deux *tumeurs* est beaucoup plus considérable que celle de la cuisse.

Voici, d'aillours, les résultats de la mensuration directe :

	Côté droit.	Côté gauche.
Circonférence au niveau du creux poplité....................	38 cent.	34 cent.
Immédiatement au-dessus des cindyles du fémur..........	29 cent.	27 1/2.
Immédiatement au-dessous de la tumeur (partie supérieure du tibia)......................	25 cent.	27 cent.

Du côté droit, la rotule se trouve en avant de la tumeur; elle est très-mobile. Une distance de 4 centimètres la sépare du tibia.

L'articulation est remplie d'un grand nombre de corps étrangers, d'un volume variable : les plus considérables sont de la grosseur d'une noix.

Le tibia est complétement luxé en arrière, et on peut aisément lui imprimer des mouvements de latéralité.

D'une manière habituelle, la jambe est portée en dedans; elle peut cependant être ramenée en dehors, de manière à former une ligne droite avec la cuisse. Elle peut se renverser complétement en dedans, de manière à faire avec la cuisse un angle droit. Mais, en dehors, elle ne dépasse pas la ligne droite.

Les mouvements, soit spontanés, soit provoqués, ne déterminent aucune douleur; mais ils s'accompagnent de craquements nombreux.

Du côté gauche, la tumeur est un peu moins volumineuse; l'articulation renferme moins de corps étrangers. Le tibia n'est pas luxé en arrière et le genou gauche offre une déformation moins frappante que le droit.

L'attitude du membre gauche est un peu différente de celle que nous avons décrite pour le membre droit. La jambe est portée en dehors, de sorte que les deux genoux rapprochés forment deux angles obtus dont les côtés sont parallèles; ils semblent *s'emboîter*, poura ainsi dire, l'un dans l'autre.

Il est à peine nécessaire de dire qu'un épanchement liquide très-considérable remplit les deux cavités articulaires : la fluctuation est très-manifeste.

Les extrémités des os qui concourent à former les deux articulations malades, sont évidemment épaissies, et la rotule elle-même semble avoir augmenté de volume. Cependant on ne trouve point de bourrelets osseux autour de l'un ou l'autre genou.

L'observation qui précède offre le degré le plus élevé de l'arthropathie des ataxiques, que nous ayons eu jusqu'à présent l'occasion d'observer. Il est fâcheux que l'affaiblissement de l'intelligence chez cette femme nous ait complétement privés de renseignements sur l'origine de la maladie et la marche qu'ont suivis les accidents. Mais on ne saurait attribuer les arthropathies à aucune cause étrangère à l'ataxie locomotrice progressive.

Nous ferons remarquer que si les deux genoux sont atteints, le genou droit semble avoir éprouvé des altérations plus considérables que le genou gauche : il est donc probable que la première de ces deux articulations a été frappée avant la seconde. Nous signalerons également la conservation parfaite des mouvements volontaires, malgré l'énorme déformation des jointures malades. Enfin, il n'est pas sans intérêt de noter la présence d'un si grand nombre de corps étrangers dans les deux articulations.

Au point de vue du diagnostic, il est curieux de remarquer que cette femme avait séjourné pendant près de *cinq ans* à la Salpêtrière sans qu'on eût soupçonné l'existence d'une ataxie locomotrice. Comment, en effet, reconnaître une pareille maladie chez une femme condamnée à passer sa vie dans un lit, et d'ailleurs incapable de fournir sur son passé des renseignements précis? On voit par là combien il est facile de méconnaître les affections articulaires liées à l'ataxie, et de les confondre avec des arthropathies d'une nature entièrement différente.

RÉPONSE

AU RAPPORT PRÉSENTÉ PAR M. LIÉGEOIS A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur les applications des courants continus contre la syncope et les accidents causés par le chloroforme,

Par MM. Legros et Onimus.

(SUITE ET FIN)

D'après M. Liégeois, les courants continus auraient la même influence que les courants d'induction faibles. « Afin de nous rappro-

(1) Cette intéressante observation a été recueillie par M. Joffroy, interne des hôpitaux, dans le service de M. le docteur Charcot.

cher, dit-il, autant que possible avec l'appareil à courants d'induction, du peu d'intensité du courant continu, nous priâmes ces messieurs de se servir du courant le plus faible que l'on pourrait obtenir. » Nous ne saurions admettre, et cela d'après les lois physiques, que l'intensité du courant de dix éléments Remak est égale à celle d'un courant d'induction très-faible. C'est là une erreur physique que beaucoup de médecins commettent; car ils ont l'habitude de mesurer l'intensité du courant d'après la sensation douloureuse produite. Comme les courants constants et continus, ou du moins comme un courant continu de 10 ou 20 éléments et même plus n'est pas douloureux, on croit généralement que la quantité d'électricité qui traverse le corps est moins considérable que celle que fournissent des courants d'induction. La sensation est tellement trompeuse, qu'en faisant des interruptions avec un courant constant et continu, on produit souvent une douleur très-vive, tandis qu'elle est nulle en maintenant les rhéophores sur la peau; et cependant, dans le premier cas, selon le temps que l'on met entre chaque interruption, il passe deux fois, trois fois, etc., moins d'électricité qu'en maintenant les rhéophores en place. Il y a plus, un même courant continu, selon sa direction, peut être plus ou moins sensible, et cependant la tension, l'intensité et la quantité de fluide électrique, est identiquement la même.

En physiologie, dans la plupart des expériences, on obtient des effets complétement opposés avec les courants d'induction et avec les courants continus; l'un maintient les muscles contractés, l'autre les relâche; l'un fait toujours disparaître les courants électriques propres des nerfs, l'autre les augmente, ou les diminue, selon sa direction; l'un agit localement, l'autre est toujours accompagné de courants dérivés; l'un n'a pas d'action chimique, l'autre a une influence chimique considérable, etc. Et dans tous ces cas, il ne s'agit pas d'une différence d'intensité, mais d'une différence de nature. Si, dans quelques cas ils produisent le même résultat, cela ne prouve pas plus leur identité, que la guérison de la fièvre intermittente par l'arsenic et le sulfate de quinine ne prouve qu'un peu d'arsenic a des propriétés identiques à beaucoup de sulfate de quinine.

Il faut donc chercher la cause de cette même action des courants continus et des courants d'induction très-faibles, ailleurs que dans une prétendue identité d'intensité électrique.

Qu'arrive-t-il lorsqu'un animal est privé de mouvements respiratoires, et qu'on fait passer à travers son corps un courant électrique? Avec des courants d'induction, il y a *aussitôt* une contraction plus ou moins grande des muscles des membres, et une contraction des muscles respirateurs et du diaphragme. A cette contraction d'ensemble, succèdent des contractions fibrillaires des muscles respirateurs, et des contractions plus étendues du diaphragme. Les respirations très-faibles et très-irrégulières amènent peu à peu des respirations plus profondes, et l'animal revient complétement à la vie.

Avec des courants continus (au moins dans de certaines limites que nous avons déterminées), le phénomène est tout autre. Au moment où l'on applique le courant, il y a une légère contraction des muscles; puis, pendant plusieurs secondes, souvent une minute, quelquefois plus, on n'aperçoit aucun phénomène, si ce n'est une augmentation et une plus grande énergie des battements du cœur, mais il n'y a pas de respiration. Au bout de quelque temps seulement, apparaît une inspiration. A cette première inspiration, en succèdent bientôt d'autres, mais toujours plus profondes, et d'un ordre plus rhythmique que celles qu'on obtient avec les courants interrompus.

On voit donc que, dans un cas, on agit instantanément sur les muscles de la respiration, tandis que dans l'autre cas, on n'agit évidemment non sur les muscles, mais sur le système nerveux, et nous disons plus, sur le système nerveux central. On excite surtout le bulbe, et cette excitation amène peu à peu les mouvements respiratoires. L'une des actions est donc purement locale, tandis que l'autre est générale. Avec les courants interrompus, on détermine une sorte de respiration artificielle; et nous sommes les premiers à dire qu'une respiration artificielle bien conduite ramène très-souvent les animaux asphyxiés par le chloroforme. Les courants intermittents ont, sur la respiration artificielle manuelle, cet avantage d'exciter les nerfs périphériques et d'agir énergiquement sur le diaphragme sans produire la contraction permanente de ce muscle. Nous avons récemment observé ce fait curieux que, de tous les muscles, le diaphragme est le seul qui ne reste pas en contraction lorsqu'on agit sur le nerf qui s'y rend. Ainsi, en électrisant le nerf phrénique, il faut employer des courants induits très-forts, pour arrêter les mouvements de contraction et de relâchement du diaphragme, et dans ce cas même, le graphique que l'on obtient est composé d'une série de petites ondulations, qui indiquent des petites contractions successives. En agissant sur le pneumogastrique, au contraire, on obtient une ligne droite qui indique l'arrêt complet du diaphragme. Nous voyons donc que les courants d'induction modérés n'arrêtent pas les mouvements du diaphragme et en favorisent même quelquefois les contractions, et ce fait nous explique bien comment l'emploi des courants d'induction, chez des animaux asphyxiés par le chloroforme, peuvent les ramener à la vie, en déterminant des mouvements respiratoires.

Les courants continus, au contraire, agissent directement sur les centres; leur influence est donc toute différente, et pendant leur application, rien n'empêche d'agir encore localement sur le thorax en faisant la respiration artificielle. Il y a donc, dans ces deux actions, une différence physiologique qui aurait dû frapper un physiologiste. Nous avons dit, il est vrai, à M. Liégeois qu'en mettant directement les deux pôles des courants continus sur le cœur ou le diaphragme, on n'obtenait pas de résultat; mais nous avons ajouté en même temps qu'en mettant l'un des pôles dans la bouche et l'autre dans le rectum, nous ne voulions qu'agir promptement sur les centres nerveux. Nous avons ajouté qu'en mettant le pôle négatif dans la bouche et l'autre sous la peau, en un endroit quelconque, on obtient le même effet; mais dans ce cas, on est obligé de faire une plaie, ce qu'on évite en mettant les pôles dans la bouche et dans le rectum. Enfin, récemment, nous avons aussi facilement, et peut-être plus facilement, fait revenir à la vie des rats tués par le chloroforme, en plaçant le pôle négatif dans la gucule et l'autre sur la nuque. Nous n'agissions ainsi que sur les centres nerveux, et cependant la respiration reparaissait. En plaçant identiquement aux mêmes endroits les rhéophores d'un appareil d'induction, et en employant l'intensité voulue, nous n'avons, au contraire, pu réussir à faire revivre l'animal. N'est-ce pas là la confirmation la plus nette de ce que nous avons avancé? Au point de vue physiologique, n'est-il pas curieux et *nouveau* de voir un courant électrique faire réapparaître la respiration éteinte, en n'agissant que sur le bulbe, et cela peu à peu et au bout de quelque temps d'application? Quelle belle occasion nous offrions à M. Liégeois de faire connaître ses études physiologiques sur toutes ces questions importantes de la respiration et des mouvements du cœur! Mais M. Liégeois a préféré introduire dans cette question un peu de métaphysique, et il s'est contenté de soutenir que, chez l'homme, la syncope chloroformique est due probablement à la cessation des phénomènes psychiques.

Cette syncope s'observe également chez les animaux; elle est rare chez le rat, le cobaye, le lapin, mais elle est plus fréquente chez le chien, et quoiqu'on puisse objecter que le chien est plus intelligent, nous ne comprenons guère comment la cessation des phénomènes psychiques dans l'anesthésie chloroformique peut amener l'arrêt du cœur.

Quant à l'influence des courants électriques sur le cœur, tout le monde sait que les courants d'induction, même faibles, amènent, lorsqu'ils sont appliqués sur le pneumogastrique, l'arrêt du cœur. Cependant quelques physiologistes prétendent que les courants *excessivement* faibles n'arrêtent pas les mouvements du cœur et peuvent les accélérer. Quant aux courants continus, cela nous paraît incontesté et incontestable, ils amènent toujours, chez les animaux à sang chaud, une augmentation des mouvements du cœur. L'expérience est facile à faire, et nous l'avons vue très-manifeste chez des animaux asphyxiés, où quelques minutes d'application du courant continu ont aussitôt fait augmenter les mouvements du cœur et réveillé complétement l'animal. Nous pourrions encore citer bien d'autres expériences où cette action est très-évidente et où la différence d'action des courants continus et des courants induits est très-marquée.

Dans les accidents dus au chloroforme, qui ressemblent rarement à ceux que l'on détermine lorsqu'on cherche à amener chez des animaux la mort par cet agent, il y a presque toujours arrêt du cœur avant l'arrêt de la respiration. Ce sont là des conditions que l'on ne peut reproduire à volonté et qui dépendent du hasard. Eh bien! dans tous ces cas, et cela nous est arrivé six à sept fois depuis quelques mois, nous avons obtenu, chez des lapins et des chiens, des phénomènes de mort apparente ressemblant parfaitement à ceux qui surviennent chez l'homme, et toujours nous avons rappelé ces animaux à la vie au moyen des courants continus. Depuis que nous avons observé cette influence des courants continus, nous n'avons pas eu, dans l'anesthésie d'animaux destinés à d'autres expériences, un seul cas de mort par le chloroforme, quoique, nous le répétons, nous ayons eu involontairement les accidents graves qu'il peut produire.

Nous pouvons donc affirmer que les courants continus ramènent les animaux à la vie lorsque les contractions du cœur sont suspendues ou tellement modifiées qu'elles amèneraient la mort, ce qui, de l'aveu même de M. Liégeois, n'est pas possible avec les courants intermittents. Mais il est important de remarquer qu'il n'en est plus de même lorsque l'arrêt du cœur est produit non accidentellement, mais par l'administration d'une grande quantité de chloroforme. M. Liégeois nous prête l'opinion que, dans ce cas même, les courants continus raniment les mouvements du cœur. (« Si les courants électriques raniment avec la plus grande facilité les animaux en état d'asphyxie, sont-ils capables de ranimer les animaux qui ont subi l'influence *toxique* du chloroforme? Selon MM. Legros et Onimus, le fait ne serait pas douteux pour les courants continus. ») Nous avons eu cependant bien soin de distinguer ce cas, et dans notre communication à l'Académie des sciences, nous disons : « En produisant un empoisonnement lent, on arrive à faire cesser la respiration et la circulation, et souvent alors il est impossible de rappeler la vie par l'électricité; cela tient à ce que le cœur est devenu incapable de se contracter, même sous l'influence des excitants les plus énergiques... Il est clair que dans ce cas on est en face d'un cadavre et que tous les moyens doivent échouer. » Nous avons donc vu et mentionné les différences qui existent quand le cœur s'arrête tout à coup et quand il s'arrête peu à peu, empoisonné par le chloroforme. Dans le premier cas, nous pouvons ramener les contractions du cœur; dans le second cas, nous n'obtenons plus rien.

Au point de vue pratique étant mis à part, la grandeur de l'appareil et la difficulté de transport, nous voyons que les courants continus agissent sans *aucun danger* sur la réapparition des mouvements respiratoires et sur les mouvements du cœur. Les courants interrompus doivent être dosés d'une manière très-délicate, car une *force modérée est déjà dangereuse*. Quel est le chirurgien qui osera les employer sans crainte, sachant que, selon l'intensité, il peut produire un effet heureux ou malheureux.

Quelle est au juste cette intensité pour l'homme? Comment la trouver? Et surtout quelle difficulté inouïe, même en connaissant au juste l'intensité voulue, de l'obtenir chaque fois d'une manière exacte? D'ailleurs, que reproche M. Liégeois aux courants continus? Le peu de commodité des appareils et « le manque de sanction donnée par l'expérience. » Nous savons que le premier désavantage existe, quoiqu'il ne soit pas considérable pour les hôpitaux, et quant au second reproche, il est certain que les courants continus n'ont pas été employés jusqu'ici, par la raison qu'ils étaient peu connus, et c'est ce qui arrive toujours pour les médications nouvelles. Quant à nous, nous reprocherons toujours aux courants interrompus d'avoir moins d'action sur le cœur, de pouvoir être remplacés en partie par la respiration artificielle, et surtout d'être dangereux entre des mains peu exercées.

En présentant notre Mémoire à la Société de chirurgie, nous n'avions nullement pour but de faire un mémoire complet sur les anesthésiques; nous ne voulions qu'indiquer un moyen nouveau et *nullement dangereux* de remédier aux accidents terribles causés par les anesthésiques, moyen qui n'exclut nullement les autres procédés employés en pareils cas. Nous aurions peut-être le droit de demander à M. Liégeois des conclusions plus nettes. Faut-il, oui ou non, employer l'électricité dans les cas d'asphyxie par le chloroforme? Comment faut-il l'employer? M. Liégeois ne répond à aucune de ces questions. Quant à nous, nous sommes convaincus que l'électricité, appliquée selon les règles déterminées, peut rendre les plus grands services.

Nous nous contentons d'ajouter qu'au moyen des courants continus nous avons ramené à la vie (et cela devant plusieurs médecins), des chiens et des rats à l'état de mort apparente et sur lesquels la respiration artificielle avait été pratiquée sans succès.

De plus, avec les courants continus, nous avons tout récemment fait revivre des rats, tués par le chloroforme et chez lesquels nous n'avions pu ramener les mouvements respiratoires au moyen des courants interrompus très-faibles. (Ces mêmes courants interrompus avaient, sur d'autres rats, ramené ces mouvements.) — M. Liégeois s'est-il mis dans les mêmes conditions? Cela est plus que douteux, car sur les animaux qu'il n'a pu faire revenir en agissant avec des courants intermittents, il n'a pas essayé s'il aurait plus de succès avec les courants continus. Il n'a fait aucune expérience avec ces derniers courants, et c'est cependant cette comparaison qui était la partie importante de ces expériences.

Nous croyons fermement à l'efficacité d'une excitation périphérique très-vive lorsque l'animal est asphyxié; mais une expérience rapportée par M. Liégeois diminue tellement la valeur des courants électriques dans l'anesthésie par le chloroforme, que nous sommes obligés de la rectifier. Sur un rat chloroformé et n'ayant plus de mouvements respiratoires, M. Liégeois introduisit dans les fosses nasales un stylet, qui fut promené sur les divers points de la muqueuse pituitaire. Au bout de quelques instants, les mouvements respiratoires revinrent et s'établirent d'une manière durable. M. Liégeois a, depuis, répété cette même expérience, sans obtenir le même succès, et cela se conçoit; car si M. Liégeois nous avait prévenus de la lecture de son rapport, ou nous avait demandé de nouveaux renseignements, nous aurions pu lui dire, ce que nous aurions voulu taire publiquement, que quelques heures après le même rat expirait. M. Liégeois avait promené le stylet trop profondément dans les narines et était arrivé jusque dans la cavité crânienne. C'est, certes, un moyen héroïque pour exciter énergiquement les centres nerveux, mais nous n'osons en recommander l'utilité.

Nous laissons à nos lecteurs le soin de conclure.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 31 mars 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

(SUITE.)

DISCUSSION

M. LÉON LE FORT. L'observation de M. Labbé me rappelle un cas que j'eus l'occasion d'observer en 1853, à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'un homme atteint de tétanos et présentant de temps en temps, comme par accès, une augmentation considérable de la raideur générale. Mon collègue M. Bidard et moi, crûmes pouvoir employer un moyen qui nous avait réussi dans l'éclampsie et nous espérâmes pouvoir, par la chloroformisation, arrêter ou modérer ces accès, pendant lesquels nous craignions de voir survenir la mort. Lorsque nous eûmes donné une faible quantité de chloroforme, loin d'arriver rapidement à la résolution et comme si l'excitation de la première période de l'anesthésie venait ajouter son effet à celui des contractions tétaniques, un spasme de la glotte, des muscles de la poitrine, de l'abdomen, nous firent craindre un moment de voir le malade succomber sous nos yeux à une double cause d'asphyxie. Ces deux faits tenderaient à me faire croire à la nécessité d'une grande réserve dans l'emploi des anesthésiques chez les tétaniques, et peut-être même à l'utilité de l'abstention complète.

M. DEMARQUAY. J'ai observé, dans des conditions analogues à celles dans lesquelles se trouvait le blessé de M. Labbé, deux malades atteints de tétanos; je n'ai pas cru devoir conseiller la chloroformisation et je ne comprends guère l'emploi des anesthésiques dans ces circonstances. En effet, le tétanos, ou plutôt les contractions tétaniques ne sont qu'un symptôme d'un état pathologique dont la nature intime nous échappe; mais quand, par le sommeil chloroformique, on aura fait momentanément cesser les symptômes, cela n'empêchera pas les contractions de disparaître au moment du réveil du malade.

M. PERRIN. Je ne puis partager l'opinion de M. Demarquay. Sans doute la contraction est un symptôme, mais c'est un symptôme qui tue, et la chloroformisation, en faisant cesser la contraction au moment où arrivant à son paroxysme elle menace de faire périr le malade par asphyxie, peut le sauver en l'amenant sain et sauf jusqu'à l'instant de la rémission.

Pour moi, je crois également qu'il y a danger à employer le chloroforme dans le cas de tétanos, et j'y ai été amené par le raisonnement. Les anesthésiques produisent deux espèces d'action : l'une excitante, c'est la première; l'autre paralysante. Dans le fait de M. Labbé, c'est dans la période d'excitation que les accidents sont arrivés. Si la situation d'un tétanique devint grave, on peut employer l'anesthésie; mais il faut arriver le plus vite possible à la résolution. Dans l'éclampsie, le chloroforme a été employé avec succès; je pourrais l'employer dans le tétanos, si mon malade me paraissait momentanément menacé d'asphyxie par excès de convulsion tonique. Dans le cas de M. Labbé, à quoi peut-on attribuer la mort? Est-ce à la rétrocession de la langue? cela me paraît peu probable; il me paraît beaucoup plus vraisemblable que la mort a été due au spasme du larynx et du diaphragme.

M. TILLAUX. Je ne crois pas qu'on puisse donner à l'observation de M. Labbé le titre de mort par le chloroforme, car la mort est arrivée plusieurs heures après la chloroformisation.

M. GIRALDÈS. Il est important de distinguer deux espèces de tétanos : le tétanos chronique, qui guérit quelquefois; le tétanos aigu, qui guérit rarement. Quant aux lésions dont parle M. Labbé, Lockart Clark avait parlé déjà de ces prolifération dans le bulbe rachidien.

M. Labbé s'est trompé en attribuant à M. Perrin le conseil de pratiquer la trachéotomie; il le trouvera indiqué dans mon article Trachéotomie.

Syme a montré que la rétrocession de la langue est assez souvent cause d'accidents; M. Labbé s'est servi, pour retirer la langue en avant, d'une érigne double; il est préférable de faire usage de la pince que les chirurgiens prussiens portent constamment dans la

boutonnière de leur uniforme. Dans le cas actuel, la mort a certainement été précipitée par la chloroformisation.

M. TRÉLAT, comme M. Giraldès insiste sur le danger de la rétrocession de la langue qui a lieu au moment où la période d'excitation fait place à celle de sédation, la traction de la langue en avant est suivie immédiatement de la disparition des accidents et souvent du retour de la sensibilité.

M. PERRIN nie que la rétrocession de la langue ait lieu au moment de la sédation, il ne croit pas non plus à l'influence de la traction de la langue, si ce n'est comme moyen d'exciter directement la glotte, ou du moins la partie supérieure du larynx. Quant à la trachéotomie, elle a été, dit-il, conseillée avant la publication de son livre.

M. PAULET. Le stertor qui annonce que la langue se porte en arrière arrive pendant la période de collapsus; mais je l'ai vu souvent pendant la période d'excitation.

M. LIÉGEOIS, comme M. Perrin, ne croit pas à l'utilité de la traction de la langue en avant.

M. CHASSAIGNAC a employé sans accident le chloroforme dans des cas de tétanos.

MM. DEMARQUAY, LE FORT, TRÉLAT et PANAS ne croient pas que la fracture spéroïde dont M. Labbé donne un exemple, soit aussi rare que le dit M. Labbé; mais leur avis est que, dans ces circonstances, l'amputation est en général le parti auquel il faut avoir recours.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

84. Delpech (Ferdinand). Du drainage dans les épanchements purulents de la plèvre.

85. Gillot. Etude sur une affection de la peau décrite, sous le nom de mycosis fongoïde (Lymphadénie cutanée).

86. Guillerault (Alfred). Des trois principaux types des affections du cœur. Traitement.

87. Daviot (Joseph). Etude sur les tumeurs de la face dorsale de la main dans l'intoxication saturnine, et les paralysies de cause cérébrale.

88. Porte. Nécrose phosphorée.

89. Trémoureux. Du traitement de l'hydartrose.

90. Alibert (Ismen). Etude des symptômes de l'hémorrhagie cérébrale.

91. Ibrahim Hassan. De l'examen du cadavre en médecine légale.

92. Champrigaud (André). De la tumeur lacrymale et de son traitement en particulier.

93. Bénéchi (Arthur). De la marche à la suite des amputations et des résections du pied et de la partie inférieure de la jambe.

94. Choyau (Prosper). Des bruits pleuraux et pulmonaires dus aux mouvements du cœur.

95. Guérard. Essai sur la sclérose en plaques disséminée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 mai, M. le docteur Fettu, médecin vaccinateur dans le canton de Nocé (Orne), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le cours d'accouchement de M. le doteur Verrier, interrompu pour les réunions électorales, sera repris jeudi 27 mai, à quatre heures, 6, rue des Quatre-Vents.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Etude sur le croup après la trachéotomie. — Evolutions normales. — Soins consécutifs. — Complications, par M. le docteur SANNÉ, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. 1 vol. in-18 de 274 pages. Prix, 4 fr.

Du traitement des accidents nerveux de la grossesse par le bromure de potassium, par M. le docteur CORDES. — In-8°, 1869. Prix, 3 francs.

Étude sur le mystagmus, par le docteur GADAUD, ancien interne lauréat des hôpitaux. — In-8°, 1869. Prix, 3 francs.

Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale, par MM. POINCARÉ et Henry BONNET. In-8, 2 francs.

Caractères qui établissent la viabilité chez les nouveau-nés, au point de vue de la médecine légale. Mémoire couronné par la Société médicale de Bordeaux, par le docteur GÉRY père. — Paris, 1869. 1 vol. in-8. Prix, 2 fr.

Une épidémie de peste en Mésopotamie, en 1867, par M. le docteur THOLOZAN. In-8. 2 fr.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical, publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique, par les docteurs DE MONTMÉJA et J. RENGADE. 5e numéro, avec 3 photographies. Prix, 2 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 26 mai 1869.

Le choléra a fait à lui seul tout les frais de cette séance. M. Barth a terminé la lecture de son rapport, aux applaudissements de l'assemblée. On n'attend plus que l'impression pour engager la discussion. L'impression est commencée, et il y a toute apparence qu'après deux ou trois séances au plus, la discussion sera mise à l'ordre du jour. Nous aurons pu probablement, à cette époque, mettre déjà sous les yeux de nos lecteurs un résumé des prinipales parties du rapport.

Sans changer de sujet, M. Fauvel a pris la parole, non sur le rapport de M. Barth, mais à l'occasion de ce rapport, pour exposer à l'Académie l'état sanitaire actuel de l'Orient. On se rappelle que, dans l'une des séances de janvier dernier, M. Fauvel fit une lecture sur la question de savoir si l'Europe était menacée d'une nouvelle invasion du choléra. Des faits énoncés dans ce travail et des supputations auxquelles s'y livrait M. Fauvel, il résultait que, malgré les grandes mesures sanitaires prises par l'Empire ottoman, à l'instigation de la Conférence internationale, on n'était pas encore à l'abri de toute inquiétude de ce côté. Il régnait, à cette époque même, dans quelques parties de l'Inde, une recrudescence de choléra, et l'époque prochaine du pèlerinage annuel de la Mecque ne laissait pas que d'inspirer quelques inquiétudes ; on pouvait redouter que les pèlerins venant des contrées infectées n'importassent le choléra avec eux à la Mecque, et que les mêmes conditions n'amenassent les mêmes résultats funestes qui se sont produits en 1865. L'Académie a appris, et tout le monde apprendra avec satisfaction que le pèlerinage est terminé, et que tout s'y est passé de la manière la plus heureuse.

De sages précautions hygiéniques avaient été prescrites et mises à exécution par les soins du gouvernement ottoman. Il est bon d'ajouter, sans vouloir rien diminuer, toutefois, du mérite de ces mesures pophylactiques, qu'aucune importation n'a eu lieu cette fois de la part des pèlerins ; mais il ne faut pas toujours compter sur une semblable immunité, et l'avenir nous dira mieux les services qu'auront pu rendre ces mesures.

M. Fauvel a saisi cette occasion pour répondre immédiatement à une appréhension exprimée dans le rapport de M. Barth. Le canal de Suez, avait dit M. le rapporteur, en abrégeant considérablement le trajet pour les provenances de l'Inde, ne constituera-t-il pas à cet égard un nouveau danger ? Non, a répondu M. Fauvel, et il en a donné immédiatement les raisons... On peut juger par ce petit échantillon de l'intérêt qu'aura la discussion du rapport de M. Barth.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Des embolies du cerveau chez les enfants

ET DE LEUR DIAGNOSTIC

PAR LA CÉRÉBROSCOPIE

Le hasard, qui nous comble en ce moment de faits curieux et rares, vient de placer sous nos yeux un exemple très-intéressant de maladie du cerveau que je crois être une *embolie*. — Mais avant de conclure de cette manière dans une maladie aussi récemment connue, et qu'on a surtout étudiée chez l'adulte et chez le vieillard, il importe d'y regarder de près, et de ne rien précipiter dans le diagnostic. — Ce n'est qu'après une analyse minutieuse des symptômes offerts par la maladie, et après une comparaison attentive des cas semblables, que par élimination des maladies analogues, mais différentes, j'espère arriver à vous faire partager ma manière de voir.

Il s'agit ici d'une enfant qui, sans cause connue, ayant été prise de *chorée*, le même jour et en même temps que sa sœur, depuis longtemps guérie, a eu sous vos yeux de l'endocardite, et il y a trois jours une hémiplégie subite à gauche, accompagnée d'insensibilité et d'aphasie.

Au reste, je vais vous donner lecture de l'observation telle qu'elle a été dictée au lit de la malade.

Chorée. — Endocardite. — Embolie artérielle du cerveau. — Hémiplégie par ramollissement. — Embolies multiples des différents organes et tissus. — Ophthalmoscopie : Œdème de la papille.

Marie R..., entrée le 15 mars 1869, âgée de 8 ans 1/2, au n° 60 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants malades, service de M. Bouchut.

Cette enfant, toujours bien portante, est atteinte depuis 13 jours de chorée venue sans rhumatisme, sans vers et sans émotions morales. Les mouvements occupent les quatre membres et le visage. Ils sont tellement violents que l'enfant ne peut se tenir debout, et que les parties saillantes sont rouges, un peu excoriées ; ils ne sont du reste accompagnés d'aucun trouble de la sensibilité. Il existe un faible bruit de souffle à la région du cœur, au-dessous du mamelon. Bon appétit. L'enfant va aisément à la garde-robe et n'a pas de fièvre.

Les mouvements sont devenus encore plus forts peu de jours après l'entrée, et toutes les parties saillantes du corps étaient excoriées.

On donne à l'enfant de l'arséniate de soude, à dose croissante, jusqu'à 0gr 030 par jour. Le médicament, d'abord bien supporté, produisit ensuite de la diarrhée, et on en cessa l'usage. Il avait produit très-bon effet, et les mouvements choréiques avaient notablement diminué. Les écorchures de la peau purent se guérir ; l'enfant n'avait plus de fièvre et mangeait bien. Elle restait pâle et maigre, modérément agité, lorsque le 24 avril, à 5 heures du soir, elle fut prise très-subitement d'hémiplégie du mouvement et de la sensibilité dans le côté gauche du corps, sans perte de connaissance, avec douleur vive de la tête à droite, avec déviation conjuguée des yeux à droite, et avec aphasie. Pas de changement de température appréciable des deux côtés du corps. La respiration est un peu gênée, incomplète, masquée par des râles sibilants et muqueux. Les battements du cœur sont accompagnés de frémissement vibratoire, et le premier temps est couvert par un bruit de souffle un peu rude, couvrant le claquement valvulaire du deuxième temps, et dont le maximum d'intensité est à la base et dans la direction de l'aorte. La matité précordiale n'est guère que de 5 centimètres carrés. La peau est peu chaude et le pouls très-petit, 120. Soif fréquente, pas de vomissements ni de diarrhée.

A l'ophthalmoscope, on constate dans l'œil droit une diffusion de la papille, qui est blanche, œdémateuse, et dont les contours sont à peine visibles ; la choroïde est pâle, les veines sont assez nombreuses, mais minces et un peu colorées. Dans l'œil gauche, la papille est plus distincte et manifestement plus nette que dans le côté opposé ; la choroïde est également pâle, et les veines très-minces, peu colorées. Le lendemain, les choses étaient absolument dans le même état, avec un peu plus d'embarras de la respiration, qui laissait entendre à distance des râles muqueux. Le côté paralysé présentait un peu d'œdème sans douleur.

Les urines examinées ne contenaient ni sucre ni albumine. L'enfant vécut encore deux jours dans la même situation, gardant une lueur d'intelligence, pouvant répondre par gestes à quelques sollicitations ; puis la respiration s'embarrassa davantage, et elle succomba.

Autopsie. — Le *cerveau* paraît mou, et la pie-mère est infiltrée de sérosité un peu opaline, sur quelques points de la convexité ; mais il n'en est pas de même à la base. A la partie postérieure de l'hémisphère droit, il y a, au niveau de deux circonvolutions, sur le trajet d'une artériole, une petite tache blanche allongée, entourée d'une petite zone de congestion capillaire, et cette tache est due à un thrombus artériel que l'on peut facilement extraire. Çà et là, dans l'intervalle des circonvolutions, la pie-mère présente une injection tellement vive de ses vaisseaux, qu'elle est épaissie et forme une toile d'un rouge violacé très-intense. Au centre de ces îlots de pie-mère ainsi congestionnée, on retrouve un vaisseau oblitéré par une thrombose. Cette lésion existe également dans la pie-mère du côté gauche.

En examinant la base du cerveau, l'*arachnoïde* est transparente et la pie-mère, peu congestionnée. L'*artère basilaire* est perméable, ainsi que l'*artère sylvienne* gauche et ses afférents. L'*artère sylvienne* droite présente une oblitération complète, et forme un petit cordon de 5 millimètres dur sous le doigt. L'artère paraît rose et çà et là, en suivant son cours, on voit des places remplies par un caillot blanchâtre, un peu décoloré. Toute la substance cérébrale où se distribue cette artère, la couche optique et les corps striés, sont ramollis, sur quelques points un peu jaunâtres, ocrés ; mais le ramollissement n'est point limité, et se confond peu à peu avec la substance cérébrale saine.

Dans le *cervelet*, il y a dans l'intervalle de ses circonvolutions plusieurs vaisseaux qui sont noirs, oblitérés dans une étendue assez grande ; la substance cérébelleuse a un peu moins de consistance que de coutume, sans être véritablement ramollie.

Les yeux présentent un peu de diffusion de la papille, sans dilatation des vaisseaux.

Les *poumons* présentent, à la partie postérieure et en haut, une hépatisation pulmonaire rouge, au centre de laquelle se voient plusieurs noyaux noirâtres, durs, du volume d'un pois, et formés par un peu d'apoplexie pulmonaire. D'un côté, il y a au centre d'un de ces noyaux une masse blanche un peu dure.

Le *cœur* n'est pas augmenté de volume, et les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées, tandis que celles du ventricule droit sont amincies.

Les valvules sigmoïdes sont saines, et le bord de la valvule tricuspide un peu épaissi sur trois endroits, qui sont en même temps vasculaires. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont saines. La valvule mitrale est très-malade ; elle est fortement épaissie, ainsi que ses colonnes tendineuses ; elle présente d'un côté une énorme végétation fibrineuse, adhérente par sa base, frangée à son bord libre, ayant 2 centimètres de largeur à son point d'insertion et 1 centimètre 1/2 de hauteur. Son épaisseur paraît être de 1 demi-centimètre ; elle est assez résistante, mais on sent qu'elle est friable, et on comprend qu'elle ait pu être fragmentée par le courant sanguin. Elle fait soupape dans l'orifice auriculo-ventriculaire, et devait monter et descendre au moment de la systole et de la diastole ventriculaires. Du côté opposé, en face, se trouve une autre végétation du volume d'un pois, ayant les mêmes caractères physiques.

Dans l'*aorte abdominale*, au point de sa bifurcation, se trouve une petite tumeur arrondie, ayant 2 centimètres 1/2 d'un sens, et 1 demi-centimètre de l'autre, adhérente à la paroi et pouvant laisser passer le sang sur les côtés et en avant. Toutefois, l'espace resté libre est peu considérable et n'a guère plus de 3 millimètres. Cette tumeur est noire à la surface ; quand on la divise, on la trouve entièrement formée de fibrine blanchâtre, ramollie, entourée d'une coque noirâtre, épaisse de 1 millimètre, obstruant l'artère presque complétement. On trouve jusqu'aux pieds, çà et là, de petites ecchymoses dues à des thromboses capillaires ; cette lésion n'existe qu'à gauche, et point dans le membre droit. Le foie est volumineux, rougeâtre, violet, siége d'une congestion considérable.

La *rate* est plus rouge que le foie, friable ; on y aperçoit quatre ou cinq noyaux du volume d'un pois à une noisette, durs à la périphérie, où ils sont noirâtres, et un peu plus mous au centre, où ils sont décolorés.

Les *reins* sont volumineux, bosselés, couverts de marbrures noirâtres et jaunâtres, et agglomérées sous formes de noyaux isolés. A la coupe, les parties noires pénètrent dans la substance corticale et sont dues à une hyperémie du tissu, tandis que les parties blanches entremêlées semblent être le résultat d'anémie. Mais à l'intérieur de l'organe, la lésion paraît moins nettement circonscrite qu'à la périphérie.

L'*intestin* est rempli d'ecchymoses situées sur le trajet des artérioles transversales de la muqueuse, et au centre desquelles on trouve le vaisseau oblitéré par un caillot.

Ainsi, vous voyez ici une chorée des plus graves, assez intense pour empêcher l'enfant de se tenir debout, et pour amener l'érosion de la peau sur toutes les parties saillantes du corps, aux coudes, aux poignets, aux épaules, sur le dos, sur les fesses, sur les genoux, sur les talons, etc., venue sans rhumatisme appréciable et sans cause connue. — La maladie a débuté au même moment, le même jour, chez sa sœur, qui n'a pas eu de rhumatisme plus qu'elle ; mais chose singulière, tandis que chez la malade dont je parle la chorée a été générale, elle s'est montrée, chez la sœur, sous une forme hémiplégique.

La même cause doit avoir agi de la même façon dans ces deux cas ; mais quelle est cette cause ? — A moins de faire une hypothèse, il faut avouer qu'elle reste inconnue.

Cela étant établi, et craignant de voir cette chorée si grave amener la mort par usure de la peau et par l'état général qui en résulte, ce que j'ai vu à plusieurs reprises, j'ai eu recours à la médication arsénicale qui, rapidement poussée à des doses assez fortes, produit d'excellents effets.

J'avais d'abord commencé par l'*essence de petits grains* comme antispasmodique, mais au bout de deux jours je la remplaçai par 10 milligrammes *d'arséniate de soude* ; le lendemain, j'en ordonnai 15, puis 20, ensuite 25, 30 et 35 milligrammes, dose à laquelle je ne vais habituellement jamais. C'est la gravité du cas qui m'y obligeait, ainsi que le désir d'arriver très-promptement à un apaisement de l'activité des convulsions choréiques.

Dans la médication arsenicale de la chorée chez les enfants, il n'est pas besoin d'aller à cette dose, qui peut avoir des inconvénients, et il est bon de ne pas aller au delà de 25 milligrammes par jour.

Ce traitement réussit, comme je l'avais prévu, à diminuer l'intensité des mouvements choréiques et à permettre aux écorchures de la peau de se cicatriser.

Malheureusement l'enfant prit alors de la diarrhée, sans avoir de nausées ni vomissements. Je cessai la médication arsenicale pendant deux jours et je la repris ensuite à la dose de 15 milligrammes par jour.

La chorée disparut presque entièrement, mais l'enfant restait pâle, faible, amaigrie, avec une assez grande fréquence du pouls et un fort bruit de souffle placé à la base de la région précordiale, en dehors du mamelon, vers l'aisselle et à la pointe du cœur.

C'est dans cette situation que, il y a quatre jours, elle a été frappée instantanément d'apoplexie. Elle a perdu tout à coup l'usage de la parole avec privation des mouvements dans le côté

gauche du corps. L'intelligence restait à peu près entière, car l'enfant donnait sa main droite et la portait à son front pour indiquer une vive douleur de tête. La vue était abolie et les yeux dirigés tous les deux dans le même sens, du côté droit. La sensibilité du côté paralysé était éteinte et il n'y avait plus de mouvements reflexes.

Les *urines*, analysées avec soin, ne présentèrent ni albumine ni glucose.

A *l'ophthalmoscope*, je constatai dans l'œil droit un peu de diffusion de la papille par œdème, sans rougeur et sans congestion ni dilatation des veines rétiniennes. L'œil gauche était dans l'état normal.

Je pouvais hésiter entre une *hémorrhagie du cerveau*, entre une *encéphalite aiguë*, entre une *paralysie essentielle de l'enfance*, entre un *ramollissement par artérite* ou dégénérescence des artères constituant une gangrène cérébrale, et enfin une *embolie artérielle*. — Je me suis arrêté à ce dernier diagnostic, et je vais dire pourquoi dans un instant. (*A suivre.*)

DES ARTHROPATHIES

consécutives à l'ataxie locomotrice progressive

Par M. Benjamin Ball

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris

(SUITE)

Obs. XVI. — *Ataxie locomotrice progressive; arthropathie de l'articulation de la hanche.*

M. le docteur Siredey nous a signalé un cas d'ataxie locomotrice accompagné d'une arthropathie coxo-fémorale. Nous publierons plus tard cette observation *in extenso*; pour le moment, il nous suffira de mentionner le fait.

Les faits que nous venons de rapporter seraient évidemment insuffisants pour tracer une description complète de l'affection qui fait l'objet de cette étude; mais nous pouvons déjà en formuler les caractères les plus essentiels, surtout au point de vue clinique.

I. — SYMPTÔMES, MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS.

C'est en général vers la fin de la première période de l'ataxie locomotrice, et au début de la seconde, que les accidents articulaires font leur apparition; la maladie, jusqu'alors caractérisée par les douleurs fulgurantes, commence à se traduire par l'incoordination des mouvements; c'est à ce moment que l'on voit se manifester, pour la première fois, des troubles du côté des jointures. Il ne faut cependant pas croire qu'il en est toujours ainsi. Dans les cas les plus graves — ceux où les lésions locales ont offert le plus d'intensité, — l'arthropathie s'est développée à une période déjà fort avancée de l'ataxie locomotrice (1).

Le début, dans tous les cas jusqu'à présent observés, a été brusque et sans prodromes. « L'absence de fièvre, de rougeur et de douleur paraît être un caractère à peu près constant, » dit M. Charcot. Nous partageons entièrement cette manière de voir; mais il ne s'agit point ici d'une règle absolue; car dans deux cas au moins (2), une réaction assez vive s'est montrée dans les premiers temps. Il faut d'ailleurs se rappeler qu'il existe souvent, chez les ataxiques, une accélération du pouls, indépendante de tout mouvement fébrile (3); l'observateur qui ne tiendrait pas compte de cette circonstance pourrait facilement être induit en erreur.

Un gonflement général de tout le membre signale habituellement l'invasion de la maladie. La tuméfaction est toujours plus prononcée au niveau de la jointure malade, et reconnaît pour cause une effusion considérable dans la cavité synoviale; mais les parties voisines sont constamment le siége d'un empâtement qui ne ressemble pas à l'œdème ordinaire, car loin de s'affaiblir sous la pression du doigt, il lui oppose une certaine résistance. Cet état ne persiste pas longtemps, et le membre tend bientôt à revenir à ses dimensions ordinaires; mais c'est au niveau de l'articulation envahie que les phénomènes pathologiques disparaissent le plus lentement; nous avons vu que souvent ils laissent derrière eux des altérations permanentes des extrémités articulaires des os.

L'hypertrophie et l'atrophie, tels sont les deux termes opposés qui résument les lésions que subissent les parties dures au voisinage des jointures envahies. C'est surtout lorsqu'elle occupe l'articulation du genou que cette affection revêt bien distinctement ce double caractère. Tandis que le volume des os, tandis que le diamètre transversal de la rotule éprouve un accroissement manifeste; tandis que le fémur et le tibia deviennent le siége d'hyperostoses volumineuses (4), les extrémités articulaires éprouvent une atrophie rapide qui se traduit par des luxations partielles et par une mobilité anormale (5).

Il en est autrement du côté de l'épaule; ici l'atrophie semble prédominer; car, dans les trois observations que nous possédons jusqu'à présent, la tête de l'humérus a présenté une perte de substance évidente. Cette lésion, constatée une fois à l'autopsie, s'est manifestée dans les deux autres cas par une luxation irréductible, les surfaces articulaires étant plus ou moins complétement détruites.

Quel que soit d'ailleurs le siége de ces accidents, on les voit suivre une marche très-rapide. Quelques jours suffisent pour amener, dans les articulations envahies, des désordres irréparables.

Dans les cas les plus légers, il reste toujours des craquements qui se font sentir dans les mouvements de la jointure, et qui témoignent d'une érosion des surfaces articulaires.

Il est peut-être intéressant de noter ici que, dans un quart des cas (4 sur 16), des troubles viscéraux liés à l'ataxie locomotrice progressive, et paraissant dépendre d'une lésion du grand sympathique, se sont développés parallèlement aux accidents articulaires.

Ainsi, chez deux de nos malades, on a constaté ces crises gastriques sur lesquelles M. Charcot a le premier appelé l'attention. Chez deux autres, nous avons trouvé ces phénomènes laryngiens sur lesquels notre excellent ami, M. Second-Féréol vient de publier un intéressant travail Nous devons nous borner ici à signaler la coïncidence sans y chercher une relation directe de cause à effet, Peut-être saisirons-nous un jour le lien qui réunit ces deux ordres de phénomènes; ils présentent incontestablement un certain degré de parenté; mais n'anticipons pas sur les considérations théoriques qui seront exposées plus loin.

Parlons enfin du siége de la maladie. Il est assez variable. Sur les seize cas que nous avons rassemblés, les localisations se répartissent de la manière suivantes :

Les deux genoux, au même degré	1	cas.
Genou droit (prédominance)	5	—
Genou gauche	5	—
Épaule droite	3	—
Épaule gauche	0	—
Coude	1	—
Articulation coxo-fémorale	1	—

Les genoux sont donc bien certainement le siége de prédilection de ces accidents.

Cette prédisposition se rattache à la fatigue que supportent ces articulations dans la marche; car ce sont les jointures dont le malade fait le plus habituellement usage, qui paraissent être les plus exposées à ce genre d'arthropathie. En effet, chose importante à noter, l'épaule a été trois fois le siége de la maladie, et chaque fois l'affection occupait le bras droit. Ce singulier privilége s'explique sans nul doute par les mouvements continuels qui se passent dans le bras droit, tandis que le bras gauche, qui demeure habituellement au repos, se trouve moins exposé aux accidents que nous venons de décrire. Il n'en est pas ainsi pour les genoux, qui fonctionnent tous les deux dans la marche; on voit donc l'arthropathie s'établir indifféremment sur le membre inférieur droit ou sur celui du côté gauche.

C'est probablement par la même raison que les deux genoux sont simultanément affectés dans la plupart des cas. Presque tout jours il y a prédominance marquée des symptômes d'un côté; dans un seul cas, les deux genoux étaient tous deux le siége d'une désorganisation très-avancée; enfin, dans deux cas (1), le mal n'occupait qu'une seule jointure. On voit par là que 9 fois sur 11, les deux genoux ont été frappés en même temps, circonstance fort importante à noter pour le diagnostic.

Nous avons fait observer que la marche et l'évolution de la maladie ne semblaient pas offrir des caractères absolument identiques aux membres inférieurs et aux membres supérieurs; mais pour formuler une règle à cet égard, il faudrait pouvoir s'appuyer sur un plus grand nombre de cas.

On ne saurait assigner aucune durée certaine à l'affection qui nous occupe. Bornée à quelques semaines dans les cas légers, elle peut durer des mois entiers dans les cas graves; quelquefois même le processus morbide semble se prolonger indéfiniment. Au reste, des déformations permanentes en sont presque toujours la conséquence.

L'arthropathie des ataxiques peut d'ailleurs se terminer par la guérison, comme nous en avons rapporté quelques exemples; mais, en pareil cas, il faut toujours se défier des récidives. Chez le malade qui fait le sujet de notre première observation, une chute, un coup porté sur la jointure (et l'on sait si de pareils accidents sont communs chez les ataxiques), suffisait pour déterminer sur-le-champ une nouvelle série de phénomènes morbides après la guérison des premiers. (*A suivre.*)

(1) Obs. 2, 3, 12.
(2) Obs. 2, 11.
(3) Ce fait a été signalé pour la première fois par M. Charcot, qui l'a constaté chez les ataxiques de la Salpêtrière. Il est mentionné plusieurs fois dans les observations que nous avons rapportées.
(4) Obs. 2, 3, 5, 12.
(5) Obs. 1, 2, et *passim*.

(1) Obs. 11, 12.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 25 mai 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. le docteur Poulet (de Plancher-les-Mines), traitant du parallèle du forceps et de la version (Comm. MM. Devilliers, Danyau et Depaul); — 2° Un rapport de M. le docteur Chabrand sur le service médical des eaux minérales de Monestier (Hautes-Alpes); — 3° Un rapport de MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales du département des Landes (Comm. des eaux minérales); — 4° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1867 dans le département de la Charente-Inférieure (Comm. des épidémies); — 5° Une note de M. le professeur Esmarch, de Kiel, sur un nouveau mode de pansement pour les blessures de guerre.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Elle comprend : 1° Une lettre de M. Sée qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de pathologie interne; — 2° Une note de M. le docteur Parise (de Lille) sur la curabilité de l'infection purulente. — 3° Un travail de M. Henry Dicks (de Londres) sur deux cas de rétrécissement de l'urètre opéré par la méthode sous-cutanée (présenté par M. Ricord); — 4° Un mémoire de M. Verrier, vétérinaire, sur les enzootics charbonneuses dans l'arrondissement de Provins; — 5° Un travail de M. Félix de Villebrand, professeur à l'Université d'Ilsinkfors, sur l'iode comme remède spécifique contre la fièvre intermittente (Comm., MM. Gubler, Chatin et Marotte); — 6° Un pli cacheté déposé par M. Verner (de Varsovie) (Accepté).

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

1° Par M. Robinet, de la part de M. le docteur Da Costa-Alvaringa (de Lisbonne), une brochure sur les eptocardies, à l'appui d'une demande du titre de membre correspondant;

2° Par M. Larrey, au nom de M. le docteur Antonino Maccaluso, de Sicile, une brochure en italien sur la dialyse appliquée à la vérification du quinquina;

3° Par M. Fidoux, une brochure ayant pour titre: *le Spiritualisme organique*;

4° Par M. Gosselin, au nom de M. le docteur Simon Duplay, le fascicule 2me du tome 3me du *Traité de Pathologie externe*, commencé par Tollin.

RAPPORT

Choléra. — M. BARTH lit la troisième et la dernière partie du rapport général de la commission du choléra sur l'épidémie de 1854, 1865 et 1866. (Cette lecture est accueillie par les applaudissements de l'Académie.)

COMMUNICATION

Etat du choléra dans l'Inde. — M. FAUVEL, à l'occasion de ce rapport, rappelle à l'Académie la communication qu'il lui a faite il y a trois mois environ, d'une note sur la question de savoir jusqu'à quel point l'Europe était menacée d'une nouvelle invasion du choléra. Dans cette communication, dit M. Fauvel, je parlais du voyage de la Mecque qui devait avoir lieu, j'exposais comment il avait régné dans plusieurs parties de l'Inde et particulièrement à Bombay et dans l'île de Java, une recrudescence cholérique considérable. Il était donc à craindre que les pèlerins partant de l'Inde pour la Mecque n'y apportassent avec eux le choléra, et on pouvait redouter la répétition des faits qui ont amené l'épidémie de 1865. Je pensais connaître les mesures très-sévères prises à cet effet, soit dans l'Inde même, soit dans la mer Rouge, soit dans les lieux de pèlerinage et en Egypte.

J'ai indiqué ce qu'il était permis d'attendre de ces mesures et quels étaient les compléments nécessaires dont nous poursuivions l'application. Au moment de ma communication, les pèlerins indiens commençaient à arriver à la Mecque. Certaines dépêches, mal connues, avaient jeté l'alarme en annonçant la présence du choléra à bord de certains navires arrivant chargés de pèlerins. Ces nouvelles furent heureusement contredites.

Aujourd'hui le pèlerinage est terminé, les pèlerins sont en partie de retour. Nous pouvons affirmer que tout s'est passé dans des conditions sanitaires très-satisfaisantes.

Voici des détails qui ne laissent aucun doute sur ce sujet; et ces détails nous sont fournis par les rapports de nos médecins sanitaires à Djeddah et en Egypte et par ceux adressés à l'administration sanitaire ottomane par des médecins ottomans, chargés de la police sanitaire du pèlerinage.

Les fêtes ont eu lieu du 23 au 26 mars. Le nombre des pèlerins réunis à la Mecque cette année a été estimé à 110,000 environ. C'est le pèlerinage le plus nombreux qui ait eu lieu depuis 1863. Voici comment ce chiffre se décompose :

26,993 sont arrivés par mer à Djeddah, sur 40 navires, tant à voiles qu'à vapeur. Parmi ces pèlerins, 6,150 venaient du continent indien; 4,222 de Java et des îles voisines, en tout 10,372 Indiens; 11,801 venaient de Suez et 3,776 de provenances diverses, principalement de la mer Rouge; tout le reste était venu, un certain nombre par terre, après avoir débarqué dans un point du littoral autre que Djeddah, et la plus grande partie, c'est-à-dire 70,000 environ, par caravanes de l'Egypte, de Damas et de plusieurs autres points de l'intérieur.

Disons de suite qu'aucun cas de choléra n'a été constaté à bord des navires amenant des pèlerins, et qu'aucune trace de cette maladie n'a été observée pendant le pèlerinage, qui a été favorisé par une température supportable (27 et 29 degrés Réaumur au maximum).

Quant aux mesures sanitaires qui ont été prises, les voici : A l'arrivée, quarantaine d'observation, puis campement à la Mecque, puis on a eu soin de préparer des fossés destinés à enfouir les animaux sacrifiés pendant les fêtes, et à recouvrir ces détritus de chaux et de terre. On a employé, comme moyen de désinfection des fosses d'aisances, de grandes quantités de chaux et de sulfate de fer expédiées de Constantinople. Enfin, pendant les trois jours de fêtes, il n'y a eu que 40 décès seulement. Il nous faut ici signaler le concours actif et intelligent des autorités ottomanes. Quant au retour, il s'est opéré par Suez, dans des conditions assez mauvaises, dues à la cupidité du capitaine et à l'incurie de l'administration égyptienne; cependant aucun cas de choléra n'a été observé, et l'état sanitaire a été en général satisfaisant.

Ainsi, nous sommes donc exonérés de toute crainte de ce côté pour cette année. Cependant il ne faudrait pas se hâter de tirer de ce qui s'est passé des conclusions trop favorables pour l'avenir. Le choléra n'a pas été importé de l'Inde dans Hidjaz et il ne s'est pas développé pendant le pèlerinage; ce qui confirme l'opinion émise par nous que le choléra n'est pas endémique dans cette contrée. Mais qui nous garantit que l'année prochaine cette importation n'aura pas lieu?

Sans doute les précautions prises dans l'Inde sont une garantie, mais une garantie insuffisante; elles sont incomplètes. Il importe donc de ne pas s'endormir sur les résultats obtenus et de poursuivre le complément des mesures recommandées par la Conférence, dont la principale est une surveillance sanitaire au détroit de Bab-el-Mandeb et un établissement de quarantaine pour les navires infectés.

Autrement, quelle que soit l'utilité des mesures hygiéniques pratiquées dans le Hidjah, elles n'empêcheraient pas le choléra de s'y développer en cas d'importation.

Parmi les mesures recommandées par la Conférence, il en est une très-importante qui n'a pas encore été remplie : je veux parler d'un endroit où les pèlerins pourraient s'arrêter en quarantaine. On avait jeté les yeux sur un port qui semblait à première vue devoir remplir les conditions nécessaires à cet effet; mais un médecin voyageur qui est passé par là nous apprend qu'outre que ce port est impropre à servir à cet effet, les Arabes y sont hostiles. Il faut donc y renoncer et porter ailleurs les recherches.

Quant aux craintes qu'exprime M. Barth au sujet du percement de l'isthme de Suez, je suis très-loin de les partager et voici pourquoi : c'est que ce ne sont pas les navires qui arrivent directement de l'Inde qui sont dangereux; ce qui est à craindre, ce sont les foyers de renforcement. En outre, ces navires qui arrivent directement sont des paquebots qui se trouvent dans d'excellentes conditions et ne transportent que des gens riches, qui, en général, ne sont pas atteints aussi facilement que les autres; il ne faut donc pas comparer, sous ce rapport, ces paquebots aux navires dans lesquels on entasse les pèlerins.

M. GUÉRIN (Jules) demande à M. Fauvel quelques explications sur plusieurs points de sa communication. Comment se fait-il, par exemple, dit M. Guérin, que les 6,000 pèlerins venant de Bombay, où régnait le choléra d'une façon très-intense ne l'aient pas apporté avec eux? Et parmi ces caravanes, il y avait bien des pèlerins venant d'endroits infectés; je demande donc à M. Fauvel comment il explique que toutes ces causes n'aient pas amené le choléra à La Mecque.

M. FAUVEL. D'abord je n'ai pas dit que ces 6,000 pèlerins, dont parle M. Guérin, venaient tous de Bombay, j'ai dit qu'ils venaient du continent indien en grande partie; beaucoup, il est vrai, s'étaient embarqués à Bombay, mais pas tous, et puis, je n'ai pas dit que le choléra régnât d'une façon bien notoire à Bombay au moment de leur départ. Du reste, je profiterai des objections de M. Guérin pour dire à l'Académie que je compte lui faire une communication à ce sujet beaucoup plus importante et plus complète, et dans laquelle je donnerai de longs détails.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et honoré confrère,

Dans une lettre adressée le 8 mai au rédacteur du *Courrier médical*, M. le docteur Abeille m'accuse, en des termes assez vifs, de ne point lui avoir rendu justice dans mon rapport présenté à la Société de chirurgie, sur les expériences de MM. Legros et Onimus. Comme M. Abeille n'avait pu lire alors dans les journaux de médecine que des extraits de mon rapport, j'espérais que le calme reviendrait naturellement dans son esprit, quand il prendrait connaissance du texte même de mon travail, inséré le 15 mai dans la *Gazette*. Il n'en a rien été, car le 19 mai, M. Abeille nous adressait une lettre rédigée dans le même sens que la première, seulement plus véhémente; peu s'en est fallu même qu'elle dépassât les limites de la convenance scientifique.

M. Abeille se plaint de ce que je n'ai daigné le citer qu'un peu, en disant : « Cette expérience que j'ai répétée trois fois, est confirmatrice de celle de M. Abeille, etc. » Or, ce peu, cet etc., est la conclusion tout entière du mémoire de 1851, tant de fois invoqué par l'auteur, dans le passé et dans le présent, à l'appui de ses droits à la priorité sur la question qui m'occupait. Afin que cette allégation ne laissât aucun doute, permettez-moi de rapporter, sans oublier un seul mot, le compte rendu des bulletins de l'Académie des sciences, en plaçant entre guillemets ma citation. L'auteur ayant eu, dans sa pratique chirurgicale, l'occasion de remarquer que l'on ne pouvait profiter pour les sujets soumis à la galvano-puncture de l'insensibilité produite par l'inhalation de l'éther, l'action du galvanisme réveillant aussitôt le sentiment, pensa que ce fait, qui lui était offert par le hasard, et qu'il ne tarda pas à voir se reproduire, pouvait être le point de départ de recherches utiles. Il entreprit, en conséquence, une série d'expériences sur les animaux vivants et vit se confirmer l'espoir qu'il avait conçu; ces expériences font le sujet du mémoire qu'il soumet aujourd'hui au jugement de l'Académie et qu'il termine dans les termes suivants : « L'électricité mise en jeu au moyen d'aiguilles implantées dans divers points du corps et surtout dans la direction de l'axe cérébro-spinal, réveille la sensibilité et met immédiatement en jeu les muscles en état de relâchement; elle constitue, d'après mes expériences, le moyen le plus prompt, le plus efficace, de ramener à la vie les malades chez lesquels les inhalations chloroformiques ont été prolongés au delà du terme prescrit par la prudence. C'est le premier moyen auquel on doive avoir recours, et des tentatives faites dans une autre direction ne m'ont paru amener autre chose qu'une perte de temps qui pourrait parfois être funeste. »

Que pouvait donc demander de plus M. Abeille? S'il eût publié son mémoire, j'aurais peut-être trouvé en celui-ci les éléments d'une citation, sinon plus favorable, du moins plus vaste. Mais ce mémoire n'a jamais vu le jour. Permettez ici que je vous exprime sur ce point tout mon étonnement. Comment! un mémoire d'une aussi haute valeur que celle qui lui est accordée par son auteur; mémoire qui, d'après lui, contient tout ce qui a été dit et fait sur la question de l'électricité appliquée aux accidents chloroformiques, depuis l'instant où il a été lu à l'Académie des sciences jusqu'aujourd'hui, un tel mémoire est encore à l'état de manuscrit, et n'a pas reçu encore les honneurs de la publication! A la vérité, M. Abeille accuse MM. les académiciens d'avoir laissé ce mémoire « sommeiller paisiblement dans les cartons de l'Académie des sciences. » Mais aujourd'hui que je commets à son égard un déni de justice, M. Abeille secoue la poussière qui le recouvre et en fait tirer une copie exacte. J'avoue que quand j'ai entendu parler de ce paisible sommeil dans les cartons de l'Académie, je fus pris de stupéfaction. Et pouvait-il en être autrement!

Le 26 septembre 1853 (Comptes rendus de l'Académie des sciences) : « M. Abeille demande et obtient l'autorisation de reprendre un mémoire qu'il avait précédemment présenté et sur lequel il n'avait pas été fait de rapport. Ce mémoire est relatif à l'emploi de l'électricité pour combattre les accidents produits par l'inhalation du chloroforme. »

Le 17 octobre 1853 (Comptes rendus de l'Académie des sciences) : « M. le ministre de l'instruction publique transmet une lettre par laquelle M. Abeille le prie de mettre l'Académie en mesure de se prononcer sur l'efficacité de l'excitation électrique pour combattre les accidents dus au chloroforme et de constater ses titres à la priorité d'invention de ce moyen, dont il avait fait l'objet d'une communication en octobre 1851. »

« M. Abeille avait déjà adressé directement à l'Académie une réclamation de priorité (séance du 5 septembre 1853) à l'occasion d'une lettre de M. Jobert de Lamballe sur la même question, et depuis, le 26 septembre, *il a demandé l'autorisation de reprendre son mémoire.* »

Ces faits seront portés à la connaissance de M. le ministre.

Lequel donc croire, ou de M. Abeille ou du bulletin académique?

M. Abeille se plaint non-seulement de ce que je l'ai trop peu cité, mais encore de ce que je l'ai placé au quatrième rang quand il méritait le premier. La raison en est que je m'étais surtout proposé de mettre en relief et dans l'ordre de leur importance les travaux qui avaient le plus contribué à la propagation de l'emploi de l'électricité dans le traitement des accidents dus au chloroforme.

Si j'avais eu égard à l'ordre chronologique, j'eusse certainement touché la question de priorité, mais je dois le dire, M. Abeille n'aurait pas eu le premier rang qu'il réclame avec tant d'instance. Prenez, en effet, les bulletins de l'Académie des sciences (année 1851, p. 639), vous y lirez ceci : « M. Abeille prie l'Académie de vouloir bien suspendre son jugement sur la question de priorité agitée entre lui et M. Wattmann, relativement à l'emploi de l'électricité pour combattre les accidents dus à l'inhalation trop prolongée du chloroforme et de l'éther. M. Abeille annonce avoir, en 1849, adressé, sous pli cacheté, à l'Académie de médecine une note sur cette question. Il a demandé l'ouverture de ce paquet et espère très-prochainement être à même de fournir à l'Académie des sciences un document authentique fixant l'époque à laquelle il a songé pour la première fois de faire usage en pareil cas de l'électricité. » Or j'ai en vain cherché, lors de la rédaction de mon rapport, quand ce pli cacheté avait été ouvert, pour savoir ce qu'il renfermait, mes recherches ont été vaines! A-t-il sommeillé, lui aussi, dans les cartons de l'Académie de médecine? En tout cas, tant que M. Abeille n'aura pas indiqué le recueil où se trouve le contenu de cette pièce précieuse, la priorité reviendra à M. Wattmann. Et celui-ci la doit indubitablement à la réclamation de M. Abeille.

Maintenant, les travaux de M. Abeille sont-ils supérieurs aux travaux de Jobert, de Robert, de la Société médicale des hôpitaux, et méritent-ils le premier rang dans l'ordre d'importance?

Pour cela, il faudrait savoir ce que contient le mémoire de M. Abeille : des expériences et des faits cliniques, répète sans cesse l'auteur. Mais alors, comment apprécier ces expériences et ces faits d'après la simple conclusion d'un mémoire qui n'a pas vu le jour? Dans quelles conditions expérimentales se trouvaient les animaux auxquels on avait donné le chloroforme? Comment celui-ci était-il administré? Les animaux étaient-ils seulement endormis ou plongés dans un état de mort apparente? Dans ce dernier cas, s'agissait-il d'asphyxie, de syncope? Comment les aiguilles étaient-elles disposées pour recevoir le courant électrique? De quel appareil d'induction s'est servi M. Abeille? Quelle était l'intensité des courants? etc. De tout cela, nous ne connaissons absolument rien.

Quant aux faits cliniques, j'avais, il est vrai, trouvé une notion dans un travail de M. Abeille (*Gazette des hôpitaux*, n° 154, année 1853); cette notion est la suivante : « Quant à notre propre observation, où l'électro-puncture a donné un si beau et si plein succès, M. Robert ne l'a pas trouvée concluante, et voici pourquoi : parce que, chez notre malade, la respiration persistait, quoique stertoreuse, râlante, et que le cœur battait encore, quoique le pouls fût très-faible, fuyant. » J'avoue que, ni moi non plus, je n'avais pas trouvé cette observation suffisamment probante, car il est bien évident qu'un sujet placé dans de telles conditions serait revenu à la vie par les moyens ordinaires, sans le secours du chloroforme. Aujourd'hui, plus que jamais, je me félicite de ne point avoir mis en avant les faits cliniques de l'auteur, car je m'aperçois que M. Abeille ne se rappelle même plus s'ils sont au nombre de deux ou d'un seul. Dans *le Courrier médical*, le mémoire de 1851 est basé sur douze expériences et *une* observation clinique où l'électricité a ramené à la vie un malade en état de mort apparente par suite du chloroforme. Dans la lettre qui vous est adressée, le mémoire est basé sur deux observations et sur des expériences sur les animaux.

Vous comprendrez donc, qu'en face de ce vague qui me paraissait planer sur la valeur du mémoire de M. Abeille, vague, dû au silence des rapporteurs de l'Académie des sciences, dû à l'abstention de toute publication par M. Abeille sur les détails expérimentaux contenus dans son mémoire de 1851, dû aussi au silence de Jobert qui publiant un travail trois ans après le travail de M. Abeille, ne parlait nullement de ce dernier, vous comprendrez, dis-je, que me proposant *de rendre justice à qui de droit*, je dois être entraîné à placer les conclusions de M. Abeille après l'indication des travaux appartenant à des savants qui n'ont point hésité à soumettre leurs recherches au jugement du monde scientifique, et leur ont donné une publicité en rapport avec leur importance.

M. Abeille va publier son mémoire. J'applaudis le premier à sa détermination, et j'espère qu'il établira ses droits à la priorité sur une base suffisamment solide pour qu'elle ne soit plus contestée. Mais quelle que soit l'importance des faits que ce mémoire recèle, il n'en demeurera pas moins certain pour moi que celui-ci n'a pas eu, pour les recherches postérieures à 1851, une aussi grande importance que celle qu'il lui accorde. Du reste, M. Abeille le reconnaît lui-même dans un passage de sa lettre, par cela seul qu'il excuse MM. Legros et Onimus de n'avoir point connu ses travaux. Je n'ai pas obtenu, il est vrai, la même indulgence, moi qui les connaissais si bien et en avais parlé.

Il me reste à me disculper d'un dernier reproche d'injustice qui m'est adressé par M. Abeille. M. Liégeois, dit-il dans sa lettre, qui a lu tout ce qui a trait à cette grande question, n'ignore pas non plus qu'en 1853, au moment où avait lieu la discussion de la Société de chirurgie, je prenais date dans la *Gazette des hôpitaux*, n° 119, pour de nouvelles données basées sur de nouvelles expériences en écrivant : « De nouvelles expériences me mettent à même de prouver que l'électricité constitue une ressource tout aussi puissante dans la mort apparente par syncope, par asphyxie, par suite de la sidération de la foudre, et qu'elle est appelée définitivement à juger dans les cas de décès si la mort est réelle. » Dans la lettre adressée au rédacteur du *Courrier médical*, on trouve aussi la citation précédente, après quoi M. Abeille s'exprime ainsi : « On voit, par ces faibles détails, si j'avais embrassé la question dans son ensemble ou non, et ce que les nouvelles expériences de MM. Liégeois, Legros et Onimus viennent infirmer ou confirmer des conclusions de tous mes travaux sur cet important sujet. Je tiens à la disposition de tous ceux qui voudront juger les travaux que j'ai publiés sur la matière. Et maintenant, comme on fait facilement table rase des travaux des devanciers, et pour ne pas me laisser dépouiller de mon vivant, je défie qu'on puisse découvrir quelque part des expériences et des observations antérieures aux miennes. » Si je me suis abstenu de citer M. Abeille quand, dans mon rapport, je me suis occupé de la question de l'asphyxie et de la syncope non chloroformiques, c'est qu'encore ici les preuves authentiques, c'est-à-dire les expériences, sont demeurées secrètes. Et si j'avais eu l'intention de faire l'historique complet de cette question, M. Abeille n'aurait certainement pas eu encore ici le premier rang. Un savant, quoiqu'il soit, auteur ou rapporteur d'une commission est, que M. Abeille le sache bien, toujours excusable s'il laisse échapper dans ses travaux quelques documents qui touchent à la partie bibliographique de son sujet, quand toutefois il a recueilli au moins les plus importants. L'immensité des matériaux qui aujourd'hui sont entassés dans nos bibliothèques est telle, qu'il ne me serait jamais venu à l'idée qu'un savant fût assez hardi pour défier qu'on lui fournisse les preuves qu'avant lui, sur une question qui n'est pas absolument nouvelle, personne n'y a mis encore la main. Vous allez voir ce que vaut un défi de ce genre. Que M. Abeille apprenne qu'il trouvera des expériences et des observations antérieures aux siennes dans l'ouvrage de Jean Aldini (*Essai historique et expérimental sur le galvanisme, avec une série d'expériences faites en présence des commissaires de l'Institut national de France, et en divers amphithéâtres anatomique de Londres*, an 12, MDCCCIV. Paris, imp. Fournier fils). Pour ce qui concerne l'asphyxie, M. Abeille trouvera, page 116, un chapitre intitulé : APPLICATION DU GALVANISME AUX NOYÉS ET AUX DIFFÉRENTES ESPÈCES D'ASPHYXIES. J'extrait de ce chapitre les lignes suivantes : « J'ai fait tenir sous l'eau des chiens, des chats et d'autres animaux de cette espèce jusqu'à extinction apparente de la respiration et de tout mouvement musculaire. Après les avoir tirés de l'eau et galvanisés sur-le-champ de la manière que j'ai indiquée plus haut, j'ai souvent eu la satisfaction de les rappeler à la vie. Je n'ai même jamais manqué de réussir que dans les cas où, par une submersion trop prolongée, l'animal avait entièrement cessé de vivre. Mais quels moyens humains ont alors plus d'efficacité que le galvanisme?

« J'ai varié cette expérience en essayant sur des animaux que j'avais fait asphyxier de toutes sortes de manières et par différents moyens, et j'ai obtenu de pareils résultats. »

Plus loin, Aldini propose un appareil électrique commode, avec lequel on pourra donner aux asphyxiés et aux noyés les plus prompts secours. Page 141, l'auteur propose le galvanisme pour les pendus.

Pour ce qui concerne les applications de l'électricité à la syncope et à la constatation de la mort réelle, M. Abeille trouvera entre autres les phrases suivantes : « Je regarde toujours avec horreur et indignation l'empressement avec lequel on proscrit de la société l'homme qui paraît avoir rendu son dernier soupir, en le dérobant ainsi aux précautions que de sages lois, comme celles d'Athènes et de Rome, avaient prescrites pour empêcher le cas d'un enterrement homicide.

« Il serait à désirer que l'on établit, par autorité publique,

dans toutes les nations, des personnes éclairées et capables de faire les épreuves nécessaires pour constater si la mort est réelle ou non. Leur surveillance, leur conseil, leur main bienfaisante seront utilisés dans ces cas. Cet établissement d'inspecteurs et de juges de la mort a lieu en Angleterre, à Genève et dans d'autres pays.

« Que l'on ne s'en laisse pas imposer par l'apparence trompeuse d'une mort réelle : il faut employer tous les secours de l'art avec confiance. Combien de fois n'a-t-on pas vu de malheureux tomber en léthargie, auxquels l'administration de certains secours a été de la plus grande efficacité ! Les extrémités étaient immobiles, le visage pâle, le corps froid ; la poitrine ne s'élevait plus, la respiration était totalement suspendue ; une glace approchée de leur bouche ne se ternissait plus ; tout enfin annonçait que les forces vitales étaient anéanties ; et cependant, malgré les apparences de la mort, on est encore parvenu à les rappeler à la vie. Parmi tous les moyens dont on fera usage dans ce cas, on ne doit pas oublier le galvanisme....

« Je suis loin de penser, avec M. Grève et d'autres physiciens, que le galvanisme soit assez puissant pour suffire tout seul à faire distinguer une mort apparente d'une mort réelle. Je remarquerai, etc... »

« Personne n'ignore que la preuve la plus sûre, la plus infaillible, que nous puissions avoir pour reconnaître qu'un homme n'est plus vivant, c'est la putréfaction. Je pense néanmoins que les contractions qu'on peut exciter par le galvanisme pourront aider beaucoup l'examen nécessaire pour distinguer la mort réelle de la mort apparente.

« Les moyens dont on se sert pour constater les cas d'une mort équivoque ne peuvent jamais être trop nombreux, et l'agent galvanique doit certainement tenir une place éminente entre eux. Son action pourra ramener la respiration et la circulation presque éteintes, et ranimer, pour ainsi dire, le feu vital. »

« Ces diverses considérations m'engagent à inviter tous les hommes sensibles à ne pas permettre que dans des cas douteux de léthargie ou d'asphyxie, on enlève le corps dont on croit avoir reçu le dernier soupir, avant qu'on ait fait les examens convenables. Les sentiments d'humanité qui nous font verser des larmes sur la mort de nos semblables, doivent nous commander puissamment de tenter plutôt l'influence galvanique pour leur être utiles. Tout effort à cet égard aura toujours un but louable : nous aurons toujours à nous féliciter de nos peines, si nous parvenons quelquefois à faire échapper quelques victimes déplorables, qu'un usage barbare précipite encore vivantes dans le séjour des morts. »

Assurément, quand M. Abeille aura lu les citations précédentes, il renoncera à tout droit de priorité sur l'emploi de l'électricité dans les cas de mort apparente, de syncope et d'asphyxie, et demeurera bien convaincu qu'il n'est pas le premier qui ait proposé l'électricité comme moyen de juger définitivement, dans les cas de décès, si la mort est réelle. A la vérité, je ne sache pas que personne ait proposé l'électricité pour les sujets sidérés par la foudre. Espérons que M. Abeille publiera les expériences qu'il a faites à cet égard. Il sera curieux de voir l'électricité ramener à la vie les sujets qu'elle a mis en imminence de mort.

Je rappellerai encore à M. Abeille certains travaux de Leroy d'Étioles : Expériences sur l'asphyxie, consignés dans deux mémoires, lus à l'Académie des sciences en 1826 et 1829, sur lesquels un rapport a été fait en 1829, par MM. Duméril et Magendie. Ces expériences ont été faites devant la commission. Elles démontrent l'heureuse influence des courants électriques (continus), combinés aux pressions alternatives de la poitrine, chez les animaux asphyxiés. (Voir aussi *Journal de physiologie*, T. VII et IX, et *Journal de la Société générale des naufragés dans l'intérêt de toutes les nations*).

Avant de terminer, je ne puis passer sous silence deux erreurs commises par M. Abeille à l'égard de Jobert, dont il connait cependant si bien le mémoire. Jobert n'a nullement entrepris les expériences qui font la base de son travail, avec M. Duchenne de Boulogne, comme il est dit dans la lettre adressée au rédacteur du *Courrier médical;* Jobert ne s'est point non plus servi de courants continus, contrairement à ce que rapporte M. Abeille, mais bien de courants d'induction. La cause de ces deux erreurs tient sans doute à ce que l'instrument employé par Jobert était un appareil de M. Duchenne. M. Abeille n'ignore certainement pas que cet appareil est un appareil d'induction.

Il me reste encore, mon cher confrère, à m'excuser d'une si longue lettre. Mais j'ai cru devoir, pour la défense de ma cause, citer textuellement les éléments bibliographiques qui l'appuient. De cette sorte, on évite toute ambiguïté.

Agréez, etc.

LIÉGEOIS.

24 mai 1869.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'ophthalmoscope, par le docteur GARIEL. — Paris, 1869. In-8, de 46 pages. Prix, 1 fr. 50.

Cancer, scrofule, phthisie. — *Notice médicale sur l'établissement de Celles-les-Bains (Ardèche)*, par le docteur SAINT-ANGE-BARRIER. Paris, 1869. In-8 de 87 pages. Prix, 1 fr. 50, *franco*.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

N° 61. — SAMEDI 29 MAI 1869. 42e ANNÉE. SAMEDI 29 MAI 1869. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 28 mai 1869.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La métallothérapie à l'hôpital de Lariboisière.

Qu'est-ce que la métallothérapie? Beaucoup de médecins l'ignorent; quelques-uns l'ont oublié; les plus jeunes n'en ont peut-être même pas entendu parler. Il y a vingt et quelques années, M. Burq, se livrant à des recherches sur les phénomènes de l'anesthésie et de l'amyosthénie, si communs dans les fonctions nerveuses, est arrivé à constater une influence spéciale de certains métaux sur l'action nerveuse, qui l'a conduit à proposer un système nouveau d'application des métaux *intus* ou *extra*, comme moyen d'étude et de traitement tout à la fois de ces affections. Nous faisons grâce des idées théoriques qui ont présidé à ces recherches ou qui ont été déduites des résultats obtenus. Ces résultats seuls nous intéressent pour le moment. Or il y en a eu d'incontestables et qui ont été constatés par des témoins irrécusables; et la *Gazette des hôpitaux* a publié dans le temps des faits qui étaient de nature à fixer l'attention sur cette méthode (voir notamment les faits publiés par M. le docteur Bozias et recueillis dans le service de Robert, à l'Hôtel-Dieu, n° du 22 mai 1860). Pourquoi le silence s'est-il fait autour de ces faits? c'est ce que nous ne chercherons pas à expliquer. Toujours est-il qu'après une longue interruption, M. Burq a repris quelques essais nouveaux dans les hôpitaux, particulièrement à l'hôpital Lariboisière, dans les services de MM. Verneuil et Hérard, qui ont bien voulu s'y prêter.

Voici la relation, aussi abrégée que possible, de trois observations qui ont été recueillies avec les plus minutieux détails dans ces deux services. Nous les publions sans commentaires, mais non sans faire remarquer toutefois qu'il serait désirable que ces essais fussent continués, afin qu'on puisse apprécier définitivement ce que la méthode en question peut renfermer de vrai et d'utile.

Le 29 octobre 1868, est entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Jean, n° 31, dans le service de M. le professeur Verneuil, la fille C..., blanchisseuse, âgé de 18 ans. Cette jeune fille, dont l'enfance a été maladive, et qui n'a dû qu'à l'usage prolongé de l'huile de foie de morue, du quinquina et surtout de l'habitation à la campagne, de récupérer une bonne santé et d'en avoir acquis tous les attributs à l'âge de 12 ans, époque où s'est établie la menstruation, est de nouveau retombée malade à l'âge de 13 ans, à la suite d'un apprentissage fait dans de mauvaises conditions d'hygiène; mal nourrie et surmenée par un travail au-dessus de ses forces, elle ne tarde pas à perdre tous les fruits de son séjour à la campagne. Peu à peu ses forces diminuent, l'appétit se perd, les fraîches couleurs s'en vont, et les règles, après avoir été en diminuant à chaque époque, finissent par se supprimer entièrement. En même temps surviennent des céphalées opiniâtres, des crampes dans les membres inférieurs, des palpitations, des points douloureux dans la poitrine. Dix-huit mois se passent ainsi, sans que les règles reviennent. La malade, à bout de forces, entre à l'hôpital Saint-Antoine, où elle reste trois mois, soumise aux martiaux et au régime tonique, puis va passer un mois de convalescence au Vésinet. Sous l'influence de ce traitement, ses règles reviennent et les forces se rétablissent. Mais C..., qui n'a pas encore 16 ans, ayant repris son apprentissage, les mêmes causes ne tardent point à produire les mêmes effets : retour de la dysménorrhée d'abord, puis de l'aménorrhée, avec inappétence, céphalées, palpitations, points névralgiques, etc. Les choses vont encore s'aggravant, malgré l'intervention d'un nouveau traitement par le fer et le quinquina; il survient des migraines avec vomissements, de l'essoufflement, de la bouffissure de la face, de l'œdème dans les jambes, des battements de cœur d'une violence extrême. Le fer n'est plus supporté et provoque des vomissements.

C'est alors que cette jeune malade entre à Lariboisière le 25 octobre, d'abord dans le service de M. Boucher de la Ville-Jossy, suppléé alors par M. Dumontpellier. Voici quel était, à ce moment, l'état de la jeune fille : teinte jaune paille de toute la peau et des sclérotiques, décoloration des lèvres, de la muqueuse buccale et des conjonctives, un peu de bouffissure de la face, œdème des membres inférieurs, circulation capillaire indolente, extrémités froides et un peu humides, — bruit de souffle très-intense à la base du cœur, se propageant en bruit de diable dans les gros vaisseaux.

L'examen de l'innervation donne les résultats suivants : 1° D'une part amyosthénie générale; de plus, désharmonie de la force musculaire dans les membres supérieurs où la pression, au dynanomètre, donne, à droite, 25 kil., et à gauche, 28 (contrairement au rapport ordinaire, qui donne une différence de pression de 1/5e à 1/6e en faveur de la main droite). — Anesthésie générale; la sensibilité ne paraît être intacte qu'à la plante des pieds, à la paume des mains, au creux épigastrique et aux angles inférieurs des omoplates. La muqueuse buccale, ainsi que les muqueuses oculaire et nasale sont insensibles. Le sens du goût est très-afaibli et perverti; les aliments ont pour la plupart le goût terreux, la malade n'a d'appétence que pour les crudités et les choses de haut goût. — 2° D'autre part, hyperesthésie sur le vertex, sur quelques apophyses épineuses des vertèbres dorsales et lombaires, sur divers points, au niveau de l'émergence des nerfs intercostaux; sentiment de constriction à la gorge, etc.

La malade étant passée, d'un commun accord entre les chefs de service, dans les salles de M. le professeur Verneuil, on commença, en présence de ce professeur et des assistants, les explorations suivantes :

Le fer et l'acier, appliqués les premiers (1), n'ont eu aucune action sur la sensibilité ni sur la motilité (l'insuccès des préparations martiales avait déjà fait prévoir ce résultat). On essaya successivement le cuivre, le zinc, l'étain et le nickel; chacun de ces métaux reste appliqué sous la forme d'une plaque de 1 décimètre carré, pendant une heure au minimum, sans plus de résultat.

On passe alors aux métaux précieux. De petites bandes d'argent, de platine et d'or vierge à divers titres d'alliage, d'environ 12 millimètres de largeur sur 6 centimètres de largeur et 1/2 millimètre d'épaisseur, sont enroulées en forme de bagues sur les doigts. Les mains ayant été rentrées dans le lit, puis ressorties au bout d'un quart-d'heure, on trouve la sensibilité revenue sous les bagues d'or et à leur voisinage; point ailleurs. On change les bagues d'or de place et on les substitue aux plaques d'argent et de platine qui étaient restées sans effet. Retour de la sensibilité sous les plaques et a l'entour, accompagnée d'une certaine sensation de chaleur. De plus, les piqûres faites auparavant, et qui étaient restées pâles, ont rougi; de nouvelles piqûres, faites sur les points qui avaient été recouverts par les lames d'or, saignent. M. Burq prend alors deux pièces d'or de 20 fr. et deux pièces de même module en argent; il les applique sur la région externe de l'avant-bras. Au bout de dix à quinze minutes, sensibilité exquise accompagnée de chaleur sous les pièces d'or, piqûres suivies immédiatement d'un léger écoulement de sang. Rien de pareil sous les pièces d'argent. Un large bracelet en cuivre doré n'a pas plus d'effet que l'argent ou le cuivre. Les mêmes phénomènes se produisent à la suite de l'application de la cuvette d'une montre d'or sur la face antérieure de l'avant-bras droit, tandis que sur la même région du bras gauche on applique une pièce de 5 fr. en argent. On prolonge l'application de l'or à droite, et au bout d'une heure et demie le métal *colle*, la chaleur et le fourmillement ont gagné une partie du membre, la circulation capillaire s'est activée. La pression dynamométrique donne à droite 33 kil. au lieu de 25, tandis qu'à gauche elle est restée la même.

Le lendemain, la sensibilité développée à droite persiste, et le dynamomètre donne encore 31 kil. Les expériences, répétées encore devant de nombreux témoins, donnent les mêmes résultats, et l'idiosyncrasie *or* étant suffisamment démontrée aux yeux de M. Burq, ce médecin a cru pouvoir se permettre, non-seulement d'annoncer la guérison prochaine de la malade par les préparations des sels d'or à l'intérieur, mais encore de tracer d'avance le programme des principaux phénomènes qui allaient se produire dans leur ordre de succession. Voici ce programme :

1° Modification de l'innervation; distribution harmonique de la force nerveuse, d'abord au profit des nerfs vaso-moteurs, d'où circulation plus active, fonctionnement normal des plus petits capillaires, puis de proche en proche au profit des nerfs de sensibilité générale et spéciale et des nerfs moteurs, c'est-à-dire, rétablissement progressif de la sensibilité cutanée et du goût, et de la contractilité musculaire et viscérale;

2° Diminution immédiate et proportionnelle à la distribution de l'anesthésie et de l'amyosthénie, des symptômes hypernerviques, points hyperesthésiques, douleurs, palpitations, excitations nocturnes, etc.;

3° Retour de l'appétit et reconstitution des globules et des principaux éléments du sang;

4° Enfin, réapparition des règles vers l'époque cataméniale, si ce n'est même en avance, sous la seule influence de l'activité plus grande imprimée dès le début aux capillaires de l'utérus, aussi bien qu'à ceux de tout le corps.

Voici quel est le traitement institué : A partir du 3 novembre, on prescrit à la malade de prendre tous les jours, avant le repas principal : chlorure d'oxide d'or et de sodium, 1 centigramme, mêlé à un peu de sirop de sucre.

Dès la première prise et peu de temps après, chaleur générale, sentiment de bien-être, la face se colore et reste turgescente une partie de la journée.

Le 4. Mêmes effets que la veille, plus une sorte de fourmillement général très-accentué; sommeil meilleur.

Le 5. La sensibilité cutanée semble déjà renaître, surtout aux jambes.

Le 6. L'appétit se déclare (une portion de plus).

Le 7. Les forces ont beaucoup progressé (press. 32 à dr., à g. 27). Sensibilité du contact normal dans les membres inférieurs; sensibilité de douleur revenue en partie seulement. Dans les membres supérieurs, sensibilité du contact disséminée, sensibilité de douleur nulle encore. Au teint jaune de la face a succédé une coloration rosée. On augmente la médication : deux doses de 1 centigramme chaque de sel d'or par jour.

Le 9. La malade accuse spontanément une amélioration notable; le retour de la sensibilité fait de nouveaux progrès.

Le 10. Coloration vive du visage, chaleur naturelle des mains, sensibilité redevenue exquise sur toutes les parties du corps. (Press. 33 k. à dr., 29 à g.) Garde-robes naturelles; presque plus d'hyperesthésie, diminution notable des palpitations, plus de spasmes, sommeil bon; appétit excellent et retour de la sensation du goût; disparition presque complète de l'œdème des jambes et de la teinte jaune des sclérotiques.

Le 14. Les règles, absentes depuis sept mois, sont apparues le 13 au soir. Depuis ce moment, les bruits du cœur et des gros vaisseaux ont notablement diminué.

Le 15. On élève la dose du sel d'or à 3 centigrammes.

Le 16. Les règles ont cessé après 48 heures de durée. Sensibilité normale; garde-robes naturelles; coloration presque normale. La malade se sent bien et voudrait quitter l'hôpital; elle consent néanmoins à rester encore jusqu'à l'époque menstruelle prochaine.

Le 24. On porte la dose du sel d'or à 4 centigrammes. Chaque prise est suivie des mêmes effets.

Le 1er octobre. Sensibilité et pression normales; la reconstitution continue.

Le 6. Retour des règles, de sept jours en avance sur la précédente époque. Elles durent deux jours et demi.

Le 9. La malade se ressent un peu de la fatigue du lit qu'elle a dû garder pendant ces trois jours et de la perte de sang inaccoutumée qu'elle vient de subir.

Le 11. Elle est tout à fait remise. Sensibilité et pression normales; plus de souffrances, aucune trace d'hyperthésie. Elle part, pour aller passer quinze jours de convalescence au Vésinet.

(1) Ces applications se font à l'aide de petites plaques métalliques, de pièces de monnaie, de bagues, etc., que l'on maintient sur le point à explorer au moyen d'une bandelette de sparadrap.

Nouvelles expériences confirmatives de l'action directe du chloroforme sur le système nerveux cérébral par l'intermédiaire des nerfs olfactifs.

Voici la nouvelle note que nous transmet de Blidah M. le docteur Ferran, en réponse à la relation des dernières expériences de MM. Dieulafoy et Krishaber :

En présence des expériences de MM. Dieulafoy et Krishaber, en apparence si infirmatives des miennes, j'ai presque eu un instant de doute. J'ai donc refait mes expériences à deux reprises différentes et sur deux lapins différents : la première fois, en présence de mon collègue le docteur Couderc; la seconde fois, en présence de MM. les docteurs Messager, Couderc, Battarel et Bernin, vétérinaire en premier aux chasseurs d'Afrique.

Dans les deux fois, j'ai eu bien soin de lier soigneusement la partie inférieure de la trachée-artère sur le tuyau de plume auquel était adapté un long tube en caoutchouc allant prendre l'air respiratoire au dehors. Mais, dans ces expériences, je ne me suis pas contenté, comme MM. Dieulafoy et Krishaber, de tenir à *l'air libre*, sous le nez du lapin, la petite éponge imbibée de chloroforme, je me suis mis dans les mêmes conditions que dans

mon expérience primitive, ce qu'ont négligé de faire ces messieurs. Pour cela, j'ai pris un verre à ventouse, à orifice assez étroit pour être obstrué complétement par le museau du lapin, un peu au-dessous de ses yeux.

Au fond de cette ventouse était placée, à 1 centimètre au-dessous des naseaux, la petite éponge imbibée de chloroforme.

Dans les deux expériences, il s'est produit, au bout de la première minute, quelques phénomènes d'excitation ; et au bout de trois minutes, c'est-à-dire deux minutes après, est arrivée la résolution complète des membres et de tout le système musculaire, moins le diaphragme et les narines. L'anesthésie a persisté tant qu'a duré l'action du chlororme sur l'appareil olfactif, une heure et demie dans la première expérience, vingt-cinq minutes dans la seconde. La sensibilité s'est montrée notablement engourdie, car nous avons pu, avec une épingle, traverser les muscles de la cuisse et certaines portions des pattes sans réveiller de contractions.

Néanmoins, la sensibilité n'est pas abolie, car en piquant l'animal sur le trajet des filets nerveux et en pinçant fortement l'extrémité des pattes, il y a eu des signes de réaction manifestes. Mais qu'on ne se hâte point de rien conclure contre nous à ce sujet, attendu qu'ayant laissé bien réveiller notre lapin, et l'ayant chloroformisé par la canule trachiale et les voies respiratoires, les mêmes épreuves ont déterminé les mêmes réactions de sensibilité. Or, cette dernière chloroformisation avait été poussée très-loin, à tel point que les mouvements des narines et du diaphragme sont restés un instant abolis, et que nous avons cru l'animal asphyxié. Ici, la résolution musculaire s'est produite au bout de 2 minutes 45 secondes; par conséquent, à peu près, 15 à 20 secondes plus vite que par la voie de l'appareil olfactif.

En conséquence de ces nouvelles expériences, je reste convaincu que les expérimentateurs qui voudront bien se mettre exactement dans les mêmes conditions d'exécution que nous, obtiendront les mêmes résultats et en déduiront des conclusions analogues à celles posées par nous dans notre premier article : conclusions qui n'ont rien de bien extraordinaire, si l'on songe aux nombreux faits de léthargie et de catalepsie provoqués chez certaines femmes nerveuses par certaines odeurs beaucoup moins pénétrantes que le chloroforme.

DES ARTHROPATHIES

consécutives à l'ataxie locomotrice progressive

Par M. Benjamin Ball

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris

(SUITE)

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les résultats d'une seule autopsie, et d'une autopsie d'ailleurs très-incomplète, sont bien insuffisants, à coup sûr, pour déterminer les caractères anatomiques de l'affection qui nous occupe ; mais les données de l'observation clinique nous permettent, dans une certaine mesure, de combler cette lacune ; et les phénomènes constatés à l'extérieur de la jointure trahissent, jusqu'à un certain point, la nature du travail morbide qui s'opère à l'intérieur de la cavité articulaire.

On doit évidemment reconnaître trois degrés différents dans les progrès de la maladie, au point de vue anatomique : des désordres, d'abord légers, auxquels succèdent bientôt des troubles plus graves, suivis eux-mêmes par une désorganisation permanente de l'articulation et une destruction plus ou moins complète des surfaces articulaires, telles sont les trois périodes successives que semble parcourir l'arthropathie spinale. L'autopsie que nous possédons se rapporte au second degré, ou période intermédiaire de la maladie ; pour en décrire les débuts et la période extrême, nous serons forcés de recourir aux phénomènes constatés pendant la vie.

Au premier degré, l'articulation est frappée d'hydarthrose, et les tissus voisins sont infiltrés de sérosité. L'effusion liquide ne se borne pas à la cavité articulaire; mais les bourses séreuses voisines paraissent y participer dans une certaine étendue ; le fait a été constaté, dans un cas au moins, par l'inspection directe et l'exploration chirurgicale a permis d'en affirmer l'existence plus d'une fois chez le vivant. (1)

L'épanchement paraît exclusivement constitué par de la sérosité citrine; il ne contient ni sang, ni pus, ni flocons albumineux ; et les ponctions faites sur le vivant par M. le docteur Labbé et par nous-mêmes (2) conduisent aux mêmes résultats que l'autopsie pratiquée par M. Charcot. L'abondance de l'épanchement peut souvent être assez considérable, puisque, chez une des malades dont nous avons rapporté l'histoire, près de trois cents grammes de liquide ont été évacués à la suite de trois ponctions successives.

Aucun travail inflammatoire ne semble accompagner ce processus morbide ; la nature du liquide évacué paraît l'attester, et l'unique autopsie que nous possédons vient confirmer cette manière de voir. En effet, la synoviale ne présentait pas de vascularisation anormale, et l'on ne trouvait point de végétations osseuses proprement dites dans la cavité articulaire.

Quant à l'hypertrophie si remarquable des tissus ambiants, il nous est, pour le moment, impossible d'en préciser la nature ; nous serions cependant tentés de croire qu'il existe, au début du moins, un œdème profond.

Le premier degré de l'arthropathie paraît donc avoir pour caractère essentiel une sorte de fluxion séreuse envahissant à la fois les cavités articulaires, les tissus ambiants et les bourses muqueuses voisines. Mais les choses ne restent pas longtemps dans cet état, et l'on voit rapidement se produire les lésions profondes qui marquent le second degré.

Il nous est impossible d'aller plus loin, faute de renseignements suffisants. Nous savons seulement que, sur certains points, il se développe des tumeurs osseuses, tandis que les surfaces articulaires paraissent subir une destruction rapide. Dans le seul cas où l'on ait pu constater l'état des parties, le cartilage d'encroûtement avait disparu, et la substance osseuse elle-même était rongée comme par un frottement violent et prolongé. Cependant, des ostéophytes peu développés entouraient le point malade.

Enfin, des luxations irréductibles se développent chez plusieurs sujets; elles sont la conséquence directe de l'atrophie des surfaces articulaires.

Il nous reste à signaler les différences qui séparent, au point de vue anatomique, l'arthropathie des ataxiques de certaines autres maladies articulaires qui semblent offrir une certaine analogie avec cette affection, mais qui en diffèrent sous plusieurs rapports.

A. L'arthrite chronique qui, dans ces derniers temps, a été l'objet de recherches fort approfondies, est caractérisée essentiellement par des altérations profondes du tissu osseux, par des végétations spéciales, et par une éburnation des surfaces articulaires qui manquent dans l'arthropathie spinale, ou qui semblent du moins n'exister qu'à un degré inférieur dans cette dernière affection. Dans l'un et l'autre cas, le cartilage d'encroûtement est détruit; mais les phases de ce travail morbide, qui ont été minutieusement étudiées dans l'arthrite chronique, sont pour le moment inconnues dans l'arthropathie des ataxiques ; tout ce qui nous est permis de dire à cet égard, c'est que la marche du processus atrophique paraît être bien plus active dans le second cas que dans le premier. Enfin, dans l'arthrite chronique, il existe un aplatissement, un élargissement des surfaces articulaires qui semble manquer dans l'arthropathie spinale.

B. On pourrait rapprocher de l'affection qui nous occupe la maladie décrite, il y peu de temps, par Volkmann, sous le nom de *carie sèche* (1) et qui se caractérise par une atrophie rapide des extrémités articulaires des os ; elle siége de préférence à l'épaule. Mais, dans cette dernière altération, on voit l'os se creuser de petites cavités irrégulières tapissées par une membrane finement granulée, peu vasculaire et tellement adhérente à l'os sous-jacent, qu'il faut user d'une certaine force pour l'en détacher. Rien de semblable ne paraît exister dans l'arthropathie que nous étudions. D'ailleurs les lésions qu'elle présente ressemblent à celles que produirait un frottement prolongé, une sorte d'usure des surfaces osseuses; tandis que, dans la carie sèche, il existe, d'après Volkmann, une altération profonde du tissu osseux lui même. Mais il nous paraît inutile d'exposer ici les caractères histologiques de la *carie sèche*, puisque ceux de l'arthropathie des ataxiques ne nous sont pas encore connus.

C. Les affections articulaires qui surviennent chez les paraplégiques sont analogues à celles qui résultent de l'immobilité prolongée: et si elles font disparaître le poli des surfaces en modifiant la structure des extrémités osseuses, elles ne donnent jamais lieu à l'atrophie particulière que nous venons de décrire.

Nous croyons donc (autant qu'il nous est permis de conclure d'après ces données imparfaites), qu'il s'agit ici d'une affection spéciale non encore décrite, offrant à la fois des symptômes cliniques qui diffèrent de toute autre arthropathie et des caractères anatomiques qui en font une espèce pathologique indépendante.

(A suivre.)

DU TRAITEMENT DES FISTULES URINAIRES.

DE L'URÉTROTOMIE INTERNE ENVISAGÉE COMME MOYEN PRINCIPAL DE TRAITEMENT CONTRE LES FISTULES URINAIRES DU PÉRINÉE ET DU SCROTUM, CONSÉCUTIVES AUX RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE.

Par le docteur A. Dubuc, ancien interne des hôpitaux.

Il y a, au point de vue du traitement, une distinction à établir entre les fistules de l'urètre, suivant qu'elles siégent à la partie libre de la verge, ou bien qu'elles occupent le périnée et le scrotum. Celles de la partie pénienne sont difficiles à guérir et souvent même incurables, ce qui tient à leur trajet direct et au peu d'épaisseur des parties molles qui les entourent, tandis que des conditions inverses rendent beaucoup plus facile l'oblitération des fistules urinaires du périnée et du scrotum. C'est de ces dernières seulement que nous allons avoir à nous occuper, ainsi que l'indique le titre de cet article, et tout particulièrement de celles qui reconnaissent pour cause un rétrécissement de l'urètre.

Les fistules urinaires, du périnée et du scrotum, constituent une infirmité très-gênante, puisque à chaque miction elle laisse échapper une quantité plus ou moins considérable de liquide, ce qui oblige les malades à se garnir d'appareils très-incommodes, ou bien à s'accroupir pour uriner, sous peine d'inonder leurs vêtements, et de vivre ainsi continuellement souillés par l'urine; elles portent de plus une atteinte profonde à la santé générale par les clapiers purulents qu'elles entretiennent sur leur trajet, et qui deviennent pour l'organisme une source permanente d'intoxication putride.

En présence d'une infirmité aussi fâcheuse, à quelle méthode de traitement le chirurgien doit-il s'adresser de préférence pour guérir son malade, en lui faisant courir le moins de danger possible? Il est évident que le même procédé opératoire ne saurait s'appliquer indistinctement à tous les cas ; mais nous sommes ici en présence de cas nettement déterminés; car il s'agit, ainsi que nous l'avons dit, de fistules urinaires du périnée et du scrotum consécutives à un rétrécissement franchissable de l'urètre.

En pareille circonstance les chirurgiens du siècle dernier et du commencement de ce siècle, J. L. Petit, Desault, Chopart, Hunter, Boyer, etc., employaient la sonde à demeure; ils ont dû à cette pratique de nombreux succès, ce qui fait dire à Boyer : « Combien n'a-t-on pas vu, en effet, de fistules urinaires réputées incurables, qui ont été guéries par l'usage des bougies et surtout par celui des sondes. » (Boyer, *Traité des malad. chirurg.*, page 269, t. IX, 1824). De nos jours encore, beaucoup de chirurgiens se servent de la sonde à demeure, et quelquefois les fistules urinaires cèdent à ce simple traitement; toutefois, l'emploi de la sonde, pour être suivi de succès, exige presque toujours un temps considérable ; de plus, il est un grand nombre de rétrécissements compliqués de fistules qui sont rebelles aux tentatives de dilatation : force est alors d'avoir recours à d'autres moyens de traitement.

Sans insister sur l'excision des trajets fistuleux et des tissus indurés qui les entourent, procédé employé par Ledran et les chirurgiens de son temps, non plus que sur l'incision, la suture, la cautérisation de ces mêmes trajets, tous moyens accessoires qui sont insuffisants pour amener l'oblitération complète des fistules, nous allons examiner comparativement deux autres procédés opératoires, qui, s'adressant à la cause elle-même, c'est-à-dire au rétrécissement, sont susceptibles d'amener une guérison radicale, je veux parler de l'urétrotomie externe et de l'urétrotomie interne.

Disons-le tout de suite, nous accorderons sans hésiter la préférence à l'urétrotomie interne; beaucoup de chirurgiens cependant, et des plus distingués, aiment mieux, en pareille circonstance, avoir recours à l'urétrotomie externe ; c'est qu'en effet, l'urétrotomie interne n'est pas encore appréciée à sa juste valeur; il n'y a pas longtemps, elle était repoussée par la généralité des chirurgiens des hôpitaux de Paris, ce qu'il faut attribuer à la hardiesse imprudente avec laquelle en avaient usé certains de ses promoteurs; aujourd'hui, l'opinion commence à lui devenir plus favorable, et il n'est pas douteux que, dans un avenir rapproché, elle prenne le rang qui lui est dû, celui d'une opération éminemment utile et, quoi qu'on en dise, inoffensive quand elle est pratiquée avec des précautions suffisantes. Il en sera de l'urétrotomie interne comme il en a été de la trachéotomie, qui, elle aussi, a eu à lutter contre bien des préjugés, avant de passer dans le domaine usuel de la pratique.

Supposons un malade atteint d'un rétrécissement de l'urètre, compliqué de fistules périnéales et scrotales, croit-on qu'on lui fera courir un danger moindre en pratiquant l'urétrotomie, externe c'est-à-dire en incisant toute l'épaisseur des parties molles du périnée et du scrotum, jusques et y compris le rétrécissement, qu'en faisant à l'intérieur de l'urètre une incision de 6 à 7 millimètres de profondeur avec un instrument sûr et précis, comme l'est l'urétrotome à lame courante de M. Maisonneuve ?

Mais quels sont donc les dangers qu'on a à redouter à la suite d'une urétrotomie interne bien faite? Je parle naturellement des accidents qui sont la conséquence directe de l'opération, et non de ceux qui peuvent résulter de ce que la maladie est plus ou moins compliquée; il est évident, par exemple, que si on opère un malade *in extremis*, parce que l'opération est sa dernière chance de salut, et qu'on a obtenu des succès dans des cas en apparence désespérés; il est évident, dis-je, qu'il ne faudra pas plus attribuer en pareil cas le résultat néfaste à l'urétrotomie interne qu'on ne l'aurait attribué à l'urétrotomie externe, si l'on avait pratiqué cette dernière opération.

Les dangers à redouter à la suite de l'urétrotomie interne, en se plaçant dans des conditions favorables que nous avons indiquées, sont au nombre de deux : le frisson et l'hémorrhagie.

Le frisson n'est jamais grave quand on a eu soin, comme on doit le faire, d'introduire dans la verge une sonde en gomme, d'un volume modéré, ne dépassant pas 4 millim. 1/2 à 5 millim. et de maintenir le malade au lit pendant au moins 48 heures, surtout si le temps est froid. Quant à l'hémorragie, elle ne dépasse presque jamais des limites très-modérées, et on peut toujours s'en rendre maître par des moyens appropriés (ergotine et extrait de ratanhia à l'intérieur; glace sur le périnée, les bourses et la verge; sonde à demeure).

Je ne sache pas d'ailleurs que l'urétrotomie externe mette à l'abri du frisson ni de l'hémorragie; mais en revanche elle expose les malades, principalement ceux des hôpitaux, aux dangers de l'érysipèle et de l'infection purulente, deux complications graves dont l'une, tout au moins, n'est pas à redouter à la suite de l'urétrotomie interne. Il est vrai qu'en cautérisant au fer rouge les surfaces incisées, comme ne manque jamais de le faire M. le professeur Verneuil, après qu'il a pratiqué l'urétrotomie externe, on diminue singulièrement les chances de l'érysipèle et de l'infection purulente; mais ce n'est plus pendant 48 heures que le malade est obligé de garder le lit, c'est pendant des semaines entières.

La guérison est-elle plus complète à la suite de l'urétrotomie externe qu'à la suite de l'urétrotomie interne? C'est un point qu'il faudrait tout au moins démontrer.

Les deux observations suivantes, empruntées à la pratique de

(1) Obs. 5 et 15.
(2) Obs. 1 et 4.

(1) Richard Volkmann, *Neue Beitrage zur Krankheiten der Bewegungs organe.* Berlin, 1868, p. 9.

mon excellent maître et ami M. le docteur Phillips, prouvent que l'urétrotomie interne fournit des résultats aussi favorables que possible. Je les ai choisies entre plusieurs autres qui sont entre mes mains, et dans lesquelles le succès n'a pas été moins complet, parce qu'elles se rapportent à des cas compliqués, et qu'elles montrent tout ce qu'un chirurgien habile est en droit d'attendre de l'urétrotomie interne, aidée de l'emploi méthodique des sondes, contre une infirmité aussi rebelle et aussi fâcheuse que les fistules urinaires de l'urètre.

Ces observations ont été rédigées, en ce qui concerne les antécédents, sur des notes remises par les malades eux-mêmes au docteur Phillips.

Obs. I. — *Rétrécissement de l'urètre. — Abcès urineux consécutif. — Fistules urinaires du périnée et de la fesse gauche. — Urétrotomie interne. — Emploi des sondes. — Guérison.*

M. P..., 62 ans, juge de paix.

Plusieurs écoulements blennorrhagiques dans la jeunesse.

En 1848, M. P... éprouve pour la première fois de la difficulté à uriner. Cette difficulté n'ayant fait qu'augmenter, il se décida, en 1853, à consulter un chirurgien, qui reconnaît l'existence d'un rétrécissement et l'engage à s'introduire des bougies.—M. P... ne put jamais dépasser les numéros les plus fins.

En 1859, les accidents redoublent, l'urine contient des mucosités. — M. P... introduisait alors une petite bougie chaque fois qu'il éprouvait de la difficulté à uriner.

Il atteint ainsi le commencement de l'année 1867; mais alors il éprouve des accidents de cystite qu'il essaye en vain de calmer à l'aide de boissons balsamiques et d'injections d'eau de guimauve faites dans la vessie au moyen d'une sonde; ses forces s'épuisent, il maigrit, et ne peut s'asseoir et se baisser qu'avec la plus grande difficulté. — C'est dans cet état qu'au commencement de juin il arrive à Pougues dont on lui avait conseillé les eaux.

Ayant fait, à son arrivée, appeler le médecin de l'établissement, celui-ci découvrit l'existence, au périnée, un peu en arrière des bourses, d'un abcès assez volumineux, qu'il ouvrit avec le bistouri; il en sortit du pus mélangé de sang, et les jours suivants le malade constata qu'il s'écoulait par la plaie du périnée un liquide qu'il reconnut être de l'urine. Ce fut à son retour de Pougues, c'est-à-dire vers le 20 juillet, qu'il se présenta chez le docteur Phillips. Celui-ci constata que l'urètre était rétréci dans une étendue très-notable; le rétrécissement commençait à 8 centimètres du méat, et s'étendait en arrière jusqu'à une limite difficile à préciser; ce rétrécissement, très-dur, laissait passer sans trop de difficulté une sonde de 0,002^{mm} à 0,002^{mm} 1/2; il existait trois trajets fistuleux, l'un situé à la fesse gauche, les deux autres au périnée, lesquels trajets étaient entourés de tissus tuméfiés et indurés. Au moment des besoins d'uriner, qui se répétaient fréquemment, la presque totalité de l'urine s'écoulait par les fistules; la station assise était très-difficile.

L'état général était déplorable, la peau était chaude et sèche, le pouls fréquent; il y avait perte de l'appétit et du sommeil, amaigrissement et découragement extrêmes.

M. Phillips laissa pendant quelques jours une sonde à demeure que le malade débouchait chaque fois qu'il avait besoin d'uriner; puis, lorsque le canal lui parut suffisamment préparé, il proposa au malade l'urétrotomie interne, qui fut acceptée.

L'opération fut pratiquée le 26 juillet, avec l'instrument à lame courante de M. Maisonneuve. M. Phillips se servit comme à l'ordinaire, de la lame de dimension moyenne, celle qui présente 0^{m}, 007 de hauteur au niveau du talon; il la dirigea sur la convexité du cathéter de façon à faire porter l'incision sur la paroi inférieure de l'urètre; puis une sonde en gomme de 4^{mm} fut introduite dans la vessie et laissée à demeure pendant 48 heures. Les suites de l'opération furent très-simples, sauf un léger accès de fièvre qui survint dans la soirée et fut combattu par quelques tasses d'infusion chaude de tilleul, et un faible écoulement du sang qui céda de lui-même.

Le 6e jour après l'opération, on reprit l'usage des sondes à demeure, mais cette fois on put laisser en place des sondes de 0^{m}005 1/2 à 0^{m}006.

L'amélioration obtenue fut rapide et considérable; vers le 20 août les trajets fistuleux semblaient oblitérés; l'induration du périnée et de la fesse gauche avait presque entièrement disparu; l'état général était devenu beaucoup meilleur; le malade, que rappelaient ses fonctions de juge de paix, retourna chez lui, et comme il habitait une localité peu éloignée, il fut convenu qu'il reviendrait à Paris au moins une fois tous les quinze jours.

M. P..., rentré chez lui, reprit ses fonctions, qui étaient assez fatigantes et l'obligeaient à faire parfois des courses en voiture, de sorte que, au bout de quelques jours, les fistules se rouvrirent, donnèrent de nouveau passage à du pus et à une petite quantité d'urine; l'état général restait beaucoup meilleur qu'avant l'opération.

Pendant les mois de septembre et de novembre, il vint à Paris tous les 12 jours environ; on lui mettait une sonde à demeure qu'il gardait pendant 5 ou 6 jours et qu'il débouchait chaque fois qu'il avait besoin d'uriner; il restait ensuite 5 ou 6 jours sans sonde. Grâce à cette précaution, les trajets fistuleux semblaient de nouveau oblitérés à la fin d'octobre. Pendant le mois de novembre, la santé générale et l'état local furent excellents; on introduisait de temps en temps une sonde, qu'on laissait à demeure pendant quelques jours, de façon à maintenir l'urètre dilaté et à rendre le rétrécissement plus souple.

Au commencement de décembre, le malade fut pris d'une bronchite avec fièvre et embarras gastrique, et les trajets fibreux, qui semblaient complétement cicatrisés, se rouvrirent de nouveau pour laisser échapper une petite quantité d'urine et de pus. Il suffit de placer une sonde à demeure pendant quelques jours, pour obtenir une guérison qui depuis lors ne s'est plus démentie.

A la fin d'avril 1868, le malade écrivait au docteur Phillips : « Depuis quatre mois et demi, les fistules sont complétement fermées et cicatrisées; j'urine facilement, avec un jet assez fort pour m'obliger parfois à m'éloigner du mur devant lequel je suis placé. Les besoins d'uriner sont moins fréquents (autrefois j'étais obligé d'uriner toutes les heures), aujourd'hui, je puis rester jusqu'à trois heures et demie sans uriner. L'état de ma santé est excellent; j'ai pris depuis quelques mois un embonpoint que je n'avais jamais eu; mes forces sont entièrement revenues. » J'ajouterai que, depuis cette lettre, nous avons revu le malade un certain nombre de fois, et que la guérison est restée complète; il nous a même avoué qu'il négligeait souvent d'introduire la sonde une fois chaque semaine pendant quelques heures, comme cela lui avait été recommandé pour éviter le retour du rétrécissement.

(A suivre.)

Tétanos traumatique au début

GUÉRI PAR LE BROMURE DE POTASSIUM

Par M. le docteur Bruchon.

Je fus appelé, le 26 octobre dernier, à donner des soins au nommé L..., âgé de 38 ans, ouvrier de l'usine Q... Ce malade étant tombé dans une cuve remplie d'eau acidulée et bouillante, s'était jeté à la rivière presque aussitôt après sa chute. Je le vis environ une demi-heure après l'accident. Il était couché dans son lit, son pantalon avait été enlevé, et le membre inférieur gauche apparaissait brûlé dans presque toute son étendue; la partie supérieure seule de la cuisse était intacte, et privée de son épiderme autour du genou, sur la partie antérieure de la jambe et sur le dos du pied. D'autres brûlures moins considérables siégent à la cuisse, à la jambe droite et sur le flanc gauche. Je ne m'occupai pas alors de rechercher les degrés de la brûlure, je fis le plus promptement possible du liniment oléo-calcaire avec lequel j'enduisis les parties brûlées, et j'enveloppai le tout dans de la ouate. Je reconnus plus tard que ces brûlures étaient des 2e, 3e et 4e degrés. Comme le malade était surexcité, je prescrivis une potion calmante, et recommandai d'éviter le froid avec le plus grand soin. Les douleurs se firent encore vivement sentir les jours suivants, la fièvre fut modérée, il y eut un peu de délire la nuit; somme toute, pendant quelques jours l'état de ce malade fut assez satisfaisant. Je laisse de côté la brûlure, qui marcha régulièrement, mais lentement, vers la guérison, pour arriver à l'accident sujet de cette note.

Une douzaine de jours environ après sa chute, je le trouvai à ma visite du matin, couvert d'une sueur froide, oppressé, avec pouls aussi fréquent, mais plus développé qu'auparavant. Il me raconta que pendant la nuit il avait éprouvé à plusieurs reprises des élancements dans le talon gauche, élancements tels qu'ils lui arrachaient des cris aigus, qu'ils se propageaient dans la jambe et le pied sous forme de crampes, et qu'alors ses orteils s'écartaient en éventail, se développaient en aile de pigeon, selon son expression. En même temps ses mâchoires se fermaient, et je constatai que dans les intervalles des accès il ne pouvait pas les ouvrir autant qu'autrefois; il y avait trismus, commencement de tétanos. En recherchant quelle pouvait être la cause déterminante de cette redoutable complication, j'appris que ce malade, d'un tempérament bilieux, d'un teint mat, d'un caractère emporté, habitait seul et laissait pendant les nuits, alors très-froides, une porte ouverte pour lui permettre d'appeler son frère, qui occupait l'appartement voisin. La chambre se refroidissait la nuit par cette ouverture, et il avait froid dans son lit lorsque arrivait le matin. Naturellement je la fis fermer et je prescrivis une potion fortement laudanisée. Deux jours après, les crises étaient plus rapprochées et plus violentes, le trismus plus prononcé, au point que, la mastication étant impossible, le malade ne pouvait plus prendre que des aliments liquides; son visage était couvert de sueur, son faciès très-altéré. Comme il présentait en outre tous les symptômes de l'embarras gastrique, je prescrivis une bouteille d'eau de Sedlitz. Fort inquiet sur l'état de ce malade, je cherchais à quelle médication je pourrais bien recourir dans cette circonstance difficile. Deux fois déjà dans de semblables circonstances j'avais échoué avec les opiacés et le chloroforme. Je résolus d'employer le bromure de potassium. Le lendemain de la purgation qui avait procuré 4 ou 5 selles, l'état tétanique du malade n'ayant pas changé, je prescrivis 4 grammes de bromure à prendre dans le courant de la journée. Il y eut une légère amélioration relativement aux accès, et les sueurs diminuèrent; mais trois jours après, les douleurs lancinantes du talon et les crampes revinrent avec autant d'intensité que précédemment. J'augmentai de 1 gramme la dose du sel et j'eus une nouvelle amélioration. Craignant alors que le malade ne s'habituât au remède, ou que celui-ci ne pût à cette dose continuer de dominer le mal, je n'attendis pas que les accidents revenant aussi fréquents et aussi forts me forçassent à augmenter la dose, je voulus prévenir leur retour, et dans ce but j'ajoutai 1 gramme de bromure tous les deux jours. J'allai ainsi jusqu'à 8 grammes par jour, et j'eus le bonheur de voir le mal aller en diminuant, puis cesser complétement.

Dès que le sel eut été donné à 5 grammes par jour, les accès allèrent en diminuant très-notablement; ils revenaient bien encore de temps en temps et spontanément, mais le plus souvent ils étaient provoqués par des mouvements soit actifs, soit communiqués; c'est ainsi que le plus léger mouvement imprimé au gros orteil gauche suffisait pour ramener un accès.

Il y eut un moment, pendant que le malade était à 8 grammes, où son teint, déjà très-mat, le devint bien davantage; cette teinte bistre frappait ses parents. Etait-ce un des effets du bromure? Du reste pas d'éruption cutanée.

Il faut aussi apporter une grande attention au mode d'administration du médicament. Ainsi il est arrivé au malade, pour se débarrasser plus tôt de sa potion, de la prendre, à mon insu, tout entière dans la matinée. Les nuits n'étaient plus aussi bonnes et je ne savais trop à quoi attribuer ce changement, quand, en l'interrogeant, j'appris cette modification apportée à mon ordonnance que je rétablis de nouveau en lui prescrivant de prendre son bromure de temps en temps dans le courant des vingt-quatre heures, et les nuits devinrent meilleures. L'action du médicament, pris le matin, n'était donc plus suffisante pour dominer le mal la nuit suivante; d'où cette conclusion légitime, ce me semble, qu'il faut toujours maintenir le malade sous l'influence de la même somme de bromure, jusqu'à extinction parfaite de la maladie et même au-delà, c'est-à-dire quelque temps encore après sa cessation complète.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Les *Archives générales de médecine.* — La *Revue d'hydrologie médicale.* — Le *Journal de médecine de l'Ouest.*

Le second fascicule du tome II du *Traité des maladies des yeux*, de M. Wecker. — Ce volume contient les *amauroses, les maladies de l'accommodation et de la réfraction.*

De l'*Aguerissement des armées.* — *Études d'hygiène*, par le docteur vicomte de Vauriel. In-18, Paris, 1869.

M. Vidrenne, médecin militaire, adresse à la Société deux travaux manuscrits intitulés : *De l'emploi du camphre alcoolisé en chirurgie.* — *Nécrose partielle de la partie inférieure du tibia. Extraction de séquestre. Guérison.* — Renvoyés à une commission composée de MM. Perrin, Legouest et Paulet.

COMMUNICATIONS

M. Guérin.—**Bec-de-lièvre double avec saillie de l'os intermaxillaire, suture métallique des os — Section sous-périostée d'un segment de la cloison. — Consolidation du tubercule médian.** (Observation recueillie par M. le docteur Dauet.) — Auguste D..., âgé de 6 mois et demi, est affecté d'un bec-de-lièvre double compliqué de saillie considérable de l'os intermaxillaire et de division du palais et de son voile dans toute leur longueur. Cet enfant est fort et robuste pour son âge.

L'os incisif, suspendu au bout du nez, fait en avant une saillie d'un centimètre et demi environ; son diamètre transversal a deux centimètre. Cet os supporte le tubercule médian de la lèvre, qui est large, mais court. Les deux bords de la scissure labial sont très-écartés, la cloison du nez est très-épaisse; la fente alvéolaire présente à peu près la même largeur que le tubercule osseux.

M. A. Guérin pratique l'opération le 23 août 1868.

Il commence par faire une incision sur la ligne médiane de la sous-cloison, en arrière du tubercule osseux; puis, introduisant une spatule entre la muqueuse et le vomer, il la décolle de chaque côté. Cela fait, il saisit avec de forts ciseaux l'os de la cloison sans toucher à la membrane pituitaire, et enlève un fragment triangulaire de cet os, qui est très-épais et offre beaucoup de résistance à la section.

Cette partie de l'opération est pratiquée presque sans effusion de sang.

M. Alph. Guérin, repoussant alors l'os intermaxillaire, constate qu'il s'adapte exactement avec les bords de la fente alvéolaire, et prenant un fort scalpel, il avive ces bords et ceux de l'os incisif, puis incise le repli muqueux qui fixe le tubercule labiale au tubercule osseux. Il prend alors une forte alène et perfore, avec cet instrument, l'os intermaxillaire dans sa partie médiane; puis il répète la même opération près du bord de chaque maxillaire. Un fil double en argent est passé, à l'aide d'une aiguille, dans le trou pratiqué à l'os incisif, et en le divisant, on obtient deux fils; un bout de chacun est passé de la même manière dans le trou du maxillaire correspondant; on obtient ainsi deux anses que l'on serre assez pour rapprocher les os, puis on tord les fils deux à deux. De cette façon l'os incisif est maintenu solidement en rapport avec les bords de l'arcade alvéolaire.

Les deux moitiés de la lèvre ne pouvant pas être rapprochées sans tiraillement excessif, M. Guérin les détache des os maxillaires et peut ainsi les mettre en contact. Alors, à l'aide d'un bistouri étroit, il avive les deux bords de la scissure labiale en conservant le lambeau du côté gauche; puis, affrontant les deux bords saignants, il les fixe au moyen de deux points de suture entortillée; le petit lambeau est abaissé et fixé horizontalement au niveau du bord libre de la lèvre par un point de suture entrecoupée.

Le tubercule médian constituant la sous-cloison est fixé, par son extrémité libre, au niveau de la partie supérieure de la lèvre au moyen d'une troisième épingle qui traverse à la fois ce tubercule et les deux moitiés de la lèvre.

L'enfant est reporté dans son lit; toute la soirée il est agité et pousse des cris plaintifs; on lui donne du lait et du bouillon; sirop diacodé, 10 grammes.

24 au matin, l'insomnie a été complète et la fièvre très-intense. Dans la nuit, il y a eu deux selles sanguinolentes constituées par le sang avalé pendant l'opération.

24 au soir, même état. Sirop diacodé, 15 grammes

25 au matin, l'insomnie persiste; fièvre toujours très-intense. L'état local de la bouche est très-satisfaisant; l'enfant se plaint, mais sans crier; diarrhée. Tapioca au lait.

25 au soir, l'enfant s'est endormi vers quatre heures de l'après-midi; sommeil calme; fièvre toujours très-forte.

26 au matin, l'enfant a dormi presque toute la nuit; fièvre modérée; la diarrhée persiste. Même alimentation.

26 au soir, l'enfant est gai; la fièvre a cessé!

M. Guérin enlève l'épingle du milieu.

27, la gaieté habituelle est revenue; la nourriture est bien supportée, malgré une légère diarrhée.

27 au soir, on enlève l'épingle inférieure.

28, on enlève l'épingle supérieure et on applique deux bandelettes de diachylon pour soutenir la lèvre et la soustraire au tiraillement latéral.

29, l'enfant part pour la maison paternelle.

2 septembre, dixième jour de l'opération, les bandelettes sont enlevées. La lèvre est réunie dans toute sa hauteur, ainsi que la sous-cloison.

7 septembre, examen attentif de l'intérieur de la bouche; il n'y a pas d'inflammation ni de suppuration. Les fils d'argent sont laissés à demeure.

20 septembre, la dent incisive médiane commence à sortir.

2 octobre, M. Guérin enlève les fils d'argent; l'arcade alvéolaire est très-régulière et la consolidation osseuse se fait quoiqu'il y ait encore un peu de mobilité de l'os intermaxillaire.

L'état extérieur de la bouche est des plus satisfaisant; la lèvre in-

férieure ne fait qu'une légère saillie en avant de la lèvre supérieure; celle-ci n'est point aplatie et ne présente qu'une encochure à peine marquée.

Le nez est un peu plat, mais sans exagération.

L'examen de l'enfant a été fait tous les mois. Peu à peu la mobilité de l'os intermaxillaire a diminué, et, au bout de cinq mois, l'os avait toute la solidité désirable; les quatre dents incisives supérieures sont sorties, mais elles ne sont pas régulièrement plantées.

Aujourd'hui 1er février, outre les incisives supérieures, l'enfant a deux incisives inférieures et deux molaires; une dent incisive médiane supérieure est mobile, et parait devoir tomber prochainement, ce qui n'empêche pas l'enfant de mordre le doigt qu'on introduit dans la bouche et de le serrer fortement; il mange aussi des croûtes de pain assez dures.

Le succès a donc été complet.

L'opération que j'ai pratiquée ressemble à celle qui a été communiquée à la Société par M. Broca, il y a un an. Comme celle de notre confrère, elle a donné lieu à la réunion de l'os intermaxillaire avec les os maxillaires. Dans l'un et dans l'autre cas, il a y eu avivement des surfaces osseuses et surture avec des fils d'argent.

Dans l'opération pratiquée par moi, j'ai pu laisser la suture métallique en place du 23 août au 2 obtobre. Ce fait offre un grand intérêt; il prouve l'inocuité de la présence des fils d'argent dans la substance des os, et, d'un autre côté, il donne l'explication de la consolidation obtenue.

Mon observation et celle de M. Broca différent de celle de M. Debrou, qui date de 1844, en ce que M. Debrou ne fit pas la suture.

J'ai cru avoir inventé la section sous-périostée de la cloison; si pourtant les souvenirs de M. Verneuil sont exacts, M. Mirault d'Angers lui aurait dit avoir eu recours à ce procédé et en aurait même consigné l'indication dans la *Gazette hebdomadaire* du mois de septembre 1868, et nous aurions tous les deux le même titre à l'invention.

Je tiens d'ailleurs moins à être l'inventeur du procédé qu'à en faire ressortir les avantages, et ces avantages sont incontestables: au lieu d'exposer à une hémorrhagie, comme le procédé de Blandin, qui comprend dans la section de la cloison, le vomer, la membrane muqueuse et le périoste, la section sous-périostée peut être très-étendue sans que l'enfant soit exposé à la moindre perte de sang.

M. GIRALDÈS. Quel était la différence du niveau après la terminaison de l'opération entre le tubercule maxillaire abaissé et les arcades dentaires?

M. GUÉRIN. Le tubercule abaissé était de niveau.

M. GIRALDÈS. Il y a un autre procédé pratiqué par Langenbeck qui consiste à glisser le bistouri sous la muqueuse et à couper la partie cartilagineuse de la cloison. J'ai employé le même procédé que celui que M. Broca nous a décrit il y a quelques mois; le fil n'a pu être placé, car j'ai rencontré des bulles dentaires; l'enfant est sorti portant encore son bec-de-lièvre.

M. GUÉRIN. C'est à Debrou qu'il faut rapporter l'honneur de ce procédé et non à Langenbeck. Le tubercule était situé très-haut à la pointe du nez; l'os intermaxillaire était soutenu par une cloison cartilagineuse tellement dure qu'elle ressemblait plus à de l'os qu'à du cartilage, et il m'a fallu employer pour la couper avec les cisailles une force considérable.

M. TRÉLAT. La communication de M. Guérin porte surtout sur ce temps de l'opération qui consiste à faire le décollement de la muqueuse et la section sous-muqueuse du cartilage.

M. CHASSAIGNAC. Il y a des tubercules osseux qui n'ont pas la largeur suffisante pour s'encadrer dans l'écartement des os maxillaires; dans ce cas, on ne pourrait employer le procédé dont vient de parler M. Guérin. Dans deux opérations dans lesquelles j'ai sectionné la cloison et la sous-cloison, j'ai opéré d'abord le décollement de la muqueuse.

(*Sera continué.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret impérial en date du 15 mai, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, la Société protectrice de l'enfance, dont le siége est à Paris, a été reconnue d'utilité publique.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 4 juin, à trois heures et demie précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : Communication de M. le docteur Blachez sur un cas de méningite; — 2° Discussion sur la viabilité des nouveau-nés; — Discussion sur la gangrène partielle du vagin à la suite du tamponnement avec de la charpie imbibée de solution de perchlorure de fer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Des dangers et de l'utilité du théâtre au point de vue de la santé, par le docteur Eug. VERRIER. — Paris, 1869. In-fol. de 20 pages. Prix, 1 fr.

Recueil de questions posées aux examens de médecine et aux accouchements. Prix : 1 fr. 50 le volume. — Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

De l'urticaire, ses causes, sa pathogénie et son traitement par le docteur FALUC, de Paris, membre correspondant de la Société de médecine d'Anvers. — Paris, 1869. In-8 de 52 pages. 1 fr.

Les eaux thermales sulfurées des Pyrénées, par M. le docteur A. BUEZ. Baréges et ses eaux. In-8. 1 fr.

Traité du diagnostic des maladies chirurgicales, par E. FOUCHER, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc., etc. Tome 1er, 2e partie. 1869. 1 vol. in-8. Prix, 3 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Des embolies du cerveau chez les enfants

ET DE LEUR DIAGNOSTIC

PAR LA CÉRÉBROSCOPIE (1)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE, AVEC L'ENCÉPHALITE AIGUE, AVEC LA PARALYSIE ESSENTIELLE DE L'ENFANCE, AVEC LE RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL ATHÉRONIATEUX.

1° *Hémorrhagie cérébrale.* — Chez les enfants, l'hémorrhagie cérébrale est très-rare, et, en même temps que l'hémiplégie, elle détermine toujours une perte plus ou moins prolongée de l'intelligence. Ne fût-ce qu'une heure, les facultés intellectuelles sont abolies, et lorsque le malade reprend sa connaissance, il est paralysé du mouvement. — Or, ici, l'hémiplégie a été subite et a paru sans être précédée de perte de connaissance. Dès le premier instant la petite fille a paru se plaindre d'une vive douleur dans le côté droit de la tête, vers lequel elle tenait sa main restée libre. — De plus, il y eut dès le premier moment une anesthésie complète du membre paralysé, ce qui n'arrive pas dans l'hémorrhagie cérébrale laissant l'intelligence intacte.

Une dernière raison enfin qui me paraît éloigner entièrement ici l'idée d'une hémorrhagie cérébrale, c'est le résultat de l'*examen cérébroscopique.* En effet, dans l'hémorrhagie cérébrale, le fond de l'œil est toujours rouge, la papille plus ou moins diffuse par hyperémie de ses vaisseaux propres, et il y a phlébectasie rétinienne très-prononcée. — Or ici, le fond de l'œil droit était pâle, la papille blanche, diffuse par œdème séreux, et il n'y avait pas de phlébectasie rétinienne. — De plus, l'autre fond d'œil, à gauche, était normal.

Nous avons donc ici la preuve à l'ophthalmoscope qu'il n'y a pas d'hémorrhagie cérébrale, mais qu'il y a une lésion de l'hémisphère droit, ce qu'indique la lésion reconnue du nerf optique droit.

2° *Encéphalite aiguë.* — Chez les enfants, l'encéphalite aiguë se montre quelquefois et peut entraîner l'hémiplégie, mais elle n'apparaît pas comme maladie primitive apoplectique, frappant tout à coup de paralysie une région du corps. — C'est plutôt une maladie secondaire se développant autour d'une lésion antérieurement existante, comme serait par exemple un tubercule. — Elle vient alors par degrés et se complique ordinairement de méningite. — Ici, nous n'avons rien de progressif, et l'invasion subite des accidents m'empêche de croire à l'existence d'une encéphalite aiguë.

3° *Paralysie essentielle de l'enfance.* — Le développement subit des paralysies essentielles de l'enfance, de celles qu'on nomme *graisseuses* en raison de l'altération graisseuse des muscles est également subit comme dans le fait placé sous nos yeux, mais il n'est jamais précédé de chorée ni de déviation latéralisée des yeux, d'amaurose ou d'aphasie. — De plus, il ne s'accompagne jamais de lésion de la rétine et du nerf optique. — On n'y remarque pas davantage cet affaiblissement général que présente notre malade, et toute ces raisons me font éloigner l'idée d'une paralysie dite essentielle.

4° *Ramollissement par artérite ou dégénérescence athéromateuse des artères cérébrales.* — Il y a vingt ans, je publiai un Mémoire sur la nature du ramollissement cérébral sénile, qui fut lu et discuté à la Société de médecine des hôpitaux (2). Là, je démontrai, conformément à l'opinion de Carswell, d'Abercrombie, de Rostan et Gendrin, que le ramollissement des vieillards n'était qu'une conséquence de l'obstruction des artères cérébrales par athéromes qui en rétrécissaient le calibre des trois quarts. — Pour moi, ce ramollissement n'était qu'une gangrène sénile analogue à celle des membres produite de la même manière, et si ce ramollissement n'avait pas d'odeur, c'est que le cerveau, enfermé dans la boîte cranienne, était à l'abri du contact de l'air. — En effet, dans une soixantaine de cas connus de ligature de carotide interne, il y a eu des hémiplégies suivies de ramollissement cérébral dans l'hémisphère dont le vaisseau avait été lié, et il n'y a pas à douter que, dans ces cas, cette désagrégation de la substance cérébrale ne soit une gangrène sans odeur, ce qu'on appelle aujourd'hui une *nécrobiose cérébrale.*

Avons-nous affaire là à un cas de ramollissement cérébral comparable à la gangrène, c'est-à-dire à une nécrobiose par ischémie? C'est probable. Seulement ce n'est pas au ramolissement par athérome des artères cérébrales, lésion inconnue chez les enfants, et ce doit être quelque autre lésion des artères du cerveau.

Parmi ces lésions, il en est une dont le mécanisme relève directement de celle dont je viens de parler, c'est l'*embolie artérielle*, c'est-à-dire l'obstruction des artères cérébrales venue de loin par un corps étranger au lieu de s'être développée sur place comme dans les athéromes. — Je vais en discuter l'existence.

5° *Ramollissement par embolie artérielle.* — Il y a deux espèces d'embolies : les unes *veineuses*, qui résultent de la migration de caillots veineux, formés par cette diathèse que j'ai décrite il y a vingt-quatre ans sous le nom de *coagulation du sang veineux dans les cachexies et dans les maladies chroniques*, et que Vogel a depuis lors décrite sous le nom d'*inopexie ;* les autres *artérielles*, dues à la migration de corps étrangers fibrineux ou autres dans les artères. Dans les unes, l'embolus va de la périphérie au centre du corps, c'est-à-dire des ramifications veineuses vers le cœur, tandis que dans les autres il va du centre aux extrémités, c'est-à-dire du tronc artériel vers ses ramifications.

Ici il n'est point question d'embolie veineuse s'il y a une embolie, elle est artérielle. Pourquoi ? Je vais le dire en quelques mots.

L'enfant dont je parle a eu dans le cours de sa chorée une endocardite, sans rhumatisme articulaire, et cette endocardite ayant produit une insuffisance mitrale, par exsudation fibrineuse, de la valvule auriculo-ventriculaire, il y avait là les conditions physiques de la formation d'une embolie. En effet, par le jeu de la circulation, la colonne sanguine peut détacher un caillot de la valvule mitrale, et dans la contraction des ventricules l'envoyer dans l'aorte. — C'est ce qui est arrivé ici. — Il a dû se produire une concrétion qui, étant fragmentée, s'est introduite dans l'aorte, et de là dans la carotide, pour arriver au cerveau, et produire instantanément l'hémiplégie ischémique, l'aphasie, la déviation parallèle des yeux et l'œdème de la papille droite.

Il y a quelques années, l'intelligence de ces faits eût été impossible ; mais maintenant que les recherches de Wirchow nous ont montré, par la coordination de tous les cas d'obstruction artérielle et veineuse, qu'il y avait dans les obstructions des artères et des veines un ordre général de causes à effets constants d'une importance réelle, les faits de la nature de celui sur lequel je discute sont infiniment mieux appréciés.

On sait que par des injections de pavot, de graine de tabac, de poudre de lycopode, ou par de petits fragments de caoutchouc lancés dans les artères carotides, il se produit dans les artérioles cérébrales des obstructions ou embolies, suivies de ramollissement rouge ou jaune du cerveau et accompagnées de paralysie subite dans les membres correspondants. — Prévost et Cotard ont répété ces expériences, dont le résultat a été publié par la *Gazette médicale* en 1866. — Je les ai répétées moi-même sur des chiens, moins dans un but de contrôle critique que pour suivre avec l'ophthalmoscope les lésions du nerf optique et de la rétine, qui résultent des altérations cérébrales emboliques. Tout cela est donc vrai.

Que se passe-t-il après la production d'une embolie cérébrale ? L'arrêt de la circulation et de la nutrition, dans le territoire nerveux correspondant à l'artère obstruée, c'est-à-dire l'anémie et le ramollissement que nous appellions jadis de la gangrène sans odeur, et que dans le langage germanique on appelle *nécrobiose* ou nécrose des éléments nerveux. La partie privée de sang est altérée, constitue *l'infarctus* et, dans son étendue plus ou moins grande, offre des couleurs différentes rouge noir, rouge brun ou jaunâtre pâle, quelquefois jaunâtre, entourées d'une zone d'arborisation capillaire apoplectique.

Ces différences de couleur, et surtout la zone congestive qui entoure l'infarctus, ont vivement préoccupé les pathologistes ; car on ne comprend pas qu'une partie de substance dont l'artère nourricière est obstruée, qui est ischémique, ou exsangue, ou en voie de nécrose, soit rouge et ait plus de sang que les parties voisines. Avec Virchow, Prévost et Cotard, quelques médecins pensent que l'embolie a pour effet d'augmenter la tension artérielle avant l'obstacle, et que les collatérales ramènent le sang dans le foyer nécrosé ou à son pourtour : — cela est difficile à comprendre. — Si l'explication était bonne, ce retour collatéral devrait empêcher la nécrose, et il ne rémédie à rien. Je crois plutôt, avec Oppolzer, que l'infarctus, agissant comme corps étranger au milieu des parties excitables, y détermine une hyperémie, comme le ferait tout autre corps étranger, et qu'il en résulte des ruptures par lesquelles du sang peut colorer les tissus ramollis et nécrosés.

Quoi qu'il en soit, on produit artificiellement sur les animaux des embolies artérielles, qui sont accompagnées de symptômes et de phénomènes semblables à ceux qu'on observe chez l'homme, lorsque accidentellement un corps étranger vient à circuler dans les artères et à se fixer dans le cerveau. Cela suffit à la démonstration que je voulais faire pour vous amener à comprendre ce qui s'est passé chez notre malade.

Il s'est produit chez cette enfant ce qu'on détermine à volonté par des expériences de laboratoire, c'est-à-dire un ramollissement cérébral par embolie venue du cœur, au moyen d'une ou de plusieurs concrétions détachées de la valvule mitrale malade. Seulement, il y a ici à remarquer que la paralysie a eu lieu à gauche, tandis que dans la plupart des cas connus jusqu'ici, elle s'est produite à droite, ce qui s'explique par la direction plus directe de la carotide gauche, conduisant plus aisément les embolies dans l'hémisphère cérébral correspondant.

Ici encore nous ferons remarquer qu'avec une hémiplégie embolique gauche correspondant à une lésion de l'hémisphère droit, il y a eu une aphasie très-marquée, fait qui est en opposition avec la doctrine de ceux qui localisent la faculté du langage dans la partie antérieure et inférieure de l'hémisphère droit. C'était cependant bien une aphasie, car la langue n'était pas paralysée, pouvait sortir de la bouche à volonté et n'était que faiblement déviée à droite. L'enfant comprenait les demandes, et ne pouvait répondre que par signes de main, en bredouillant sans pouvoir dire un mot.

Le seul symptôme évident de l'embolie a été la douleur subite qui s'est montrée du côté droit de la tête avec une grande vivacité. Ce phénomène a duré plusieurs jours et il correspond assez bien à ce qu'on produit chez les animaux en leur faisant des embolies cérébrales. Si l'expérience réussit au moment même où l'embolus arrive au cerveau et produit la paralysie, ils tombent foudroyés en poussant un cri aigu de douleur.

Comme on le voit, sauf le phénomène de douleur subite de la tête, qui appartient aux embolies cérébrales plus qu'aux simples ramollissements par arthéromes artériels, ou à l'hémorrhagie, il n'y a ici que l'hémiplégie instantanée du mouvement et du sentiment, coïncidant avec l'endocardite, qui ait pu annoncer la nature du mal. Cela est peu de chose et il serait heureux qu'on pût, à l'aide de nouveaux signes, donner plus de précision au diagnostic. Le peut-on faire? Je le crois : et le moyen d'y arriver c'est d'avoir recours à la *cérébroscopie.*

En effet, dans une hémiplégie subite qui est produite par une hémorrhagie cérébrale comprimant un hémisphère et la circulation veineuse des méningues ou des sinus, il y a toujours diffusion rougeâtre de la papille hyperémiée avec dilatation et multiplication des veines de la rétine (1), tandis que dans le ramollissement cérébral, il y a de l anémie choroïdienne, pas de dilatation des veines de la rétine, et diffusion grisâtre de la papille, dont les bords sont un peu cachés par de l'œdème.

Ici, que voyait-on à l'opthalmoscope? Un œdème de la papille plus marqué à droite dans l'œil correspondant à l'hémisphère, atteint d'embolie que dans l'œil gauche, c'est-à-dire la preuve d'un ramollissement cérébral, ou nécrose du tissu nerveux. Or un ramollissement semblable ne pouvant se produire sans oblitération artérielle, nous en avons conclu que la lésion du nerf optique venait se réunir aux autres symptômes pour leur donner une précision plus grande, de façon à conduire au diagnostic que j'ai établi.

Il est à peine besoin de parler ici *du pronostic* de l'état dont je parle. Chez notre malade, c'est la mort, et j'ajouterai, la mort dans un délai très-rapproché. Mais il n'en est pas toujours ainsi, car des malades frappés d'embolie cérébrale peuvent se tirer d'affaire, tout comme on peut guérir d'une hémorrhagie du cerveau. Si l'embolie est peu étendue, si le territoire cérébral attenant et privé de sang, qui se nécrobiose, n'est pas considérable, alors l'hémiplégie peut guérir, en laissant reparaître une partie des mouvements du membre paralysé. J'ai vu ce phénomène chez des animaux auxquels je n'avais fait qu'une légère embolie cérébrale par une seule graine de tabac ayant pénétré dans le cerveau. Je l'ai également observée chez l'homme lorsqu'après une embolie assez forte ayant produit une hémiplégie absolue de plusieurs mois, la réparation du foyer ramolli a pu se faire, et alors les malades ont pu sortir et faire de longues promenades en traînant la jambe et en soutenant leur bras.

(1) Voir le dernier numéro.
(2) *Actes de la Société de médecine des hôpitaux*, t. I.

(1) Voir à ce sujet *Diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope*, par E. Bouchut, article HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

L'embolie cérébrale peut donc guérir, soit parce que l'embolus, très-petit, se désagrége, se rapetisse et laisse le sang courir dans le vaisseau rétréci; soit parce que la circulation collatérale peut se rétablir et amener un certain degré de réparation du tissu nerveux. Ce dernier cas est le plus commun et le plus compréhensible.

Si l'embolie cérébrale peut guérir, est-ce à la nature ou à la thérapeutique qu'il faut en attribuer le mérite et l'honneur? Évidemment il n'y a ici qu'un succès de nature à joindre à ceux que l'on connaît et il n'y a qu'un traitement palliatif à faire. En supposant que le ramollissement nécrosique du cerveau produit par l'embolie ne soit pas assez considérable pour occasionner la mort, la réparation des désordres matériels et le rétablissement des fonctions supprimées, dépendent du retour de la circulation collatérale. Ce sont choses qui sont l'œuvre de la nature plutôt qu'un résultat de la science. Le médecin peut favoriser ce travail par l'emploi de moyens hygiéniques généraux, mais en fait de médicaments vraiment utiles, je n'en connais guère. Legroux, Ball, Schutzenberger, ont conseillé l'usage des boissons alcalines pour dissoudre les caillots, mais c'est là une vue théorique plutôt que pratique, et dont l'utilité reste à établir.

Que peuvent ces remèdes contre des lésions semblables à celles dont je viens de parler? Évidemment rien. Quant à présent, la science ne peut que certifier l'existence des embolies et donner le moyen de les reconnaître. C'est déjà beaucoup, car c'est un progrès sur la médecine des temps passés, encore bien peu éloignés de nous. Mais je m'aperçois qu'en disant que la science donne le moyen de reconnaître les embolies, je m'engage beaucoup, puisque la malade respire encore. N'importe ! ses heures sont comptées; et comme cette malheureuse enfant me paraît vouée à une mort certaine, je puis vous dire, en terminant, qu'il n'y a point à craindre un démenti dans les recherches que la nécropsie nous permettra de faire.

Voici maintenant les résultats de *l'autopsie, faite trois jours après cette leçon clinique*. C'est la description dictée à la table de l'amphithéâtre, et complétée par l'examen histologique de certaines embolies.

Comme on vient de le voir, il n'y a pas eu qu'une seule embolie cérébrale chez notre petite malade. Tous les organes en sont remplis. Grosses et petites, leur nombre est incalculable, et il y en a plusieurs centaines, mais ce sont les embolies capillaires qui dominent.

La dernière embolie produite est celle du cerveau, où elle a occasionné un ramollissement mortel. Mais en examinant bien toutes ces embolies recueillies dans les organes, on voit qu'elles ne sont pas du même âge, qu'elles ne se sont pas produites le même jour. Avant celle qui a déterminé la paralysie et la mort, il s'en était formé d'autres depuis plusieurs jours, et la couleur, ainsi que l'altération cérébrale des *infarctus* de la rate, des reins, de l'aorte et de l'intestin, prouve bien leurs âges différents. En effet, les uns sont rouges apoplectiques, formés d'une infiltration sanguine autour de l'obstruction artérielle, et les autres sont jaunâtres décolorés par suite d'une dégénérescence graisseuse des tissus toujours assez longue à se faire.

Dans l'aorte, l'embolie, du volume d'une grosse noisette, située à sa bifurcation, était noire à sa surface dans une épaisseur de 2 millimètres, tandis que le centre était blanchâtre, caséeux, rempli de matière grasse formée dans la fibrine altérée. Il est évident que cette embolie a dû précéder de beaucoup celle du cerveau. — Son volume et la dégénérescence de sa masse en sont la preuve.

Chaque jour donc il se faisait de nouvelles embolies dans des organes dont le silence ne révélait pas la lésion ; celles de la rate, des reins et de l'intestin ne se traduisirent par aucun trouble appréciable, et ce n'est que lorsqu'un caillot est venu se loger dans l'une des artères du cerveau que l'anémie et la gangrène cérébrale ont produit chez l'enfant des phénomènes appréciables pouvant faire deviner ce qui se passait à l'intérieur du corps.

Une autre remarque à faire à l'occasion de toutes ces embolies, c'est qu'elles sont si nombreuses qu'il est matériellement impossible que, dans leur masse ou par leur ensemble, elles soient considérées comme égales au volume acccumulé des petits coagulums fibrineux détachés de l'endocarde. En effet, les concrétions de la valvule mitrale sont énormes et à peu près intactes, elles n'ont pas été effrangées, et les parties qui ont pu s'en détacher n'ont pu être de volume à obstruer l'aorte descendante. — Il faut donc, en admettant le fait de l'embolie, supposer qu'autour de l'obstacle formé par elle dans l'artère, il se produit un coagulum plus ou moins volumineux qui entoure l'embolie, la grossit et bouche entièrement le vaisseau. C'est ce qu'on voyait du reste à la surface du cerveau de notre petite malade, où se trouvaient quelques artérioles dilatées par des embolies blanchâtres en voie de régression graisseuse, et dont le diamètre était, à chaque extrémité, cinq fois moindre que dans la partie obstruée. — Cela existait également au niveau de la bifurcation de l'aorte abdominale, là où se trouvait une grosse embolie adhérente à la paroi postérieure de l'artère, et obstruant presque toute la lumière du vaisseau. Il est évident que ce morceau de fibrine n'était pas venu tout entier du cœur, et que c'est autour d'un fragment embolique plus petit que s'était fait un dépôt de fibrine qui grossissait de jour en jour. — La preuve, c'est que le centre de l'embolie blanchâtre, un peu ramolli, était en régression graisseuse, tandis que la périphérie était noirâtre, formée de fibrine non décolorée.

En résumé, si l'on veut conclure quelque chose de la dissertation que je viens de faire, on voit que :

Les embolies artérielles peuvent se produire chez les enfants comme chez l'adulte;

Que ces embolies peuvent occuper des artères volumineuses ou capillaires;

Qu'elles peuvent occuper les artères et artérioles des membres, des reins, de la rate, de l'intestin, du poumon, du cerveau et de ses membranes;

Qu'elles forment des obstructions vasculaires en entraînant autour d'elles des infarctus ou des ramollissements;

Que, dans le cerveau, l'embolie donne lieu à un ramollissement plus ou moins étendu, analogue à la gangrène, et que si la mortification du tissu n'a pas d'odeur, c'est que le cerveau est à l'abri de l'air sous la calotte du crâne;

Que l'embolie cérébrale donne lieu à une douleur vive dans le côté correspondant de la tête, avec hémiplégie dans le côté opposé;

Enfin, que la cérébroscopie permet de distinguer ce ramollissement d'une hémorrhagie cérébrale, parce que, dans le premier cas, il n'y a qu'œdème papillaire, tandis que, dans le second, il y forte hyperémie de la papille et de la choroïde avec phlebectasie rétinienne.

DES ARTHROPATHIES

consécutives à l'ataxie locomotrice progressive

Par M. Benjamin Ball

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris

(Suite et fin.)

III. — Diagnostic et pronostic.

L'affection que nous venons de décrire paraît ne se développer que chez les ataxiques : c'est donc exclusivement chez des sujets atteints d'une ataxie locomotrice qu'il peut devenir nécessaire d'en établir le diagnostic.

Une tuméfaction soudaine, se développant dans une articulation isolée, et bientôt suivie d'hydarthrose, fera naturellement penser, au premier abord, à l'invasion d'un rhumatisme aigu. Mais qu'on réfléchisse à l'absence habituelle (14 fois sur 16) de rougeur, de fièvre et de douleur; qu'on remarque surtout l'infiltration générale du membre correspondant, qu'on rapproche ces phénomènes de l'existence antérieure d'une affection de l'axe médullaire, et l'on parviendra toujours, nous le croyons du moins, à se garantir de cette méprise.

Il ne faut point oublier, d'ailleurs, que le pouls peut être fréquent chez les ataxiques, par le seul fait de leur maladie. C'est donc par l'exploration de la température que l'on devra s'assurer de l'absence de tout mouvement fébrile.

Rappelons, enfin, que le rhumatisme est le plus souvent polyarticulaire et mobile. Les accidents articulaires de l'ataxie se localisent, au contraire, sur une seule articulation, deux tout au plus, et demeurent sur ce même point pendant toute la durée de la maladie.

Il est bien entendu que l'ataxie locomotrice progressive ne garantit point ses tributaires de l'invasion du rhumatisme. Mais nous croyons qu'à l'aide des signes que nous avons donnés, et en suivant avec attention la marche de la maladie, on parviendra toujours à distinguer ces deux affections, qui ne se ressemblent que d'une manière très-superficielle.

Lorsque les accidents articulaires se sont développés à la suite d'un coup ou d'une chute, on pourra, pendant quelques jours, être tenté de les attribuer aux résultats de cette violence extérieure; mais l'évolution des symptômes, si différente sous tous les rapports, de ce que l'on voit à la suite d'une contusion locale, fera bientôt justice de cette erreur. On pourrait d'ailleurs l'éviter dès le principe, en tenant compte du gonflement général du membre.

Mais l'observateur peut se trouver appelé à reconnaître une lésion aux débuts de laquelle il n'avait point assisté. La déformation énorme des articulations malades, à une période avancée de l'arthropathie, peut aisément faire admettre l'existence d'une tumeur blanche, lorsqu'il ne s'agit pas d'une complication articulaire de l'ataxie. Ici, le diagnostic peut souvent offrir de très-grandes difficultés. Chez un individu depuis longtemps alité, et qui présente des déformations articulaires très-avancées, on peut aisément ne point songer à l'ataxie; mais si, à un moment donné, on vient à interroger le malade à ce point de vue, on constate, avec surprise, qu'il offre les traits caractéristiques de cette affection redoutable. La malade dont M. Charot nous a communiqué l'histoire, était dans ce cas; ce n'est que longtemps après son entrée dans les salles qu'on a découvert l'existence d'une ataxie locomotrice (1), avec d'énormes lésions articulaires. Il faut évidemment tenir compte des antécédents du sujet; il faut tenir compte de l'affection principale, c'est-à-dire de l'ataxie locomotrice; il faut, enfin (lorsqu'il s'agit d'un genou malade), explorer l'articulation opposée; si l'on y constate une hydarthrose au début, on pourra, presque à coup sûr, diagnostiquer une arthropathie spinale. C'est grâce à la constatation de ce fait que nous avons épargné l'amputation de la cuisse à l'un de nos malades (2).

On voit par là qu'il ne s'agit point ici de satisfaire la curiosité des savants, et que les praticiens les plus expérimentés peuvent tirer un profit réel de la connaissance de cette maladie.

A l'épaule, on pourrait confondre une arthropathie de ce genre lorsqu'elle date de loin, avec une ancienne luxation non réduite; mais il est facile de reconnaître, au-dessous de la peau, non pas la présence de la tête humérale, comme dans les luxations, mais la destruction plus ou moins complète de cette extrémité de l'os.

Le pronostic de ces arthropathies est peu sérieux, quant à la vie de l'individu : dans aucun cas, on n'a vu ces lésions déterminer la mort. Il en est bien autrement, par rapport à la jointure malade, qui ne recouvre presque jamais ses fonctions, et devient le siége d'altérations permanentes, qui viennent ajouter une infirmité de plus à toutes celles qui caractérisent déjà l'atoxie locomotrice progressive. Aussi, la marche devient-elle le plus souvent impossible, chez les sujets dont les genoux ont été frappés. Les altérations qui siégent à l'épaule, quoique non moins incurables, ont une influence moins prononcée sur les fonctions du membre, malgré la luxation permanente qui en est presque toujours la conséquence.

Quand l'évolution morbide se termine plus promptement, les lésions peuvent être moins étendues; tels sont les cas dans lesquels le sujet a recouvré l'usage de ses membres; aussi peut-on dire que toutes choses égales d'ailleurs, la gravité du pronostic est en raison directe de la prolongation de la maladie.

IV. — Traitement.

Il importe, évidemment, de limiter le plus promptement possible les progrès du mal. Trois moyens nous ont paru plus spécialement aptes à produire ce résultat : le repos, les révulsifs et la compression.

Dès qu'il se manifeste, chez un ataxique, des phénomènes de fluxion articulaire, il faut lui prescrire le repos absolu, et couvrir de vésicatoires la jointure envahie. Le cautère actuel n'a jamais été employé jusqu'ici : nous ne savons donc pas ce qu'on pourrait en attendre; mais, *à priori*, nous croyons qu'après avoir largement utilisé les vésicatoires, on pourrait avec avantage employer la cautérisation transcendente.

A une époque plus avancée de la maladie, quand les révulsifs ont terminé leur rôle, la compression méthodique exerce une influence favorable sur la résolution de l'œdème, et la disparition de l'épanchement.

V. — Nature de la maladie.

Définir la nature d'une affection dont les caractères anatomiques sont aussi imparfaitement connus, serait une entreprise par trop téméraire pour que nous puissions songer à l'entreprendre. Mais, sans nous aventurer dans le champ des hypothèses, nous pouvons au moins indiquer la direction dans laquelle les progrès de la science moderne semblent nous entraîner, et montrer aux observateurs qui auraient l'occasion d'étudier des faits de ce genre, dans quel sens il serait utile de poursuivre leurs investigations.

La physiologie et la pathologie sont d'accord pour nous montrer l'influence que les centres nerveux exercent sur la nutrition de tous les tissus de l'économie. Ce pouvoir s'exerce-t-il par l'intermédiaire de certains nerfs trophiques? Est-il, au contraire, placé sous l'influence du grand sympathique? Nul ne saurait le dire en ce moment; mais, fort heureusement pour nous, ce n'est pas à ce point de vue que nous avons à discuter la question.

Les vivisections nous démontrent, ainsi que l'observation clinique nous l'avait déjà prouvé, que ni les altérations des cordons postérieurs, ni celles des cordons antérieurs et latéraux de la moelle épinière, ne produisent d'altérations trophiques dans les parties intéressées. Troubles divers de la sensibilité et de la motilité, — ataxie, paralysie, paraplégie, — tels sont, en pareil cas, les symptômes observés; mais pour déterminer des phénomènes d'atrophie, il faut évidemment d'autres lésions. La section complète de la moelle épinière ne saurait à elle seule produire de pareils effets; isolé de son centre supérieur, le tronçon inférieur de l'axe médullaire continue à vivre, et suffit à sa manière à l'entretien des régions du corps qui lui sont assujetties.

Voilà pourquoi, chez certains paraplégiques, la moelle épinière peut se trouver complétement interrompue par une altération profonde, sans qu'il se soit déclaré aucun signe d'atrophie dans les membres inférieurs. Quant aux escarres du sacrum et des tatons, quant au défaut de vitalité du tégument externe, qui se manifestent si souvent en pareil cas, ils ne sauraient être assimilés à l'atrophie si rapide et si frappante qui envahit les extrémités articulaires dans les cas d'ataxie que nous avons signalés; d'ailleurs, ils se rattachent peut-être à des lésions spéciales, dont nous allons parler maintenant.

Les recherches des micrographes modernes, et en particulier de MM. Vabutiner, Luys, Lockhart Clarke et Charcot, tendent à rattacher l'atrophie musculaire progressive à la destruction des cellules nerveuses qui occupent les cornes antérieures de la substance grise. Si des recherches ultérieures permettaient d'établir un rapport constant entre ces deux lésions, il serait démontré que le centre trophique du système musculaire se trouve localisé sur un point de l'axe spinal. Or, ce qui serait vrai pour les muscles, dans cette hypothèse, serait vrai, peut-être, au même titre, pour les articulations, dont la santé dépend en grande partie de l'intégrité des centres nerveux.

Il est démontré, en effet, que des lésions traumatiques de la moelle épinière déterminent des accidents analogues à ceux que nous venons d'étudier, dans les membres correspondants. Mais

---

(1) Obs. 15.
(2) Obs. 5.

si les cordons postérieurs, antérieurs et latéraux doivent être mis ici hors de cause, si la section complète de la moelle épinière est incapable de produire de tels phénomènes, il ne reste plus qu'à en chercher la cause sur un point quelconque de la substance grise, d'où partirait l'influence trophique qui nourrit les régions sur lesquelles ce travail morbide s'est manifesté.

Il s'agirait donc d'examiner avec soin l'état de la moelle épinière, et surtout de ses parties centrales, chez les ataxiques qui font l'objet de cette étude.

En attendant l'occasion de faire ces recherches, il conviendrait peut-être d'essayer, par des vivisections habilement conduites, de reproduire des affections articulaires analogues à celles que nous venons de décrire. Ces tentatives seront-elles couronnées d'un succès complet? Nous n'osons guère le prévoir; mais nous serions heureux, en tout cas, d'avoir appelé l'attention du public médical sur un phénomène non moins intéressant sous le rapport pratique, qu'il n'est curieux au point de vue de la science pure.

DU TRAITEMENT DES FISTULES URINAIRES.

DE L'URÉTROTOMIE INTERNE ENVISAGÉE COMME MOYEN PRINCIPAL DE TRAITEMENT CONTRE LES FISTULES URINAIRES DU PÉRINÉE ET DU SCROTUM, CONSÉCUTIVES AUX RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE.

Par le docteur A. Dubuc, ancien interne des hôpitaux.

(SUITE ET FIN.)

Obs. II. — *Rétrécissements de l'urètre. — Abcès urineux consécutifs. — Tuméfaction considérable du périnée, des bourses, du fourreau de la verge. — Nombreux trajets fistuleux. — Trois opérations d'urétrotomie interne dans l'intervalle d'un mois. — Guérison.*

M. D..., 52 ans, négociant.

Plusieurs écoulements blennorhagiques dans la jeunesse.

En 1858, le malade, depuis longtemps sujet à la gravelle, est pris de colique néphrétique; un calcul s'engage dans l'urètre, et le chirurgien appelé est obligé, pour l'extraire, d'introduire un instrument qui occasionne de vives douleurs (il est probable qu'il existait déjà un certain degré de rétrécissement).

M. D... passe alors deux saisons consécutives à Vichy. En 1864, il retourne une troisième fois à Vichy; à son retour des eaux, il est pris d'un écoulement abondant, et cela sans avoir eu de rapports sexuels. Il attribue cet écoulement à l'influence des eaux. (Comme il avait déjà alors son rétrécissement, il est possible que les eaux de Vichy, en déterminant une diurèse, aient provoqué l'inflammation de la portion de l'urètre située derrière le rétrécissement, comme cela se voit souvent dans les cas de rétrécissement sous l'influence de causes variées).

Contre cet écoulement, il emploie, mais inutilement, des injections analogues à celles auxquelles il avait eu recours autrefois dans des circonstances semblables; l'écoulement persiste. Quelque temps après le début de l'écoulement, le malade éprouve une vive douleur au périnée, et il reconnaît en même temps l'existence d'une petite grosseur située entre l'anus et les bourses.

Son médecin, dit-il, s'imagina que le gonflement douloureux était dû à des hémorrhoïdes, et, pour amener le dégorgement de ces prétendues hémorrhoïdes, prescrivit une application de sangsues à l'anus. Malgré cette application, le gonflement devint beaucoup plus volumineux, et l'abcès urineux, car c'en était un, s'ouvrit de lui-même du côté de l'urètre. Le lendemain, le médecin l'ouvrit extérieurement, ce qui amena un soulagement considérable et rendit plus facile l'émission de l'urine, qui avait été très-gênée pendant la journée qui avait précédé l'ouverture de l'abcès. A partir de ce moment, une partie de l'urine s'écoula par l'incision du périnée. — Pour faciliter la sortie des liquides de l'abcès, on passa un drain en caoutchouc, qui resta en place pendant trois semaines.

On commença alors à s'occuper de l'urètre. « Il existait, dit le malade, un rétrécissement très-fort qu'on essaya de dilater en y passant de petites sondes en gomme élastique, mais on n'obtint que peu de choses de ces tentatives.

Lorsqu'on retira le drain, les deux orifices d'entrée et de sortie devinrent fistuleux, et restèrent tels malgré la précaution qu'eut le malade pendant plusieurs mois, d'introduire une sonde dans la vessie chaque fois qu'il avait besoin d'uriner.

Pendant huit ans et demi, cet infortuné eut une existence remplie de tourments et de souffrances. Chaque mois, c'était un nouvel abcès qui se formait et qui crevait de lui-même, ou qu'il fallait ouvrir. Les bourses s'étaient trouvées envahies à leur tour, et présentaient un volume considérable avec de nombreux orifices fistuleux.

Dans le courant de l'année 1868, un chirurgien de la ville qu'il habitait fit une tentative d'opération qui lui occasionna de très-vives douleurs et ne fut suivie d'aucun résultat heureux. Ce fut alors qu'il se décida à venir à Paris et qu'il s'adressa au docteur Phillips.

Voici l'état dans lequel il était à son arrivée (16 août 1868) :

Le scrotum avait au moins le volume d'une tête de fœtus à terme; e fourreau de la verge était également très-hypertrophié, de sorte qu'au premier aspect on aurait pu croire qu'il s'agissait d'une éléphantiasis des bourses et de la verge. Ce gonflement était très-dur et ne gardait que peu ou point l'empreinte du doigt; la peau avait beaucoup perdu de sa sensibilité; sur le scrotum ainsi hypertrophié, on pouvait compter sept orifices fistuleux. Le périnée présentait également un épaississement et une induration considérable, avec deux ouvertures fistuleuses. La presque totalité de l'urine, à chaque miction, s'écoulait au dehors par ces diverses fistules. Sans être trop émacié, le malade avait cependant maigri et perdu l'appétit; pendant la nuit, le sommeil était à chaque instant interrompu par des besoins d'uriner.

Le canal était le siége de plusieurs rétrécissements extrêmement durs qui s'étendaient jusqu'au-delà du bulbe. Le premier de ces rétrécissements était situé à 5 centimètres environ du méat; on pouvait introduire, sans trop de difficulté, jusque dans la vessie, une sonde de 0m002 1/2 à 0m003. Après avoir laissé à demeure, pendant quelques jours une petite sonde de gomme élastique, M. Phillips proposa l'urétrotomie interne, qui fut acceptée.

L'opération fut pratiquée le 2 septembre avec l'urétrotome à lame courante; la lame employée avait 0m007 de hauteur et était dirigée sur la convexité du cathéter, de façon à diviser les rétrécissements par en bas. A la suite de l'opération, une sonde de 0m004 1/2 fut introduite dans la vessie et laissée à demeure pendant 48 heures. Dans la soirée, le malade eut un frisson assez intense qui fut combattu par quelques tasses d'infusion chaude de tilleul, et fut suivi d'une bonne réaction. — Pas d'hémorragie.

Le résultat presque immédiat de l'opération fut une diminution très-notable dans la consistance et la tuméfaction du périnée, des bourses et du fourreau de la verge; cependant l'urine continuait à sortir par les trajets fistuleux. Pour éviter cet inconvénient, M. Phillips conseilla au malade d'introduire lui-même une sonde chaque fois qu'il aurait besoin d'uriner, et de la laisser en place pendant quelques heures le soir en se couchant; la sonde, ainsi employée, avait 0m005 1/2; le malade l'introduisait sans difficulté; l'amélioration faisait chaque jour de nouveaux progrès; l'état général était devenu excellent.

23 septembre. — Comme le canal restait induré, et que le malade était pressé de rentrer dans sa ville où l'appelaient des affaires très-importantes, M. Phillips se décida à pratiquer une seconde fois l'urétrotomie interne avec le même instrument et la même lame que précédemment; une sonde en gomme élastique fut laissée à demeure pendant 48 heures, comme la première fois. Le soir, accès de fièvre modéré. Le lendemain, la langue était devenue blanche, ce qui fit que, le surlendemain, on administra une bouteille de limonade Rogé.

Le 30 septembre, M. Phillips ayant tenté d'introduire un cathéter en étain de la série Béniqué, constata qu'il existait encore une bride dans la portion pénienne de l'urètre. Cette bride, il la divisa le lendemain 1er octobre, avec l'urétrotome à olive de Civiale; il laissa encore une sonde à demeure pendant 48 heures.

A partir de la dernière opération, le canal était devenu complétement libre; on pouvait faire sans difficulté pratiquer le cathétérisme avec les cathéters en étain de la série Béniqué, et introduire des numéros mesurant 0m007 et 0m007 1/2.

La tuméfaction du périnée, des bourses et du fourreau de la verge diminua dès lors avec une grande rapidité, et les tissus de ces régions reprirent de plus en plus leur souplesse accoutumée; les trajets fistuleux se fermèrent égalemenn au bout de quelques jours pour ne plus se rouvrir. Toutefois M. Phillips engagea le malade à se servir encore de la sonde pendant un certain temps, chaque fois qu'il aurait besoin d'uriner.

M. D... put quitter Paris le 10 octobre, dans un état très-satisfaisant.

Le 22 novembre 1868, il nous donnait de ses nouvelles dans les termes suivants : « Je suis entièrement guéri; mes fistules sont complétement fermées, et mes parties ont repris leur forme naturelle. J'urine sans le secours de la sonde depuis plusieurs jours, et je m'en trouve très-bien. Cependant, suivant vos conseils, je m'introduis une sonde tous les matins pendant une demi-heure. »

Tout dernièrement encore il écrivait au docteur Phillips pour lui annoncer que la guérison s'était maintenue entière. Il n'introduit plus maintenant la sonde qu'une fois la semaine.

Ces deux observations, outre qu'elles démontrent l'efficacité de l'urétrotomie interne contre les fistules urinaires périnéales et scrotales, méritent encore d'être analysées comparativement.

Dans la première, en effet, qui se rapporte au cas le moins compliqué, nous voyons la guérison définitive se faire attendre pendant quatre mois, tandis que dans la seconde, malgré la gravité plus grande des accidents locaux, la guérison a pu être obtenue dans l'espace d'un mois environ.

A quoi tient cette différence dans les résultats? A ce que la manière de procéder n'a pas été la même dans l'un et l'autre cas.

Chez notre premier malade, une seule urétrotomie interne a été faite. On s'est adressé, pour compléter la guérison, à l'emploi méthodique des sondes et des cathéters d'étain. Chez notre second malade, au contraire, trois urétrotomies successives ont été pratiquées dans l'espace d'un mois, de façon à rendre au canal toute sa liberté, à supprimer toutes les brides qui avaient pu échapper à la première opération; aussi, les fistules n'ont-elles pas tardé à se cicatriser. Cela revient à dire que, lorsqu'on veut obtenir la cicatrisation rapide des fistules périnéales et scrotales consécutives à un rétrécissement, il faut, autant que possible, faire disparaître tous les obstacles qui existent du côté de l'urètre; s'il reste dans le canal un seul point rétréci, une seule bride, cela suffit pour maintenir la persistance d'un ou de plusieurs trajets fistuleux.

Mais lorsque l'urètre est le siége de rétrécissements multiples très-durs, et qu'on pratique l'urétrotomie avec une lame de dimension moyenne, il est rare qu'une seule opération fasse disparaître entièrement tous les obstacles. Ce qui ne signifie pas qu'une pareille opération soit inutile; loin de là, elle rend un service considérable, puisqu'elle permet d'obtenir facilement la dilatation de rétrécissements qui, sans elle, auraient demandé un temps très-long pour être dilatés, ou qui même auraient résisté à toutes les tentatives de dilatation. L'usage prolongé des sondes achève alors de rétablir complétement la souplesse et la liberté du canal; il remplace ainsi les urétrotomies successives qu'on est amené à faire lorsqu'on veut obtenir une guérison rapide; c'est de cette façon qu'il rend définitive la cicatrisation des fistules.

A l'appui de cette manière de voir, qui est confirmée par les observations qui précèdent, je citerai encore en quelques mots deux autres faits empruntés à la pratique de mon maître le docteur Phillips. Dans le premier, il s'agit d'un négociant espagnol de Cuba qui, après s'être adressé inutilement à plusieurs chirurgiens de son pays, était venu à Paris pour se faire guérir, et qui était pressé de rentrer chez lui. M. Phillips l'opéra une première fois le 15 octobre 1866. L'opération amena une grande amélioration; mais comme la fistule, qui était située très-loin en arrière, au voisinage du rectum, persistait, et que l'urètre restait étroit en plusieurs points, M. Phillips pratiqua une seconde urétrotomie le 5 novembre suivant; dès le 10 novembre la fistule était cicatrisée. Nous avons revu le malade à Paris dans le courant de septembre 1868 : la guérison ne s'était nullement démentie.

Le second fait, tout récent, a trait à un de nos peintres les plus distingués, qui, atteint de fistule urinaire périnéale consécutive à un rétrécissement de l'urètre, et opéré par l'urétrotomie interne le 25 octobre 1868, n'a été débarrassé complétement de la fistule que vers la fin de janvier 1869, grâce à l'usage méthodique des sondes et des cathéters d'étain. Ce malade, qui est venu revoir le docteur Phillips ces jours derniers, avant de partir pour un voyage à l'étranger, auquel il doit consacrer plusieurs semaines, reste complétement guéri.

Ainsi, voici deux malades qui sont atteints tous deux de fistules urinaires du périnée consécutives à un rétrécissement de l'urètre; chez l'un, la fistule est cicatrisée en moins d'un mois; chez l'autre, au contraire, il faut trois mois pour arriver au même résultat. Eh bien, cette différence tient à ce que, chez le premier, deux opérations successives d'urétrotomie ont promptement rétabli la liberté du canal, tandis que chez le second il a fallu faire intervenir pendant trois mois l'usage des sondes de gomme et des cathéters d'étain, pour obtenir le même effet.

A laquelle des deux méthodes devra-t-on donner la préférence, dans les cas qui nous occupent? Cela dépend des circonstances.

Si un malade peut consacrer un long temps à son traitement, et qu'il reste tout ce temps-là dans la main du chirurgien, on se contentera d'une seule urétrotomie interne, suivie de l'emploi méthodique des sondes.

Si l'on a affaire à un étranger venu de loin et pressé de rentrer chez lui, ou bien à un malade que des intérêts impérieux réclament, on pourra pratiquer plusieurs urétrotomies successives, en laissant toutefois entre chacune d'elles un intervalle d'au moins une semaine. On obtiendra de la sorte une guérison beaucoup plus rapide.

Il résulte de ce qui précède, et c'est par là que nous terminerons ce travail, que l'indication essentielle à remplir, quand on est en présence de fistules urinaires du périnée et du scrotum, consécutives à un rétrécissement de l'urètre, consiste à rétablir aussi complétement que possible la liberté du canal.

Pour obtenir ce résultat, les chirurgiens anciens avaient recours aux sondes à demeure, moyen qui peut suffire dans les cas simples. Lorsque la maladie résiste, il faut en venir à une opération. Nous n'hésitons pas, en pareille circonstance, à recommander l'urétrotomie interne de préférence à l'urétrotomie externe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 mai 1869. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° Une notice historique des épidémies de Clermond-Ferrand, par M. le docteur Nivet (de Clermont); — 2° Une nomenclature envoyée par le Collége royal des médecins de Londres, propre à servir aux statistiques; — 3° un ouvrage de M. le docteur Da Costa, de Lisbonne, sur les ectocardies.

COMMUNICATION

Chorée traitée par le bromure de potassium. — M. GALLARD fait la communication suivante :

Tout le monde connaît la merveilleuse action thérapeutique du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie. Mais on ne connaît pas bien encore l'action du bromure de potassium dans le traitement la chorée. C'est à M. Gubler, je crois, que l'on doit attribuer les premières expériences faites à ce sujet. Il y a dans la chorée une série d'accidents toute spéciale, qui constitue la chorée grave, dont la terminaison est souvent fatale. Ces accidents consistent surtout, comme on sait, dans une agitation excessive des malades; c'est dans un cas de cette nature que j'ai pu obtenir des effets vraiment remarquables du bromure de potassium.

Il s'agit d'un jeune homme de 14 ans et demi, qui est entré le 10 février dernier dans mon service, pour une chorée rhumatismale. Il avait été traité trois semaines auparavant à l'Hôtel-Dieu, pour des rhumatismes. Cet enfant était mal nourri, mal logé, maltraité de toutes les façons, quand il fut atteint d'un rhumatisme aigu, qui détermina son admission à l'Hotel-Dieu. Il ne tarda pas à guérir et fut envoyé en convalescence, le 21 janvier dernier, à Vincennes. Pendant les premiers jours, on ne remarqua rien de bien particulier, si ce n'est une certaine agitation; il avait déjà cassé plusieurs objets. Cependant, on ne tarda pas à le trouver agité de mouvements choréiques, plus intenses du côté gauche que du côté droit, comme cela a lieu ordinairement. Ses jambes étaient embarrassées. On lui fit prendre des bains sulfureux. Il y fut tellement agité, qu'on ne voulut pas le garder plus longtemps à Vincennes, et c'est alors qu'il entra dans mon service, le 10 février. Il était tellement agité, qu'on fut obligé de le porter à bras dans la salle, car il ne pouvait même pas tenir sur un brancard; il avait avec cela une grande appréhension, et il pleurait. Cependant son intelligence était assez nette, et il put lui-même nous fournir les renseignements qui font le sujet de cette observation.

Je commençai par lui prescrire un bain sulfureux et de l'alimentation. Son agitation dans le bain fut telle, qu'on fut obligé de le sortir et de le reporter dans son lit. Le lendemain, je fis recommencer les mêmes tentatives, et elles furent suivies du même insuccès. Il ne dormit pas du tout dans les deux nuits qui s'écoulèrent dans cet intervalle, et même dans la nuit du 12 au 13 février, il se jeta cinq fois en bas de son lit. Enfin, le 13 février au matin, nous lui trouvâmes des rougeurs aux coudes et au sacrum. Je commençai à m'inquiéter sérieusement. J'avoue que je n'osai pas employer l'opium, car j'ai vu des accidents dans la chorée, à la suite de l'administration de l'opium à haute dose, et l'opium pouvait être ici fort dangereux. J'hésitai aussi pour le tartre stibié. Bref, je me décidai pour le chloroforme. Le lendemain, je trouvai mon malade amaigri, et il y avait à peine trois jours qu'il était entré dans mon service. Ce fut alors, le 14 février, que je prescrivis 1 gramme de bromure de potassium. Il commença à sommeiller, il fit même dans la nuit des sommes de trois quarts d'heure, et il put manger, non pas encore

lui-même, mais on put le faire manger, ce qui avait été impossible jusque-là. Le lendemain, je doublai la dose de bromure de potassium; je le fis lever, il put se tenir debout quelque temps; je recommandai alors certains exercices gymnastiques, tels que la marche en cadence, etc., etc. Je les lui fis faire d'abord avec une grande réserve, et même, les premiers jours, ces exercices furent naturellement très-irréguliers. Le bromure de potassium fut porté à 3 grammes.

Dès le sixième jour de traitement par le bromure de potassium, c'est-à-dire le 20 février, il a pu descendre seul l'escalier de trois étages, aller dans la cour faire quelques exercices, [et] remonter ses trois étages. A dater de ce moment, l'amélioration était telle, qu'il n'y avait plus le moindre danger de mort. Je portai jusqu'à 4 grammes le bromure,

Dès le 27, c'est-à-dire après treize jours de traitement, la sensibilité était revenue; il mangeait seul. Je recommençai à ordonner des bains sulfureux; il s'y trouva bien et n'y eut plus d'agitation. Ce fut le 7 mars que je supprimai le bromure de potassium. Il pouvait déjà aider la sœur dans la salle. J'ordonnai à ce moment une préparation d'oxalate de fer à 10 centigrammes. Cependant il n'avait pas encore retrouvé la parfaite coordination de ses mouvements. C'est à partir de ce moment que j'essayai de le faire écrire, et voici les différents spécimens de son écriture depuis ce moment jusqu'à celui de sa complète guérison. (M. Gallard fait passer ces spécimens sous les yeux de ses collègues.) On peut voir quelle notable différence il y a entre les premiers et les suivants. A partir du 20 mars, donc, nous pouvions le considérer comme guéri. Le traitement a duré quarante-quatre jours, ce qui est un temps assez court relativement, puisqu'en moyenne, la chorée dure de cinquante à quatre-vingts jours.

C'est moins sur le traitement de la chorée en elle-même que sur l'action rapide du bromure de potassium que j'ai voulu attirer votre attention, et c'est surtout à ce point de vue que cette observation m'a paru assez intéressante pour que je crusse devoir vous la communiquer.

M. EMPIS. J'ai eu occasion de donner du bromure de potassium à une femme de cinquante ans, atteinte d'une chorée très-grave qu'elle a eue à la suite de violents chagrins. J'avais commencé par la traiter par la potion de Gillette et le tartre stibié. Il y eut des commotions cérébrales; j'eus recours alors au bromure de potassium. Cette femme n'a pas tardé à tomber dans le coma et à succomber. C'est donc là un insuccès complet du traitement par le bromure de potassium.

M. JULES SIMON. J'ai donné du bromure de potassium pour des chorées de moyenne intensité, et j'ai remarqué que tantôt il agissait et tantôt n'agissait pas. J'ai fait les mêmes remarques en le donnant pour la catalepsie, pour des accidents épileptiformes. Chez les uns il agit, chez les autres, pas. Pour moi, je ne sais comment expliquer cela, et je désirerais qu'on renouvelât avec soin les expériences de M. Gallard.

M. FÉRÉOL. Je crois qu'on pourrait expliquer cette diversité d'action du bromure de potassium par l'inégalité de sa composition. Un pharmacien l'a analysé avec soin, et a fait remarquer qu'il différait très-souvent dans sa composition. On le trouve d'abord souvent mélangé à l'iodure de potassium, et même au chlorure de potassium. On peut donc attribuer ses différents effets à ce mélange. Il serait donc à désirer qu'on l'analysât avant de l'employer.

M. EMPIS. Je demanderai à M. Féréol quels sont les accidents qui peuvent résulter du mélange du bromure de potassium avec l'iodure de potassium?

M. FÉRÉOL. Je ne sais pas s'il y a de grands inconvénients au mélange des deux, et même des trois sels, mais il est certain que les actions de l'iodure ou du chlorure de potassium ne sont pas les mêmes que celles du bromure; et dans tous les cas, s'il n'y pas nocuité, il pourrait au moins y avoir inaction, si les actions de ces sels se combattent.

M. ISAMBERT. Il y a d'abord, comme inconvénient, celui de ne pas donner ce qu'on croit donner. Et puis nous voyons des cas où le bromure est supporté alors que le chlorure ne l'est pas. Dans les pharyngites, par exemple, on emploie le bromure, et le chlorure leur serait très-nuisible.

M. GALLARD. J'emploie beaucoup le bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie, et j'ai remarqué que, lorsqu'il est mélangé à l'iodure, il n'est plus supporté. Ainsi j'ai eu affaire à un homme qui prenait beaucoup de bromure de potassium, ou du moins qui en a pris pendant très-longtemps. Eh bien! il reconnaissait parfaitement lui-même quand son bromure était impur, et ne pouvait alors le supporter. Pour en revenir à la chorée, j'ai oublié de dire que j'ai gardé cet enfant dans mon service jusqu'à ce qu'on lui ait trouvé une place, c'est-à-dire un mois à peu près, et j'ai pu constater sa parfaite guérison. Il est un autre corps, que j'ai employé une seule fois pour une chorée compliquée, je veux parler du principe actif de la féve de Calabar. J'ai obtenu des résultats assez avantageux, et il serait à désirer qu'on expérimentât ce nouveau médicament.

M. MOUTARD-MARTIN. Il y a aussi un autre corps étranger qu'on trouve quelquefois dans le bromure de potassium, et dont il n'a pas encore été fait mention dans cette discussion, c'est l'iodate de potasse.

LECTURES.

M. HERVÉ DE CHÉGOIN prie M. Labbé de donner pour lui lecture d'un travail intitulé : *De la goutte et du rhumatisme.*

Cette lecture suscite une discussion entre MM. Hervé de Chégoin et Féréol, touchant plusieurs points de la communication de M. Hervé de Chégoin.

M. ISAMBERT donne lecture de l'observation détaillée de la variole rasch, qui a donné lieu à la discussion qui a occupé une partie de la précédente séance.

Une discussion s'élève de nouveau entre MM. Isambert, Syrdey, Bourdon et Labbé; mais vu l'absence de M. Chauffard, qui est mis plusieurs fois en cause, cette discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 1er juin 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une partie de la séance s'est passée en explications et en rectifications, à l'occasion du procès-verbal, relatives à la communication faite par M. Fauvel, dans la dernière séance, sur les mesures sanitaires adoptées en Egypte contre les invasions du choléra de l'Inde. On verra par les nouvelles explications données par M. Fauvel relativement aux craintes que l'on aurait pu avoir du côté du canal de Suez, que ces craintes ont été prévues et que grâce aux mesures adoptées à cet égard, il n'existe à ses yeux, aucun danger sérieux de ce côté.

Une série de rapports officiels de M. Gobley, une lecture de M. Bailly sur un cas de vice de conformation considérable et peu connu du bassin, et deux communications de MM. Gairal et Lefebvre sur des sujets dont on verra l'énoncé dans le compte rendu, ont complété la séance.

La discussion sur le rapport de M. Depaul relatif à la vaccination animale est fixée à quinze jours.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER

Saignée et Pneumonie

LEÇON CLINIQUE

(recueillie par M. E. FINOT, élève du service).

Vous avez été témoins, hier matin, d'un fait presque monstrueux; vous avez vu saigner un malade dans un service de médecine! C'est que, « par un juste retour des choses d'ici-bas, » à Paris, cette ville où, il y a un demi-siècle, on versait le sang humain avec une si prodigue complaisance, à Paris, la saignée est devenue chose à peu près inconnue. Pourquoi de tels exagérations en sens différent, et les vues théoriques qui motivent l'abstention actuelle sont-elles fondées? C'est ce que nous examinerons tout à l'heure; mais, avant d'aborder le point de doctrine, voyons le fait qui le soulève.

Avant-hier est entré, au n° 19 de la salle Saint-Paul, un jeune homme de 19 ans, garçon de salle, pâle, lymphatique, et qui, le soir même de son entrée, parut assez peu malade au chef de clinique. Le lendemain matin, les choses étaient bien changées; le malade était très-pâle, mais de la pâleur asphyxique; ses lèvres violacées ressortaient en vigueur sur le fond livide de son visage, et le jeu de ses narines indiquait la dyspnée qui le suffoquait. En effet, il respirait *soixante-huit fois* par minute. D'ailleurs, le pouls battait de 128 à 132 fois dans le même temps.

Il y avait ainsi discordance évidente entre les mouvements respiratoires et les contractions cardiaques, puisque le rapport entre ceux-là et celles-ci étaient presque de 1 à 2 au lieu de 1 à 4, comme il est ordinaire. Le malade, couché sur le côté gauche, était plongé dans une somnolence de mauvais augure, dont nos questions le tiraient à grand'peine. La dyspnée était donc excessive et le péril imminent.

D'un autre côté, on constatait l'existence d'un œdème pâle et *non douloureux* des malléoles et des paupières de l'œil gauche, surtout de la paupière supérieure. Le malade était-il albuminurique? Se trouvait-on par hasard en présence d'une anasarque scarlatineuse? Anasarque consécutive à une de ces scarlatines que laissent méconnues le peu d'intensité des symptômes et l'absence de rougeur à la peau? Mais le malade aurait eu, au moins antérieurement, du mal de gorge, et actuellement sa langue aurait présenté cet aspect lisse qui résulte de la desquamation de l'épithélium. Il importait donc de savoir si les urines étaient albumineuses.

Le diagnostic absolu, pathogénique, était, comme vous voyez, assez difficile jusque-là!

Mais si cette partie du problème clinique restait indécise, il n'y avait pas à hésiter quant à l'état grave des fonctions respiratoires. Je dis des *fonctions* et non des *organes*, du côté desquels on observait seulement d'abord une diminution générale de la sonorité thoracique, avec submatité plus prononcée vers les bases et un affaiblissement du murmure respiratoire. Cependant, à force d'investigation, je trouvai, au niveau de la région sus-mamelonnaire gauche, quelques bulles de râle quasi-crépitant sur une étendue telle que l'oreille la pouvait recouvrir.

Il y avait disproportion évidente entre ces signes et le trouble de la respiration; de sorte qu'on pouvait se demander, en voyant la suffusion œdémateuse des paupières et des extrémités inférieures, s'il n'y avait pas aussi un œdème pulmonaire, œdème assez peu ancien pour n'avoir pas encore donné naissance à des râles; ou bien si ce n'était pas là une congestion pulmonaire assez étendue pour supprimer déjà le champ de l'hématose, bien qu'assez récente pour ne pas avoir déterminé encore la pluie de râles caractéristiques. C'est à cette dernière opinion que je m'arrêtai, me fondant sur ce que cet individu paraissait à peine malade la veille, et sur ce que son crachoir contenait quelques crachats sanglants et non visqueux. Mon diagnostic fut donc : Congestion pulmonaire généralisée, caractérisée par une dyspnée asphyxique et par des crachats sanglants non pneumoniques encore.

Mais alors quel traitement mettre en œuvre au profit de ce malade qui allait périr ainsi étouffé? Le traitement, il était parfaitement indiqué : c'était la *saignée;* et si vous m'avez vu perplexe durant quelques secondes, c'est en raison de l'aspect assez peu brillant du malade, lequel semblait être celui d'un albuminurique; mais lorsqu'il me fut démontré que les urines ne contenaient pas d'albumine, mon hésitation si courte cessa. Et d'ailleurs, la congestion pulmonaire eût-elle été d'origine albuminurique, et associée à un peu d'œdème des bases, que j'étais décidé à passer outre et à saigner quand même, sachant par expérience (je vous l'ai dit dans une autre conférence à propos de l'Éclampsie albuminurique), la merveilleuse utilité de la saignée en pareille circonstance. Un des internes actuels de la Pitié, que la saignée sauva ainsi, en est un survivant témoignage.

Je prescrivis donc une saignée de quatre palettes, sans me laisser arrêter davantage par l'habitude du malade, qui trahissait la faiblesse et l'anémie.

La saignée faite, je vous invitai à venir avec moi en constater les résultats immédiats.

En arrivant vers le malade, nous le trouvâmes s'endormant. Le jeu dyspnéique des narines avait cessé. Le malade allait donc mieux. Et en effet, le pouls était à 108; la respiration à 48; c'est-à-dire que la fréquence de celle-ci avait brusquement diminué d'un tiers, et cela, en moins de cinq minutes. Ainsi l'amélioration était évidente au point de vue de la respiration. J'ai le regret de n'avoir pas fait prendre la température avant et après la saignée; mais les accidents étaient trop pressants. Or, la décroissance de la chaleur est la règle en pareil cas. L'observation d'autrui est assez concluante sur ce point pour que vous puissiez me croire sur parole.

Ce n'est pas tout; le malade, interrogé, répondit : « qu'il se trouvait beaucoup mieux; qu'il souffrait moins et respirait beaucoup plus facilement. » Il ne demandait qu'une chose, c'était qu'on le laissât dormir; et il s'endormit en effet bientôt d'un sommeil paisible.

Voici d'ailleurs ce qu'il racontait, maintenant que l'angoisse asphyxique était dissipée. Trois jours auparavant, le dimanche, ses jambes avaient été un peu enflées; puis il avait été pris subitement, mardi, de ses accidents pulmonaires. Or, aujourd'hui jeudi, un peu mieux éclairé par la marche des accidents et par la méditation à leur sujet, je l'ai interrogé sous une autre forme, et il m'a dit avoir éprouvé de la douleur dimanche, en même temps qu'il remarquait l'œdème au voisinage de ses malléoles. Je me gardais bien de prononcer le mot de *rhumatisme*, quand, spontanément, il me dit qu'il était entré, le 13 du mois dernier, à l'hôpital Beaujon, pour un rhumatisme articulaire. Les symptômes ayant été bénins, il voulut sortir trop tôt; et c'est ainsi qu'il éprouva des accidents rhumatismaux d'un autre ordre. Voilà donc comment, après une manifestation bénigne du côté des membres inférieurs, il a été en proie aux angoisses d'une fluxion rhumatismale sur le poumon.

Pour continuer l'action bienfaisante de la saignée, je prescrivis l'application de douze ventouses scarifiées, à pratiquer dans la matinée.

Le soir, l'oppression était redevenue assez vive pour que M. Duguet, chef de clinique, fît appliquer immédiatement vingt ventouses sèches sur la poitrine. En même temps, cet habile clinicien constatait du souffle bronchique, non-seulement aux points où le matin s'entendaient quelques râles crépitants douteux, mais aussi jusque vers la clavicule. Il y avait de la matité dans la région sus-mamelonnaire. Le pouls était à 132, la respiration à 48, et la température de 41°,2. Le sang de la saignée était peu couenneux.

Voici maintenant l'état actuel des choses : Ce matin, jeudi, le pouls est à 88 pulsations et la température à 37°,8; mais si nous examinons l'appareil respiratoire, nous constatons un désaccord formel et des plus remarquables entre la *lésion* et la *maladie*. On trouve d'abord, à la base gauche, une matité assez étendue, de forme parabolique, montant jusqu'au mamelon; et, comme le malade est resté couché toute la nuit sur le côté gauche, cette matité est bornée exactement à la face externe gauche du thorax.

Dans la moitié inférieure de cette matité, il y a abolition du murmure respiratoire; plus haut, et sur une ligne concentrique à celle qui limite la matité parabolique, on entend de la broncho-égophonie; plus haut encore, sur un point restreint, près du mamelon, de la bronchophonie et circonférentiellement de la crépitation.

Enfin, la percussion fait reconnaître un bruit skodique type au niveau de la région sous-clavière.

Il y a donc, sous le mamelon, et sur une étendue peu considérable, de l'hépatisation pulmonaire; de plus, la matité du côté gauche dénote la présence d'un épanchement, et nous conduit à affirmer que quelques points de la plèvre se sont enflammés par propagation. Le liquide séro-fibrineux, épanché en quantité assez peu considérable, donne cependant une matité assez notable, parce qu'il s'est épanché horizontalement (le malade étant couché sur le côté) dans la gouttière costale. Je me suis assez étendu sur le mode de production de la courbe de Damoiseau pour n'avoir pas besoin d'insister sur ce point; et c'est là un fait de plus en faveur des idées de cet observateur sagace.

Maintenant, pourquoi n'y aurait-il pas une hépatisation dans toute l'étendue où l'on entend la matité? C'est qu'avec une matité pareille nous aurions un souffle et une bronchophonie des plus intenses, là où au contraire nous constatons un silence absolu. De plus, il y aurait une expectoration caractéristique qui fait presque absolument défaut : il n'y a qu'un crachat un peu visqueux dans le crachoir.

Notez qu'hier cet individu avait, en ce même point où l'on entend du souffle aujourd'hui, quelques bulles crépitantes seulement : ce matin, outre le souffle pneumonique, il a encore l'épanchement dont je vous ai parlé. Eh bien! la lésion s'étant ainsi accrue, cet individu, qui asphyxiait hier matin, qui hier soir encore avait 41°,2, cet individu n'est presque plus malade, il n'a que 37°,8, et pour un peu il demanderait à s'en aller.

Or, messieurs, je ne pense pas que je doive me repentir de l'avoir saigné. Il n'est pas douteux pour moi, ni, je l'espère, pour vous, que ce jeune homme s'en allait rapidement de vie à trépas par le fait d'une asphyxie rapidement croissante.

Que si maintenant nous essayons de tirer de ce fait sa conséquence pratique, nous dirons qu'il est des cas où le médecin le plus temporisateur a la main forcée par l'urgence, et qu'il ne faut ni prescrire ni proscrire la saignée d'une façon aussi absolue qu'on l'a fait naguère et aujourd'hui. (*A suivre.*)

ESSAI SUR LA PATHOGÉNIE

DES KYSTES ET ABCÈS DES MACHOIRES

Par le docteur E. MAGITOT, lauréat de la Faculté et de l'Académie impériale de médecine, etc.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* ont pu remarquer que, dans ces derniers temps, un certain nombre de communications se sont produites au sujet des *kystes périostiques de la bouche*. Une polémique à laquelle ont pris part MM. les docteurs Ancelet, Souvier, Jacquin et Meilhac, avait pour but la détermination de la nature précise et du mécanisme de production de ces lésions, encore fort peu étudiées jusqu'à ce jour.

Nous venons demander qu'il nous soit permis de profiter de l'occasion présente pour exposer, dans cet ordre de questions, quelques considérations appuyées sur des faits de notre expérience personnelle. Nous le ferons aussi brièvement que possible.

En premier lieu, nous pensons qu'il importe d'établir une distinction parmi les collections de liquide qui s'observent dans la bouche, entre les *kystes* proprement dits et les *abcès*. Cette distinction, toutefois, serait purement clinique; car nous doutons que, dans l'état actuel de la science, on puisse fournir une définition du kyste dans laquelle ne puissent rentrer certains abcès. Ces deux lésions d'ailleurs se confondent souvent, et peuvent passer de l'une à l'autre : tels sont les abcès enkystés, les kystes à contenu d'abord séreux, puis suppurés. Cliniquement cependant, on distingue ces deux états : la marche spéciale des kystes, leur chronicité, leur indolence, l'absence ordinaire, au moins prématurément, d'un élément inflammatoire, sont des éléments diagnostiques. Leur contenu même, formé communément de sérosité, ne devenant qu'accidentellement purulente, et leur mode d'évolution sont des caractères différentiel.

Les kystes, en outre, suivant une excellente division de M. Broca, se classent en :

1° *Kystes progènes*, c'est-à-dire dans une cavité close préexistante. Tels sont, ainsi qu'on le verra, les kystes du follicule dentaire ;

2° Les *kystes néogènes*, ceux qui n'ont par leur siége dans une cavité préexistante, et dont la paroi est de formation entièrement nouvelle ;

3° Enfin les *kystes sérigènes*, tels que ceux qui se produisent autour d'un corps étranger, par exemple.

Les abcès, au contraire, et en particulier les abcès des mâchoires, reconnaissent ordinairement pour origine une lésion de l'ordre inflammatoire, presque toujours dentaire, quelquefois primitivement osseuse. Rarement les altérations organiques ou inflammations des dents donnent lieu à des kystes proprement dits, mais bien à des complications de la même nature qu'elles. De même, les kystes conservent leurs caractères particuliers, et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on observe la transformation purulente de leur contenu.

Nous croyons donc utile de maintenir, dans les cas présents, la distinction entre les kystes et les abcès.

Nous les envisagerons ainsi successivement.

I. DES KYSTES DES MACHOIRES.

Parmi les kystes dont la bouche peut devenir le siége, il en est un certain nombre qui sont absolument étrangers aux dents et aux mâchoires, et que nous devons éliminer tout d'abord. Tels sont les kystes salivaires, soit qu'ils se développent dans une glandule salivaire, isolée de la muqueuse buccale, soit qu'ils résultent de la dilatation d'un conduit excréteur, comme la *grenouillette*. Nous réservons également certains kystes des sinus maxillaires, si bien décrits par M. Giraldès.

Restent donc les kystes d'origine dentaire, qui sont de beaucoup les plus fréquents, et les kystes *sous-périostiques* des mâchoires, sans participation dentaire. Nous verrons que c'est à ces derniers que se rapportent les faits de M. Ancelet.

Les auteurs classiques Dupuytren, Velpeau, Nélaton, Richet, indiquent bien en effet des kystes maxillaires ; mais il règne dans les descriptions, il faut bien l'avouer, une grande confusion sur la nature et le mode de formation de ces altérations, tantôt considérées comme étrangères aux dents, tantôt rattachées à des altérations de ces organes, et sans indication précise du mécanisme d'évolution.

Pour M. Broca (*Traité des tumeurs*, t. II, p. 35, *note*), la très-grande majorité des kystes des mâchoires, abstraction faite de ceux qui sont propres au sinus maxillaire, seraient des kystes de follicule dentaire, et ces kystes auraient nécessairement pour période de formation l'une des phases de l'évolution intra-folliculaire elle-même. Cette assertion, extrêmement juste par elle-même, nous semble toutefois un peu absolue, et il est bon nombre de kystes développés au sein des maxillaires, et qui ont pour siége, soit une alvéole distendue, soit un point de la racine d'une dent, le périoste dentaire formant la paroi propre du kyste, soit encore, mais plus rarement, le périoste osseux lui-même.

Les kystes folliculaires proprement dits, dont la pathogénie est très-lucidement indiquée par M. Broca, peuvent appartenir à plusieurs phases de l'évolution dentaire. Leur contenu liquide n'en varie pas sensiblement, mais on trouve des différences importantes dans la nature des productions solides qu'ils renferment.

Si le kyste s'est produit pendant la période *embryo-plastique* du follicule, c'est-à-dire antérieurement à la genèse de l'ivoire et de l'émail, les organes formateurs de ces deux tissus peuvent avoir subi une atrophie complète, et l'on ne rencontre à l'ouverture du sac ni dent ni rudiment de dent. Nous avons recueilli un fait de ce genre dans lequel un kyste à paroi osseuse, causé par la rétention du follicule d'une dent de sagesse, ne donna lieu qu'à une matière comme sébacée, sans trace de débris dentaire sur aucun point.

Si le kyste s'est formé pendant la période *odonto-plastique*, qui correspond au moment où va commencer la dentification, on trouve dans la cavité des masses informes constituées, soit par des grains dentinaires, soit par des masses informes d'ivoire et d'émail, parfois difficilement reconnaissables, de véritables odontômes. C'est à cet ordre de faits qu'il convient de rapporter une observation curieuse de Jourdain (*Maladies de la bouche*, 1778, t. I, p. 125, ainsi qu'un exemple emprunté à la clinique de M. Nélaton, et rapporté par M. Broca [*loc. cit.*, p. 36, *note*].

Dans une troisième et dernière variété des kystes folliculaires, le début répond à une période plus avancée de l'évolution : la couronne est formée et la paroi du sac est encore adhérente au collet de la dent, d'où elle va se prolonger ultérieurement sur la racine, pour en constituer le périoste. Si, à ce moment, le follicule devient le siége du kyste, cette paroi se distend sous l'accumulation du liquide, et l'on retrouve à l'ouverture de la poche une couronne dentaire souvent régulièrement conformée sur un point, tandis que la racine est implantée dans la paroi, laquelle reste insérée au collet. Dans un cas de ce genre, dont nous avons recueilli l'observation, il nous a été possible de retrouver dans l'organisation de la membrane kystique la structure de la paroi folliculaire normale, ainsi que la présence du même épithélium que revêt la face interne du follicule.

Les exemples de kystes de cette période sont nombreux dans la science. Boyer, Sym, Blasius, MM. Legouest, J. Paget, Nélaton, Broca, en ont signalé. M. Guibout, dans un excellent travail (*Union médicale*, 1864), paraît être le premier qui ait nettement compris la relation entre les kystes et le follicule dentaire. M. Trélat a fait, en outre, cette judicieuse remarque que les kystes pouvaient se développer dans un follicule de dent surnuméraire, l'arcade dentaire restant au complet, ce qui entraîne quelques difficultés de diagnostic.

Tels sont les kystes folliculaires, résultat d'aberration de nutrition, *d'anomalie* de cette période d'évolution.

Tout autres sont les kystes dentaires dus à une altération de nature purement pathologique de l'organe. Ceux-ci sont le plus ordinairement développés à la face profonde du périoste alvéolo-dentaire, tantôt ils sont spontanés, tantôt ils sont la conséquence d'une lésion du périoste, consécutive ou non à une carie préalable.

Dans le premier cas, le contenu est, primitivement du moins, séreux, plus ou moins épais. Nous en avons rencontré de nombreux exemples. Ils affectent de préférence les dents antéro-supérieures, incisives ou canines. On reconnaît à l'ouverture de la poche la présence d'une racine dentaire mise à nu, plus ou moins altérée, et entièrement dépourvue de son périoste, employé à la formation de la paroi kystique. Ce seraient là, pour M. Broca, des kystes dentaires *néogènes*. L'extraction de la dent, dans les cas de ce genre, n'est pas comme on serait tenté de le croire, indispensable à la guérison ; nous avons pu l'éviter dans plusieurs faits de notre pratique personnelle. La carie peut y être et y est ordinairement complétement étrangère. Ces kystes se développent lentement, et souvent sans douleurs vives, au sein du maxillaire, où ils peuvent atteindre un volume variant de celui d'une noisette à celui d'un œuf. Si la poche a pour point d'origine le sommet d'une racine de molaire supérieure, c'est ordinairement le sinus maxillaire qui devient le siége de la collection. Nous en avons tout récemment rencontré un fait, dans le service de M. Desormeaux, à l'hôpital Necker. L'observation qui sera ultérieurement publiée a été soigneusement prise par l'interne du service, M. Rendu.

Dans le second cas, c'est-à-dire celui où les kystes du périoste dentaire sont consécutifs à une lésion grave de l'organe, leur contenu est ordinairement purulent. Ce sont de petites poches sphériques ou ovoïdes occupant le sommet même d'une racine ou l'interstice des racines d'une molaire, et dont la paroi n'est autre que le périoste dentaire épaissi. La face interne du kyste présente des espèces de viscosités flottant dans le liquide. Le contenu renferme assez souvent de la cholestérine. La nature spéciale des accidents, et l'acuité des douleurs qu'ils provoquent, appellent ordinairement de bonne heure l'intervention du chirurgien, et l'on pratique l'extraction de la dent ou du débris qui en est le siége. Pendant l'opération, le sac se rompt ordinairement, et l'on n'en retrouve que les lambeaux. Toutefois, il nous est arrivé d'en trouver intacts. On pourra en voir un exemple dans notre mémoire sur les *tumeurs du périoste dentaire* (1860, p. 59 et planche, fig. 8).

Tels sont les kystes qui peuvent seuls mériter le nom de kystes d'origine dentaire, kystes de follicule et kystes du périoste. Quant à ceux qui auraient pour paroi le périoste même des mâchoires, et qui représenteraient en réalité les *kystes périostiques* de la bouche, ils sont d'une tout autre origine : ordinairement, ils naissent spontanément ou sans cause appréciable. On les trouve, ou sur la voûte palatine, ou sur un point quelconque de de la surface des maxillaires. Dans cette dernière catégorie, rentrent certainement les deux observations intéressantes de M. Ancelet (*Gazette des Hôpitaux*, 16 mai 1869), c'étaient des kystes saillants dans le vestibule de la bouche, sans relation constatée avec les dents, et dont la guérison s'est effectuée en dehors de toute intervention du côté de ces organes.

Les faits de M. Sourier sont essentiellement différents (*Gazette des Hôpitaux*, 25 mai). Ce sont de véritables *abcès dentaires*, consécutifs à des caries avancées, avec trajets fistuleux, et dont la guérison n'eût pu être réalisée sans l'ablation des débris dentaires, causes premières de la lésion. Les observations rapportées par MM. Jacquin et Meilhac sont analogues aux précédentes, et leur origine dentaire n'est pas moins incontestable.

Toutefois, bien que nettement reconnus et très-distincts dans l'ordre nosologique, les kystes sous-périostiques des mâchoires, étrangers aux dents, sont relativement rares, ce qui donne encore plus d'intérêt à la communication de M. Ancelet.

En ce qui concerne maintenant les abcès proprement dits, d'origine dentaire, ils sont extrêmement communs, et c'est sur leur mécanisme de production que nous allons présenter quelques remarques. (*A suivre.*)

CLINIQUE DE VALS. — M. CLERMONT (DE LYON).

Source Désirée.

(*Eau sodo-magnésienne laxative*)

I

La plus chargée en bicarbonate de magnésie, et par conséquent la plus laxative des eaux de Vals, est celle de la source *Désirée*. Comme elle est aussi l'une des plus carbo-sodiques, nous la réservons pour combattre les affections graves du foie, les engorgements chroniques d'autres viscères et les affections diathésiques : gravelle, glucosurie, etc., quand ces états morbides s'accompagnent de constipation très-rebelle, d'une sorte de paresse intestinale, que les purgatifs énergiques ne peuvent vaincre que pour un jour. Voyons-là d'abord aux prises avec la maladie, et, des quatre observations que nous allons donner, les indications qui peuvent faire choisir cette eau parmi ses analogues se déduiront d'elles-mêmes comme de simples corollaires.

1re Obs. — *Diathèse catarrhale : catarrhe de vessie.*

A la date du 22 juillet dernier, M. le docteur Rowiski, de Cette, nous adresse un de ses clients atteint d'un catarrhe de vessie. Depuis un an et demi, la manifestation catarrhale s'est montrée dans les urines, qui offrent des flocons de glaires ; un léger suintement urétral, de nature muqueuse, indique que la maladie s'étend au canal excréteur de la sécrétion urinaire.

M. S... vient à Vals dans d'assez bonnes conditions : il a été traité par les balsamiques, et il a même pris les capsules de Raquin. Bien qu'en voie de guérison, il est un peu anémié ; les glaires persistent dans les urines, ainsi que le mucus urétral ; les fonctions seraient presque normales, si la constipation ne persistait des sept ou huit jours.

Quatre verrées par jour de l'eau de la Désirée, des bains alcalins, tel fut le traitement que suivit le malade tout le temps que dura sa cure thermale, sauf les derniers jours, où il prit, comme moyen reconstituant, quelques verrées de l'eau de la Dominique, mais alors seulement que les selles avaient été rendues journalières et faciles. L'eau de *la Dominique*, à la même dose que celle de *la Désirée*, semblait resserrer le malade ; aussi était-on obligé de les alterner. M. S... partit le 12 août, débarrassé de ses manifestations catharrales, et après avoir fourni une preuve de plus des effets laxatifs de l'eau de la Désirée. En nous adressant plus tard un autre malade, M. le docteur Rowiski nous donna de M. S... les nouvelles les plus satisfaisantes.

Dans l'observation suivante, l'eau de la Désirée agit non-seulement comme ataxive, mais aussi comme un puissant moyen résolutif.

2e Obs. — *Métrite provoquant la dyspepsie et la constipation.*

Agée de 33 ans, bien constituée et plétorique, Mme A..., de Valence, est atteinte d'un abaissement de l'utérus avec engorgement chronique de cet organe. Comme on l'observe fréquemment dans cet état morbide, elle éprouve quelquefois du vertige, surtout quand elle se tient longtemps debout, et nous avons nous-mêmes constaté cet effet à la suite d'une station de ce genre à l'église. Elle a de mauvaises digestions, accompagnées d'abondantes flatuosités, de la constipation. Il y a leucorrhée ; la menstruation est douloureuse ; Le sang est-il trop épais ; les sinus que ce liquide doit parcourir sont-ils obsturés ? Dans tous les cas, une nouvelle congestion sanguine suffit à expliquer les douleurs plus vives qui accompagnent les menstrues. C'est dans ces conditions que, le 20 juillet, M. le docteur Leclerc, de Valence, envoie Mme A... à Vals. Il l'a attentivement examinée, et il s'est assuré que l'utérus, abaissé et engorgé, s'appuie sur le rectum. La malade attribue ce dérangement et ses suites à un long voyage et à une couche laborieuse.

Les deux premiers jours, une eau tempérante, de 6 à 7 verrées par jour, fut donnée à la malade qui la supporta bien, mais resta constipée. Mise à l'usage de l'eau de *la Désirée* le 22 juillet, quatre verrées seulement par jour, elle constate que les évacuations alvines devenaient faibles, parfois même trop fréquentes. Les bains alcalins, les douches utérines avec la même eau, vinrent aider au succès du traitement. Lorsque Mme A... partit, son ventre n'était plus ballonné comme à son arrivée à Vals ; les digestions étaient bonnes ; il n'y avait plus de vertige, et l'engorgement utérin en grande voie de résolution.

Dans les hépatites, les splénites, les métrites chroniques, en un mot, dans toutes les hyperémies passives des viscères abdominaux, l'eau de *Désirée* offre aux médecins de Vals une ressource thérapeutique très-efficace, quand ces lésions morbides sont accompagnées de l'ataxie de la tunique musculaire intestinale, ou d'une diminution notable dans la sécrétion du suc gastrique et de la bile ; car ces phénomènes morbides sont toujours la cause d'une constipation permanente.

M. le docteur Tribes, de Nîmes, en nous adressant le malade dont nous allons dire quelques mots, nous a fourni l'occasion de constater, une fois de plus, le pouvoir résolutif et laxatif de l'eau de *la Désirée*.

3e Obs. — *Crises hépatiques.*

M. B..., de Nîmes, âgé de 42 ans, d'un tempérament bilieux, est sujet depuis deux ans environ à des crises hépatiques violentes. Depuis ce temps, il digère mal, les selles sont rares, les matières en sont dures et blanchâtres. Sa langue est recouverte de mucosités d'un blanc verdâtre ; ses urines sont d'un jaune bien foncé ; son pouls à 85° ; enfin son ventre est un peu gros et légèrement douloureux ; son foie, volumineux, est sensible à la moindre pression.

Ce malade vient à Vals en août 1867. En ce moment, la réaction fibrine est très-forte chez lui ; aussi ne peut-il supporter que l'eau de *la Saint-Jean*. Quelques tentatives pour lui faire prendre des eaux plus sodiques ne réussissent pas. La position s'aggrave ; une crise hépatique violente se manifeste, et nous renvoyons M. B... dans un état déplorable. Il est probable cependant que l'eau de la Saint-Jean a aidé à détacher quelques calculs biliaires ; car, rentré à Nîmes, le malade éprouve un bien-être notable, provoqué par les bons soins de M. le docteur Tribes, qui nous le renvoie l'été suivant, 1er juillet. Deux symptômes surtout persistent encore : le gonflement du foie et la constipation, demeurant comme des causes prédisposantes, à l'état aigu. Grâce à l'eau de *la Désirée*, prise pendant 18 jours (deux verres matin et soir), grâce aussi aux bons effets des bains alcalins, le malade partit complétement débarrassé de son hépatite, de sa constipation, de ses idées hypocondriaques, et de l'aspect chloro-anémique qu'il avait à son arrivée à Vals.

Le rhumatisme viscéral chronique, quel que soit l'organe qu'il affecte, est aussi du domaine de *la Désirée*, quand une constipation opiniâtre est un de ses caractères principaux. Parmi de nombreux exemples, nous choisissons celui fourni à notre clinique par un malade de M. le docteur Lemaître-Florian, de Paris.

4e Obs. — *Gastro-entérite rhumatismale.*

M. G..., marchand de bimbloteries à Paris, âgé de 42 ans, est depuis dix ans environ sujet à des manifestations rhumatiques arti-

culaires. Depuis cette époque, ses digestions sont difficiles, et aujourd'hui, si la diathèse a cessé de sévir sur les membres, en revanche, les phénomènes dyspeptiques sont plus accusés et constituent une véritable maladie, que le mauvais temps a le funeste privilége d'exaspérer encore. Après de nombreuses purgations et d'autres modes rationnels de traitement, M. le docteur Lemaître-Florian l'envoie à Vals, où il arrive le 14 juillet. Nous constatons, entre autres symptômes, des renvois fréquents, tantôt acides, tantôt ayant l'odeur des aliments ingérés. Sensibilité à l'épigastre, douleur quasi permanente au dos vis-à-vis la même région, langue blanche, extrême constipation habituelle, essoufflement après les repas, même légers; pouls fort, urines rouges, œdémateuses.

A Paris, le docteur Lemaître Florian a fait prendre à son malade 100 bouteilles de l'eau de Saint-Jean. Ainsi préparé à l'administration d'eaux plus sodiques, il est mis de suite à l'usage de *la Désirée*, quatre verres par jour.

Tout d'abord, cette eau passe avec peine; elle augmente la voussure abdominale, la constipation et presque tous les accidents morbides. Mais la tolérance s'établit bientôt; nous pouvons même porter la dose de l'eau à six, puis huit verres par jour. Après la première semaine, le malade éprouve ce relâchement du ventre qui suit d'ordinaire l'usage de l'eau de la Désirée. Les autres fonctions se rétablissent peu à peu, et après 23 jours de traitement, M. G... retourne à ses affaires, à peu près complétement guéri.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 1er juin 1869. — Présidence de M. BLACHE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 26 mai, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Vulpian dans la section d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Serres, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Vulpian prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Les rapports de MM. les docteurs Legrand, Smith, Lelorrain, Fournier et Toussaint, sur les épidémies qui ont régné en 1868 dans le département de la Moselle (Commission des épidémies); — 2° Un rapport de M. le docteur Tellier sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire); — 3° Une étude clinique sur les eaux de Méris (Allier), par M. le docteur Faure, inspecteur-ajoint (Comm. des eaux minérales); — 4° Un rapport de M. le docteur Lalagade (d'Albi) sur quelques cas de pemphygus diphthérique compliquant l'évolution vaccinale.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Elle comprend : 1° Une lettre de M. le docteur Bourguet (d'Aix), qui sollicite le titre de membre correspondant; — 2° Une note de M. Bonjean (de Chambéry) sur l'ergotine; — 3° Des études statistiques sur le recrutement dans le département de la Moselle, par M. le docteur Richon, médecin aide-major (présenté par M. Larrey) [Commission : MM. Michel Lévy, Broca et Bergeron].

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

Par M. Gavarret : Un mémoire sur la conservation de la force, par M. Helmoltz (M. Gavarret présente ensuite un optomètre).

Par M. Robinet, de la part de M. le docteur Mascarel : Une brochure intitulée : *Des eaux thermales du Mont-Dore.*

Par M. Larrey : 1° Un traité sur le transport des malades et des blessés militaires, par M. Longmor. — 2° Une brochure sur le traitement des maladies de matrice par les liquides, par M. le docteur Gairal.

Par M. Devilliers, au nom de M. le docteur Coutaret (de Roanne): une note sur le traitement des dyspepsies par la maltine.

Par M. Devergie : Un rapport sur les précautions hygiéniques dans le transport des cadavres de Paris au cimetière de Méry-sur-Oise.

Par M. Béhier, au nom de M. le docteur Notta (de Lisieux) : Une brochure sur l'emploi de la liqueur de Villate dans le traitement des affections chirurgicales.

Par M. Gosselin, au nom de M. le docteur Gadaud : Une étude sur le nystagmus.

A l'occasion du procès-verbal, M. Barth demande à rectifier une opinion qui lui a été attribuée à tort par M. Fauvel. M. Barth n'a pas dit que le percement de l'isthme de Suez favoriserait le transport du choléra en Europe par les navires venant de l'Inde; il a dit seulement que les pèlerins cholériques venant de la Mecque, embarqués à Djeddah, auraient, grâce au percement de l'isthme de Suez, plus de facilité pour former à leur débarquement, soit à Suez, soit à Alexandrie, des centres d'infection et de propagation de la maladie, centres d'où le choléra pourrait s'irradier en Europe.

M. FAUVEL répond que les craintes exprimées par M. Barth sont sans fondements, attendu que les pèlerins cholériques venant de la Mecque ne passeront pas par Suez. Ils en seront empêchés par les autorités préposées dans ce but par le gouvernement égyptien.

M. FAUVEL fait ensuite la rectification suivante : Dans le compte rendu donné par les journaux de médecine de la communication que j'ai faite à l'Académie dans la dernière séance, il s'est glissé des inexactitudes bien concevables, attendu que ma communication n'était pas écrite. Ainsi, l'un de ces comptes rendus me fait dire, d'une manière générale, « que les quarantaines sont une mesure illusoire et complétement inefficace; » telle ne pouvait être ma pensée, puisqu'en terminant j'ai annoncé que je me proposais d'exposer ultérieurement ma manière de voir sur le degré d'utilité des quarantaines contre le choléra, et j'avais dit seulement que dans le cas où le choléra régnerait parmi les pèlerins de la Mecque, la seule mesure capable de préserver l'Égypte serait l'interdiction temporaire de toute communication maritime entre ce pays et les lieux du pèlerinage, parce que, dans ce cas, toute quarantaine pratiquée en Égypte, au voisinage de Suez, contre une telle multitude, serait une mesure illusoire. J'ai dit encore que, si par malheur l'Égypte venait à être envahie, les relations de ce pays avec l'Europe sont telles, qu'il faudrait s'attendre à voir bientôt le choléra y faire invasion, par un point ou par un autre, malgré l'application des mesures de quarantaine autorisées par les lois maintenant en vigueur, d'où l'importance qu'il y avait de concentrer de puissants moyens d'action à préserver l'Égypte.

J'aurais dû ajouter que cette année, à raison de l'absence du choléra parmi les pèlerins, il n'y avait pas lieu pour l'administration égyptienne d'appliquer la mesure d'interdiction énoncée plus haut.

Je me suis contenté d'exprimer le regret que l'administration égyptienne, malgré ses promesses, n'eût fait cette année, pas plus que les précédentes, aucune disposition convenable pour recevoir les pèlerins à leur retour de la Mecque; ce qui pourrait nous faire craindre pour l'avenir, qu'en cas de choléra, elle ne fût encore prise au dépourvu. L'Académie comprendra sans peine l'importance de cette rectification. Quant aux autres inexactitudes, d'un moindre intérêt, elles seront rectifiées dans le Bulletin de l'Académie.

M. BRIQUET fait remarquer, à l'appui des observations présentées par M. Barth, que le choléra n'est pas seulement apporté en Europe par les pèlerins venant de la Mecque. Il existe une ligne de paquebots faisant un service régulier de Calcutta aux îles Maurice, et qui transportent à Maurice les *coolies* dont on a besoin dans cette dernière localité; ils y transportent aussi le choléra, qui sévit très-fréquemment à Maurice. Or, il existe également un service régulier de paquebots de Maurice à Bombay et de Bombay à Suez; le percement de l'isthme paraît donc à M. Briquet devoir faciliter le transport et la propagation du choléra en Europe par cette voie.

M. FAUVEL répond qu'il est positif que depuis vingt ans aucun navire, venant de l'Inde à Suez, n'a importé le choléra en Égypte. En ce qui concerne le transport des navires de l'Inde à Maurice, c'est différent.

Les *coolies* de l'Inde, venant de l'Inde, importent le choléra à Maurice; mais ils ne passent jamais par Suez, attendu qu'en Europe on n'a pas besoin de *coolies*.

L'ouverture de l'isthme de Suez ne doit absolument rien changer à l'état actuel des choses, relativement à l'importation du choléra.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Jules Guérin, au nom du conseil, à commencer le plus tôt qu'il le pourra la discussion, depuis longtemps pendante, du rapport de M. Depaul sur la vaccination animale. Il importe que le compte rendu de cette discussion soit adressé sans retard à M. le ministre, à titre de document complémentaire.

Après quelques observations présentées par MM. J. Guérin, Depaul, Béhier et Dubois d'Amiens, l'Académie fixe à quinzaine l'ouverture de la discussion.

LECTURES

M. le docteur BAILLY, professeur agrégé, donne lecture d'un travail intitulé : *Observation d'un cas de vice de conformation rare et peu connu du bassin.* En voici le résumé :

La femme qui fait le sujet de cette observation est affreusement contrefaite. Sa taille mesure 1 mètre 38 centimètres. Il existe à la région lombaire une énorme gibbosité. Le bassin a éprouvé, sur les têtes fémorales, un mouvement d'extension dont l'effet a été de rapprocher de la verticale l'axe du détroit supérieur, et de reporter en avant et en haut l'orifice vulvaire, qui est plus apparent que de coutume. Le bassin, au premier abord, paraît avoir une ampleur normale; cependant il est plus conique que d'ordinaire. Élargi à sa base, il semble rétréci au niveau du détroit inférieur, et à sa paroi postérieure, la convexité du sacrum, fait place à une surface beaucoup plus plane, et les crêtes iliaques offrent une saillie très-prononcée.

Le détroit inférieur et l'excavation paraissent avoir conservé leur forme et leur dimension normales. L'angle sacro-vertébral est absolument inaccessible au doigt. L'exploration du détroit inférieur donne au contraire l'idée d'un rétrécissement notable de cet orifice; on ne peut douter non plus que le diamètre transversal de ce détroit ne soit aussi très-notablement rétréci par le rapprochement insolite des tubérosités ischiatiques.

Les mesures suivantes ont été obtenues au moyen du compas de Baudelocque : du milieu de l'une des crêtes iliaques au même point du côté opposé, 27 centimètres; — entre les épines iliaques postéro-supérieures, 8 centimètres; — entre les bords internes des tubérosités ischiatiques, 7 centimètres 1/2; — de l'apophyse épineuse sacrée supérieure au bord supérieur de la symphyse du pubis, 19 centimètres 1/2; — de la pointe du sacrum à la partie inférieure de la symphyse du pubis, 5 centimètres; — longueur du diamètre bisischiatique, 7 centimètres 1/2.

La circonstance capitale de cette observation, dit M. Bailly, est très-certainement le fait d'un rétrécissement pelvien considérable et ayant pour siége exclusif l'orifice inférieur du bassin. L'auteur désigne ce nouveau type d'angustie pelvienne sous le nom de *bassin cyphotique*, à raison de la nature de la lésion, provenant d'une cyphose lombaire due à un mal de Pott survenu dans l'enfance.

Ce vice de conformation nécessite l'opération de l'accouchement prématuré artificiel dans le courant du huitième mois de la grossesse.

Ce travail est envoyé à une commission composée de MM. Jacquemier, Sappey et Depaul.

RAPPORTS

M. GOBLEY donne lecture d'une série de rapports sur les remèdes secrets, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

PRÉSENTATIONS

M. le docteur GAIRAL présente un appareil pour remédier à la descente de la matrice; il lit, à l'appui de sa présentation, une note intitulée : *Des divers moyens à opposer aux diverses descentes de matrice.*

M. le docteur LEFEBVRE présente un nouvel appareil vaporifère portatif et lit une note sur ce sujet.

La séance est levée à cinq heures et quart.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

(SUITE ET FIN)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Calculs salivaires. — M. PAULET présente plusieurs calculs salivaires enlevés à un malade de son service. Ces calculs étaient situés du côté gauche, et à une certaine profondeur dans le canal de Warthon; d'autres se trouvaient à droite, tout à fait dans la muqueuse, et en arrière du muscle mylo-hyoïdien. Quand l'opération fut faite, en portant, par la bouche, le doigt sur la glande sous-maxillaire, je la trouvai farcie de calculs. Du côté droit, en cherchant à faire basculer le calcul sur une curette, je comprimai le nerf lingual : ce qui éveilla une douleur vive, qui persista pendant trois jours.

M. PANAS. Le hasard veut que je possède un calcul salivaire de la glande sous-maxillaire, calcul que j'ai enlevé hier. C'était un homme de 35 ans, malade depuis 15 jours. La glande sub-linguale était très-rouge; la région sous-maxillaire était très-tuméfiée; il y avait toutes les apparences d'une grenouillette. Je fis une incision, j'introduisis un stylet, et je rencontrai un calcul que je pus extraire. Ce calcul porte sur une de ses faces un demi-canal qui permettait le passage de la salive; c'est quand accidentellement toute la salive a été retenue que les accidents se sont montrés.

M. DESORMEAUX a eu l'occasion de rencontrer, l'année dernière, un calcul du canal de stenon assez volumineux et faisant saillie à la face interne de la joue.

Tumeur parotidienne enlevée par l'écraseur. — M. CHASSAIGNAC présente à la Société une tumeur de la région parotidienne, extirpée chez un homme de 27 ans, au moyen de l'écrasement linéaire.

Voici en quoi a consisté le procédé, qui n'a donné lieu à aucune effusion de sang, et qui, jusqu'aujourd'hui, huitième jour de l'opération, n'a donné lieu à aucun accident. Un trocart, de moyen volume et légèrement courbe, a été passé au-dessous de la tumeur, qu'un premier trait de chaîne a divisée en deux parties à peu près égales; puis, chacune des deux moitiés ayant été détachée de la peau par simple énucléation, puis pédicalisée au moyen d'une ligature simple, a été soumise à l'action de l'instrument, qui en a opéré la séparation complète.

La tumeur, examinée avec soin au microscope par le docteur Desprez, n'a présenté rien autre chose que les caractères habituels des tumeurs fibro-plastiques.

Tumeur fibro-plastique naissant de la graine des vaisseaux fémoraux. — M. DEMARQUAY. J. C..., âgé de 44 ans, marchand de nouveautés. entre, le 13 mars 1869, à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, pour se faire soigner d'une tumeur qu'il porte à la partie interne et inférieure de la cuisse gauche sous le muscle couturier.

Sans avoir éprouvé aucune douleur, sans coup, sans chute sur cette partie, le malade nous apprend qu'un jour, vers le mois de septembre 1868, il s'aperçoit, en se déshabillant, d'une grosseur insolite à la partie interne et inférieure de la cuisse. Il fait venir aussitôt des médecins de son pays, qui le badigeonnent d'abord avec la teinture d'iode, et mettent ensuite sur la tumeur des vésicatoires. Ces différentes médications n'empêchent pas la tumeur de grossir, et le malade, incommodé par son poids, se décide à venir à Paris pour se faire opérer.

Située à la partie interne et inférieure de la cuisse gauche, sous le couturier, qu'elle repousse un peu en dedans, cette tumeur repose sur les vaisseaux fémoraux, qu'elle recouvre, entre le droit antérieur de la cuisse, le vaste interne et le troisième adducteur. Elle s'étend dans une étendue de 15 centimètres en hauteur sur 12 en largeur, jusqu'à 4 centimètres du condyle interne du fémur. La forme aplatie de la tumeur, qui s'est accrue en largeur plutôt qu'en hauteur, indique que pour se développer elle a eu une grande résistance à surmonter. En effet, la lame aponévrotique qui vient de la couche profonde du fascia-lata, le muscle couturier, l'aponévrose de ce muscle, fortement unie aux aponévroses des muscles voisins, ont empêché le développement en hauteur de la masse pathologique, qui est ovoïde, et produit sur la cuisse un relief assez prononcé. La peau qui la recouvre est saine; elle a conservé son épaisseur, sa coloration, sa souplesse; elle est mobile et glisse sur la tumeur. La consistance de cette grosseur lobulée n'est pas uniforme. Deux points sont mous et comme fluctuants; les autres sont durs, résistants et un peu élastiques. Elle n'est pas adhérente à l'os; car on peut lui imprimer des mouvements dans tous les sens. Où cette production morbide s'est-elle développée? Dans les tissus sous-jacents sans connexion très-intimes avec eux? ou bien adhère-t-elle aux muscles, aux aponévroses ou aux vaisseaux. Il est difficile de se prononcer. Quoi qu'elle soit profondément située, sur le trajet même de l'artère fémorale, on ne perçoit aucun battement, aucun souffle. Si l'on fait contracter les muscles, la dureté de la masse augmente. Il y a un peu d'œdème au pied, à cause de la compression de la saphène, pressée entre la peau et la tumeur.

Les symptômes énumérés ci-dessus font diagnostiquer à M. Demarquay, une tumeur *fibro-plastique*.

La position de la tumeur près du creux poplité, et sur le trajet des vaisseaux fémoraux, fait hésiter pendant quelques jours M. Demarquay à pratiquer l'opération. Enfin, après avoir pesé les chances de succès, sur les instances du malade, il se décide à l'extirper. Le 24 mars, la tumeur lui avait semblé un peu plus fluctuante par endroits.

Le 25 mars, après avoir endormi le malade au moyen du chloroforme, l'habile chirurgien de la Maison de santé fait une incision parallèle au bord externe du couturier, dans sa partie inférieure, et d'une longueur de 20 centimètres environ. Le couturier, séparé de la tumeur à laquelle il était du reste peu adhérent, est tiré en dedans au moyen d'un crochet, et maintenu par un aide dans cette position; on en fait autant du vase interne, et l'on voit alors une tumeur, grosse comme un œuf d'autruche, proéminer entre ces deux muscles. Le doigt, promené autour, constate qu'elle est adhérente aux vaisseaux fémoraux, qui la traversent dans une étendue de 5 centimètres. Au-dessus et au-dessous de la tumeur on sent parfaitement battre l'artère. La gaine fait donc partie de la tumeur, et est probablement altérée.

Que faire en cette occurrence? On ne pouvait songer à lier l'artère pour enlever complétement la tumeur : il aurait aussi fallu lier la veine et le nerf saphène interne qui accompagne ces vaisseaux, et l'on sait que, la veine liée, il y a stase du sang veineux dans le membre inférieur, et, par conséquent, presque infailliblement gangrène de ce membre. Disséquer la tumeur et en isoler l'artère et la veine, dont les tuniques étaient probablement altérées, semblait trop dan-

gereux, pour ne pas dire impossible. Prenant un juste milieu, M. Demarquay enleva tout ce qu'il put de la tumeur, tout en respectant les vaisseaux.

Pendant toute l'opération, qui a duré 20 minutes, le malade a perdu peu de sang. On panse sa plaie avec de la charpie sèche que l'on introduit dedans, on recouvre le tout d'un linge glycériné, et l'on fait le pansement habituel.

Trois heures après l'opération, l'état du malade est bon ; il n'éprouve qu'un peu de cuisson dans la plaie.

Le 28, la plaie a une odeur fétide ; elle est noirâtre ; le pus, très-liquide et en faible quantité, est sanieux. A deux heures de la nuit, le malade a eu de légers frissons, suivis de sueurs abondantes ; pouls petit, 138 pul. ; temp. axil., 39°. Soir. Même état ; les frissons se sont renouvelés pendant la journée. On ne peut à peine sentir le pouls, tellement il est faible et déprimé, 152 puls. ; temp. axil., 39° 3/5.

Le 29 matin. Le malade a dormi un peu, mais son sommeil était souvent troublé par le délire. Pouls, 142 ; temp. axil. ; 39° 1/5. Soir. Le malade, plongé dans un état de somnolence, reste indifférent à tout ce qu'on lui dit. Le pouls est fort, 136 puls. ; temp. axil., 39° 1/5.

Le 30, la cuisse du malade, marbrée de plaques rougeâtres et bleues, est considérablement œdémaciée ; l'empreinte des doigts reste très-longtemps à s'effacer. Sur tout le corps on remarque ces mêmes taches rouges bleuâtres. Ses yeux, brillants, sont enfoncés dans l'orbite. Toute la nuit il a été tourmenté par un hoquet des plus rebelles. Pouls, 152 ; temp. axil., 39° 2/5.

Soir. Délire, oppression considérable ; 60 inspirations par minute. Langue sèche, noire. Le hocquet continue. Le pouls, irrégulier, intermittant est à 132. Temp. axil., 40°. Le malade meurt à deux heures dans la nuit, cinq jours après l'opération. Anatomie pathologique de sa tumeur : Le volume de sa tumeur est celui d'un œuf de dinde ; elle est enveloppée d'une enveloppe fibreuse ; elle est formée de lobes et de lobules, séparées par des lacunes ou vacuoles ; le tissu de la tumeur est d'un blanc rosé, friable. La pression ne donne pas lieu à l'issue d'un suc blanc laiteux. La tumeur, en un mot, me paraît être de nature fibro-plastique.

M. VERNEUIL rappelle que dans un mémoire de Langenbeck, sur quelques points de la pathologie du système veineux, il y a des exemples de tumeurs que Langenbeck décrit comme des fibromes prenant naissance sur la paroi des veines.

M. FORGET a vu une tumeur semblable prenant naissance sur la carotide. Roux enleva à la fois la tumeur et l'artère. Le malade mourut des suites de l'opération.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Urétroscope pour les femmes. — M. DESPRÉS. J'ai l'honneur de présenter à la Société un urétroscope dont je me sers pour examiner l'urètre et la vessie de la femme, à l'hôpital de Lourcine.

Cet instrument, que j'ai fait construire par MM. Robert et Colin, est une simple sonde, à extrémité évasée, comme le spéculum auris de Gruber de Vienne, et Toynbee. C'est une sonde en argent, de 9 centimètres de long, d'un diamètre de 6 millimètres, ou du n° 21 de la filière Charrière, et pourvue d'un embout mobile.

Pour se servir de cet urétroscope, on place la malade devant une fenêtre bien éclairée, de façon à jouir de la lumière naturelle. On introduit le spéculum huilé, muni de son embout, à une profondeur variable.

Si l'on veut explorer l'urètre, on introduit le spéculum à une profondeur moindre de 3 ou 4 centimètres, on enlève l'embout, et on retire le tube, de façon à faire passer devant soi toute la muqueuse de l'urètre.

Si l'on veut explorer la vessie, on introduit le spéculum à une profondeur de 6 à 8 centimètres, l'on retire le mandrin ou embout ; l'urine coule alors si l'on n'a pas eu soin de faire uriner la malade. On abaisse le pavillon de la sonde-spéculum, on fait couler l'urine, puis on relève l'instrument, et on aperçoit alors, pendant quelques instants, la muqueuse vésicale.

J'ai pu employer cet instrument, sans causer de douleurs, et sans être arrêté, chez presque toutes mes malades.

A l'état normal, l'urètre présente une coloration rosée, la muqueuse est lisse et luisante. On aperçoit au fond du tube un pertuis rond, entouré d'un bourrelet circulaire, qui est la muqueuse urétrale. Depuis le col de la vessie jusqu'à 1 centimètre environ du méat urinaire, les parties sont disposées de la sorte ; mais au niveau du méat, l'urètre est représenté par une fente allongée.

La muqueuse de la vessie normale se présente sous l'aspect d'une membrane lisse, d'une coloration blanche ou blanc grisâtre, et peu larculaire, comme le sont les muqueuses des individus cachectiques.

Depuis deux mois je me sers de cet instrument ; le nombre des observations pathologiques que j'ai pu recueillir est encore restreint ; cependant, j'ai déjà vu que les chancres de l'urètre sont constitués par des ulcérations linéaires ; que, dans l'urétrite, la muqueuse est villeuse, rouge et moins luisante qu'à l'état sain ; que dans la cystite, la muqueuse offre une rougeur analogue à celle de l'urètre inflammé.

Il me reste à ajouter que cet urétroscope a des rapports avec le spéculum auri plein, et qu'il est seulement plus long et plus gros ; que dans l'appareil de M. Desormeaux il y a une sonde urétrale, qui ressemble à mon instrument et est introduite aussi à l'aide d'un mandrin. Il n'y a, entre cette pièce de l'endoscope et mon tube-spéculum, qu'une seule différence, c'est que je me sers, avec mon urétroscope, de la lumière naturelle, et que je n'ai pas besoin d'appareil d'éclairage ; et j'appelle l'attention de la Société sur la simplicité et la facilité d'emploi, de l'instrument explorateur que je lui soumets.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

LIBRE-ÉCOLE DE CHIRURGIE. — *Cours de chirurgie des femmes.* — Le docteur Berrut a commencé son cours le 1er juin 1869, à onze heures du matin, et le continuera le mardi, le jeudi et le samedi, à la Libre-École, où l'on s'inscrit.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT — POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. La métallothérapie graphique. Hémorrhagies puerpérales arrêtées par l'injection iodée. — Essai sur la pathogénie des kystes et abcès des mâchoire (M. Magitot). — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La métallothérapie à l'hôpital de Lariboisière (1).

Le 10 octobre, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Hérard, une fille L..., âgée de 32 ans, n'ayant eu d'autre maladie dans son enfance qu'un écoulement leucorrhéique, qui n'a jamais cessé depuis, et une fluxion de poitrine à l'âge de 9 ans; mais, à dater de cette époque, elle a été en proie à une grande nervosité. A 12 ans, elle a eu des douleurs gastralgiques, des migraines. Depuis l'âge de 12 ans, elle prend du fer et du quinquina sous toutes les formes, sans aucun résultat; la leucorrhée persiste toujours et avec une intensité croissante. Ce n'est qu'à l'âge de 19 ans seulement que ses règles paraissent pour la première fois, à la suite d'une violente attaque de nerfs. Elles durent un jour à peine et ne reviennent qu'au bout de six mois. A 20 ans, elle a une violente attaque de rhumatisme, qui la rend impotente pour un assez long temps. Cinq années plus tard, elle est devenue nerveuse au plus haut degré, complétement aménorrhéique, et leucorrhéique plus que jamais. En 1861, après une amélioration apparente et de courte durée, des accidents syphilitiques étant venus s'ajouter à tous ces phénomènes, son état a été toujours s'empirant, malgré l'usage persévérant des martiaux et des toniques de toute sorte. Enfin, au commencement de l'année 1868, il lui survient une faiblesse dans les jambes, qui va graduellement jusqu'à la paraplégie.

Voici dans quel état elle entre à Lariboisière : Facies pâle, teinte terreuse, amaigrissement. Rien au cœur, bruit de souffle dans les gros vaisseaux seulement. Inactivité du réseau capillaire; des piqûres faites à la peau restent blanches. Menstruation insuffisante. Écoulement leucorrhéique d'une abondance extrême. — Peau sèche, généralement peu ou pas sensible. L'anesthésie est plus prononcée au bras droit et à la jambe gauche. Absence presque complète du goût, diminution de l'odorat. La force musculaire, assez bien conservée dans les membres supérieurs, n'est plus harmonique (press. à dr., 27; à g., 28). Dans les membres inférieurs, elle est d'une faiblesse extrême. La malade, couchée dans son lit, est obligée, pour se lever, de saisir ses jambes à pleines mains pour les amener en dehors du lit; elle est obligée de recourir à la même manœuvre toutes les fois qu'elle veut simplement plier ses jambes ou les changer de place. Assise, elle ne peut pas élever ses pieds à plus de 10 centimètres du sol. La marche est des plus difficiles; la malade se traîne péniblement, trébuchant presque à chaque pas, elle ne sent que très-imparfaitement le sol; il lui est impossible de se mettre à genoux sans tomber.

D'autre part : douleurs névralgiques extrêmement vives autour des seins et dans les membres, surtout à droite; points hypéresthésiques nombreux; boule hystérique persistante; céphalée; crampes stomacales; insomnie; constipation habituelle.

L'exploration métallique donne les résultats suivants : le fer, l'acier, sont sans action. Le cuivre, et surtout le laiton, ont une action très-prononcée. Chaque fois que l'un ou l'autre de ces métaux est appliqué sur une surface anesthésique, en moins d'une demi-heure il y a sous le métal, et même un peu à son voisinage, chaleur, formication, moiteur, activité plus grande de la circulation capillaire; les piqûres, qui auparavant, restaient pâles, rougissent et seignent, enfin la sensibilité reparaît. D'où M. Burq déduit l'indication de l'emploi du cuivre à l'intérieur.

Cette indication ayant été acceptée par M. Hérard, le traitement a été institué de la manière suivante :

Oxide rouge de cuivre.	2 grammes.
Extrait de thridace.	8 —

F. S. A. 40 pilules, à prendre de une à trois par jour.

Le 16 novembre. Une demi-heure après l'administration de la première pilule, la malade éprouve du fourmillement dans les membres et une chaleur générale qui persiste jusqu'au soir.

Le 17. L'insensibilité paraît déjà moindre aux membres inférieurs et au bras gauche. (Press. à dr. 30 kil., à g. 28. La deuxième pilule a produit les mêmes effets que la veille. Une troisième est donnée dans la journée.

Le 18. Après la quatrième pilule, on constate la coloration vive du visage et le retour de la sensibilité partout, sauf à la région externe de l'avant-bras droit; les piqûres de la peau deviennent saignantes partout où la sensibilté a reparu. Press. 32 kil. à dr., 28 à g. — Les souffrances sont apaisées, la leucorrhée a diminué, la malade marche un peu mieux.

Le 19. La sensibilité est normale sur tous les points, le goût et l'odorat sont revenus. La malade marche plus sûrement. Les douleurs des seins ont presque disparu; beaucoup moins de flueurs blanches.

Le 20 (après sept pilules). Les règles paraissent en avance de cinq jours. Le sang rouge et vermeil coule abondamment. L'apparition du flux menstruel s'est faite sans aucune souffrance.

Le 23. M. Hérard fait lever la malade en sa présence. Elle est encore obligée de s'aider un peu de ses mains pour détacher les jambes du lit; mais une fois levée, elle marche, d'un pas encore mal assuré sans doute, mais beaucoup plus facilement qu'autrefois et surtout sans souffrance; elle peut, sans le secours de la main, élever alternativement l'un et l'autre pied jusqu'à la hauteur de 30 centimètres environ.

Le 27. Les mouvements des jambes ont fait beaucoup de progrès. A partir de ce jour, on donne une troisième pilule dans la journée et on ajoute au traitement deux larges anneaux de cuivre sur les jambes.

Le 29. La malade marche beaucoup plus aisément et peut descendre les deux étages qui conduisent au jardin et s'y promener pendant une heure. Elle a seulement beaucoup de peine à remonter l'escalier. L'état général est bon; pas la moindre trace de leucorrhée; persistance de la constipation, que l'on est obligé de combattre par des purgatifs.

Pour abréger, cette malade, dont l'amélioration a été croissant, obligée de s'absenter pour affaire de famille, quitte l'hôpital le 7 décembre, avec une provision de pilules d'oxyde de cuivre. Il ne lui reste à cette époque, après vingt-deux jours de traitement, qu'une certaine difficulté pour monter et descendre les escaliers et de la constipation.

De retour à Paris le 16 décembre, elle va voir M. Burq, qui constate l'état suivant : Plus de traces de flueurs blanches, plus de souffrances, plus de bruit de souffle; sensibilité et force musculaire normales; appétit régulier.

Le 20 décembre. Nouvelle éruption menstruelle.

Le 30. Elle est examinée pour la dernière fois. Elle fait de longues courses à pied; elle descend et monte tous les jours les sept étages qui conduisent à sa chambre. La leucorrhée n'a pas reparu.

— La troisième malade est la fille S..., à Paris depuis un an seulement et qui, sous l'influence de la *malaria urbana*, a vu sa santé s'altérer. Elle a eu d'abord une leucorrhée persistante, de la pâleur, de la diminution des forces, de l'inappétence, de l'amaigrissement et un dérangement des règles. En même temps que se passent ces phénomènes de dénutrition, surviennent d'abord des envies fréquentes d'uriner et des palpitations, puis des maux de tête, des douleurs dans le ventre, et, au mois d'août, une première attaque de nerfs avec perte de connaissance, suivie bientôt après d'une deuxième. La malade a pris successivement du fer, du zinc et du quinquina; mais les accidents n'ont fait que s'accroître, et elle a dû entrer à l'hôpital, où l'on constate l'état suivant :

La malade est pâle, abattue, sensiblement amaigrie; ses forces sont considérablement diminuées, la pression dynamométrique des mains donne à droite 12 k., et 18 à gauche (elle est inharmonique). Les jambes sont très-faibles. La sensibilité a subi ellemême une diminution qui se traduit en diverses parties du corps, et surtout aux membres supérieurs, par de l'anesthésie ou de l'analgésie. Sous les parties insensibles, la circulation capillaire est languissante; les piqûres restent blanches; les extrémités sont froides et humides. Appétit nul, goût terreux; écoulement leucorrhéique plus abondant que jamais. — Palpitations, bruits de souffle dans les gros vaisseaux; points hyperesthésiques nombreux, à la tête, sur la poitrine et le long du rachis; douleurs, sensibilité extrême du ventre, particulièrement dans tout l'hypocondre droit.

Voici le résultat des explorations métalliques : Le cuivre, le zinc, le fer, l'acier et l'or ne produisent rien. L'argent, surtout au premier titre d'alliage 9/10me, produit, au bout d'une demiheure, de la chaleur, une circulation capillaire plus active, puis une cessation à peu près complète de l'anesthésie ou de l'analgésie. Quant à la force musculaire elle ne varie pas.

Toutes réserves faites, à raison des résultats incomplets de l'exploration, M. Burq propose à M. Hérard, qui l'accepte, l'essai du traitement par les préparations d'argent (le chlorure d'argent). Pilules contenant chacune 3 centigr. de chlorure d'argent.

Le 20 et le 21. La malade prend une pilule deux heures avant le déjeuner.

Le 22 au matin. Chaleur peu apparente encore après les pilules, très-léger fourmillement. La malade souffre toujours beaucoup; cependant elle a meilleur visage, la sensibilité est en progrès. Rien de changé du côté des forces musculaires. La constipation paraît céder un peu. — On donne deux pilules, une le matin et une dans le milieu de la journée.

Le 24. Après sept pilules, facies meilleur, retour de l'appétit et du goût; les douleurs ont diminué; l'amyosthénie, qui avait persisté jusque-là, a sensiblement diminué. La force de pression s'est élevée à droite de 12 à 20. Le bruit de souffle est diminué. La leucorrhée seule persiste au même degré.

Le 27. On augmente d'une pilule (3 par jour).

Le 30. Les règles sont arrivées naturellement après une trèsbonne nuit, en avance de treize jours sur l'époque habituelle.

Le 2 décembre. Les règles ont cessé après avoir duré abondamment durant quarante-huit heures.

Le 14. L'état général est satisfaisant. Appétit bon, sensibilité et force musculaire normales. Absence complète de souffle. Il existe encore quelques traces de leucorrhée.

Une quatrième observation, où les résultats du traitement métallothérapique n'ont pas été moins heureux, bien qu'il s'agit d'une affection nerveuse des plus complexes, et dont les premiers symptômes remontaient à la première enfance, a été encore recueillie dans le service de M. Verneuil. Nous nous bornerons à la résumer en quelques mots.

Le 1er septembre 1868, une demoiselle D... entre dans le service de M. le professeur Verneuil, pour y être traitée d'un piedbot varus, survenu dans le cours d'une affection hystérique des plus intenses. M. Verneuil fait de vains efforts pour modifier, médicalement et chirurgicalement, l'état local et l'état général. Le sommeil chloroformique ne fait cesser que momentanément la contracture. Le pied-bot revient aussi accentué que jamais.

Vers le milieu d'octobre, le pied-bot est presque à angle droit sur la jambe. Il y a une céphalée presque constante, et de temps en temps, de violentes attaques de nerfs avec perte complète de connaissance.

D'un autre côté, anesthésie générale des plus complètes, portée jusqu'à la perte de conscience de la position des membres, perte absolue du goût et de l'odorat et du sens génital, amyosthénie musculaire et intestinale (constipation), aménorrhée, etc. Une exploration par les métaux ne donne de résultat qu'avec l'or. Des applications de ce métal sous forme de pièces de monnaie et de bijoux, ramènent la force musculaire, mais n'ont encore aucune action sur la sensibilité cutanée.

Toutes réserves faites par M. Burq, à cause de cette dernière particularité, on administre l'or à l'état de chlorure d'oxyde d'or et de sodium.

Peu à peu, sous l'influence de ce seul remède, porté successivement jusqu'à la dose de 16 centigrammes par jour, la sensibilité renaît, les forces musculaires se rétablissent, la constipation cesse, la circulation s'achève, les règles reparaissent, tandis que, d'autre part, les attaques s'en vont, et la contracture cesse de se reproduire, après réduction, sous l'influence du sommeil anesthésique.

Au bout de quatre mois de traitement, la malade quitte l'hôpital, avec une sensibilité normale sur tous les points et une pression musculaire tout à fait harmonique. Pr. dr., 40; g. 35, au lieu de : pr. dr. 10, et g. 15, que le dynamomètre marquait tout au début.

Nous ajouterons que M. le docteur Dumont-Pallier, qui a suivi les expériences de M. Burq, d'abord dans son propre service, puis dans ceux de ses collègues de Lariboisière, a déjà obtenu les meilleurs résultats de l'application de cette méthode chez trois malades rebelles jusque-là à tout traitement :

1° Dans un cas de vertige, supposé d'abord d'origine goutteuse;

2° Dans un cas de dyspepsie, avec anémie consécutive, névralgie ilio-lombaire et dysménorrhée;

3° Dans un cas de névralgie temporale, de désordres gastriques et constipation opiniâtre :

Tous trois guéris ou heureusement modifiés par l'or, administré à l'intérieur, suivant la méthode et d'après les indications formulées par M. Burq en 1852, dans un mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, le 1er juin, et imprimé peu après dans la *Gazette médicale*, sous ce titre : *Note sur une application nouvelle des métaux à l'étude et au traitement de la chlorose.*

(1) Voir la Revue clinique de samedi dernier, 29 mai.

Hémorrhagies puerpérales arrêtées par l'injection iodée.

Les injections de teinture d'iode dans la cavité utérine, pour combattre des hémorrhagies violentes ou rebelles, ont été employées, rarement, toutefois, à en juger par le très-petit nombre de faits que nous avons pu trouver dans les recueils et dans les ouvrages spéciaux les plus récents (*L'iodothérapie* de M. Boinet et le *Traité des maladies de l'utérus* de M. Courty) ; mais nous ne sachons pas qu'on y ait eu recours, en France du moins, dans le but de combattre les hémorrhagies perpuérales. Si nous nous trompons, on voudra bien rectifier notre proposition. Toujours est-il que, si ce moyen a été employé, il l'a été assez peu pour qu'il n'y ait pas de l'intérêt à faire connaître les résultats qu'il a produits entre les mains d'un praticien expérimenté. M. le docteur Dupierris père (de la Havane), lors de son dernier voyage à Paris, a bien voulu nous communiquer un fait de sa pratique qui nous a paru mériter d'être mis sous les yeux de nos lecteurs. Mais il est bon de dire d'abord comment notre distingué confrère a été conduit à l'usage de ce moyen.

En 1835, pendant qu'il exerçait la médecine à la Nouvelle-Orléans, M. Dupierris eut à soigner une femme atteinte d'une affection cancéreuse du col de l'utérus, qui donnait lieu à de fréquentes hémorrhagies. Un jour que l'hémorrhagie persistait, malgré l'emploi des divers moyens hémostatiques mis jusqu'alors en œuvre, il eut l'idée de recourir à l'usage local de la teinture d'iode, dont la malade faisait usage à l'intérieur. Ayant introduit le spéculum, il appliqua, à l'aide de pinces à anneaux, des bourdonnets de charpie imbibés de teinture d'iode, sur les points d'où le sang s'échappait, il vit avec satisfaction l'hémorrhagie s'arrêter. A dater de ce moment, il employa, ponr combattre la métrorrhagie, d'abord la teinture affaiblie, en injections intra-vaginales, dans la proportion de 15 grammes de teinture d'iode pour 30 grammes d'eau ; puis, plus tard, en injections intra-utérines. Et enfin, ayant eu l'occasion d'appliquer très-heureusement une injection intra-utérine de teinture d'iode dans un cas d'hémorrhagie chez une femme en couches, immédiatement après la délivrance, il a eu recours souvent à ce moyen depuis, dans les hémorrhagies puerpérales, sans avoir jamais constaté, assure-t-il, aucun accident, et le plus souvent avec les mêmes avantages.

Venons au fait nouveau de notre confrère.

Mme P..., d'un tempérament lymphatique et nerveux, a eu trois grossesses qui se sont terminées facilement; mais chacun de ses accouchements a été suivi d'une hémorrhagie assez abondante, le premier et le troisième surtout. Son premier accouchement eut lieu le 23 juin 1866 ; le travail avait duré quelques heures seulement; le placenta sortit peu après l'enfant. Ayant palpé le ventre pour s'assurer de la contraction de l'utérus, il trouva cet organe dans une complète inertie, et une hémorrhagie considérable s'ensuivit.

Le mélange suivant : teinture d'iode 15 grammes; iodure de potassium, 15 centigrammes, et eau distillée 30 grammes, fut mis dans une seringue à hydrocèle, et au moyen d'une sonde en gomme élastique adaptée à la canule de la seringue, M. Dupierris poussa le liquide dans la cavité de l'utérus.

La contraction de cet organe fut immédiate, et le liquide injecté, ainsi que des caillots et du sang liquide furent rejetés tout aussitôt. L'utérus demeura contracté et présentait, à l'hypogastre, une tumeur du volume d'une orange, très-ferme.

Les suites de couches furent des plus naturelles.

Seize mois après cet accouchement eut lieu le second. — Nous laissons parler ici M. Dupierris : — « C'était le 2 octobre ; me trouvant absent, je ne vis l'accouchée que le lendemain matin. Il me fut dit qu'une hémorrhagie avait eu lieu, que le médecin l'avait contenue, mais que Mme P... avait eu plusieurs défaillances. Je la trouvai en effet assez faible, et l'utérus n'était pas contracté au point qu'il aurait dû l'être. J'employai, pendant deux jours, des petites doses de seigle ergoté, et je parvins à établir les lochies convenablement. Cependant Mme P... convient que cet accouchement et ses suites ont été les plus pénibles.

Pendant la troisième grossesse, Mme P... se trouvait aux Pyrénées. A son troisième mois, elle eut une hémorrhagie abondante; l'hémorrhagie dura deux jours, après quoi tout marcha parfaitement.

Le 26 janvier dernier, Mme P... arriva à son terme et elle accoucha. Les douleurs ne recommencèrent qu'un quart d'heure après l'expulsion de l'enfant ; le délivre fut rejeté, et une hémorrhagie se manifesta tout aussitôt. Des frictions à l'hypogastre, des titillations dans l'intérieur de l'utérus, la compression de l'aorte, rien ne put contenir le flux sanguin. La patiente eut une défaillance par l'effet de cette perte considérable de sang. J'avais prescrit d'avance qu'on se procurât du seigle ergoté et le mélange iodé. Sitôt que ce dernier eut été apporté, je l'introduisis dans une seringue dont je m'étais pourvu, et je pratiquai l'injection dans la cavité de l'utérus.

Aussitôt que l'opération fut terminée, je palpai l'hypogastre, et je trouvai l'utérus parfaitement contracté et d'une dimension à peu près égale à une grosse orange ; l'hémorrhagie avait complétement cessé. J'évalue la perte de sang à environ 2 kilogrammes.

Le 27 et le 28, la malade se trouvait encore assez faible, malgré les aliments accordés; mais ce qui me surprit fort fut d'observer des tranchées assez fréquentes. Ce phénomène est assurément chose assez naturelle chez les nouvelles accouchées; mais comme il ne s'est pas présenté chez celles auxquelles j'ai dû faire l'injection anti-hémorrhagique, je prescrivis une potion calmante qui soulagea, ou mieux, qui éloigna les douleurs en combattant la contraction trop persévérante du col utérin, contraction à laquelle j'attribuai l'impuissance des contractions utérines pour expulser quelques caillots. En effet, le 28, un caillot de forme oblongue, très-ferme, et exhalant une assez mauvaise odeur, fut expulsé, et suivi immédiatement après d'un peu de sang liquide. Dès ce moment tout rentra dans l'ordre le plus parfait. Il n'y a pas eu l'ombre de fièvre, et le huitième jour la malade a pu quitter son lit pour se mettre sur une chaise longue. Les aliments voulus et un peu d'exercice dans l'appartement ont remis Mme P... dans son état parfaitement normal. »

Polype de la conjonctive.

On décrit, sous le nom de *polypes* de la conjonctive, des tumeurs dont la structure n'a pas été suffisamment étudiée, et qui ont pour caractère commun d'être pourvues d'un pédicule. M. Fano a rapporté dans son *Traité des maladies des yeux* (t. I, p. 596) un exemple de polype formé de tissu *fibro-plastique* contenant par places des *cellules pigmentaires.* Voici un autre fait où une production de ce genre était formée de *tissu conjonctif* jeune en voie de développement.

La dame D..., âgée de 62 ans, se présente le 15 mars dernier à la clinique de M. Fano. L'œil droit est atteint d'un staphylôme cornéo-iridien sphérique; l'œil gauche est atrophié dans son segment antérieur. Avec des lésions aussi graves, la vision est réduite à distinguer la lumière des ténèbres. Mais la conjonctive est affectée ; à gauche notamment, la portion de muqueuse qui revêt la paupière est boursouflée ; celle qui tapisse la paupière supérieure est granuleuse. Immédiatement en arrière du cartilage tarse de cette paupière, se détache une production ayant la forme et les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, aplatie du côté correspondant au globe, convexe par la face correspondant à la paupière, tenant à la conjonctive par une partie rétrécie en forme de pédicule, ce dernier ayant la grosseur d'un fort stylet de trousse. D'un coup de ciseaux, M. Fano coupe le pédicule, et le polype se détache.

L'analyse microscopique de la tumeur démontre que celle-ci est formée d'une substance fondamentale fibrillaire, légèrement granuleuse, qui sert de substratum à des cellules embryonnaires assez nombreuses ; cette substance est parcourue par des vaisseaux. A la surface de la production morbide existent des cellules d'épithélium parvimenteux. Le polype est donc formé d'un tissu conjonctif jeune en voie de développement.

ESSAI SUR LA PATHOGÉNIE

DES KYSTES ET ABCÈS DES MACHOIRES

Par le docteur E. Magitot, lauréat de la Faculté et de l'Académie impériale de médecine, etc.

(SUITE ET FIN.)

II. — Abcès et fistules d'origine dentaire.

La cause immédiate, presque constante, et générale des abcès de la bouche et de la face, avec ou sans fistule consécutive, réside dans une lésion particulière de l'organe dentaire : Cette lésion est la *périostite alvéolo-dentaire.* Or, cette affection, bien que conséquence assez fréquente d'une carie préalable, n'est pas nécessairement liée à cette maladie : elle est souvent essentielle, spontanée ou traumatique. C'est donc à tort qu'on désigne sous le nom général de *carie* l'altération des dents à laquelle on attribue les accidents dont il s'agit. La carie dentaire proprement dite n'en peut jamais être cause déterminante immédiate. Tout différents sont les accidents qu'elle occasionne, et sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre ici.

L'ensemble des phénomènes successifs qui dérivent de la périostite alvéolo-dentaire se présente sous trois aspects principaux :

1° La périostite dentaire est simple et subaiguë : Elle peut alors rester localisée dans l'alvéole sans retentissement aucun dans le voisinage, sa durée est de quelques jours, et sa résolution ordinairement rapide. Elle est souvent spontanée ; parfois elle complique une carie ou le cours d'un traitement dirigée contre cette affection. Cet accident est donc exclusivement local.

2° Dans une seconde période, l'inflammation est aiguë et occupe une étendue assez grande de la totalité du périoste dentaire. Les accidents ne restent pas bornés alors à l'alvéole, mais se propagent par continuité aux régions voisines. Ils amènent alors la production d'un véritable phlegmon, soit dans la gencive, soit dans le tissu cellulaire de la face. On connaît ce dernier cas sous le nom vulgaire de *fluxion.* Le plus souvent, toutefois, les phénomènes se dissipent encore par résolution, ou se terminent par un abcès ordinairement gingival qui guérit rapidement.

3° Dans un troisième état de la périostite, c'est-à-dire à la période la plus avancée de cette maladie, l'inflammation s'est compliquée de désordres secondaires, et le processus des accidents peut se résumer ainsi : périostite aiguë ; décollement et suppuration du périoste ; ostéite et nécrose du cément; production de fongosités et de petites collections purulentes ; ostéite, nécrose partielle, puis perforation de la paroi alvéolaire correspondante et progression de l'inflammation du dehors de l'avéole.

Dans cet ensemble de lésions se retrouvent encore certaines affections du périoste dentaire, qui peuvent être isolées et définies, telles par exemple, *l'ostéo-périostite* que nous avons spécialement décrite (Voir *archives générales de médecine* 1867).

A cette dernière phase de la périostite, la production du phlegmon de la gencive ou de la face est inévitable ; mais cette fois l'abcès n'est plus simple ; sa guérison n'en suit pas rapidement l'ouverture spontanée ou artificielle, et l'orifice reste fistuleux, versant incessamment, soit dans la bouche, soit à l'extérieur, sur la peau, une quantité variable de pus qui a ordinairement tous les caractères du pus d'origine osseuse.

Le siége particulier des accidents à issue extérieure varie suivant les dents elles-mêmes qui les provoquent. Si ce sont les incisives inférieures, l'abcès et la fistule aboutissent à un point du menton ou de la région sous-hyoïdienne. Pour les incisives supérieures, c'est vers les fosses nasales ou le voisinage de l'aile du nez. Si ce sont les canines et les molaires supérieures, le phlegmon peut siéger dans la voûte palatine, la fosse canine, le sinus maxillaire, l'orbite, la fosse temporale. Si ce sont les canines ou les molaires inférieures, l'abcès aboutira vers le bord inférieur de la machoire inférieure, parfois la région cervicale voisine. Enfin, si c'est la dent de sagesse inférieure, l'abcès pourra prendre, soit une direction descendante vers l'angle du maxillaire ou le cou, soit ascendante, par les gaînes des muscles élévateurs jusqu'à la région temporale, l'articulation temporo-maxillaire ou l'apophyse coronoïde.

Maintenant, pour quelle raison et par quel mécanisme le phlegmon prend-il, tantôt la direction de la gencive, de manière à constituer un abcès simplement buccal et une fistule gingivale, tantôt la direction des téguments extérieurs, pour former une fistule faciale? Les raisons de ces deux trajets nous paraissent absolument anatomiques, et résultent de l'organisation des parties relativement au siége précis où ont débuté les accidents périostiques.

Chez l'adulte, le vestibule de la bouche, c'est-à-dire la double gouttière demi-circulaire que limitent en avant les lèvres et les joues, en arrière les arcades dentaires, a une profondeurs moyenne de 20 millimètres pour la gouttière inférieure et de 25 millimètres pour la supérieure. Ces mesures prises à la partie antérieure de la bouche au voisinage du frein des lèvres, augmentent notablement sur les côtés, au niveau des canines, pour diminuer ensuite insensiblement jusqu'à la dent de sagesse. On peut ainsi dire que, par une corrélation anatomique constante, le fond du vestibule suit, dans ses ondulations et dans sa courbe, une direction parallèle à une ligne virtuelle qui passerait par tous les sommets des racines dentaires. Cette remarque a une grande importance chirurgicale, et elle vient nous donner précisément l'explication que nous cherchons. Si la périostite, origine première des accidents de voisinage en question, siége sur les côtés d'une racine dentaire et près du collet, les complications phlegmasiques auxquelles elle donnera lieu seront simplement gingivales, et les abcès ou fistules, s'ils se produisent, auront leur ouverture dans la cavité du vestibule de la bouche à une hauteur variable du bord alvéolaire. Si, au contraire, la periostite occupe le sommet d'une racine, l'issue des accidents ultérieurs pourra être infiniment plus sérieuse, et dépendra absolument du rapport de niveau entre le point affecté et le fond même de la gouttière. Lorsque le sommet de la racine correspondra à la cavité du vestibule, l'abcès s'y ouvrira encore ; mais dans beaucoup de circonstances ce sommet répond à un niveau plus profond, et les phénomènes inflammatoires dont il est le point de départ, cherchant leur issue la plus directe, se portent vers le tégument extérieur de la joue à travers le tissu cellulaire lâche de la région. Dans ce dernier cas, le phlegmon est donc facial et l'ouverture cutanée. On comprend de suite quel rôle peut encore jouer, dans ce processus, la présence sur le trajet de l'inflammation de l'aponévrose buccinatrice.

Ces particularités anatomiques expliquent parfaitement pourquoi les fistules extérieures ou faciales résultent principalement des altérations du perioste des molaires, dont les racines longues dépassent presque toujours un peu le fond du vestibule, tandis que les racines des canines et des incisives, qui y sont ordinairement contenues dans toute leur hauteur, donnent plus rarement lieu à ces accidents. La disposition spéciale de la dent de sagesse inférieure fournit encore la raison de la fréquence relative des accidents de cet ordre : La muqueuse, qui de la joue se replie sur le maxillaire, se relève presque toujours au niveau du collet de cette dent, pour se continuer avec celle qui tapisse l'apophyse coronoïde. Il en résulte que la totalité de la partie radiculaire de la dent de sagesse se trouve incluse au-dessous du fond du sillon. C'est de la sorte que se produisent si fréquemment les phlegmons et les fistules des régions cervicale et faciale, dus à la dent de sagesse inférieure.

Ces dernières remarques, touchant les rapports anatomiques entre la dent de sagesse inférieure et la constitution de la gouttière correspondante du vestibule de la bouche, nous amènent à indiquer un mode particulier de production si fréquente des abcès et fistules, résultant, soit de la rétention de cette dent, soit des difficultés que rencontre son éruption. On ne peut invoquer dans ce cas une altération primitive du périoste ; l'évolution pathologique est ici toute différente : la dent de sagesse trouve souvent, comme on sait, au moment de son éruption, un espace insuffisant pour se loger à l'extrémité de l'arcade dentaire. Logé ainsi entre la base de l'apophyse coronoïde d'une part et l'avant-dernière molaire d'autre part, elle exerce sur les parties voisines une compression plus ou moins forte. Dans les cas les plus simples, elle soulève la gencive ou la muqueuse correspondante de la joue et de la base du pilier antérieur ; elle y détermine une inflammation plus ou moins vive : les accidents sont toutefois localisés ainsi à la bouche elle-même, et leur thérapeu-

tique par l'incision et la cautérisation est en général simple. Dans les circonstances plus graves, et malheureusement fréquentes, la compression est assez forte pour provoquer un ensemble d'accidents qui sont, dans leur ordre de succession : l'ostéite du maxillaire : phlegmon de la joue et de la gaîne du masséter; rétraction des mâchoires; abcès consécutif du tissu cellulaire de la joue ou des régions temporale ou cervicale supérieure.

Tous les chirurgiens savent aujourd'hui combien ces cas sont communs et à quelles erreurs de diagnostic ils peuvent donner lieu; la marche lente et progressive des accidents : l'indolence qu'ils présentent quelquefois, permettent, dans bien des cas, en dehors de tout examen buccal, l'hypothèse d'une intervention diathésique, la scrofule, par exemple, et l'assimitation des ces abcès aux collections purulentes et aux fistules d'origine exclusivement osseuse. Telles sont les remarques que nous désirions présenter au sujet des kystes et des abcès des mâchoires. Nous aurions pu fournir à l'appui de ces considérations le récit d'observations que nous avons recueillies en grand nombre : c'eût été donner trop de développement à un simple aperçu. Ces faits trouveront d'ailleurs leur place dans un travail ultérieur. Tout notre désir était d'élucider quelque peu un point de pathogénie comparée, dans un ordre de question qui nous paraissait présenter, dans l'état actuel de la science, certaines obscurités.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 14 avril 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Journal de médecine et de chirurgie*; — La *Gazette médicale de Strasbourg*; — Le *Montpellier médical*; — Le *Sud médical* (de Marseille).

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. 1869, t. III, n° 2.

M. Liégeois offre à la Société la première partie de son *Traité de physiologie appliquée à la médecine et à la chirurgie*.

M. le docteur Delthil adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale : *Du traitement des fractures de la cuisse, et des accidents consécutifs*.

DISCUSSION SUR LE PROCÈS-VERBAL

Bec-de-lièvre. — Suture des os. — M. Guérin. Le procès-verbal de la dernière séance a mal rend mau pensée; j'attribuais à Debrou la suture des os maxillaire et intermaxillaire dans l'opération du bec-de-lièvre. M. Broca a cru pouvoir réclamer la priorité de ce procédé, en se fondant sur ce fait que, dans le cas de Debrou, rapporté par Morel Lavallée dans le *Journal de thérapeutique* (1844, vol. 27, p. 441), il est parlé seulement de l'excision de la muqueuse qui recouvre l'os intermaxillaire et non de l'avivement de l'os lui-même. Je ne peux pas partager cette opinion, car, en 1866, à propos de la publication de l'article Bec-de-lièvre dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, Debrou écrivit à M. Demarquay une lettre reproduite dans cet ouvrage, lettre de laquelle il résulte qu'il aurait réellement avivé les deux os. Je dois toutefois ajouter que, dans le fait de M. Debrou, la consolidation ne s'est pas effectuée.

M. Verneuil. J'avais annoncé à M. Guérin que l'idée de la résection sous-périostée du vomer existait déjà dans la science, et qu'elle avait été mise en pratique par notre collègue M. Mirault (d'Angers). J'ai retrouvé, en effet, dans la *Gazette hebdomadaire* (1868, n° 38, p. 603) l'indication bibliographique précise. Je dois ajouter que, depuis plusieurs années, j'ai connaissance du procédé de M. Mirault, qui me l'a communiqué dans une lettre ayant pour objet un autre point de chirurgie.

Il me paraît évident que la même idée a germé spontanément dans l'esprit de MM. Mirault et Guérin. Notre collègue nous a fait connaître les effets avantageux qu'il a obtenus. Il serait à désirer que, de son côté, notre habile confrère d'Angers publiât avec détails le fait qu'il a observé.

Trachéotomie contre les accidents chloroformiques. — M. Giraldès. Dans une des précédentes séances, M. Perrin a dit avoir conseillé dans son livre la trachéotomie dans le cas où certains accidents de chloroformisation apparaissent. Loin de la conseiller, M. Perrin la repousse ; il dit (page 515) : La trachéotomie expose à verser du sang dans la trachée; elle prive des services qu'on peut espérer dans l'excitation de l'arrière-gorge; elle peut être suivie d'une fistule, etc. Comme elle n'est pas indispensable, à moins de circonstances exceptionnelles, elle doit être rejetée.

M. Perrin. J'ai dit aussi : La trachéotomie est toujours une opération grave qui ne doit être tentée qu'en dernière ressource. Du reste, ce n'est pas la question d'utilité qu'a soulevée M. Giraldès, mais bien celle de la priorité, et il se l'attribue. Quant à moi, loin de la réclamer, j'ai dit, au contraire, en 1863, cinq ou six fois déjà : La trachéotomie a été faite pour permettre l'insufflation directe par le larynx. Je n'ai pas réclamé la priorité, mais il faut bien avouer qu'elle est loin d'appartenir à M. Giraldès.

COMMUNICATIONS

Tumeur prenant naissance dans la gaîne des gros vaisseaux. — M. Verneuil. — Cette variété de tumeurs a été décrite avec détails par M. Langenbeck, dans un mémoire intitulé : *Beitrage zur chirurgischen Pathologie der Venen* (1).

Le chirurgien de Berlin distingue deux cas : 1° une tumeur développée dans le voisinage des vaisseaux contracte avec eux des adhérences ; 2° la tumeur se développe dans la gaîne elle-même. Toutes les fois qu'une production morbide se trouve près des gros vaisseaux, on a toujours à se demander si les gros vaisseaux sont intéressés ou non, et si l'extirpation est ou non praticable ; or, tantôt les vaisseaux sont refoulés, déviés, déplacés, mais restent libres ; tantôt une adhérence secondaire s'établit, surtout dans les cas de cancer ; tantôt enfin, l'adhérence est primitive, la tumeur ayant pris naissance, soit dans le tissu conjonctif, soit dans les ganglions lymphatiques de la gaîne. M. Langenbeck admet trois variétés de ces tumeurs : les kystes dermoïdes, les sarcomes glandulaires et les cancers, et donne plusieurs observations d'extirpations pratiquées dans différentes régions du corps, aisselle, cou, cuisse, etc. L'adhérence primitive a lieu avec les veines jugulaires axillaires fémorales, liées rarement avec les artères correspondantes.

Je trouve dans Hanuschke (1) une observation de tumeur fibreuse de la portion crurale du pli de l'aine qui adhérait aux vaisseaux fémoraux ; mais le texte est concis, et il est impossible de décider si le fibrome partait de la gaîne ou s'il n'avait avec elle que des adhérences vasculaires.

Qu'elle soit primitive ou secondaire, l'adhérence est fréquente, et elle met dans l'alternative, ou de laisser l'opération inachevée, ou de reséquer un tronçon des vaisseaux englobés dans le produit morbide.

S'il ne s'agissait que de la veine volumineuse, qu'elle soit : jugulaire interne, axillaire, fémorale au pli de l'aine ou plus bas, on serait autorisé, par les faits actuellement connus dans la science, à faire une résection même assez étendue. Pour ma part, j'ai retranché sans accidents primitifs 6 centimètres de la veine axillaire, 5 centimètres de la veine fémorale au pli de l'aine; mais si l'artère principale du membre est intéressée, la chose est plus sérieuse; et comme la science manque de faits relatifs à la résection simultanée des deux gros vaisseaux satellites, je comprends toutes les perplexités de M. Demarquay.

Certains arguments indirects semblent cependant plaider en faveur de cette pratique hardie. Qu'aurait-on, en effet, le plus à craindre? La gangrène du membre par la suppression simultanée du cours du sang dans les deux gros vaisseaux. Or, sans être chimérique, cette crainte n'est peut-être pas aussi fondée qu'on le pourrait croire; car l'oblitération de la veine et de l'artère au même niveau a été plus d'une fois réalisée, volontairement ou non-simultanément, ou à de courts intervalles.

On se rappelle la fameuse observation de Gensoul, qui lia l'artère fémorale pour une plaie de la veine. Cette opération a été répétée sans produire la gangrène.

Langenbeck, dans le mémoire que je viens de citer, rapporte deux cas d'extirpation de tumeur du cou, dans lesquels on reséqua simultanément la carotide et la jugulaire comme englobées dans la masse morbide.

Je viens, tout récemment, d'observer trois cas de blessure simultanée de l'artère et de la veine poplité à sa partie supérieure. Une fois, il s'agissait d'une plaie par instrument tranchant. Dans les deux autres, les vaisseaux avaient été nettement divisés par le fragment supérieur du fémur, fracturé par cause directe. Or, dans un seul de ces trois cas, on constata la mortification du membre; il s'agissait, à la vérité, d'un vieillard. Chez les deux autres blessés, une fillette de 10 ans environ et un vigoureux garçon de 22 ans, la vitalité de la jambe ne parut nullement compromise.

Enfin, dans un cas d'ablation de tumeur maligne du pli de l'aine, j'ai reséqué la veine, et plus tard, lié l'artère correspondante.

Je reconnais volontiers que presque tous les malades ont succombé, mais les causes de la mort sont multiples, et la responsabilité n'en retombe pas exclusivement sur la blessure des vaisseaux.

Je reconnais encore que, si on pouvait prévoir d'avance l'envahissement des vaisseaux et de leur gaîne, il serait préférable de recourir d'emblée à l'amputation; mais il est des régions, telles que le cou, l'aisselle, le pli inguinal, où cette résolution extrême ne pourrait être appliquée. Si donc, en extirpant une tumeur dans ces points périlleux, on était mis en demeure de laisser l'opération inachevée et de reséquer l'artère entre deux ligatures, il serait peut-être plus sage d'opter pour ce dernier parti.

Je joins ici l'observation complète de la tumeur inguinale.

Sarcome ganglionnaire du pli de l'aine, avec adhérence à la gaîne des vaisseaux. — Charles, 53 ans, cultivateur, venant de province, entre à l'hôpital Lariboisière le 6 septembre 1866. C'est un homme robuste, de haute taille, ayant toujours joui d'une bonne santé, n'offrant aucun indice de syphilis ni de scrofule, et ne présentant d'autre trouble morbide qu'une tumeur inguinale, née sans cause appréciable six mois auparavant.

Le début a été marqué par l'apparition, dans la portion crurale du pli de l'aîne gauche, d'une petite saillie roulant sous la peau et du volume d'une petite amande.

Les progrès assez rapides du mal engagèrent notre patient à consulter un médecin, qui, après avoir employé sans succès et pendant un mois les cataplasmes et les pommades, crut sentir de la fluctuation, et fit une ponction sur le sommet de la tumeur : il n'en sortit que du sang rouge.

On était dans les premiers jours de juin; depuis cette époque, la tumeur s'accrut continuellement. L'incision, loin de se cicatriser, s'agrandit de jour en jour et se transforma en une large ulcération bornée à la peau, mais mettant à nu le tissu propre de la tumeur dans l'étendue de plusieurs centimètres.

A l'entrée du malade, nous trouvons une tumeur ovoïde, à grand diamètre transversal de 15 centimètres, occupant tout le triangle de Scarpa et recouvrant un peu en haut l'arcade crurale; elle fait, au-dessus du niveau des parties voisines, une saillie de 6 centimètres environ.

La peau est non-seulement ulcérée en un point, mais encore adhérente, rouge, épaissie; au pourtour de l'ulcération, au contraire, la tumeur paraît assez mobile sur les parties profondes et libre d'adhérences à sa périphérie; elle est ferme au toucher, bosselée, lobulée, absolument indolente au toucher, et du reste, n'est et n'a jamais été le siége de la moindre douleur; elle ne détermine qu'une gêne mécanique en raison de son siége et de son volume.

Je diagnostique une tumeur développée dans les ganglions inguinaux et appartenant à la variété décrite sous les noms de *Sarcome ganglionnaire* ou de *Lymphome nucléaire*. L'examen le plus scrupuleux ne m'ayant fait découvrir aucune altération viscérale et aucune affection diathésique, je propose l'extirpation, qui a été acceptée et pratiquée le 12 septembre.

Il fallait circonscrire la portion ulcérée de la peau entre deux incisions curvilignes. La première fut conduite du côté externe et inférieur de la tumeur, jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe, et permit d'isoler sans peine une bonne partie de la circonférence et de la face profonde de la masse morbide, jusqu'au voisinage des vaisseaux fémoraux, dont la position exacte ne pouvait être que difficilement reconnue. Une seconde incision, rejoignant les deux extrémités de la première, mais passant par le côté supérieur et interne, acheva l'isolement périphérique de la tumeur, qui ne tenait plus que par une portion de la face profonde au niveau du fascia cribriformis.

Cette adhérence était large et solide, la dissection assez périlleuse; aussi parut-il prudent de la faire à ciel ouvert; c'est pourquoi je retranchai toute la partie de la tumeur déjà isolée, afin d'avoir sous les yeux le pédicule profond; celui-ci adhérait intimement à la gaîne des vaisseaux, enveloppait la veine et l'artère, et envoyait même entre elles un prolongement épais d'un travers de doigt; je pus, en procédant avec lenteur et précaution, isoler l'artère dans l'étendue de 5 centimètres et ménager sa tunique externe. Mais il n'en fut pas de même de la vessie; ses parois étaient absolument confondues avec le tissu morbide, il fallait donc se résoudre à en sacrifier un segment, sous peine de laisser dans la plaie une partie du tissu morbide. En conséquence, je plaçai sur la veine deux ligatures distantes de 5 centimètres environ, et j'extirpai le reste du pédicule. Une certaine quantité du tissu suspect, qui se trouvait en dehors de l'artère, fut étreinte par une ligature en masse.

L'opération avait duré 25 minutes environ. La perte de sang avait été médiocre; à la place de la tumeur reste une large plaie, infundibuliforme, au fond de laquelle on voit battre l'artère dénudée. On recouvre ce vaisseau avec un linge fin huilé, et on termine en remplissant la plaie de charpie fine recouverte d'une vessie de glace.

Julep avec l'aconit et la digitale; potion calmante pour la nuit; bouillon et potages.

Nuit assez tranquille, peu de sommeil. Le lendemain matin, pas de fièvre, état satisfaisant; le pansement n'est pas levé; le membre n'offre pas d'œdème appréciable. Mêmes prescriptions dans la journée de mardi; à cinq heures, le malade vomit indistinctement, mais sans dégoût, toutes les substances ingérées. Tout cesse par l'administration de la glace.

Le 14. Nuit bonne, sommeil sans opium; fièvre légère, 90 pulsations; membre sans douleurs, mais gonflé, résistant, léger œdème. Les veines superficielles se dessinent sous la peau; cet état persiste le 15. Le pansement est levé pour le premier jour; la charpie, imbibée de pus et de sérosité, est enlevée avec précaution. La plaie a bel aspect, elle commence à se recouvrir de bourgeons charnus, roses et de bonne nature; l'artère bat toujours, mais avec moins d'énergie; elle est recouverte de bourgeons charnus, sauf en un point large de quelques centimètres qui n'est point encore détergé.

Le 16. La fièvre tombe. Le membre est beaucoup moins gonflé et moins dur, il n'est le siége d'aucune douleur. Il est évident que la circulation collatérale veineuse se rétablit par les vaisseaux profonds.

Les jours suivants, cet état favorable continue. Le malade dort, boit et mange. La fièvre n'est pas revenue. Le membre reste seulement un peu plus gros que l'autre, mais sans œdème véritable. La plaie a le plus bel aspect; elle est partout recouverte de bonnes granulations. L'artère ne se distingue plus que sous forme d'un cylindre bourgeonnant animé de pulsations assez faibles. Le point grisâtre existe toujours, et il est à craindre que les tuniques ne soient sphacelés dans l'étendue de quelques millimètres. C'est la seule circonstance qui m'inspire du souci; mais l'élimination de cette escharre ne semble nullement imminente; je temporisai encore.

Les choses en étaient là le 18 au matin, 7e jour de l'opération, lorsque vers une heure de l'après-midi, se déclare une hémorrhagie abondante : 5 ou 600 grammes de sang sont perdus. Le malade est pâle et très-affaibli. J'arrive seulement à six heures. On a arrêté le sang par la compression et la ligature de trois petites artérioles, émergeant du couturier; l'artère crurale n'a point cédé. Je crois néanmoins prudent de cerner la portion dénudée par deux ligatures, l'une placée à la partie supérieure de la plaie, à 1 centimètre de l'artère crurale, la seconde à 4 centimètres plus bas.

Comme la tunique externe me paraissait entièrement convertie en bourgeons charnus, j'employai pour les ligatures un fil ciré en double, et serrai très-modérément les nœuds, de façon à mettre en contact intime la paroi interne, mais sans couper brusquement les tuniques.

Malgré l'emploi des cordiaux et de tous les moyens propres à ramener les forces, le malade s'éteignit dans la nuit.

Autopsie. — Péritoine, plèvres, péricarde arachnoïde à l'état sain. Poumons emphysémateux; un peu d'hypostase à la base. Cœur volumineux, mou, exsangue, cavités presque vides. Nulle trace d'abcès métastatiques.

Foie de volume ordinaire et de coloration normale, plutôt un peu pâle. A sa surface convexe et en différents points du parenchyme, se trouvent quatre tumeurs d'un blanc éclatant, sans rougeur périphérique, formées par un tissu ferme, fibroïde, tout à fait semblable, histologiquement, à la tumeur principale, c'est-à-dire constituées par une grande quantité de noyaux arrondis, légèrement granuleux, sans nucléoles brillantes, ayant, en un mot, les caractères de l'épithélium nucléaire des ganglions lymphatiques.

Les ganglions iliaques, échelonnés le long de l'artère iliaque externe, étaient le siége de la même altération. Il y avait donc eu un commencement de généralisation, à coup sûr antérieure à l'opération, mais que rien n'avait fait prévoir.

Les alentours de la plaie inguinale n'offraient aucune lésion notable, ni décollement, ni phlegmon diffus. Au-dessous de la couche des bourgeons charnus, les membres dénudés ne présentent aucune altération profonde, ils ont conservé leur couleur et leur consistance normales. Les phénomènes locaux étaient donc réduits à leur plus grande simplicité. La veine iliaque externe et la veine fémorale au-dessous de la ligature, étaient remplies d'un caillot assez long, adhérant à la face interne et sans apparence de suppuration. L'artère fémorale ne renfermait point de caillots adhérants, sans doute à cause du peu de temps qui avait séparé la ligature de la mort. Le point grisâtre, dont j'ai parlé plus haut, était encore solidement adhérent aux parties ambiantes; mais la tunique externe était sphacelée à ce

(1) *Archiv. für Klinische chirurgie*, t. Ier, p. 53. 1860.

(1) *Chirurgisch-operative Erfahrungen*. Obs. 287, p. 346. Leipzig, 1864.

niveau, et probablement lors de l'élimination des portions dénudées des tuniques internes, nous aurions eu une hémorrhagie. Aucun caillot intérieur n'occupait le segment artériel compris entre les deux ligatures.

Ce fait est très-intéressant au point de vue des dénudations artérielles des résections veineuses, des hémorrhagies secondaires et de la généralisation méconnue des produits morbides, mais je le cite seulement comme exemple d'envahissement secondaire de la gaîne des gros vaisseaux et montrer les difficultés opératoires qu'engendrent de tels rapports.

Ectromélie portant sur les deux derniers doigts et métacarpiens de la main droite. — M. TRÉLAT présente le moule en plâtre de ce vice de conformation. Il a été pris sur un homme de 46 ans, robuste, vigoureux, parfaitement constitué, entré à la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 4, en février dernier, pour une fracture de côtes qui n'a rien offert de particulier.

Cette main incomplète est bien conformée; quand elle est placée en demi-pronation, elle ressemble absolument à une main normale, et si on l'examine, la première pensée de l'observateur est que le sujet a été heureusement amputé des deux derniers métacarpiens et de leurs doigts.

Mais cette hypothèse est inadmissible. Il n'y a aucune cicatrice dans la région, et le malade affirme de la manière la plus catégorique que cette conformation remonte à la naissance. D'ailleurs, une petite palmature placée entre le second et le troisième doigt indique déja que, malgré les apparences, il y a une conformation vicieusé d'origine intra-utérine.

En présence de cet aspect, de cette malformation, exclusivement limitée à la main droite, l'autre main, les pieds et tout le corps étant normaux, M. Trélat pensa d'abord à une amputation congénitale. Mais cette seconde hypothèse ne concorde pas mieux que la première avec l'état des organes. Le pouce et l'index n'offrent aucune particularité; mais le troisième doigt a le volume d'un médius et non sa longueur; il est à peine aussi long qu'un annulaire. De plus, le métacarpien qui supporte ce troisième doigt est beaucoup plus large que le troisième métacarpien de la main gauche, et une profonde rainure, facile à apprécier sur sa face dorsale, montre qu'il y a là une coalescence de deux métacarpiens; de telle sorte qu'il est difficile de dire exactement quel est ce troisième doigt.

Le poignet est un peu plus petit que celui du côté opposé; mais cette différence est très-peu marquée.

En somme, c'est un exemple d'ectrodactylie très-caractérisé et offrant cette particularité importante, que la malformation est rigoureusement limitée aux deux derniers doigts, ce qui ne s'observe pas d'habitude.

L'hérédité paraît n'avoir eu ici aucune influence. Le père et la mère de notre sujet étaient parfaitement constitués. Il n'a eu ni frère ni sœur; mais lui-même s'est marié, et ses sept enfants n'offrent aucun vice de conformation.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 mai 1869, l'élection que l'Académie impériale de médecine a faite de M. le docteur Vulpian, pour remplir la place de membre titulaire de ladite Académie dans la section d'anatomie et de physiologie, devenue vacante par suite du décès de M. Serres, a été approuvée.

— Par décret du 2 juin 1869, l'Empereur, sur la proposition du maréchal ministre de la guerre, a nommé chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur, pour prendre rang du 29 mai 1869, M. Noël (François-Félix-Raymond), médecin major de 2e classe, au 2e régiment de tirailleurs algériens.

— Le concours ouvert à la Faculté de médecine de Strasbourg pour deux places d'agrégé stagiaire, l'une dans les sciences naturelles et l'autre dans les sciences physiques, s'est terminé, le samedi 15 mai 1869, par la présentation de M. Fée, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons, et de M. le docteur Schlagdenhauffen, professeur de toxicologie et de physique à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

Le troisième candidat, M. Bleicher, répétiteur à l'École du service de santé militaire, a fait preuve également de connaissances sérieuses.

— Les cas de variole continuent à être assez fréquents à Strasbourg; du 4 au 22 mai, 10 nouveaux malades sont entrés à l'hôpital civil, et le nombre de varioleś en traitement était de 15 à cette dernière date. On a observé, depuis le commencement de l'épidémie, 4 cas de variole noire ou hémorrhagique, qui tous ont été mortels.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 9 juin, à huit heures du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : Rapport de la commission de statistique et des maladies régnantes pour le 1er trimestre de l'année 1869. — Rapport sur une demande d'admission comme membre honoraire. — De la guérison de l'hydrophthalmie.

Les lettres et réclamations peuvent être adressées à M. le docteur Passant, secrétaire général de la Société, 39, rue de Grenelle-Saint-Germain.

—

L'observation de TÉTANOS TRAUMATIQUE, que la *Gazette des hôpitaux* a publiée dans son numéro du 29 mai, est due à M. le Dr Buchon (de Quingey), dont le nom a été défiguré par une erreur typographique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur le nystagmus, par le docteur GADAUD, ancien interne lauréat des hôpitaux. — In-8°, 1869. Prix, 3 francs.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 15 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER

Saignée et Pneumonie

LEÇON CLINIQUE

(recueillie par M. E. FINOT, élève du service) (1).

Chose étrange! dans ces derniers temps, et au nom de la physiologie pathologique mal interprétée et, partant, compromise, invoquant le raisonnement là où l'observation avait seule le droit d'intervenir, on a dit qu'il était étonnant que l'*inutilité* de la saignée dans la pneumonie ne fût pas dès longtemps démontrée. Et l'argumentation théoricienne a porté sur la lésion et sur le malade; c'est-à-dire qu'on a raisonné analytiquement là où l'analyse était impossible.

Au point de vue de la *lésion*, on a dit que celle-ci consistait dans une exsudation albumino-fibrineuse solidifiée dans le poumon, et que le but à atteindre était la résorption de l'exsudation. Or, toujours dans cette manière de raisonner, la résorption ne peut avoir lieu qu'après liquéfaction préalable, et la liquéfaction ne peut s'opérer qu'à l'aide d'une exhalation séreuse fournie par les vaisseaux de la partie enflammée. Enfin, il faut de toute nécessité un certain temps, assez long, pour que toutes ces choses s'accomplissent. Et dans tout cela on ne voit guère, toujours au point de vue du raisonnement, un rôle utile pour la saignée.

Cependant on veut bien admettre que la saignée, en diminuant la masse du sang en circulation, augmente par cela même la force d'absorption, et par suite puisse activer la résorption de l'exsudation. A ce seul titre, la saignée pourrait être utile dans la pneumonie. L'argument d'hydraulique invoqué en faveur de la saignée n'est vraiment pas très-heureux; car en admettant, avec Valentin, que la masse du sang d'un homme adulte soit d'environ 12 kilogrammes, une saignée de 500 grammes, diminuant d'un *vingt-quatrième* la masse du liquide en circulation, n'augmente que d'un vingt-quatrième la force de résorption des vaisseaux pulmonaires; ce qui est un assez mince résultat. Ou bien encore on pourrait dire, toujours dans cette manière de voir que je combats, que la masse du liquide sanguin qui circule étant diminuée d'un vingt-quatrième, l'apport morbide au poumon est diminué d'un vingt-quatrième; ce qui doit produire, si l'arithmétique n'est pas une vaine science, ni la logique un vain mot, un vingt-quatrième de mieux-être matériel. Or, je le demande à tous ceux qui ont observé un pneumonique après une saignée faite d'une certaine façon que je dirai tout à l'heure, est-ce un aussi piètre résultat qui a été obtenu? Bien au contraire de cette fraction de mieux-être, et de mieux-être nécessairement *tardif*, que la théorie hydraulico-physiologique permet d'induire, il y a un bien-être absolu, *immédiat*. La douleur a diminué ou disparu, la dyspnée a subi les mêmes modifications, et la fièvre est moindre, en même temps que le pouls moins fréquent et la température moins élevée. Tel était notre malade, tels ils sont tous après la saignée.

Mais d'ailleurs, est-ce bien de la résorption d'un exsudat pulmonaire qu'il s'agit ici? et est-ce cette résorption que se proposaient d'obtenir ceux qui, pour la première fois, saignèrent dans la pneumonie? Eux qui ignoraient non-seulement l'existence de cet exsudat, mais *à fortiori* son siége et sa nature; qui ignoraient souvent la nature même de l'inflammation. Mais ce qu'ils savaient de science certaine, c'est qu'il y avait là une maladie *inflammatoire*, caractérisée par de la fièvre, de la douleur de côté, de la dyspnée; que cette maladie siégeait à coup sûr dans la poitrine, et que peut-être c'était le poumon qui était affecté; car ils ne pouvaient affirmer qu'il y eût pneumonie qu'après avoir constaté l'expectoration. Et ils saignaient pour combattre la maladie inflammatoire, car ils savaient que, immédiatement après une hémorrhagie, la fièvre était toujours moindre et le mieux-être considérable; qu'une détente générale s'opérait, souvent suivie d'une sueur bienfaisante, et tout cela immédiatement. Et ils savaient encore que ces résultats étaient accompagnés, dans le cas de pneumonie, d'une douleur moindre et d'une moindre dyspnée. Et c'est pour arriver à ces fins qu'ils saignaient, mais non point pour obtenir la résorption d'un exsudat qui n'existe pas encore, alors que la fièvre est le plus véhémente, et qui persiste après la cessation de celle-ci; produit plus ou moins tardif de la fièvre; effet et non point cause; lésion et non point maladie.

Ils savaient aussi qu'une saignée à large ouverture soulage le mieux et le plus vite, et, depuis Arétée, ils faisaient un précepte formel d'ouvrir largement la veine; la saignée n'agissant pas seulement par la spoliation de l'organisme, mais aussi par la façon dont celle-ci est faite. Or, au point de vue de l'hydraulique, ce fait est indifférent; ce qui importe, c'est la quantité de liquide tirée. Mais au point de vue de la clinique, ce qui importe bien davantage, c'est la perturbation qu'on va produire, et, plus rapide est la perte de sang, plus brusque est la perturbation, qui peut aller jusqu'à la syncope. Il n'y a pas là d'action *directe* exercée sur la maladie, ni sur la lésion, il y a action directe sur le malade. Ce qu'on a directement et immédiatement amoindri, c'est la vitalité, dans cet être dont brusquement on a fait ainsi baisser le pouls, baisser la respiration, baisser la température; et c'est indirectement, par l'amoindrissement momentané de sa vitalité, qu'on arrive à l'amoindrissement de sa maladie.

S'il en fallait fournir la preuve de cette action dynamique et non plus hydraulique, c'est que le même effet est obtenu par l'état nauséeux dû au tartre stibié, sans spoliation aucune: de part et d'autre, c'est par l'intermédiaire d'une action sur le système nerveux qu'on a modifié tous les autres systèmes organiques.

D'ailleurs, et quelle que soit la théorie, — qu'il y ait dérivation par défluxion, — que la défluxion soit directe et en raison de la quantité de liquide enlevé, ou qu'elle soit indirecte et par action sur le système nerveux; celui-ci, par l'intermédiaire du sympathique, et à l'aide des vaso-moteurs, réagissant sur les vaisseaux de la partie enflammée (et l'on voit par cette ébauche que les théories ne manqueront jamais aux théoriciens), — d'ailleurs, dis-je, l'amélioration est aussi générale que rapide et incontestable après la saignée: seule chose qui nous intéresse. Et ce n'est pas sur la lésion, mais sur la maladie inflammation, et par une modification de tout l'être, que la saignée exerce son action.

D'un autre côté, on a encore rejeté théoriquement la saignée au nom même du *malade*. Comme c'est lui qui doit payer les frais de la guerre, on a eu grande compassion du malheureux, et l'on a voulu ne pas l'appauvrir à l'avance par la saignée. Ici, il y a encore plus qu'une erreur d'observation, — ce qui suffirait contre le raisonnement, — il y a une erreur de logique. Le malade n'est-il pas bien autrement affaibli, bien autrement appauvri dans tout son être, et par suite dans tout son sang, par la longue persistance de sa fièvre et l'intensité de celle-ci, par la longue persistance de sa douleur et de son insomnie, par la persistance et l'aggravation du trouble de son hématose et de celui de toutes ses fonctions, par l'anorexie et l'inanition, bien autrement affaibli et appauvri, dis-je, qu'il ne l'est par une saignée, qu'on pourra répéter une fois encore au besoin? Eh quoi, cette perte de sang, qui le soulage, qui le mène au bien par le mieux, et de la façon que j'ai essayé d'indiquer, il la réparera plus tard à l'aide des aliments.

Il ne faut cependant pas, par une compassion aussi touchante qu'elle est inopportune, et en vue de la réparation future, trop économiser le sang dans le présent; et parce que la pneumonie est une maladie *cyclique*, à évolution déterminée, il ne faut pas davantage en contempler platoniquement les périodes. Car enfin, pour que le pneumonique ait le bonheur d'assister à la guérison de sa lésion pulmonaire, encore faut-il qu'il vive aussi longtemps que son poumon, et qu'il ne meure pas au premier période de sa fameuse maladie cyclique.

Mais que parlons-nous ainsi en général du traitement de la pneumonie! Il ne s'agit point ici de *la* pneumonie, mais *des* pneumonies; et nous n'avons pas à traiter des *pneumonies*, mais des *pneumoniques*. Il n'y a rien là de général, tout est particulier. Quelle est la nature de la fièvre concomitante? Est-elle inflammatoire, bilieuse ou nerveuse, ou, comme on dit aujourd'hui, y a-t-il état inflammatoire, bilieux ou nerveux? A chacun de ces trois cas un traitement différent convient.

Et que parlons-nous de pneumonie en général! Est-elle lobaire ou lobulaire? Lobaire, est-ce le sommet ou un lobe inférieur qu'elle intéresse? Est-elle simple ou catarrhale? Lobulaire, est-elle catarrhale simple ou catarrhale épidémique?

Et que parlons-nous de pneumoniques en général! Le pneumonique est-il jeune ou vieux? riche ou pauvre? sain ou malsain? homme ou femme? femme, en état de vacuité, de gestation ou de puerpéralité?

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 3 juin.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

HISTOIRE DES PLANTES

—

MONOGRAPHIE DES MAGNOLIACÉES (1)

Il y a quelques mois, nous annoncions ici l'apparition d'un nouvel ouvrage intitulé: *Histoire des plantes*, et dans lequel M. le professeur Baillon devait passer successivement en revue toutes les familles végétales. Depuis ce moment, trois monographies sont parues, ce sont celles: 1° des Renonculacées; 2° celle des Dilleniacées; 3° celle des Magnoliacées.

Nous avons analysé la première, nous vous entretiendrons aujourd'hui de la troisième; la seconde, celle des Dilleniacées, ne présentant que fort peu d'applications médicinales.

Tout le monde connaît, pour les avoir admirés, les principaux représentants de la famille des Magnoliacées. Il n'est personne qui n'ait été frappé de la beauté de ces arbres exotiques, qui, importés chez nous, ce sont acclimatés, soit dans nos serres, soit dans nos jardins.

Deux genres surtout sont connus, ce sont le *Magnolia*, avec ses diverses espèces et variétés; 2° le *Liriodendron*, si remarquable par ses nombreuses fleurs, qui ressemblent de loin à de magnifiques tulipes d'un jaune orangé, ce qui lui a fait donner le nom de *Tulipier d'Amérique*. Les autres genres sont moins répandus; mais il n'est personne qui ne connaisse les produits médicamenteux qu'ils fournissent à la médecine. Voici quelques-unes des indications thérapeutiques que nous trouvons dans le livre de M. Baillon.

1° MAGNOLIERS. « Considérés comme médicaments, les *Magnolia* proprements dits, sont riches en principe amer, aromatique, tonique, résidant dans l'écorce de leur racine et surtout de leur tige. Celle du *M. grandiflora* est considérée comme tonique et légèrement fébrifuge. Celle du *M. glauca* jouit d'une bien plus grande réputation. On a considéré quelque temps cette espèce comme produisant l'*écorce d'Angleterre vraie*; ce qui indique assez quelles sont ses vertus. On prépare avec cette écorce une teinture alcoolique, qui est tonique, stimulante et fébrifuge. Elle paraît très-efficace contre les rhumatismes chroniques. » Il en est de même des *M. acuminata* et *auriculata*. Les fruits sont, de même, employés en Amérique comme fébrifuges. C'est au *M. plumieri* que « les excellentes liqueurs de la Martinique doivent la finesse et l'arome qui les distinguent. » Nous aurions de même à indiquer presque toutes les espèces appartenant à ce genre.

2° TULIPIERS. Le tulipier *Liriodendron Tulipifera* fournit à la thérapeutique l'écorce de ses tiges. « Elle est considérée aux États-Unis comme tonique, antiputride, fébrifuge; on lui a attribué toutes les propriétés du quinquina dans le traitement des fièvres d'accès. La goutte, les rhumatismes, les dyssenteries, la phthisie, l'hystérie, et certaines maladies des chevaux ont été, dit-on, traitées avec succès par cette écorce... Les feuilles broyées et appliquées sur le front, passent pour guérir les céphalalgies. Les graines constituent un médicament apéritif. »

3° BADIANES. « Il n'y a point dans cette famille de produits plus employés que les *Anis étoilés* ou *Badianes*. On désigne sous ce nom les fruits de différents *Illicium*: une espèce asiatique, l'*I. anisatum* L. et deux espèces américaines, les *I. parviflorum* et *floridanum*. On dit, du moins, qu'en Amérique, ces deux dernières espèces sont employées comme plantes aromatiques, les feuilles en infusions excitantes et digestives, les fruits aux mêmes usages que la *Badiane de Chine*, c'est-à-dire de l'*I. anisatum*. Les trois plantes que nous avons citées ont des fruits d'un parfum très-agréable et sont riches en huile essentielle stimulante, digestive, carminative. Ces propriétés se retrouvent dans la poudre, l'infusion de *Badiane*, aussi bien que dans les liqueurs alcooliques qui se préparent avec elle, notamment dans les anisettes de Bordeaux et de Hollande. »

4° « Les DRIMYS jouissent de propriétés analogues, résidant principalement dans leurs écorces. La plus célèbre est l'*Écorce de Winter*, ou *Cannelle de Magellan*. » Cette écorce est due à la plante qui a été appelée *Drimys Winteri*; elle est extrêmement rare aujourd'hui; dans le commerce on lui substitue presque toujours les écorces de *Cavella* ou de *Cinnamodendron*.

5° CANNELLÉES. « Toutes les cannellées sont des plantes très-aromatiques. Ces propriétés ont été reconnues depuis très-longtemps dans le type de ce groupe: le *Cannella alba*, ou *winterania cannella*, qui produit l'écorce de *cannelle blanche* des officines...» Le genre *Cinnamodendron* fournit à la pratique deux écorces utiles: 1° celle du *C. axillare*, et 2° celle du *C. corticosum*, qu'on substitue presque constamment à l'*écorce de Winter*. Nous ne pouvons quitter cette section

(1) Par M. Baillon, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine de Paris. — Illustrée de 55 figures dans le texte. — Dessins de Faguet. Prix: 4 fr. — Édité par L. GUÉRIN et Ce. — Dépôt et vente à la librairie Th. Morgand, Paris, 5, rue Bonaparte.

Ainsi, l'étude approfondie de la question, loin de la simplifier, vous fait entrevoir du problème un plus grand nombre de données. Rien n'est simple en pathologie; tout y est formidablement complexe; et celui-là est le meilleur médecin, qui sait embrasser l'ensemble du problème et non pas quelques-unes de ses faces seulement. Tel autre, au contraire, est peu sensé, qui, dans un état morbide complexe, ne voit que la pneumonie, et dans la pneumonie que le bloc de fibrine infiltré. Nous n'avons pas affaire à une pneumonie, encore moins à un exsudat, mais à un malade atteint de pneumonie.

Ceci nous ramène à notre cas particulier du nº 19. De quelle pneumonie est-il atteint? De celle qu'on dit être la plus légère de toutes, de la pneumonie *rhumatismale*. Vous avez vu ce qu'il en peut être, dans notre cas particulier, de cette légèreté en général? Assurément, au point de vue anatomique, la pneumonie rhumatismale est plus congestive qu'exsudative, et, par suite, elle altère moins et pour moins longtemps la texture de l'organe; mais elle peut être, comme chez notre malade du nº 19, compromettante par sa brusque extension. Procédant à la façon des fluxions rhumatismales, qui intéressent bien plus en surface qu'en profondeur, elle peut, en supprimant l'hématose, supprimer le malade; et c'est ce qui a failli arriver à notre nº 19. Ici le but à atteindre n'était donc pas de combattre une phlegmasie profonde, de résoudre un exsudat, mais de diminuer un accident redoutable, *molimen*, ou ce que vous voudrez, le mot importe peu. Et c'est ce que j'ai fait en saignant le malade.

Maintenant la phlegmasie pulmonaire localisée est aussi bénigne que possible, et nous n'avons guère à faire contre elle. Ce pourrait être le triomphe de la médication expectante après avoir été celui de l'intervention active.

Cependant, contre la maladie rhumatismale, j'ai prescrit un gramme de sulfate de quinine — et c'est tout.

Maintenant, si vous me demandez pourquoi je diagnostique ici une pneumonie rhumatismale, je vous répondrai, qu'indépendamment des antécédents immédiats et caractéristiques du côté des articulations, indépendamment de la brusquerie des procédés fluxionnaires et de leur prompt apaisement du côté des voies respiratoires, il y a, depuis hier, et sans cause connue, une diarrhée très-abondante, évidemment rhumatismale, et qui est à l'intestin de ce malade ce qu'est la sueur à la peau de certains autres rhumatisants.

Dans la prochaine leçon, je vous dirai ce qu'il adviendra de ce malade et de sa maladie.

EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE

ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE

Par le docteur L. Sorbets, d'Aire (Landes).

Un de mes collègues de Dax, le docteur Andant, vient de rendre un immense service à la pratique médicale, en observant que l'essence de térébenthine, administrée à temps, annihilait les effets toxiques du phosphore. C'est là une découverte qui, par son importance, prime une foule d'inventions modernes appelées non à sauver, mais à détruire une partie de l'humanité.

Les annales de la science avaient enregistré sans doute que le phosphore cessait d'être lumineux dans l'obscurité quand il avait été plongé dans l'essence de térébenthine, ou en contact avec d'autres hydrogènes carbonés. On savait encore qu'à Stafford, dans une fabrique d'allumettes chimiques, les ouvriers, pour se préserver de la nécrose des maxillaires, portaient, attaché à la poitrine, un vase plein d'essence de térébenthine, dont les émanations, pénétrant dans les fosses nasales et la bouche, les mettaient à l'abri de certains accidents. Mais, de cette double donnée chimique et hygiénique à la cure radicale d'un empoisonnement par le phosphore, il y avait un abîme à franchir; le problème vient d'être résolu, l'antidote du phosphore est trouvé.

Les expériences que M. Personne vient de rapporter dans le *Bulletin général de thérapeutique* du 30 avril 1869 confirment les idées émises sur la propriété remarquable dont jouit l'essence de térébenthine, de détruire les effets funestres du phosphore, cette substance vénéneuse introduite dans l'économie, par accident ou dans un but coupable. A M. le docteur Andant revient l'honneur de la découverte, et comme ce praticien expose qu'en thérapeutique, tout agent, pour avoir cours, doit passer par la coupelle de l'expérience, je m'empresse de faire connaître un cas d'empoisonnement par le phosphore dont les suites ont été immédiatement enrayées à la première heure par l'administration de l'essence de térébenthine.

D... (Pierre), âgé de 50 ans, ouvrier terrassier, habite avec sa femme et son fils, âgé de 17 ans, cordonnier, le quartier dit *du Gravier*, dans la banlieue d'Aire (Landes).

Voulant détruire, pendant la nuit suivante, des rats qui troublaient son sommeil, D... imagina de couper des morceaux de lard, et de placer dans leur intérieur, les extrémités d'allumettes-bougies de trois fortes boîtes.

Marie D... rentrant la première, vers sept heures, se mit en devoir de préparer le repas du soir, qui consistait surtout en une soupe composée de choux et de fèves, et, avisant une assiette pleine de morceaux de lard, desserte probable du dîner, elle ne trouva rien de mieux que de les jeter dans le pot de fer qui déjà se trouvait sur le foyer.

Vers huit heures, les époux D... et leur fils se servent largement de la soupe. Ils mangent de même, et ce n'est qu'après l'ingestion de ce potage toxique que, reconnaissant l'erreur de sa femme, D... s'écrie avec terreur qu'ils sont empoisonnés.

Quelques minutes après l'événement, j'étais près de cette famille, très-effrayé du triste sort qui l'attendait. J'adopte immédiatement, et pour trois personnes, la formule suivante, proposée par le docteur Andant.

Potion gommeuse...............	300 gr.
Essence de térébenthine.........	10 —
Sirop de fleurs d'oranger.........	60 —
Gomme adragante..............	» — 30 cent.
M. s. a.	

à prendre en quatre fois, et de quart d'heure en quart d'heure, après avoir agité le flacon.

Pendant les quelques minutes nécessaires pour se procurer le remède, et après avoir éteint toute lumière, j'agitai, à l'aide d'une forte cuiller, une partie du liquide incriminé, restée dans le pot de fer. La substance vénéneuse, en assez grande quantité, s'annonça par une phosphorescence caractéristique, combustion des vapeurs blanchâtres, et qui éclairait dans l'obscurité, le vase dans lequel elle était contenue. Puis, à l'aide du doigt, j'en portai à ma bouche, m'étonnant que le goût nauséabond de cet aliment eût permis à mes clients d'en absorber une aussi grande quantité.

Comme l'empoisonnement était récent, et que l'antidote fut immédiatement administré, les symptômes n'eurent pas le temps de se manifester d'une façon désastreuse.

Cependant, d'une manière générale, ils éprouvèrent d'assez vives douleurs dans le ventre. Ils portaient la main sur le creux épigastrique, qui était légèrement tendu et douloureux à la pression. Leur bouche était amère, pendant que leur haleine répandait une odeur alliacée.

D... père eut seulement des envies de vomir. Point de vomissements. En outre, ses pupilles étaient un peu dilatées, pendant que son pouls était à 88.

D... fils, dont les pupilles étaient normalement dilatées, et qui n'éprouva que de la douleur et de la tension épigastriques, avait un pouls qui battait 84, tandis que le compteur à secondes ne révélait que 80 pulsations au pouls de sa mère.

Les accidents n'eurent pas plus de gravité: ni vomissements, ni prostration, pas plus que de convulsions ou de soif ardente. L'antidote, administré dans un temps relativement très-rapproché après l'ingestion du toxique, enraya heureusement les symptômes graves qui, selon toute apparence, se seraient montrés, le phosphore étant un des poisons les plus actifs.

J'avais prescrit, en prévision d'une soif ardente pendant la nuit, un litre d'eau albumineuse avec de l'eau de fleurs d'oranger. La nuit fut calme, et dès le lendemain les empoisonnés reprirent leurs travaux.

Dans une communication faite récemment à l'Académie de médecine, M. Personne s'est demandé comment l'essence de térébenthine pouvait combattre et annihiler l'action toxique du phosphore. Il admet que le phosphore tue en empêchant l'hématose du sang, qu'il prive de son oxygène: l'hématose, cette sanguification ou conversion du chyle en sang, et du sang veineux en artériel. Absorbée, l'essence de térébenthine empêcherait donc le phosphore de brûler dans le sang, c'est-à-dire que la substance vénéneuse, en présence du nouvel antidote, perdrait la propriété de priver le sang de l'oxygène, qui lui est indispensable, et serait dès lors éliminée sans avoir causé de désordre dans l'économie.

En acceptant cette explication, aussi ingénieuse que physiologique, ne trouverait-on peut-être pas encore d'autres éléments de la question, envisagée au point de vue de l'analyse chimique, et par conséquent de combinaisons inactives formées avec le toxique? En effet, l'essence de térébenthine dont la formule chimique est $C^{20}H^{16}$, est un carbure d'hydrogène, qui s'obtient en distillant avec de l'eau la térébenthine, mélange naturel de colophane et d'essence qui s'extrait du *pinus maritima* et d'autres arbres de la famille des conifères. Or le phosphore jouit de la propriété de former de l'*hydrogène phosphoré* en présence de l'hydrogène naissant, et ce corps serait abondamment fourni par l'essence de térébenthine, où il entre dans une proportion de 16 d'hydrogène, pour 20 de carbone.

En outre, cette essence possède une autre propriété extrêmement remarquable, et qui servira peut-être à expliquer son action préservatrice dans un empoisonnement par le phosphore. C'est que, sous l'influence de la lumière, elle jouit de la propriété de condenser l'oxygène de l'air, et de l'abandonner ensuite avec la plus grande facilité aux corps oxydables. Cette propriété, dont l'essence de térébenthine jouit en présence de l'oxygène de l'air, pourquoi ne la posséderait-elle pas en présence de l'oxygène du sang?

OVARIOTOMIE

Obs. LXXIII. — Ovariotomie pratiquée le 24 août 1868. Mort.

Par E. Kœberlé.

Mlle G... de Tarascon (Bouches-du-Rhône), âgée de 52 ans, d'une bonne santé habituelle, un peu amaigrie, s'était aperçue depuis quatre ans environ que son ventre prenait un développement anormal. Préoccupée de cet état, elle se décida à consulter M. le docteur Millet, de Tarascon, qui diagnostiqua un kyste de l'ovaire, diagnostic confirmé plus tard par M. le professeur Bouisson, de Montpellier. A partir de cette époque (1866), l'accroissement du ventre devint de plus en plus rapide et acquit des proportions suffisantes pour nécessiter une ponction, qui fut pratiquée en avril 1867. Quatre nouvelles ponctions ont été faites depuis; la deuxième le 27 août 1867; la troisième le 27 décembre; la quatrième le 24 avril 1868, et la cinquième le 4 août, trois jours avant l'opération. Le liquide évacué d'abord filant, poisseux, de couleur jaunâtre et fortement albumineux, s'était altéré peu à peu après chaque ponction. Au mois de décembre 1867, époque de la troisième ponction, il était déjà un peu hémorrhagique. Les deux dernières avaient donné issue à un liquide très-épais en partie purulent. Des hémorrhagies utérines peu abondantes, mais très-persistantes, avaient eu lieu, dans l'intervalle de chaque ponction, lorsque la tumeur était arrivée à un état de distension prononcée. Il s'était manifesté en même temps une douleur au côté gauche de l'abdomen, ce qui avait fait croire tout d'abord à un kyste de l'ovaire gauche. Le ventre s'était complétement affaissé après la première ponction; mais une partie de la tumeur avait pris un développement de plus en plus rapide après chacune des autres. Le kyste était multiloculaire et paraissait dépendre de l'ovaire droit. Il présentait des adhérences abdominales assez étendues et probablement très-vasculaires. L'état général était d'ailleurs assez satisfaisant.

L'opération eut lieu le 7 août 1868. Incision de 35 centimètres. La ponction de la loge principale fournit un liquide épais et purulent. Des adhérences abdominales et épiploïques très-fortes et très-vasculaires donnèrent lieu à une hémorrhagie grave que l'on eut beaucoup de peine à faire cesser. L'hémostase de la paroi abdominale fut partiellement obtenue à l'aide de mes pinces et de la cautérisation au fer rouge. L'hémorrhagie persistant toujours sur une assez large surface, malgré tous les moyens employés pour l'arrêter, on eut recours à la filopressure, c'est-à-dire à la compression en masse des parties saignantes avec une anse de fil dont les deux chefs, qui tra-

---

sans signaler le nouveau genre crée par M. Baillon sous le nom de *Cinnamosma*, fort curieux au point de vue botanique, et qui possède une écorce aromatique, à odeur piquante et excitante, appelée sans doute un jour à être utilisée en médecine.

Nous n'avons fait qu'emprunter çà et là quelques phrases de la partie thérapeutique de la *Monographie des Magnoliacées*. Nous avons en effet tenu à montrer que l'*Histoire des plantes*, si remarquable au point de vue scientifique et dogmatique, contient ce qu'aucun autre ouvrage analogue publié jusqu'à présent ne renferme, une partie complétement réservée à la pratique.

Ce n'est pas le lieu de juger un ouvrage comme celui que M. Baillon met au jour; notre jugement, au reste, est de trop peu de poids pour que nous osions l'entreprendre. Des voix plus autorisées que la nôtre diront jusqu'à quel point notre pays doit être fier de cette œuvre que nous envie déjà l'étranger; nous ne voulons et ne devons que signaler ce qui peut intéresser le public médical. A peine oserons-nous appeler l'attention sur les magnifiques gravures sur bois qui illustrent chaque page de cette publication, et dont les dessins sont exécutés, sur les conseils de l'auteur, par M. Faguet, l'artiste consciencieux qui a consacré sa vie à reproduire les travaux de l'école dont les Mirbel et les Payer ont été les premiers maîtres.

M. Baillon ne s'est pas contenté de décrire et d'analyser les différentes plantes médicinales dont il a traité dans la *Monographie des Magnoliacées*; mais il a, à grand'peine il faut le dire, réuni les divers échantillons de plantes et de substances qui peuvent intéresser le médecin. C'est le commencement de cette collection que l'on peut voir à la Faculté. Nous engageons chacun à aller consulter ce casier, disposé de telle façon, qu'on peut en quelques instants connaître tout ce qui peut être utile à la médecine et à la pharmacie. A chaque monographie nouvelle, un nouveau casier sera ajouté aux anciens, et grâce à l'initiative individuelle du professeur d'histoire naturelle, la Faculté possèdera bientôt une collection de matière médicale, non-seulement sans rivale, mais encore sans analogue dans le monde.

L'auteur poursuit activement l'exécution de son œuvre; au moment où nous écrivons, la *Monographie des Anonacées* est sous presse, elle paraîtra sous peu de jours.

Dr Léon Marchand.

Des moyens thérapeutiques employés dans les maladies de l'oreille, par le docteur Emile Ménière, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris. — Paris, 1868, Germer Baillière.

Travail éminemment pratique, comme l'indique l'Introduction, dans laquelle se trouve un résumé des matières traitées dans cette thèse.

Tous les moyens thérapeutiques employés par les divers auteurs sont exposés:

Chap. II. — Injections liquides dans l'oreille externe. Ce chapitre est complet. L'auteur cherche à démontrer que ces injections sont vraiment trop abandonnées par la majorité des médecins, et que c'est un mode de traitement d'une utilité considérable.

Observations à l'appui, surtout pour les corps étrangers et les accumulations de cérumen.

Chap. III. — Dans ce chapitre, l'auteur a indiqué les instillations et cautérisations employées journellement par les spécialistes français et étrangers.

Examen critique sérieux.

Chap. IV. — C'est le plus important de tous: il traite du cathétérisme. Tous les procédés sont décrits, et l'auteur, à la fin, attire l'attention sur celui de M. Iriquet, qui lui paraît le plus exact au point de vue anatomique, et le plus simple au point de vue du Manuel opératoire.

L'auteur met aussi en lumière le procédé de Politzer, qui, quoique datant déjà de quelques années, est peu connu en France, et donne cependant d'excellents résultats.

Dans ce même chapitre sont examinées avec soin les différentes douches liquides et gazeuses qui se font dans l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache.

On insiste sur la voie ouverte par quelques auteurs touchant les injections liquides à faire dans certains cas de catarrhe chronique des trompes et de la caisse.

Chap. V. — Dans ce chapitre il est question de la perforation artificielle du tympan. Cette petite opération, quoique exempte de tout danger, est trop abandonnée suivant M. Ménière. On n'a pas encore établi de bases bien certaines à ce traitement rationnel, mais il y a lieu de tenter de nouvelles expériences.

Le tympan artificiel fait l'objet du chap. VI.

En Allemagne et en Angleterre, les médecins ont fait des recherches curieuses qui sont peu connues en France. Encore un sujet d'études nouvelles.

La deuxième partie de cet ouvrage est la plus faible. Il est question des moyens généraux.

Outre qu'il y avait peu de choses nouvelles à dire, les limites de ce travail ne comportaient pas de longs développements sur cette matière.

versaient la paroi abdominale, furent liés extérieurement au-dessus d'un petit rouleau de charpie. Cette ligature temporaire fut enlevée le lendemain. Les parties saignantes de l'épiploon furent comprises dans une ligature perdue.

La réunion eut lieu par 5 points de suture profonde et 14 points de suture superficielle. L'opération avait duré une heure et demie et la malade avait perdu 1 kilogramme de sang. Le poids de la tumeur avec le liquide était de 18 kilogrammes.

Il y eut quelques vomissements chloroformiques. Vers la fin de l'opération, il était survenu une transpiration profuse accompagnée d'un refroidissement extrême. L'opérée demeura glacée jusqu'au lendemain matin à 4 heures. Dès ce moment elle se réchauffa peu à peu, et la sueur se dissipa en même temps que l'algidité. Le pouls resta petit, misérable, et la respiration se maintint à 48 inspirations jusqu'au troisième jour à midi. La langue était sèche, la soif ardente et les urines furent à peu près supprimées, tant que dura la transpiration. Des symptômes de septicémie s'étaient manifestés dès le lendemain de l'opération; ils furent combattus par le sulfate de quinine. 30 grammes de sérosité sanguinolente avaient été retirés du bassin, à travers l'ouverture de la plaie, pendant les deux premiers jours.

Le troisième jour, dans l'après-midi, le pouls descendit à 90 et la respiration à 32.

Le quatrième jour la malade s'était complétement réchauffée; mais la peau était devenue sèche, la langue était brune, desséchée, la soif toujours ardente. Le pouls faiblissait de plus en plus.

Le cinquième jour il s'écoula du liquide brunâtre hémorrhagique par l'angle inférieur de la plaie. — Sulfate de quinine.

Le sixième jour il y eut des vomissements de matières verdâtres et le pouls devint très-petit. Sueurs visqueuses; refroidissement progressif; respiration très-accélérée. Le volume du ventre était resté à peu près normal. Mort le septième jour à 1 heure, de septicémie et de péritonite.

L'ovariotomie peut être tentée et réussit presque toujours à un âge avancé, pourvu que les malades jouissent d'une bonne santé, et que l'opération se présente dans des conditions favorables.

Lorsqu'il n'y a point d'adhérences ou qu'il n'y a que des adhérences légères n'entraînant qu'une perte de sang peu considérable, le succès est à peu près certain ou du moins très-probable, quel que soit l'âge de l'opérée. Dans le cas présent, les vomissements chloroformiques ont été la cause indirecte de la mort en provoquant une hémorrhagie consécutive. Le sang épanché dans la cavité abdominale n'ayant pu être extrait complétement dès le principe, s'est coagulé, et le caillot, en se décomposant, a déterminé la septicémie et la péritonite, causes directes de la mort. Il est très-probable que la guérison aurait eu lieu si l'opération avait été tentée quelques mois plus tôt.

Sur les 25 nouvelles ovariotomies que M. le docteur Koeberlé a faites depuis la publication de la statistique précédente (juin 1868) jusqu'au 1er avril 1869, cet habile opérateur a obtenu les résultats suivants :

Cas sans adhérences.........	8 cas : —	8 guérisons;
Cas avec adhérences légères..	10 cas : —	10 guérisons;
Cas avec adhérences graves...	7 cas : —	2 guérisons; 5 morts.
	25 cas : —	20 guérisons; 5 morts.

Aucune opération n'est restée inachevée.

Parmi ces 25 nouveaux cas, il y en a eu 6 dont les malades étaient âgés de 48 à 65 ans. Une seule de ces opérées, âgée de 52 ans, a succombé.

Il y a eu 3 cas d'ovariotomie double : ces 3 cas ont été suivis de guérison.

DE L'EMPLOI DU BROMURE DE POTASSIUM

dans l'épilepsie

NOUVEAUX FAITS FAVORABLES

Par M. le docteur AUGUSTE MARÉCHAL.

Depuis six mois, la question du traitement de l'épilepsie par l'usage du bromure de potassinm (exempt d'iodure) a fait un chemin considérable en thérapeutique. La publication dans la *Gazette des hôpitaux* (1), du mémoire si remarquable de M. Legrand du Saulle a été un grand service rendu à la science, aux médecins et aux malades. L'élan est donné : ou l'on publie maintenant de tous les côtés des faits analogues à ceux qu'a fait connaître le savant médecin de Bicêtre, ou l'on contrôle ses expérimentations en instituant un traitement à pen près semblable au sien.

Lorsqu'on songe qu'il existe en France quarante mille épileptiques, sans compter ceux qui ne figurent point sur les statistiques officielles, on forme nécessairement les vœux les plus ardents pour la propagation des succès thérapeutiques déjà obtenus. Les bons exemples sont contagieux, et il ne sera bientôt plus permis à un médecin honnête d'abandonner sans traitement un épileptique.

Comme l'a si bien dit M. Legrand du Saulle, « Tout médecin peut arriver aujourd'hui à déterminer — dans la proportion d'*au moins* 33 p. 100 — *des phases suspensives très-prolongées* chez ses malades. Je crois même qu'il peut en guérir radicalement un petit nombre. Il y a donc lieu de renoncer aux errements anciens, de raffermir un peu les consciences émues, et de stimuler avec insistance le zèle des médecins découragés. » Or, après ces paroles, que peut-on demander de plus?

Très-récemment, à l'hôpital de la Charité, M. le professeur Sée a déclaré qu'il avait connu, en 1854, les travaux des médecins anglais, qu'il s'était mis à l'œuvre, qu'il avait gardé le silence pendant quatorze ou quinze ans, et qu'il avait soigné de nombreux épileptiques. « Dans la crainte de juger trop favorablement un mode de traitement qu'il espérait trouver bon, M. Sée s'associa des médecins avec lesquels il vit ses malades, et qui purent suivre la marche de la maladie. M. Tardieu fut l'un de ces médecins dont s'entoura M. Sée. Ils virent ensemble trois épileptiques, l'un en 1857, l'autre en 1859, le troisième en 1861 : tous trois n'ont plus d'accès ; voilà donc trois cas de guérison. Une nouvelle phase s'ouvre pour l'épilepsie; on pourra modifier certains épileptiques, ou on pourra guérir d'autres complétement. » (1)

Dans le numéro de mars 1869 des *Annales médico-psychologiques*, M. le docteur Bécoulet, médecin-adjoint de l'Asile des aliénés d'Auxerre, vient de publier cinq observations de folie épileptique, dont nous ne pouvons donner ici que les titres :

Après être entré dans des considérations cliniques générales sur ces cinq malades, M. Bécoulet conclut en disant : « Le bromure de potassium a une action réelle et utile sur l'épilepsie. Par son action sédative sur tout le système nerveux, il calme les accès de fureur consécutifs à l'épilepsie, quand même les attaques persistent. On doit donc continuer avec ardeur l'expérimentation d'un médicament qui produit d'aussi heureux résultats. »

Le mode d'administration du bromure de pottassium est d'une importance énorme. On avait essayé, dans ces derniers temps, de donner aux malades des pilules de bromure de potassium ferrugineux; mais M. Gubler a demontré que le brome et le fer étaient deux substances antagonistes, et M. Legrand du Saulle s'est élevé avec raison contre la très-grande quantité de pilules qu'il faudrait faire ingérer aux malades (40 pilules ne représentant que 6 grammes de bromure), et contre l'inefficacité absolue de ce produit mixte. On a donc complétement renoncé aujourd'hui au bromure de potassium ferrugineux.

Les solutions bromurées ont le grave inconvénient de déterminer de l'irritation gastrique, du dégoût, de la perte d'appétit, de la diarrhée et de l'amaigrissement. Sans doute, ces effets ne tiennent d'ordinaire qu'à ce que le bromure de potassium est chloruré ou ioduré, — car les pharmaciens ne se procurent dans le commerce et ne délivrent à leurs clients qu'un bromure presque toujours impur, — mais pour une solution bromurée inoffensive, combien en trouve-t-on de défectueuses ou de dangereuses!

Il n'y a aujourd'hui de possible et de sérieux qu'une seule préparation : le *sirop de Henry Mure au bromure de potassium* (*exempt d'iodure*). Les malades supportent à merveille ce produit, qui est agréable au goût, très-bien préparé, mathématiquement dosé, et d'une action certaine. En s'inspirant des travaux des médecins anglais et des expérimentations si favorables des médecins de l'hospice de Bicêtre, M. Henry Mure a neutralisé les effets désagréables du sel bromique sur le tube digestif, et préparé un excellent produit pharmaceutique, à l'aide du sirop d'écorces d'oranges amères. Chaque cuillerée du médicament renfermant *exactement* 2 grammes de bromure de potassium (exempt d'iodure), la prescription du médecin est simplifiée et l'ingestion du remède est rendue facile au malade.

Le *sirop d'Henry Mure au bromure de potassium* (*exempt d'iodure)* est une précieuse conquête. Il s'adapte à toutes les combinaisons et se prête à toutes les nécessités de la pratique médicale, dès qu'il s'agit d'une névropathie, et surtout d'une névrose convulsive. Toutefois, si l'on veut mettre en œuvre le traitement à dose progressive et élevée, ainsi que l'enseigne M. Legrand du Saulle, il est indispensable que le médecin ordinaire dirige seul l'administration du médicament et qu'il en surveille fréquemment les effets.

En résumé, persévérance de la part du malade, prudence de la part du médecin, et supériorité notoire de l'agent bromique de la part du pharmacien : telles sont les conditions fondamentales du succès.

(1) Voir les numéros des 24 et 26 novembre 1868.

(1) Leçon clinique publiée par M. A. Leteurtre.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 14 avril 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

(SUITE ET FIN.)

Laryngite syphilitique. — M. TRÉLAT. Les accidents syphilitiques des voies respiratoires, comme beaucoup de manifestations tardives de l'infection vénérienne, sont loin d'être parfaitement connus. J'ai voulu les étudier récemment au seul point de vue des indications opératoires; et bien que je ne me flatte pas d'avoir dit le dernier mot sur cette face particulière du sujet, j'en vois plusieurs autres qui sont encore moins avancées; notamment, le diagnostic et la nature des désordres anatomiques,

Notre excellent collègue M. Guérin, qui a bien voulu se charger du rapport sur le travail que j'ai lu à l'Académie de médecine (1), exprimait le regret que je n'eusse point établi à quelle période de la syphilis il fallait rapporter les lésions de l'arbre respiratoire. Je partage ce regret, et je n'ai demandé la parole que pour essayer de lui donner une faible satisfaction. Mais dans le mémoire auquel je fais allusion, je ne devais pas aborder cette question; et d'ailleurs, l'eussé-je voulu, les observations ne me permettaient pas d'arriver à une solution satisfaisante.

J'avais fait remarquer cependant, et cette remarque me semble importante, que les accidents des voies respiratoires se montrent en général à une époque éloignée du début de la syphilis, cinq ans en moyenne, et souvent dix, quinze, vingt ans après ce début; que parfois il y a lieu de pratiquer la trachéotomie chez des sujets récemment infectés, mais qu'alors la maladie affecte une marche violente et brusque qu'on peut légitimement rapporter à un œdème inflammatoire se propageant depuis l'isthme du gosier envahi par des plaques muqueuses, ou un érythème spécifique.

Ces remarques fournissent une présomption; mais la certitude ne peut venir que des observations directes faites dans le but d'élucider la question.

Fort heureusement, depuis que l'usage du laryngoscope s'est généralisé, la pathologie du larynx a été remaniée de fond en comble, et les affections syphilitiques n'ont pas échappé à cette révision. Il a fallu renoncer à cette idée que le larynx n'est jamais atteint que par la propagation d'ulcères descendus de l'isthme du gosier. Cette propagation a été constatée, il est vrai, pour des accidents secondaires, plaques muqueuses ou érythème, qui ont été directement observés sur les cordes vocales, dans la glotte respiratoire, ou sur les replis ary-épiglottiques. Mais c'est sous un tout autre aspect que se présente la laryngite syphilitique tertiaire. Celle-ci est habituellement séparée par un long intervalle de toutes les autres manifestations de la maladie constitutionnelle; elle se montre sous une forme insidieuse, et bien souvent, jusqu'à ces dernières années, elle a dû échapper au diagnostic; aussi est-elle considérée comme beaucoup plus fréquente depuis qu'on la connaît mieux. MM. Gerhardt et Roth, cités par M. Rollet, disent même qu'un certain nombre de laryngites chroniques, auxquelles on ne peut assigner de cause apparente, doivent être rattachées à la syphilis.

Des tubercules d'une nature encore mal déterminée, décrits par M. Cusco sous le nom d'éruption papulo-tuberculeuse, qui ne sont peut-être que des gommes avec hyperplasie de la muqueuse, de véritables gommes et plus tard des ulcérations tendant à gagner en profondeur, sont les lésions les plus communes de cette forme de laryngite.

Je n'ai jamais eu l'occasion d'étudier ni d'observer les plaques muqueuses ni l'érythème du larynx, qui appartiennent aux premiers mois de la syphilis (trois à six), et qui sont connus sous le nom ancien d'enrouement ou de raucité syphilitique; mais les deux malades chez lesquels j'ai fait la trachéotomie étaient incontestablement atteints d'accidents tertiaires. L'un (femme) était syphilitique depuis vingt ans; l'autre, depuis seize ans; tous deux avaient eu déjà d'autres manifestations du même ordre. Dans les deux cas, le laryngoscope donna, entre les mains de M. Potain et les miennes, les résultats les plus positifs : rougeur, gonflement, large ulcération de la corde vocale supérieure gauche, dans le premier cas; mêmes désordres, moins l'ulcération, dans le second. Enfin, ces deux malades guérirent par un traitement régulier et rigoureux avec l'iodure de potassium.

Dans ces deux cas, il n'y a donc aucune espèce de doute à avoir sur la nature des accidents ni sur la thérapeutique qui leur convenait, l'iodure de potassium; car je ne parle pas de la trachéotomie, qui n'était pas le traitement de la maladie, mais celui d'un épiphénomène, d'une complication passagère et redoutable.

Cependant la pratique est loin d'être fixée sous ce rapport. D'abord le diagnostic est mal assuré; puis, en le supposant fait, beaucoup hésitent d'abord sur l'opportunité d'un traitement spécifique, ensuite sur la nature de ce traitement.

Situation vraiment fâcheuse, car ces laryngites tertiaires sont infiniment graves si leur marche progressive n'est point arrêtée par un traitement efficace. Ulcération, chondrite et périchondrite, nécroses, cicatrices rétractiles et larges, rétrécissements consécutifs menacent plus ou moins promptement la vie des malades, sans compter l'œdème sous-muqueux et l'asphyxie.

Quant à moi, je n'hésite pas à conclure des faits que j'ai vus et de mes lectures, qu'en dehors de l'enrouement syphilitique coïncidant avec la roséole et les plaques muqueuses, accident bénin et de diagnostic facile, en raison même de la coïncidence, il y a lieu de rechercher l'origine syphilitique chaque fois qu'on a affaire à une laryngite chronique persistante avec raucité de la voix, petite toux, sensibilité à la pression, quand bien même il n'y aurait pas ou il n'y aurait pas eu depuis longtemps d'autre accident appréciable; que le diagnostic devient aisé dès que le soupçon de la cause est entré dans l'esprit, ce diagnostic reposant sur les commémoratifs et l'examen laryngoscopique; en dernier lieu, qu'il faut sans hésiter administrer l'iodure de potassium à dose croissante et proportionnée à la résistance de la maladie, indépendamment du traitement topique qui peut être utile.

Si ces idées étaient acceptées et prenaient cours dans la pratique, il me semble qu'un progrès réel aurait été accompli. L'action thérapeutique, au lieu de s'épuiser contre de profondes et rebelles désorganisations, au lieu de lutter en vain contre des rétrécissements cicatriciels absolument réfractaires, s'exercerait avec une rapide efficacité contre les premières phases de ces lésions hyperplasiées, muqueuses et sous-muqueuses, presque toujours dociles à l'iodure de potassium. On aurait, suivant l'expression vulgaire, coupé le mal dans sa racine, tandis qu'aujourd'hui nous en sommes encore à attendre souvent qu'il ait porté ses tristes fruits.

Un fait que j'ai eu occasion d'observer l'année dernière n'a pas peu contribué à asseoir ces opinions dans mon esprit et m'a vivement frappé sous différents points de vue. Je demande à la Société la permission de le lui exposer tel qu'il s'est présenté à moi.

Dans le courant de l'hiver 1867-68, M. X..., âgé d'une trentaine d'années, constata que sa voix devenait un peu sourde, comme cassée, et que cet état, d'abord un peu irrégulier, tendait à devenir constant. En même temps, parut un peu de toux, et seulement sous l'influence de bronchites concomitantes qui se produisaient à la suite de refroidissements. Le malade prit des précautions, fit usage de boissons sudorifiques et balsamiques, et obtint, à plusieurs reprises, des améliorations réelles, mais sans continuité. Le printemps vint, suivi bientôt de cet été remarquable par sa haute température si longtemps soutenue. Ces conditions favorables n'amenèrent pas le résultat désiré et même attendu. La voix garda son caractère voilé, sans raucité marquée; elle était bornée à la fois dans son étendue, surtout dans le haut du diapason vocal et dans son intensité, tout effort déterminant une grande et inutile fatigue. Une petite toux

sèche, accompagnée de légers crachats muqueux se produisait de temps à autre et devenait plus fréquente qu'au début. En même temps le malade présentait les signes d'un mauvais état de santé; la couleur de la peau était moins bonne; il y avait un peu d'amaigrissement, de la lassitude, pas d'entrain, une inappétence croissante.

La famille de M. X... s'inquiéta de cette situation, et on demanda successivement à plusieurs de nos collègues, médecins des hôpitaux, d'examiner la poitrine du malade. Cet examen ne révéla aucune lésion grave; cependant on notait un peu d'insuffisance et de saccade du bruit respiratoire dans l'un des sommets. Ce n'était ni très-inquiétant ni complétement rassurant, surtout en tenant compte de l'état général. M. X... alla alors faire un séjour dans une station thermale que je ne nommerai pas, ce qui n'a du reste aucune importance, car le malade se borna à profiter du soleil, de la belle nature qui l'entourait et à prendre quelques douches froides.

Il revint à Paris en meilleur état. L'appétit et les forces s'étaient relevés; l'aspect du visage était plus satisfaisant, la voix plus forte, mais cependant toujours voilée et bornée. Profitant de cette amélioration, le malade et son entourage cessèrent de s'inquiéter, et la santé se maintint pendant un certain temps.

Cependant, avec les premiers froids de l'automne, la voix se voila davantage, reprit peu à peu les mêmes caractères qu'à l'hiver précédent et les signes d'affaiblissement général revinrent et persistèrent malgré un traitement tonique soutenu pendant plus d'un mois.

J'avais suivi, d'un peu loin il est vrai, la succession des phénomènes que je viens d'exposer. Dès maintenant, surtout après la première partie de ma communication, vous pressentez la fin de cette observation qui paraît toute simple, surtout si j'ajoute que, cinq ans auparavant, M. X... avait eu une syphilis modérée, mais parfaitement caractérisée par un chancre, la pléiade ganglionneuse, la cachexie spéciale, la roséole, des plaques muqueuses, et plus tard, à plusieurs reprises, des papules cuivrées.

Mais cette vérole était si bien guérie, si complétement disparue depuis longtemps, en apparence au moins, que pendant toute la première période de la maladie laryngienne, quoique j'eusse soigné le malade lors de sa contamination, je ne songeai pas un instant à rattacher l'affection à sa véritable cause.

Les laryngites simples à marche subaiguë sont si fréquentes, celle-ci était d'ailleurs si peu grave au commencement, si peu active dans ses progrès, elle paraissait si bien être la conséquence du refroidissement. que je restai dans la plus complète sécurité.

Plus tard le malade, préoccupé surtout de son état général, demanda des conseils médicaux sans parler d'une maladie antérieure qui, suivant lui, ne se reliait en aucune manière avec les symptômes qu'il éprouvait. Il alla aux eaux, s'en trouva bien et, pour un temps, ne s'occupa plus de sa santé.

Quand la rechute s'accusa, je rédigeais le mémoire que j'ai lu à l'Académie sur la *Trachéotomie dans les accidents syphilitiques des voies respiratoires*; j'avais lu bon nombre d'observations et de travaux se rapportant au sujet. L'histoire de M. X... se présenta à mon esprit sous un tout autre jour, et j'entrevis le diagnostic : laryngite tertiaire, anémie syphilitique. Quelques jours après, le laryngoscope me donnait une première confirmation : le vestibule du larynx était rouge et légèrement gonflé, la corde vocale supérieure droite était bosselée, saillante et atteignant presque le niveau de la corde inférieure; sur cette dernière, une petite saillie sessile, grosse comme un grain de millet. Je passe sur les autres examens, faits pendant le cours du traitement, et sur le grand bénéfice que je retirai des gargarismes au bromure de potassium pour apprivoiser le gosier de ce malade.

Immédiatement après le premier examen, j'ordonnai 1 gramme d'iodure de potassium. Au bout de huit jours l'appétit était absolument rétabli. Au bout de quinze jours, avec 2 grammes d'iodure, l'état général était excellent, et le malade déclarait avoir retrouvé comme par enchantement son entrain, sa vigueur et ne s'être jamais mieux porté. La voix se dévoilait sensiblement, mais laissait encore à désirer. Un mois après, c'est-à-dire au bout de six semaines en tout, la dose du médicament ayant été élevée à 3 grammes, les fonctions vocales étaient revenues à l'état normal, tant comme intensité que comme étendue. L'action décisive de l'iodure de potassium me paraît être la seconde confirmation de mon diagnostic.

Depuis trois mois que ces faits se sont passés, la guérison ne s'est pas démentie. M. X... se porte à merveille; j'espère qu'il est définitivement quitte. En tout cas, l'un et l'autre, nous savons maintenant à quel saint nous devrons nous adresser si quelque nouvel orage se lève.

Je m'excuse, en terminant, des détails circonstanciés de cette observation, mais je ne veux pas faire de fausse modestie. Là où je me suis trompé, d'autres pourront se tromper aussi. Pour que cette communication eût quelque utilité, je devais montrer les causes de mon erreur passagère, les raisons qui m'en ont fait sortir et le succès d'un traitement opportun.

La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le dernier concours d'agrégation près la Faculté de médecine de Paris s'est terminée par la nomination de MM. Lannelongue, Ledentu, Dubreuil, Cocteau (section de chirurgie) et Guéniot (section d'accouchements).

— La jurisprudence anglaise est peu sévère pour les erreurs pharmaceutiques. En voici un nouvel exemple : Un chirurgien de Penberry, M. Essex Thomas William, est mort empoisonné par une solution de strychnique que des droguistes lui avaient vendue pour une solution de morphine. Le jury d'instruction a rendu un verdict « d'empoisonnement accidentel : *poisoning by misadventure*. »

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Lassée sans doute des loisirs qu'elle s'est donnés depuis quelque temps, l'Académie vient de s'engager dans deux discussions qui vont raviver son activité et celle de la presse médicale.

Fidèle à l'engagement qu'il avait pris dans l'une des précédentes séances, M. Alph. Guérin est venu lire hier un travail médité sur la grave question de l'infection purulente, incidemment soulevée à l'occasion du fait particulier qu'il avait communiqué à ses collègues. M. Verneuil lui a succédé à la tribune, et dans un long et savant discours, que personne assurément n'eût songé à prendre pour un début, tant était aisé, facile, clair et élégamment correct le débit de l'orateur, il a amplement exposé tous les termes de la question, et formulé une théorie qui ne manquera pas de devenir à son tour un texte à discussion. Ainsi se trouve engagé un débat qui ne peut manquer de prendre une grande importance. Mais malheureusement il va se trouver scindé, dès son début, par un autre débat, qui a aussi son importance et qui pourra bien peut-être en faire ajourner la reprise à un assez long délai ; nous voulons parler de la discussion du rapport de M. Depaul sur la vaccination animale, mis à l'ordre du jour de mardi prochain.

M. J. Guérin, qui ne partage pas entièrement, sur ce sujet, les opinions et la confiance de M. Depaul, et qui paraît posséder devers lui des faits qui ne plaident pas absolument en faveur de la vaccination animale, ne déclinera pas assurément son droit de discussion. M. Depaul, on peut s'y attendre, ne cèdera pas sans résistance, s'il cédait jamais toutefois. Voilà donc une discussion dont nous connaissons le début, mais dont nous n'oserions encore fixer le terme. Voilà de la matière à premiers-Paris. Voilà le moment de tailler sa plume. Nous laisserons, à dater de mardi prochain, ce soin à notre cher collaborateur M. Révillout.

Dr Brochin.

HOPITAL CIVIL DE STRASBOURG. — M. Sédillot.

Résection du genou par un nouveau procédé.

(Leçon clinique recueillie par M. Cheviet, interne).

La résection du genou est celle qui offre encore le plus de sujets de doute et de discussions, et malgré l'extrême variété des lésions de la jointure fémoro-tibiale que nous avons eu à traiter, nous n'avions pas encore trouvé une occasion favorable de la pratiquer.

Nous croyons cette opération plus grave que la résection coxo-fémorale, au moins dans de certaines conditions de chronicité que nous pouvons indiquer.

Si la tête du fémur est cariée et séparée de son col, chassée au dehors de sa jointure, l'extraction en est très-simple et mérite à peine le nom de résection qu'on lui a parfois attribué. Il est d'autres cas, comme celui que nous avons publié (voy. Médecine opératoire et Contributions à la chirurgie), où la tête fémorale, quoique cariée, est seule altérée. La capsule ligamenteuse, en partie intacte, peut être conservée dans la plus grande portion de sa circonférence, et en sciant, dans l'article, le col fémoral avec une scie à guichet, il est facile d'extraire la tête du fémur avec un tire-fond, ou en la faisant basculer au dehors, sans l'avoir luxée préalablement.

Les désordres sont alors peu étendus ; la plaie est convenablement située pour l'écoulement du pus, et le fémur, retenu au contact de la cavité cotyloïde ou de son pourtour par les insertions ligamenteuses, y trouve un point d'appui pour la formation d'une pseudarthrose.

Ces conditions opératoires sont très-favorables, tandis que le pronostic devient infiniment plus grave s'il a fallu luxer le fémur. La capsule est alors divisée en presque totalité ; le trait de scie porte sur le grand trochanter, quelquefois (Textor) au-dessous du trochiter, et malgré la précaution de détacher l'insertion des muscles et particulièrement celle des psoas et iliaque, les désordres s'étendent très-loin, l'os présente une mobilité fâcheuse, le racourcissement est considérable, et le malade est exposé aux plus grands périls.

La résection coxo-fémorale comprend, on le voit, quelques conditions de succès que l'on ne retrouve pas au même degré dans la résection du genou. On ne rencontre alors que des dangers formidables.

La synoviale s'étend très-haut sous le tendon du triceps crural, envoie des prolongements sous le muscle poplité, communique souvent avec l'ampoule tendineuse des muscles demi-membraneux et avec l'articulation péronéo-tibiale. La plaie est énorme, anfractueuse, et lors même qu'on parviendrait à séparer des os les insertions ligamenteuses, tendineuses et le périoste, ce qui est d'une extrême difficulté et impossible si la résection est superficielle, on place le malade sous l'influence d'un traumatisme excessivement grave. Notons en outre que les lésions pour lesquelles on se décide à la résection ajoutent à l'imminence des accidents.

S'il y a plaie, fracture, écrasement, déchirure, attrition des parties molles, infiltrations sanguines, etc., on est exposé aux réactions inflammatoires les plus menaçantes : phlegmons diffus, gangrène, pyohémie, infection putride et leur cortége. Si les altérations sont chroniques, et la tumeur blanche, suppurée ou non, en est l'exemple le plus ordinaire, les tissus sont énormément indurés, couenneux, fongueux et réfractaires à la cicatrisation. Les os peuvent être enflammés, ramollis, excavés à une hauteur considérable. (V. Contribution, t. II, p. 227.) Le malade, déjà affaibli, succombe à des suppurations prolongées et à des complications infectieuses par périostéo-myélites, caries, érysipèle, etc.

On a cité de nombreux succès : Filkin (1762), Park (1785), Moreau père (1792), Moreau fils (1811), réussirent sans trouver beaucoup d'imitateurs ; mais depuis 1850, les observations se multiplièrent. M. O. Heyfelder en a réuni 183, sur lesquelles il a admis 109 guérisons.

M. Le Fort a communiqué à la Société de chirurgie 207 exemples de la même résection. M. le professeur Verneuil compte deux succès dans des cas de traumatisme, et si MM. H. Larrey et Legouest ont fait quelques réserves au sujet des blessés du champ de bataille, où les soins et les moyens de transport et de traitement font souvent défaut, ces chirurgiens se sont cependant joints à leurs collègues pour accepter et vanter la résection du genou dans les cas où elle paraît offrir d'heureuses conditions.

Les meilleures chances sont offertes par les enfants ; mais, nous repoussons, en général, les amputations et les résections à cet âge où la nature présente de si admirables ressources. Les caries les plus étendues, les ramollissements, les suppurations prolongées ne nous ébranlent pas, et la raison en paraît péremptoire. L'expérience montre qu'à cette époque de la vie, et sous l'influence du lymphatisme et des scrofules, les lésions sont des manifestations d'un état constitutionnel, et habituellement sans danger de mort. Les opérations réussissent presque toujours, sans doute, mais ne sont pas curatives, en ce sens que d'autres membres s'affectent et reproduisent les mêmes lésions. L'expectation et les soins hygiéniques et locaux suffisent généralement à la guérison. Sans rappeler de malheureux enfants amputés, membre par membre, nous pourrions citer une foule d'observations d'affreuses caries articulaires, très-heureusement terminées par le bénéfice du temps. Le jeune fils du général M..., que nous traitions avec M. le professeur Hirtz, d'une carie du genou avec fistules multipliées, sorte de portions osseuses, légères et poreuses, abcès très-profonds de la cuisse, se porte parfaitement aujourd'hui, et dissimule assez bien une ankylose sans raccourcissement. J'ai refusé de réséquer le genou d'un enfant traité par M. le docteur Kien. Plusieurs abcès communiquaient avec l'articulation, dont les os étaient à nu et cariés ; cependant, la guérison en fut obtenue avec une ankylose incomplète.

J'ai présenté, cette année, à la clinique, un petite fille de six ans dont l'articulation tibio-tarsienne, gonflée et douloureuse depuis les premiers mois de 1866, était criblée de fistules, donnant une abondante suppuration. Je ne cessai de recommander à la mère de ne pas permettre d'amputation ni de résection du coude-pied, et de se borner à soutenir le membre avec un carcan moulé, garni de laine et de coton, et de continuer un traitement antiscrofuleux, et des applications huileuses. Dans les premiers jours du mois de mars 1869, un os s'offrit à l'une des fistules, l'ulcéra, l'agrandit, et je pus faire l'extraction de la totalité de l'astragale cariée, poreuse, mais reconnaissable et complétement isolée et sans aucune adhérence. La chirurgie n'aurait pu aussi bien faire, et depuis ce moment l'enfant ne souffre plus, et conservera un pied fort régulier et d'un excellent usage, si rien ne vient compromettre sa guérison. (Obs. de M. Meyer, interne.)

Il serait inutile de multiplier ces exemples, connus de tous les praticiens, et qui font une règle de l'expectation. Il faudrait rencontrer, pour motiver une amputation ou une résection, des cas où les lésions, soit aiguës, soit chroniques, seraient assez graves pour entraîner la mort.

Les adultes nous ont présenté quelques tumeurs blanches, dont les progrès exigeaient l'amputation de la cuisse, ou la résection du genou ; nous en avons en ce moment à la clinique plusieurs exemples. Mais les altérations sont si anciennes et si profondes, que nous n'avons pas osé recourir à la résection.

La prédominence, à nos yeux incontestable, des chances plus défavorables de cette dernière opération, nous faisait un devoir d'humanité de ne pas l'entreprendre. Dans un cas où nous avions hésité assez longtemps avant d'y renoncer (V. Contributions à la chirurgie, t. II, p. 124), nous n'eûmes pas à regretter notre abstention. Le fémur et le tibia étaient ramollis et détruits à une très-grande hauteur.

Un malade nous parut enfin présenter des conditions favorables à une résection fémoro-tibiale. Agé de 21 ans, d'une bonne constitution, atteint d'un lésion toute locale (tumeur blanche), dont nous avions, depuis trois ans, suivi la marche et les développements, on ne pouvait méconnaître de grandes probabilités de réussite. La salubrité de nos salles n'était pas douteuse ; nous avions, depuis le commencement de la clinique, pratiqué treize amputations, dont les malades étaient guéris ou en voie de guérison.

Procédés à suivre. — Dans le cas publié par M. E. Bœkel, les contractions musculaires avaient été si énergiques, qu'il avait fallu, malgré l'emploi du chloroforme, reséquer une nouvelle lame osseuse pour arriver à placer les os bout a bout.

Nous étions préoccupés de cette difficulté, et nous nous étions demandé si des crochets, des tiges de fer ou d'ivoire, ne pourraient pas servir à fixer les os, selon un des procédés de suture si bien étudiés dernièrement par M. Béranger Feraud, chirurgien distingué de la marine. C'est une question à approfondir par un plus grand nombre d'observations. M. le professeur Broca n'a pas hésité à tenter la réunion osseuse de l'intermaxillaire que nous avions depuis longtemps proposée. (Voy. *Journal de thérapeutique*, et *Médecine opératoire*). Nous avions cependant à notre disposition un procédé beaucoup plus simple et plus sûr. Il nous suffisait d'appliquer au genou le mode de section et d'emboîtement dont nous nous servons pour la consolidation des résections temporaires de la mâchoire inférieure, divisée sur la ligne médiane, pour faciliter l'ablation des tumeurs profondes de l'arrière-bouche.

Un double trait de scie en V, dirigé de haut en bas et transversalement sur les faces antérieure et postérieure des condyles du fémur, formait un véritable coin osseux, facile à faire pénétrer et à fixer par simple pression, et dans une cavité triangulaire taillée de la même manière sur l'extrémité supérieure du tibia, par deux traits de scie dirigés de haut en bas, l'un d'avant en arrière, et l'autre d'arrière en avant, à quelques centimètres de profondeur. Des essais d'amphithéâtre nous avaient prouvé la facilité et l'efficacité de cette manœuvre. On parvenait même, en rendant le biseau antérieur du fémur plus ou moins superficiel, à maintenir cet os à divers degrés de saillie sur le tibia. Une seule incision transversale sur la rotule, ou ovalaire, poursuivie de chaque côté jusqu'aux ligaments latéraux, suffisait pour l'opération, et le membre, après l'emboîtement des extrémités osseuses, offrait une solidité que les contractions musculaires devaient maintenir et même augmenter.

Nous avions, pour plus de sûreté encore, fait construire un appareil en fer-blanc, composé d'une gouttière fémorale, et d'une autre gouttière tibiale, réunies par des tiges mobiles à vis, de façon à être aisément adaptées à la longueur du membre. Une troisième gouttière intermédiaire ou poplitée continuait les deux autres, et devait être relevée ou descendue à volonté, pour laisser le genou libre en arrière, et permettre les lavages, injections, et tous les autres soins de propreté et de pansement. Au niveau de la plaie s'élevait un arc d'acier mobile, formé de deux tiges parrallèles, entre lesquelles des vis mobiles, à extrémité aiguë, pouvaient correspondre aux divers points de la circonférence du fémur, et la repousser et l'assujettir, soit d'avant en arrière, soit latéralement, selon les indications.

Des coussins, des attelles, offraient, en outre, d'importantes ressources pour le soutien, le redressement et l'immobilisation des parties, si on le jugeait nécessaire.

Nous comptions, en outre, recourir à la ténotomie contre des contractions exagérées, et à l'emploi d'appareils plâtrés, amidonnés, ou au silicate de potasse, dont nous faisons usage dans notre service, si l'utilité nous en paraissait démontrée.

Dans ces conditions, le danger de la résection du genou nous semblait, nous l'avouons, très-grave, mais nous n'aurions rien négligé pour le conjurer.

Observation. — Le nommé J. S..., âgé de 21 ans, ouvrier de scierie, fut reçu le 10 août 1868 à la clinique. D'une bonne constitution, sans traces de scrofules ni d'accidents syphilitiques, ce jeune homme était atteint d'une tumeur blanche du genou droit, et faisait remonter le début au mois de juillet 1865.

A cette époque : gonflement de la jointure et douleurs sans causes connues. Repos de quelques jours, ventouses, frictions. Première entrée à l'hôpital le 24 janvier 1867; six mois de séjour dans nos salles : genou médiocrement tuméfié, avec empâtement des parties molles; impossibilité des mouvements de flexion. On sentait, au côté interne de la jointure, un peu au dehors et au niveau du bord inférieur de la rotule, un corps étranger jouissant d'une certaine mobilité sur la surface du fémur, et ne pouvant être traversé par une épingle ni écarté de sa position, preuve d'adhérences assez intimes.

Les pressions sur ce corps, un peu aplati et du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, n'étaient pas très-douloureuses.—Nous ne crûmes pas prudent d'en tenter l'extraction.

Ouvrir l'articulation exposait aux plus grands dangers; la dissection du corps étranger eût été longue et difficile; les désordres considérables, la plaie compliquée de lacérations profondes dans une jointure malade et sans espoir de réunion immédiate.

La section sous-cutanée des adhérences pour déplacer cette production ostéo-fibreuse ou cartilagineuse et la fixer hors de la jointure, sous les téguments, offrait peu de chances de succès. Comment introduire des pinces, des érygnes, des ciseaux dans la plaie et manœuvrer un tenotome sur d'assez larges surfaces?

On ne serait probablement pas parvenu à diviser complétement les adhérences.

Nous nous bornâmes à des frictions résolutives avec l'onguent napolitain, à des fomentations de sel ammoniac, et nous conseillâmes le repos, l'huile de foie de morue et l'iodure potassique à l'intérieur. Le malade rentra chez lui, marchant avec une canne, sans amélioration notable. Il prit des bains, se fit appliquer quelques sangsues; puis revint pour la deuxième fois à la clinique le 24 décembre de la même année, et y resta jusqu'en avril 1868. Des applications locales de teinture d'iode, des vésicatoires volants, la cautérisation ignée, la compression et des appareils inamovibles amidonnés et silicatés ne modifièrent pas son état.

J. S... se présenta une troisième fois à la clinique en août 1868, où nous le retrouvâmes en 1869. Le genou droit offrait 4 centimètres de plus que le gauche. Douleurs fréquentes, mais sans retentissement fâcheux sur l'état général assez bon malgré un notable amaigrissement. Les pressions articulaires sont douloureuses. On ne sent plus le corps étranger, perdu au milieu d'une masse fongueuse qui éloigne la rotule du fémur. Le membre, dans l'extension, ne peut être soulevé volontairement, et le malade ne peut plus marcher qu'avec des béquilles. On rencontre autour du tendon du triceps un engorgement profond, une sorte de fluctuation obscure, difficile à attribuer à des fongosités.

Le pronostic est évidemment d'une extrême gravité. L'affection, quoique lente, n'a pas cessé de s'accroître depuis plus de trois années. La guérison sans opération paraît impossible, et la résection du genou ou l'amputation de la cuisse s'offrent comme dernières ressources.

Si l'on choisit la première de ces opérations, il faut agir promptement et avant que les lésions ne soient trop étendues pour laisser espérer un résultat favorable. L'amputation permettait d'attendre sans crainte de nouvelles aggravations : abcès, fistules, affaiblissement constitutionnel, douleurs vives, etc., et l'ablation du membre devient alors un moyen de soulagement et de salut. Le désir de sauver la jambe nous fait pencher pour la résection, que le malade adopte volontiers, et à laquelle il se préparait depuis longtemps. Cette opération est pratiquée le 22 février 1869, en présence de MM. les professeurs agrégés Herrgott, Boectrel, Sarrazin, de MM. les médecins-majors Jacquemin, Cochu, et de MM. les élèves de la clinique.

Dès que le malade eut été chloroformé par M. Elser, M. Sédillot divisa transversalement les téguments, au-dessus de la rotule, et les sépara de cet os qu'il circonscrivit et enleva entre deux incisions ovalaires portant sur le tendon du triceps crural et sur le ligament rotulien. La jambe fut repoussée en arrière pour faire saillir le fémur en avant. L'opérateur coupa les ligaments latéraux et croisés, et comme l'os, en grande partie dénudé de son cartilage, ne semblait pas ramolli, suppuré, ni carié, il ne fut pas nécessaire de le séparer des parties molles, situées au-dessous de ses portions articulaires. Un premier trait de scie divisa transversalement les condyles de haut en bas et d'avant en arrière, et un second trait du même instrument, conduit de bas en haut et également d'avant en arrière, et porté un peu au-dessus du point où finissait le premier, convertit les deux condyles en un véritable coin osseux de 5 cintimètres environ de hauteur, plus régulier en avant qu'en arrière, où l'excavation intracondylienne naturellement plus profonde, laisse une légère dépression centrale.

Le tibia, porté ensuite en avant, fut dégagé de la plaie, séparé des parties molles dans une hauteur de 1 centimètre, et excavé transversalement à une profondeur de 4 centimètres, par deux traits de scie, l'un de haut en bas, et d'avant en arrière; le second, également de haut en bas, mais d'arrière en avant, de façon à former une cavité angulaire dans laquelle devait être reçue l'extrémité fémorale. L'opération ne présenta aucune difficulté, et fut exécutée très-rapidement. Du pus s'écoula d'un abcès formé sous le tendon du triceps fémoral, à une hauteur de 4 centimètres environ; des aides mirent les doigts sur quelques artérioles qui furent immédiatement liées.

Une complication imprévue devint alors la cause d'embarras sérieux. Les sections osseuses ruisselaient de sang, que la compression avec de la charpie, des compresses, des éponges, de l'agaric, n'arrêtèrent pas. L'eau de Pagliari n'eut pas plus d'effets; on appliqua en vain le fer rouge sur quelques points d'où le sang sortait en plus grande abondance. Il fallut, pour combattre cette hémorrhagie en nappe, réellement alarmante, recourir au perchlorure de fer, dont les applications multipliées avec des boulettes de charpie, faisant office de petits tampons, fortement pressées contre les surfaces osseuses et longtemps maintenues, finissent par suspendre l'écoulement sanguin. Une heure au moins fut employée à ce résultat, et les os, imbibés de perchlorure avec lequel ils formaient une sorte de bouillie ou de détritus superficiel, allaient être exposés à un travail d'élimination et de réparation, dans des conditions manifestement peu favorables. L'emboîtement des extrémités osseuses se fit très-aisément et offrit une grande régularité et une solidité parfaite.

Tout autre moyen de cautérisation devenait inutile. On plaça cependant l'appareil en gouttière, et une petite attelle, légèrement soutenue par les tiges à vis, fut appliquée sur un mince coussin étendu sur le fémur, et mit complétement à l'abri de tout déplacement de cet os en avant. Une mèche fut introduite dans le foyer abcédé, et on rapprocha les bords de la plaie tégumentaire par quelques points de suture séparés, sans intention de réunion immédiate et seulement pour empêcher un trop grand écartement de la peau, et donner plus tard la possibilité d'une cicatrice étroite et linéaire. On avait eu la précaution de glisser une planche sous le premier matelas pour en prévenir l'affaissement sous le poids du malade, et une planchette sur laquelle reposait l'appareil en gouttière, permettant, au moyen de quatre tiges mobiles, d'en varier la hauteur et l'inclinaison.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 8 juin 1869. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : Un rapport de M. le docteur Dionis des Carrières (d'Auxerre), sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à Arcq-sur-Eure (Yonne).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

L'Académie reçoit : 1° Une note de M. Behfeld sur la guérison radicale des crampes et des tremblements nerveux des écrivains;

2° Une note sur les pessaires, par M. Jourdain, pharmacien à Paris.

M. Béclard met sous les yeux de l'Académie divers instruments inventés par M. Trouvé, fabricant, notamment une trousse électro-médicale qui, sous un très-petit volume, renferme un appareil électrique complet pour l'usage médical.

M. Larrey présente : 1° Au nom de M. Sonrier, médecin principal en chef du camp de Châlons, une observation de disjonction de l'os malaire avec semi-luxation en arrière; 2° Au nom de M. le docteur Epinelle, une brochure sur la Cochinchine géographique et médicale.

COMMUNICATION

Désinfection des cadavres. — M. Devergie demande la parole, à l'occasion de la correspondance, pour citer à l'appui du mode de désinfection des cadavres par l'acide phénique, des résultats obtenus par l'injection des cadavres, à l'Ecole pratique, à l'aide d'un mélange de glycérine et d'acide phénique. Les corps ainsi injectés ont été conservés pendant plusieurs mois sans répandre la moindre mauvaise odeur.

DISCUSSION SUR L'INFECTION PURULENTE.

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'infection purulente. La parole est à M. Alph. Guérin.

M. Alph. Guérin. En apportant à la tribune la preuve matérielle de la curabilité de l'infection purulente, je n'ai point eu la prétention d'indiquer un moyen infaillible de soustraire à la mort tous les malades qui ont subi l'atteinte du fléau. La confiance que j'ai manifestée dans le sulfate de quinine n'est point illimitée et aveugle; elle ne m'est pas seulement inspirée par la pratique, elle repose sur l'opinion que j'ai depuis longtemps de la nature de la maladie.

On prétend que la théorie de la phlébite, si habilement soutenue par Dance, compte encore des partisans; tout le monde ne repousse pas la possibilité de l'absorption du pus en nature, et il y a bon nombre de sceptiques qui ne se prononcent pour aucune opinion. Il faut pourtant savoir à quoi s'en tenir.

J'ai soutenu, il y a plus de vingt-deux ans, une opinion qui donnera l'explication de ma confiance dans la médication par le sulfate de quinine. Rapprochant l'infection purulente des autres maladies qui dépendent d'une altération du sang, j'ai pensé que la fièvre paludéenne n'en diffère que par la nature de l'agent miasmatique. Dans l'infection purulente, ce sont des émanations animales qui engendrent la maladie; dans la fièvre paludéenne, ce sont des émanations de substances végétales putréfiées. Le frisson qui dénote l'empoisonnement est tellement identique dans l'une et l'autre maladie, qu'il est impossible d'y trouver une différence appréciable. Dans l'une et dans l'autre, il indique la pénétration de l'économie tout entière par le poison. Personne ne fait de difficulté d'admettre l'action des miasmes paludéens; que si, au lieu de miasmes végétaux, l'économie absorbait des émanations animales putrides, on aurait quelque chose d'analogue, mais plus grave. C'est cette analogie, et l'impossibilité d'expliquer l'infection purulente par les causes invoquées jusque là qui me portent à soutenir l'opinion que je défends encore.

Si le sulfate de quinine a une action incontestée dans la fièvre des marais, pourquoi serait-il sans influence sur l'infection purulente?

L'analogie suffirait pour soutenir cette opinion, mais j'en trouve la confirmation dans quelques faits de guérisons constatées.

Si, laissant de côté la question de traitement, nous recherchons des ressemblances entre l'infection purulente et les maladies dans lesquelles le sang est altéré, nous serons obligés de reconnaître que fièvre typhoïde, fièvre jaune, typhus d'Orient, présentent plus d'un trait de ressemblance avec la maladie que j'ai cru pouvoir appeler typhus chirurgical.

La résorption du pus, qui trouve en 1826 des défenseurs ardents et habiles, est aujourd'hui à peu près abandonnée; il est difficile, en effet, d'admettre qu'il y a, dans une plaie déjà vieille, des veines béantes propres à aspirer le pus.

Peut-on avec plus de vraisemblance rapporter à la phlébite la cause des divers accidents de l'infection purulente? Si la phlébite peut donner lieu à l'empoisonnement du sang par le pus, c'est assurément dans les cas où des veines, immensément dilatées, sont le siége d'une inflammation depuis le mollet jusqu'au ligament de Fallope; et pourtant on pourrait compter à Paris des centaines de malheureux qui sont dans ce cas et qui prennent à peine un repos de quelques jours pour tout traitement.

On peut faire aujourd'hui une objection plus embarrassante à la théorie de la phlébite. Si Virchow ne s'est pas trompé, ce que l'on avait pris pour du pus existant dans les veines des individus morts d'infection purulente, ne serait qu'un amas de leucocytes; mais, sans avoir recours à cette argumentation, qui peut dire aujourd'hui que le moignon d'un amputé est le siége d'une phlébite, quand le frisson de l'infection purulente se produit? La plaie, au lieu d'être rouge, tuméfiée et en pleine suppuration, comme elle devrait être si elle était le siége d'une phlébite franche, se flétrit et se sèche. La clinique s'oppose à ce que l'on admette la théorie de la phlébite.

Je ne peux pas non plus être de l'opinion de Tessier, pour qui la diathèse purulente était un état dépendant bien plus de l'individu et de sa prédisposition que de l'absorption d'un agent délétère. Il avait reconnu le rôle que joue le milieu dans lequel les malades se trouvent, et il considérait avec raison l'encombrement comme une des conditions les plus favorables au développement du pus dans le sang; mais le milieu n'était qu'une condition favorable et l'absorption des miasmes par la plaie n'était rien pour lui. Il n'avait même pas besoin d'une plaie pour que le pus se développât dans le système veineux. Ce que Tessier croyait être de l'infection purulente spontanée, ce que Dance a décrit comme tel, ne sont que des cas de morve, et ne doivent pas entrer en ligne de compte dans la question.

En soutenant que la théorie de la phlébite est insuffisante pour expliquer l'infection purulente, je n'ai pas voulu refuser à l'inflammation des veines la possibilité de porter du pus dans le sang et de produire ainsi des abcès métastasiques. Mais il est impossible d'admettre que ce soit la cause ordinaire de l'infection.

Si l'on persistait à ne voir dans l'infection purulente qu'une phlébite, pourquoi verrait-on, dans le choléra et dans la fièvre typhoïde, autre chose qu'une inflammation du tube digestif?

Ce que les médecins ont fait pour les maladies générales, il est temps que nous l'admettions pour l'infection purulente. Pour moi, l'infection purulente est essentiellement infectueuse; elle l'est autant que les maladies qui ont ce caractère au plus haut degré.

Virchow a émis, sur la nature de l'infection purulente, une opinion que quelques personnes ont crue contraire à la mienne, et pourtant, de toutes les théories, il n'y que la mienne qui ne soit pas en contradiction avec les idées de Virchow. Il n'admet pas l'introduction du pus dans le sang; il pense que, dans l'infection purulente, les veines renferment un liquide puriforme, mais non purulent. Cet aspect serait dû à l'accumulation de leucocytes, etc. Si cette opinion est vraie, que penser de la théorie de la phlébite et de celle de la résorption purulente? On aura beau injecter du pus dans les veines pour produire des abcès métastasiques, il restera toujours à démontrer, contrairement à Virchow, que c'est bien du pus qui existe dans les veines des individus qui ont succombé à l'infection purulente.

Quand on analyse les expériences qui ont été invoquées, il est impossible de méconnaître l'impuissance du pus à donner naissance aux accidents de l'infection purulente.

L'opinion que je soutiens, et qui veut que cette maladie ne soit autre chose qu'un empoisonnement miasmatique est confirmée par des expériences de chaque jour. Dès qu'un malade a eu le frisson indiquant l'invasion de l'infection, on peut s'attendre à voir l'accident se produire chez tous les malades qui sont dans les conditions de contagion. C'est à cette contagion que sont dus les insuccès de la pratique chirurgicale des grands hôpitaux.— Ici M. Guérin cite, à l'appui de ce qui précède, les résultats d'expériences qu'il a faites dans une autre vue, puis il donne quelques explications au sujet de l'objection qui lui a été faite par M. Hérard, relative à la tolérance du sulfate de quinine, et qui porterait tout entière, suivant lui, sur un malentendu. Puis il expose les résultats de l'examen du foie présenté dans la précédente séance, et il termine en ces termes :

De quelque côté que l'on envisage la question de l'infection purulente, on rencontre des difficultés insolubles, à moins que l'on n'admette que ce terrible accident des opérations résulte de l'absorption des miasmes qui s'exhalent du pus décomposé.

On peut, sans doute, être embarrassé pour dire pourquoi ces émanations sont plus délétères quand plusieurs individus suppurent dans un espace confiné; mais, jusqu'à ce que la chimie nous ait dit quelle ait la combinaison qui donne naissance à cet agent pestilentiel, nous nous contentons de constater ce fait, et de ce fait doit ressortir la nécessité d'une véritable transformation des services hospitaliers de chirurgie. Tant qu'on n'aura pas isolé les grands blessés, tant qu'on mettra un amputé à côté d'un homme ayant subi une opération quelconque, il faudra s'attendre à voir l'infection purulente régner endémiquement dans les hôpitaux.

La parole est à M. Verneuil.

M. Verneuil prononce un long discours dans lequel, après avoir fait un historique de la question, et une appréciation des diverses théories successivement admises sur l'infection purulente, il expose une théorie qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° A la suite des plaies quelconques, récentes ou anciennes, sanglantes ou suppurantes, traumatiques ou spontanées, on peut voir surgir des symptômes généraux plus ou moins intenses, plus ou moins durables, rappelant, par leur ensemble, les fièvres continues ou rémittentes;

2° L'apparition de ces symptômes précède de peu, ou suit de près, ou d'une manière générale coïncide avec des modifications fâcheuses survenues du côté de la plaie elle-même;

3° Ultérieurement, au bout d'un temps variable, souvent, mais non toujours, se développent des lésions secondaires sévissant sur des organes éloignés, sains jusque-là; ces lésions affectent la forme d'infarctus ou de collections purulentes;

4° La cause de ces symptômes généraux est la pénétration dans le torrent circulatoire d'une substance toxique, septique, engendrée spontanément à la surface de la plaie, et à laquelle je donne le nom de *virus traumatique*;

5° J'appelle *septicémie traumatique* la maladie générale provoquée accidentellement par l'introduction du virus en question, et

je la range dans la classe des *toxémies*, des maladies infectieuses, des empoisonnements par matière organique ;

6° Comme tous les empoisonnements, la septicémie peut être foudroyante, ou seulement rapide, ou successive, ou lente. Dans le premier cas, elle tue sans laisser de traces. Si le poison pénètre en très-petite quantité, il peut être éliminé ; alors la guérison est possible. Si la dose est trop faible pour tuer d'un seul coup, mais trop forte pour être éliminée, la maladie se prolonge ; les lésions secondaires surviennent, et l'on a affaire alors à l'infection purulente classique ;

7° L'infection purulente n'est donc point une maladie spéciale, mais seulement une terminaison de la septicémie. C'est l'empoisonnement, plus des lésions fortuites surajoutées, qui, par leur nature et leur siége, aggravent le pronostic jusqu'à le rendre presque inévitablement mortel.

8° La septicémie et l'infection purulente doivent être conjointement étudiées, car elles sont inséparables. La seconde est à la première ce que la syphilis tertiaire est à la syphilis primaire ou secondaire, ce que la cachexie cancéreuse est au cancer, ce que la phthisie est à la scrofule, etc.

Cette exposition doctrinale, ajoute M. Verneuil, outre qu'elle est conforme à la vérité et facile à confirmer au lit du malade, présente de grands avantages. Elle assigne à l'infection purulente sa véritable place, elle nous montre son origine, ses causes, ses débuts, elle nous montre sa vraie nature, ses affinités pathologiques naturelles.

Elle nous explique la gravité du pronostic et rend facile l'accord entre les dissidents ; au point de vue thérapeutique, elle est d'une utilité capitale.

Lorsqu'une maladie est au-dessus des ressources de l'art, nous devons nous efforcer de la prévenir ; or la chose, par bonheur, est sinon très-facile, au moins souvent réalisable.

Je n'ai point guéri d'infection purulente, mais j'ai la conviction d'avoir cent fois arrêté la septicémie et prévenu, parconséquent, l'infection purulente.

Dans aucun cas, les mesures pophylactiques ne sont plus nécessaires, j'ajouterais, presque plus efficaces.

M. Verneuil termine ensuite en ces termes :

Je viens d'exposer une théorie claire, qui embrasse la totalité des faits et répond à toutes les objections. Lorsque l'infection purulente survient, nous savons pourquoi et comment.

Est-ce à dire que tout soit dit et qu'il ne reste plus rien à faire ? Telle n'est pas ma pensée ; de cette importante histoire, un seul chapitre est écrit, deux autres sont à peine ébauchés. Je m'explique. Considérant d'une manière abstraite la lésion locale, prologue indispensable de l'évolution morbide, nous avons montré comment elle devient la source, la cause de la septicémie. Mais celle-ci n'est pas constante ; de deux blessés atteints d'une manière identique, l'un guérira sans présenter le moindre trouble, l'autre succombera, en dépit des mesures prophylactiques les mieux entendues et des soins les plus attentifs. Ces terminaisons si opposées sont-elles dues au hasard pur ? Point du tout ; et avec un peu d'attention, nous découvrons sans peine des différences capitales, non plus dans la blessure, mais dans les conditions économiques et organiques.

1° Campagne, air pur, isolement. Ville populeuse, salles d'hôpital.
2° Jeune, sain de corps et d'esprit. Vieux, état morbide antérieur.
3° Influence du milieu.

Donc trois termes d'égale importance : blessure, blessé, milieu.

Si donc la science moderne a beaucoup fait, il lui reste beaucoup à faire.

M. J. GUÉRIN. Voici une discussion des plus importantes qui vient de s'engager ; discussion à laquelle je désire prendre part et pour laquelle je demande qu'on veuille bien m'inscrire dès à présent. Mais un embarras se présente. Je suis inscrit pour prendre la parole mardi prochain, sur la question de la vaccination animale. Voilà deux discussions qui vont se trouver engagées. L'une d'elles devra nécessairement être scindée. Le bureau va être obligé de prendre une résolution à cet égard.

M. DENONVILLIERS, sur la remarque faite par quelques membres qu'il y a eu déjà décision à cet égard, que la discussion sur la vaccine animale a été fixée pour mardi prochain, déclare que rien ne sera changé à l'ordre du jour, et que la discussion sur la vaccine sera ouverte mardi prochain. La discussion sur l'infection purulente sera reprise après.

LECTURES.

Coralline. — M. LANDRIN, médecin vétérinaire, lit une note sur la valeur toxique de la coralline.

Cette note se termine par les conclusions suivantes :

1° La coralline n'est pas un agent toxique même à des doses assez élevées.

2° On peut, en conséquence, en faire usage hardiment en teinture, si dans les opérations qu'entraîne son emploi dans cette industrie, on ne la mélange pas à d'autres corps toxiques.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Regnault et Bouley.)

La séance est levée à 5 heures un quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 19 mars 1869. — Présidence de M. LAGNEAU.

M. CHARRIER rend compte de la dissection du nœud d'un cordon ombilical présenté par M. Gros. Au niveau du nœud existait une légère atrésie, au-dessus et au niveau de laquelle les vaisseaux dilatés formaient une sorte d'ampoule ; une injection passe à travers le rétrécissement ; la façon dont celui-ci s'était opéré permet de supposer que l'atrésie eût pu devenir complète.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL rend compte de la lettre de M. Joseph, ancien magistrat, sur l'association des feuilles de tilleul au tabac, pour neutraliser les effets de la nicotine. La Société passe à l'ordre du jour.

L'ordre du jour appelle la discussion du mémoire de M. Durand-Fardel sur le diabète.

Diabète. — M. DELASIAUVE. Depuis que l'on connaît mieux le diabète et que le traitement en est plus rationnel, le pronostic de cette affection s'est-il modifié ? On rencontre plus souvent qu'autrefois du sucre dans les urines, parce que cette partie du diagnostic est mieux connue, moins négligée. L'idée de diabète entraînait autrefois, et encore aujourd'hui, pour les gens du monde, l'idée d'un pronostic fâcheux. Je crois que ce pronostic est cependant moins grave qu'on ne l'avait cru. Le diabète ne présente une gravité réelle qu'au point de vue de l'altération profonde de l'organisme qu'il peut déterminer, et au point de vue de sa propre durée. Il y a des diabètes de courte durée mais c'est une exception. Le plus ordinairement la maladie dure longtemps, comme la goutte, le rhumatisme, affections qui peuvent être compatibles avec une longue existence, bien que les malades ne puissent en guérir. On doit aussi, dans l'appréciation du pronostic du diabète, faire entrer en ligne de compte la nature de la thérapeutique mise en usage. Un diabète bien soigné n'est pas une maladie grave, sauf sa longue durée. Quand il s'agit de certaines maladies chroniques ou d'affections diathésiques, l'indication n'est pas de guérir, mais de maintenir la maladie dans certaines limites. Pour moi, ajoute M. Delasiauve, j'aimerais mieux être diabétique que goutteux : on peut, jusqu'à un certain point, toujours maîtriser la première affection dans des bornes compatibles avec une longue existence.

M. LEROY D'ÉTIOLLES. Je suis de l'avis de MM. Delasiauve et Durand-Fardel. J'ai vu un diabétique, traité pendant trente ans pour cette maladie, mourir d'une apoplexie cérébrale. Je crois à deux sortes de diabètes : l'un sous la dépendance d'un trouble fonctionnel, l'autre dépendant d'une lésion cérébrale et d'un pronostic beaucoup plus sérieux.

M. GROS. Dans le traitement du diabète, on ne devra pas se guider absolument sur la quantité de sucre excrétée dans l'urine. On devra s'occuper de l'état général, de la nutrition, prévenir la cachexie. Le malade ne devra pas être soumis à une privation absolue de féculents, sous peine de voir souffrir les fonctions digestives. Pour moi, je permets les féculents dans une certaine limite ; le sucre augmente, il est vrai ; mais je crois que l'on aurait tort de rechercher la disparition d'un symptôme aux dépens de l'état général.

M. DURAND-FARDEL. J'approuve complétement ce qu'a dit M. Gros ; non-seulement c'est vrai, mais c'est rationnel. L'abstinence des féculents ne suffit pas ; la maladie est dans la cause et non dans la production du sucre. Néanmoins cela ne peut durer indéfiniment ; la cachexie survient. Dans les diabètes légers, la guérison pourra être obtenue facilement par l'abstention du sucre et des féculents, qu'eussent aggravé ; mais il ne faut pas donner à ce régime une plus grande importance curative.

M. LE PRÉSIDENT. A ce propos, je rappelerai que j'ai vu à Vichy un diabétique parvenir à un âge très-avancé, bien que porteur d'une vaste plaie, suite d'escarrhe, à l'une des jambes. Ce malade a succombé à une pneumonie.

LECTURE

M. ANTONIN MARTIN lit une nouvelle observation d'urticaire spontanée :

Urticaire spontanée — Le 12 décembre 1868, je fus prié, à trois heures et demie de l'après-midi, de visiter le nommé B..., charretier, âgé de 52 ans.

Cet homme, très-robuste malgré quelques excès alcooliques, avait eu la région lombaire violemment contusionnée, deux jours auparavant, par la chute d'un tombereau dont l'arrière avait basculé sur lui. Pas de fracture de vertèbres, légères excoriations, faibles ecchymoses de cette région, dont les mouvements sont très-gênés et douloureux.

Six ventouses scarifiées furent appliquées, et remplacées par un cataplasme de farine de lin vers quatre heures.

A six heures et demie, on vint me dire que depuis l'application du cataplasme le malade était devenu bleu et enflé, qu'il ne voyait plus clair, tant ses yeux étaient gonflés. Voici ce qui s'était passé :

Un quart d'heure après l'application du cataplasme, l'œil droit avait été pris subitement de démangeaisons, puis de cuissons, avec gonflement énorme et rougeur des paupières ; cette rougeur, comme j'ai pu m'en convaincre, était constituée par de longues plaques d'un rouge bleuâtre se touchant par leur circonférence, puis le symptôme avait gagné la lèvre inférieure, le palais, pour ensuite reparaître à la face et atteindre, mais faiblement, l'œil gauche. La tuméfaction de la face, sa coloration en rouge violet, sont très-remarquables encore à mon arrivée, bien qu'il y ait déjà décroissance. Puis une chaleur mordicante s'était montrée aux mains, à la tête, à la poitrine, aux reins et enfin à tous le reste du corps. Autour des ventouses et sur l'espace qu'elles occupaient aux reins l'éruption était blanche, tandis que sur le reste du corps les plaques sont rouges et même violacées.

Le cataplasme fut enlevé immédiatement.

En même temps (à six heures un quart) survenait de l'oppression, des étouffements, de l'obscurcissement de la vue et une première syncope, suivie d'une toux incessante et par quintes pendant une demi-heure, et des vomissements aqueux. En même temps le malade éprouvait, sans pouvoir les satisfaire, des envies fréquentes d'uriner, douze à quinze fois dans l'espace d'une heure et demie, deux gouttes chaque fois, disait-il. Une seconde syncope arriva vers sept heures, puis le calme reparut ; mais l'éruption resta encore apparente pendant plus d'une heure, s'accompagnant de démangeaisons qui se transformaient aux pieds en une sensation de brûlure insupportable. Notons que l'éruption faisait défaut aux jambes, tandis qu'elle était très-prononcée aux bras et aux avant-bras. Le pouls était à 82 lors de mon arrivée. Je prescrivis la diète, de la tisane d'orge miellée, en annonçant que cet orage serait bientôt passé. En effet, le malade dormit toute la nuit, l'éruption ayant totalement disparu vers huit heures du soir. Le lendemain, il était reposé, calme, sans fièvre, ayant bon appétit, bien que souffrant encore beaucoup des reins. Il n'y avait pas eu de selle depuis la veille au matin. — Lavement et bain d'eau de son.

Cette observation nous suggère quelques réflexions :

Quelle a été la cause de cette affection ? Les *ingesta* sont hors de cause ; le malade n'avait bu que du bouillon et de la tisane de mauve. Il n'en sera pas de même des *applicata*. Les verres à ventouses avaient été bien nettoyés ; mais je me suis aperçu que, vu la difficulté, les lames du scarificateur n'avaient pas été tenues toujours à sec, comme en témoignaient quelques taches de rouille qui m'avaient échappé jusque-là. J'admettrais encore bien l'inocuité pour une plaie du contact de la rouille, à laquelle on attribue trop volontiers les accidents de phlébite des saignées ; mais, à mon avis, une autre cause dominait celle-là. La farine de lin employée pour le cataplasme était ancienne et rancie, et c'est presque immédiatement après son application sur de petites plaies à vif, bien disposées pour l'absorption sur une grande surface, qu'apparaissent ces accidents. Or, le scarificateur, dont les lames étaient peut-être déjà rouillées, avait servi plusieurs fois auparavant sans donner lieu à un pareil cortége de symptômes. Notons aussi l'irrégularité de l'éruption dans sa marche. Ce n'est pas autour du cataplasme ni sous lui qu'elle débute ; c'est à l'œil droit, pour de là, sauter sur la lèvre inférieure, où ses plaques avaient une forme phlycténoïde ; de là elle atteint le palais, peut-être les muqueuses gastrique et pulmonaire, avant de revenir envahir le reste de la face. Remarquons que la muqueuse intestinale semble avoir été indemne, tandis que celle des reins ou de la vessie, ou peut-être de tout l'appareil urinaire, paraît avoir été touchée.

Maintenant, pourquoi l'éruption était-elle blanche seulement aux reins, et rouge ou violacée partout ailleurs ? C'est que partout ailleurs le malade s'était gratté, tandis qu'il n'avait pas touché à la région lombaire, de crainte d'irriter les scarifications.

Bien qu'ici la maladie ait été la conséquence d'*applicata* et non d'*ingesta*, comme dans ma première communication sur cette singulière affection, néanmoins les symptômes généraux ont été les mêmes : face vultueuse, tuméfiée, bleuâtre ; oppression, étouffements, faiblesse allant jusqu'à la syncope, vomissements *non bilieux*. Je n'ai pas, dans ma première communication, noté les envies fréquentes d'uriner chez les cinq soldats qui en faisaient l'objet, soit que ce phénomène ait manqué, soit, ce qui est moins probable, que les malades aient oublié de l'accuser. Cette dysurie ne tiendrait-elle pas à un phénomène d'absorption pour ainsi dire directe, les ventouses et le cataplasme ayant été placés directement au niveau des organes secréteurs de l'urine. Je donne cette supposition pour ce qu'elle vaut, et j'avoue ne pas y attacher d'autre importance.

M. LUNIER. Je ne crois pas que, dans le fait que vient de nous présenter notre confrère, l'urticaire ait été le résultat de l'absorption d'un principe contenu dans la farine de lin ; je crois plutôt à l'action d'une cause nerveuse que l'on ne peut définir.

M. BRIQUET. D'autres causes encore peuvent avoir produit cette urticaire : l'influence du froid, de l'humidité. J'ai de la peine à trouver là un fait de cause à effet ; les cataplasmes déterminent plutôt une miliaire ; il y a peut-être eu courant d'air.

M. ANTONIN MARTIN. En effet, le malade était dans un rez-de-chaussée assez humide, bien que chauffé. Mais lorsque les cataplasmes déterminent la miliaire, il n'y a pas de phénomènes généraux comme ceux qui ont accompagné cette éruption, qui était bien une urticaire. La miliaire est un fait d'irritation toute locale et non un phénomène d'absorption générale, comme j'ai cru pouvoir le supposer dans cette observation ; la miliaire reste localisée.

M. DELASIAUVE. Il faut tenir compte de l'idiosyncrasie ; j'ai connu une dame qui, à la moindre impression, éprouvait de l'urticaire.

M. CHAUSIT. Je crois que la cause de l'urticaire relatée par M. Antonin Martin résidait dans le traumatisme lui-même ou dans une vive émotion ressentie par le malade à l'occasion de ce traumatisme. Je ne vois ici que l'influence de l'état nerveux. L'action répétée d'une même cause produit parfois une fièvre éphémère qui se traduit par l'urticaire, un embarras gastrique, un état particulier du système nerveux. Chez des hystériques, nous avons vu de l'urticaire se développer toujours sur les parties de la peau hypéresthésiées lorsqu'on les pinçait ou qu'on les piquait. Cette éruption ne se produisait pas, au contraire, sur les parties dont la sensibilité était normale.

M. LEROY D'ÉTIOLLES. Un des ingesta qui détermine le plus souvent l'urticaire est le café noir.

Corps étrangers de la vessie. — M. LEROY D'ÉTIOLLES communique à la Société des exemples de bâtons de cire à cacheter tombés dans la vessie et retirés de cet organe.

Exemples de bâtons de cire à cacheter tombés dans la vessie et retirés de cet organe.

Il y a plusieurs années, j'ai présenté à la Société impériale de chirurgie, des morceaux modelés de cire à cacheter que j'avais extraits de la vessie d'un jeune homme sous les yeux de mon confrère et ami E. Géry.

Un exemple analogue s'est offert depuis à mes yeux : Il y a quelques semaines, une dame paraissant 35 ans, vint, pâle et très-émue, me prier de la débarrasser d'un corps étranger que, par mégarde, elle avait laissé glisser de ses doigts, et dont elle s'était servie, me disait-elle, pour calmer de très-violentes démangeaisons de l'urètre. Le corps étranger n'était plus visible à l'orifice du canal. Une sonde métallique la rencontra au col, prêt de tomber dans la vessie. A l'aide d'un spéculum oris, j'ai pu introduire une petite pince à pansement, saisir et ramener au-dehors un bâton de cire qui mesurait plus de onze centimètres de longueur. Si le résultat a été, dans ce dernier cas, rapide et simple, il n'en a pas été de même pour le premier, qui m'a au contraire demandé, comme on va le voir, des expériences et plus de temps pour arriver du reste à une réussite aussi complète. Le 17 novembre 1864, les circonstances m'ont mis à même d'extraire de la vessie d'un jeune homme de 27 ans un corps étranger qui figure rarement dans la liste déjà si variée des objets introduits dans le réservoir urinaire. C'est un bâton de cire à cacheter dont le séjour dans cet organe remontait à deux mois. La présence de ce corps étranger a déterminé quelques-uns des signes rationnels qui accompagnent une pierre. Cependant le jeune homme victime de cet accident a pu continuer ses occupations actives.

M. le docteur Géry fils m'a fait appeler pour pratiquer l'extraction de ce bâton de cire. Le malade avait expliqué comment il avait été amené, dans l'espoir de calmer une démangeaison insupportable, à introduire dans le canal ce bâton de cire huilé.

Il avait ainsi, par cet aveu, donné à l'avance des renseignements sur la nature du corps étranger, ce qui m'a permis de prendre mes dispositions.

La dissolution d'un corps aussi soluble qu'une résine est la pre-

mière idée qui vienne à l'esprit. Les huiles fixes dont le séjour prolongé dans la vessie n'aurait aucun résultat fâcheux, n'ont malheureusement pas un effet aussi sensible que l'avancent les chimistes. Les huiles essentielles, telles que l'essence de térébenthine, de menthe, d'absinthe, etc., exercent sur cette substance une action plus manifeste, mais encore trop lente relativement au temps que la vessie peut tolérer leur contact ; car un bâton de cire, baigné dans l'une de ces essences, n'a pas été dissous entièrement au bout de vingt-quatre heures. L'alcool lui-même, pour dissoudre complétement un bâton aussi gros que celui dont il s'agit, met dans un vase au moins deux heures ; mais, dans la vessie, les conditions ne sont pas identiques ; l'urine sécrétée, en étendant l'alcool, lui enlèverait bientôt une partie de sa force et rendrait ainsi la dissolution plus lente.

Or, il faut avant tout tenir compte de la tolérance de la vessie, et l'action irritante de l'alcool sur cet organe déterminerait, au bout de peu d'instants, des contractions puissantes ; son contact prolongé aurait inévitablement pour résultat une cystite aiguë. Aussi ai-je trouvé plus sage d'essayer l'extraction de ce morceau de résine.

Voulant apprécier comment la cire à cacheter se comportait dans un liquide à une température de 37 à 40 degrés, je plaçai pendant une heure un bâton de cette substance dans de l'eau chauffée au degré voulu, et elle se trouva assez ramollie pour se modeler facilement dans la cavité d'un brise-pierres à cuiller. Il m'importait surtout de savoir que la cire, en s'échappant de chaque côté de l'instrument, après qu'on l'avait fermé par une pression lente, mais énergique, n'adhérait que faiblement. En effet, ce qui débordait ressemblait aux bavures qui s'échappent d'un moule, et la moindre pression des doigts sur les côtés de l'instrument suffisait pour détacher la masse de substance qui adhérait encore, et dans laquelle l'instrument avait puisé de quoi se remplir. Il n'y avait donc pas lieu de craindre de distendre le col vésical en entraînant avec l'instrument une masse de cire qui lui serait adhérente.

Lorsque je sondai le malade, l'algalie produisit un bruit sourd, et communiqua à la main une sensation de contact plus résistante que celle donnée par un fongue. L'absence des renseignements précis communiqués par le malade m'eût sans doute placé dans l'embarras.

Les choses se sont passées dans la vessie absolument comme pendant mon expérience, et, malgré la difficulté que causa un spasme de la courbure de l'urètre, j'ai fait dans chaque séance plusieurs introductions successives d'instruments, sans que le malade accusât la moindre douleur. Aucun accident n'a suivi les trois opérations, et le lendemain de chacune d'elles, ce jeune homme a pu reprendre sa vie occupée. Je fis dans la première opération cinq extractions; à la dernière, je sentis que j'attirais dans le col un morceau de résine placé à l'extrémité du brise-pierre; le malade le rendit en effet en urinant aussitôt après. Dans la deuxième, qui eut lieu huit jours plus tard, j'en fis seulement trois, et dans la troisième séance, j'ai retiré quatre fois l'instrument plein de cire.

Je me suis assuré, par une quatrième séance, en partie négative, que la vessie était débarrassée complétement.

La longueur totale de ce bâton de résine introduit était de 9 centimètres et demi. De forme carrée, ses diamètres étaient différents depuis 7 millimètres et demi jusqu'à 8 centimètres et demi.

Aussitôt que la cire s'était échappée des mains du malade, il avait exercé une forte constriction avec la main, et en avait ainsi cassé un fragment de 3 centimètres, qui était ressorti seul après la première miction. Le reste avait passé dans la vessie.

Il résulte pour moi de cette observation, qu'en présence d'un cas semblable, il n'y a pas à hésiter à employer l'extraction avec les instruments creux à cuiller, plutôt que d'avoir recours aux moyens dissolvants, dont l'effet peut être douteux ou fort lent, et les suites graves.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Transposition des viscères. — M. ANTONIN MARTIN présente à la Société un enfant âgé de 9 ans 1/2, qui offre une transposition des viscères.

Rien de semblable n'a existé chez les ascendants, au dire des parents ; du reste l'enfant, quoique délicat, jouit d'une bonne santé, sauf des palpitations nerveuses parfois très-accentuées.

Le séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire annuel : Dr ANTONIN MARTIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 2 juin, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. Merland (Hippolyte), docteur en médecine, a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de la Vendée.

— Par divers arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique : *École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.* — M. Alcantara, docteur en médecine, suppléant pour les chaires d'accouchement et de chirurgie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est chargé du cours de pathologie interne à la dite école, en remplacement de M. Frison, dont la démission est acceptée.

M. Stéphann, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'accouchement et de chirurgie, en remplacement de M. Alcantara, appelé à d'autres fonctions.

École préparatoire à l'enseignement supérieur de Nantes. — M. Lapeyre, docteur en médecine, est nommé professeur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Vignard, démissionnaire.

— Le professeur Bunsen, de Heidelberg, a été grièvement blessé aux mains et au visage par suite d'une explosion dans un laboratoire. La *Presse médicale de Vienne* rappelle à ce propos que M. Bunsen a déjà failli perdre un œil par un accident du même genre, et qu'il a parfaitement guéri. Espérons que, cette fois encore, la guérison sera prompte et complète.

— M. le docteur A. Regnard, ex-interne des hôpitaux, a repris son cours préparatoire au 3e de fin d'année, le samedi 5 juin. — Préparation au 4e de doctorat. — 34, rue des Écoles (ancien 56).

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE : REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. — Ovariotomie (M. Kœberlé). — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Correspondance. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 11 juin 1869.

Rapport sur les progrès de l'hygiène navale (par M. LE ROY DE MÉRICOURT), **et de l'hygiène militaire** (par M. MICHEL LÉVY (1).

« Des navires bien construits, des matelots exercés, une bonne hygiène, dit M. Fonssagrives, sont les éléments indispensables d'une force maritime importante. » Que l'hygiène soit un des éléments de la force maritime de notre pays, cela nous touche assurément et suffirait au besoin pour la recommander à nos yeux. Mais l'hygiène n'a pas besoin de recommandation; elle a pour nous, et par son objet et par son but même, un intérêt assez puissant pour n'avoir pas besoin de chercher ailleurs une incitation à son étude. Marins, soldats, artisans, agriculteurs ont tous un droit égal à notre sollicitude. L'hygiène du marin et du soldat, indépendamment de la légitime sollicitude dont elle est l'objet, nous intéressera donc au même titre que l'hygiène générale dont elle relève et que l'hygiène professionnelle ou spéciale dont elle nous présente un des nombreux aspects; elle nous intéresse en outre par les enseignements qu'elle nous donne sur les conditions et sur les effets des grandes agglomérations d'hommes, de leur déplacement en masse, de leur acclimatation, etc., etc.

Des trois causes principales de dangers qui menacent la santé de l'homme de mer, les difficultés de l'alimentation, l'encombrement et le méphitisme des cales, la première est à peu près nulle aujourd'hui, grâce aux améliorations importantes qui ont été introduites depuis quelques années dans le mode d'approvisionnement et dans les procédés de conservation des substances alimentaires. Les deux autres causes subsistent encore et dominent presque à elles seules toute l'hygiène navale. C'est vers les moyens de les combattre que se concentrent aujourd'hui la sollicitude et les aspirations de l'administration et du corps médical maritime. Mais un autre élément est venu, depuis quelques années, ajouter son influence et apporter sa part de perturbation dans l'hygiène du marin, c'est l'ensemble des modifications nombreuses et successives qu'ont subies la construction et l'aménagement intérieur des navires dans ces derniers temps. C'est d'abord l'introduction des machines à vapeur; puis la substitution de l'hélice aux roues; puis, ce sont les batteries flottantes, les vaisseaux blindés, etc. Écoutons sur ce point M. le Roy de Méricourt : « Au point de vue de la salubrité, tout n'est pas bénéfice dans cette profonde révolution que subit le matériel naval. Les transformations sont tellement rapides que l'hygiéniste est chaque jour devancé; dans cette course vertigineuse vers un idéal qui n'est pas encore réalisé, il ne peut que de très-loin suivre l'ingénieur. Au moment où nous avons à rendre compte de l'hygiène navale, nous sommes en pleine période de transition; le type de construction d'hier a déjà vieilli; celui qu'on adopte aujourd'hui est à peine sur le chantier, qu'il devra, demain, céder la place à celui dont on calcule le plan. » On comprend, en effet, dans de semblables conditions, combien la tâche de l'hygiéniste est difficile, et l'on ne saurait lui faire un reproche de n'avoir pu toujours suivre pas à pas, pour les neutraliser à mesure, toutes les influences fâcheuses que créent les nécessités de la stratégie. Cette rapide succession de transformations et de perfectionnements se traduit par autant de modifications dans les conditions d'hygiène de l'équipage. C'est l'encombrement qui se trouve accru d'abord par l'introduction des machines à vapeur, laquelle augmente aussi, du même coup, par l'excès de température qu'elle produit, les conditions de méphitisme de la cale et de viciation de l'atmosphère nautique. Ces conditions fâcheuses sont en partie contrebalancées, il est vrai, par la rapidité de la marche et la diminution considérable dans la durée des voyages; mais elles n'en sont pas moins pour l'hygiéniste un sujet de sérieuse préoccupation (2). Aussi est-ce à combattre ces fâcheux effets que s'est surtout attachée l'hygiène navale. Voici, dans une énumération rapide, les principaux résultats qu'elle a obtenus. — Qu'on ne s'étonne pas de voir que tous les progrès de l'hygiène navale ne sont pas dus exclusivement à l'intervention de nos confrères de la marine, pas plus que tous les progrès de l'hygiène générale ne sont dus à des médecins. Nous avons dit, dans un précédent article, quel concours utile l'hygiène trouvait en dehors de nos rangs (1). — C'est à un ingénieur, directeur des constructions navales, M. Lapparent, qu'est dû, en effet, un progrès notable dans le mode d'assèchement des bois des navires, par la substitution de la carbonisation superficielle des bois au moyen d'un jet de gaz inflammable, à l'ancien mode défectueux et insuffisant de flambage; progrès d'autant plus appréciable qu'il a pour objet de prévenir ou de neutraliser les effets funestes d'une cause puissante de l'insalubrité des cales, la décomposition rapide des bois de construction, par suite de la rapidité avec laquelle se font aujourd'hui les constructions navales et de la haute température qui règne dans les parties profondes des bâtiments à vapeur.

A ces moyens préventifs, il faut ajouter, comme conditions d'assainissement : 1° les heureux changements introduits dans le système d'*arrimage* des navires au moyen des chambres à air sous le chargement, de cursives et de cloisons à claire-voie laissant circuler l'air librement partout; 2° les moyens d'assèchement de la cale et des bas-fonds, très-supérieurs à l'emploi des désinfectants; le tout avec le concours d'un ensemble de tuyaux d'aspiration entrant dans la construction même des bâtiments, et établissant ainsi une sorte de respiration comme dans un organisme vivant.

L'une des conquêtes les plus heureuses que l'hygiène ait réalisées depuis l'invention des vaisseaux cuirassés, suivant M. le Roy de Méricourt, c'est l'emplacement de l'hôpital à l'avant du pont, dans l'espace laissé libre à l'avant, par la suppression du beaupré et de son gréement.

La question de l'alimentation est, sans contredit, l'une des plus importantes de l'hygiène du marin. On sait qu'elle a été l'une des plus étudiées et des plus heureusement résolues, d'abord par une répartition plus physiologique et plus rationnelle des divers éléments de la ration du marin, ensuite par la substitution de l'eau potable à l'eau distillée pour l'usage alimentaire, par les divers procédés de conservation des viandes et des légumes, et surtout par l'usage importé d'Angleterre du *lime juice* ou jus de citron conservé, comme préservatif du scorbut. Enfin, un des progrès les plus utiles introduits dans ces dernières années dans l'hygiène des navires consiste dans l'ensemble des mesures adoptées sur la proposition de M. Lefevre pour prévenir l'intoxication saturnine.

Il reste encore, sans doute, beaucoup à faire, mais on ne saurait nier que ce qui a été fait depuis vingt ans pour l'amélioration de l'état sanitaire des hommes de mer ne soit considérable, ainsi que pourront s'en assurer ceux qui voudront bien lire l'intéressant rapport de M. Le Roy de Méricourt.

Si de la marine nous passons à l'armée de terre, nous y verrons d'une manière peut-être plus manifeste encore les témoignages d'un progrès continu et incessant; nous verrons que de même que la flotte, l'armée est non-seulement l'objet et l'instrument tout à la fois d'améliorations physiques, intellectuelles et morales, mais qu'elle aussi a un théâtre mobile et toujours nouveau d'observations physiologiques et pathologiques, qui concourent à l'avancement de la science. Mesures de prophylaxie en temps d'épidémies; prestations exceptionnelles pendant la saison des chaleurs; vaccinations et revaccinations opérées sur tous les nouveaux venus; bains obligatoires en été; visites corporelles, mensuelles; pour la constatation des premiers symptômes de la syphilis, exercices gymnastiques, etc. : « telles sont les mesures salutaires, qui, jointes à l'instruction obligatoire dans les écoles régimentaires, constituent une discipline hygiénique, une sorte de méthode d'entraînement aussi favorable à la régularité du fonctionnement de l'organisme qu'à celle de la vie morale.

A ces causes d'accroissement du bien-être et de la santé du soldat, il faut ajouter les changements opérés depuis vingt ans dans les conditions d'habitation, d'installation, de nourriture, de vêtement, en un mot dans l'ensemble et les détails du régime hygiénique de l'armée.

L'habitation, dit M. M. Lévy, est, après le climat, l'influence ambiante la plus énergique pour modifier l'organisme. Il a été fait beaucoup sous ce rapport, dans ces dernières années, par la construction d'un grand nombre de casernes nouvelles et par l'assainissement des anciennes, par la fixation d'un minimum de cube d'air par homme, mieux approprié aux exigences physiologiques, par une large ventilation des chambrées, et par l'extension beaucoup plus large encore donnée à ces dernières mesures dans les hôpitaux militaires, où elles étaient plus impérieusement commandées.

Il faudrait remonter beaucoup plus haut que la période qu'embrassent ces rapports, pour signaler l'un des progrès les plus importants pour l'hygiène et le bien-être du soldat, nous voulons parler de l'affectation d'un lit pour chaque homme. Un progrès plus récent, dans un autre ordre de faits qui n'intéresse pas moins sous ce double rapport, c'est la suppression de la gamelle commune.

L'alimentation du soldat a été notablement améliorée, elle a été combinée d'après le rapport entre les déperditions opérées en un jour en matières azotées et carbonées, et la proportion en quantité et en qualité d'aliments nécessaires pour réparer ces pertes et réintégrer dans l'économie la somme nécessaire de ces éléments, faisant ainsi à la pratique une heureuse application des données les plus récentes de la science sur la statique organique. Les difficultés que peut présenter, sous ce rapport, l'entrée d'un corps en campagne, ont été prévues et les rations calculées, grâce aux procédés de l'industrie nouvelle pour la conservation et la condensation des éléments nutritifs, de manière à répondre aux besoins du soldat, sans surcharger outre mesure le poids déjà assez lourd dont il est chargé.

Les soins de propreté n'ont jamais été plus surveillés dans l'armée qu'ils le sont maintenant. Aussi, grâce à cette surveillance et aux sages mesures que nous rappelions il n'y a qu'un instant, un lit et une gamelle pour chaque homme, les maladies contagieuses, autrefois si communes dans l'armée, ont-elles considérablement diminué de fréquence aujourd'hui.

Le vêtement et l'équipement, bien que laissant encore à désirer à plus d'un égard, ont cependant leur part aussi dans les améliorations indiquées par l'expérience. Il serait trop long d'entrer ici dans les détails des améliorations partielles qui ont été faites à cet égard, et de celles qui restent à faire. Il nous faut signaler ici, en passant, une garantie donnée au progrès à effectuer à l'avenir, sous ce rapport, dans une sage mesure récente qui a appelé un membre du conseil de santé et un pharmacien chimiste militaire à siéger dans la commission centrale d'habillement.

On lira avec intérêt, dans le rapport de M. M. Lévy, la partie du chapitre sur les *percepta*, qui est relative à l'instruction de l'armée et à l'influence morale heureuse des habitudes de douceur qui se sont substituées aux anciennes rudesses du commandement, sans détriment toutefois pour son énergie et ses exigeances nécessaires.

Mais il est temps de dire par quels témoignages irrécusables se traduisent les améliorations dont nous ne venons de donner ici que quelques indications seulement. La statistique va nous les fournir. Les termes de comparaison manquent malheureusement pour le passé. Il existe, toutefois, quelques renseignements qui permettent de préciser la comparaison de la mortalité militaire de nos jours avec celle d'il y a vingt et quarante ans.

D'après un rapport officiel de 1822, la mortalité pour toute l'armée s'élevait à 28 p. 1,000. En 1846, elle était évaluée pour l'intérieur à 19 p. 1,000. Les relevés faits pour les quatre années 1862, 1864 et 1865, en France, en Algérie et en Italie, ont donné une moyenne de 11 p. 1,000 à peu près. Et si de ce chiffre de 11 p. 1,000, on défalque les causes exceptionnelles de mortalité dues à l'épidémie du choléra et à l'insurrection du sud de l'Algérie, on arrive à une moyenne de 10 p. 1,000, c'est-à-dire, à très-peu de chose près, la moyenne de la mortalité générale de la population civile dans la période de vingt à trente ans.

Nous ne quitterons pas ce sujet, auquel nous aurions donné de plus amples développements, si nous n'avions écouté que l'intérêt qui s'y attache, sans saisir cette occasion pour signaler à nos lecteurs la publication toute récente d'une nouvelle édition du

(1) Voir le numéro du 13 avril dernier.

(2) La rapidité extrême de la marche des nouveaux navires et la diminution considérable qui en est résultée dans la durée des voyages, sont devenues, à un autre point de vue d'un intérêt général, le sujet d'une préoccupation dont M. Le Roy de Méricourt ne s'est pas dissimulé la gravité. « La navigation à vapeur, en rapprochant les peuples, dit M. Le Roy de Méricourt, en mélangeant leurs mœurs, leurs idées, leurs produits, tend de plus en plus à établir un dangereux échange de maladies. Cette tendance s'est, depuis cinquante ans, affirmée par des faits qui ont été douloureux, mais qui ont porté leur enseignement. Le choléra et la fièvre jaune, renfermés de temps immémorial dans leur berceau originel, sont devenus cosmopolites, et suivent de préférence les grandes voies de communication maritime. » Une préoccupation semblable a été suscitée tout récemment par l'établissement prochain de la navigation à travers l'isthme de Suez (avant-dernière séance de l'Académie de médecine). Il est certain qu'il y a là une cause de danger sur laquelle il importe de ne pas fermer les yeux, et qui réclame plus que jamais un redoublement d'attention et de surveillance dans l'étude et dans l'application des mesures sanitaires destinées à la conjurer.

(1) Nous mentionnerons ici plus particulièrement parmi les médecins de la marine, dont les travaux ont le plus concouru aux progrès de l'hygiène navale signalés dans ce rapport, ceux de MM. Fonssagrives, Le Roy de Méricourt, Lefevre, Laure, Bourel-Roncière, Lauvergne, Foucault, etc.

Traité d'hygiène publique et privée, de M. Lévy (1). C'est de vieille date que ce livre jouit d'une légitime et solide réputation. Loin que le temps en ait rien usé, il n'a fait qu'y ajouter, au contraire, par les soins scrupuleux avec lequel l'auteur, à chaque édition nouvelle, s'est tenu au courant de tous les progrès et de toutes les innovations utiles. Aussi est-ce encore, après vingt-cinq ans d'épreuve, et à cause même de cette longue épreuve, le traité d'hygiène le plus complet et le plus méthodique que nous possédions.

Les précédentes éditions sont trop connues de nos lecteurs pour qu'il soit nécessaire d'en rappeler ici le plan, la disposition et les matières. Nous nous bornerons à signaler quelques-unes des augmentations dont s'est enrichie cette nouvelle édition.

La 3e et la 4e éditions ont été une œuvre de révision sévère et de refonte partielle des deux précédentes ; la 5e est la continuation de cet incessant labeur. Elle contient, outre les données nouvelles de la science, puisées aux meilleures sources, les résultats d'une observation personnelle qui s'est exercée sur des théâtres divers et sous des climats différents, et qui s'est accrue en particulier des résultats importants de la mission dont l'auteur a été chargé à l'armée d'Orient en 1854-1855. Parmi les additions, nous signalerons, en particulier, les articles relatifs aux épidémies, au régime sanitaire, à la salubrité des villes, qui sont ou nouveaux ou presque entièrement nouveaux. Ceux qui concernent les eaux, le sol, les habitations, le chauffage, la ventilation, l'éclairage, les hôpitaux, les professions, y compris celle des armes, ont été remaniés et développés.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici une analyse, même simplement indicative, de toutes les parties nouvelles de cet ouvrage ; nous nous bornerons, en manière de spécimen, à résumer en quelques mots l'opinion très-savamment développée par l'auteur sur l'une des questions les plus importantes et les plus vivement débattues dans ces dernières années, l'acclimatement, question qui se rattache d'ailleurs d'une manière si directe à l'hygiène militaire. Fidèle à l'idée qu'il a toujours défendue contre des contradicteurs à qui ne manquaient assurément ni la force ni le talent, M. Michel Lévy est d'avis que pour résoudre le problème de l'acclimatement, il importe de distinguer, dans l'influence d'un climat sur la santé, les phénomènes qui peuvent être attribués au climat en lui-même, tels que la température, l'hygrométrie, la pression, l'électricité et toutes ses conditions météorologiques, de ceux qui s'ajoutent à ces conditions météorologiques et qui dérivent de l'état du sol. Ainsi, dans la plupart des résidences du littoral d'Afrique, où la température moyenne annuelle ne s'élève guère au-dessus de 17°5, ce sont bien moins les éléments du climat lui-même qui sont cause de la nocuité de ces résidences que l'état inculte des terres, les défrichements qu'elles nécessitent ou la formation accidentelle des marais. Les changements si remarquables des conditions de salubrité de la plaine de la Mitidja sont un exemple frappant de la justesse de cette distinction, en même temps qu'un des arguments les plus décisifs en sa faveur.

La question de l'acclimatement est résolue, suivant M. Michel Lévy, grâce au concours que l'histoire et la philologie ont prêté à l'anthropologie. « Elle est résolue? dit-il, si on l'envisage, avec M. Bertillon, au point de vue historique, avec les lumières fournies par l'étude moderne des races, de leurs migrations et la comparaison de leurs idiomes. » Aussi adopte-t-il, sauf quelques réserves partielles seulement, les lois d'acclimatement formulées par ce savant anthropologiste dans les articles *Acclimatement* et *Acclimatation* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, que nous avons signalés dans le temps à l'attention de nos lecteurs. (Voy. *Gazette des Hôpitaux*, septembre 1864.)

Nous ne pouvons mieux terminer cet examen rapide des rapports sur les progrès de l'hygiène, qu'en annonçant ici cette nouvelle édition complétée et augmentée d'un ouvrage qui les résume presque tous.

Dr Brochin.

(1) *Traité d'hygiène publique et privée*, par Michel Lévy (5e édition). 2 vol. in-8. 1869.

OVARIOTOMIE

Obs. LXXIV. — Ovariotomie pratiquée le 24 septembre 1868. — Guérison.

Par E. Kœberlé.

Mme A..., de Sorendal (Ardennes), âgée de 28 ans, pâle, amaigrie, a eu une grossesse normale en 1865. Elle s'aperçut en 1867 que son ventre se développait de nouveau, malgré la persistance des règles. Dès cette époque il était déjà dur, tendu, et une hernie ombilicale commençait à se manifester. Du reste, la malade n'a jamais éprouvé de malaise assez prononcé pour l'obliger à s'aliter.

Le ventre était distendu par une tumeur ovarique multiloculaire, mobile, en partie fluctuante, en partie assez dure, et tournant un peu sur elle-même lorsqu'on pressait alternativement sur ses parties latérales. Il y avait en même temps un peu d'ascite. L'utérus était normal et son col dirigé en arrière et à gauche. L'excavation pelvienne était libre.

La tumeur herniée, qui avait grossi peu à peu depuis son apparition, avait alors un diamètre de 9 centimètres; elle s'était enflammée et était devenue très-sensible sous l'influence du frottement exercé par les vêtements. La peau qui la recouvrait était très-érythémateuse. Cette tumeur fluctuante et irrégulièrement arrondie, paraissait formée de plusieurs loges remplies de liquide. Quelques-unes de ces loges étaient tout à fait superficielles, à parois très-minces, et l'on voyait sur quelques points de leur surface des vésicules irrégulières sous-épidermiques, jaunâtres, qui se vidaient momentanément lorsqu'on les comprimait avec le doigt. Sur les bords de la tumeur se dessinaient, en plusieurs endroits, des cordons noueux, demi-transparents, qui s'en éloignaient pour se perdre brusquement dans la peau restée normale. Ces cordons ressemblaient à des varices lymphatiques. La malade avait ouvert, quelques semaines auparavant, une de ces saillies vésiculaires; il s'en était écoulé un peu de liquide; mais la vésicule n'avait pas tardé à se reformer. La compression en masse de la tumeur ne réduisait pas très-sensiblement son volume. Elle ne paraissait point distendue par le liquide contenu dans la cavité péritonéale. Je portai le diagnostic suivant : « Lymphocèle formé par l'ectasie des vaisseaux lymphatiques de la région ombilicale recouvrant une hernie peu volumineuse. Le liquide contenu dans ses alvéoles doit être spontanément coagulable au contact de l'air. »

L'opération eut lieu le 24 septembre 1868, en présence de MM. Jœssel, Kuhn, Wœhrlin et Stéphanesco. Après l'incision du péritoine, il s'écoula environ 600 grammes de liquide épais, mêlé de cheveux et de particules concrètes de couleur blanchâtre. Je pus affirmer dès ce moment que le kyste était de nature dermoïde et qu'il s'était rompu spontanément dans la cavité abdominale.

Tandis que j'agrandissais un peu l'ouverture pour extraire la tumeur, un tissu rougeâtre, œdémateux, analogue à un placenta, s'engagea entre les lèvres de la plaie. Cette masse était couverte d'une couche de fausses membranes filamenteuses et criblée de particules blanchâtres emprisonnées dans le coagulum fibrineux. Plus profondément, on sentait une tumeur rugueuse, irrrégulière et de coloration en partie rougeâtre, en partie blanchâtre, à laquelle étaient appendus des amas flottants de fibrine analogues aux corps flottants des articulations.

Tout cela paraissait insolite. J'agrandis de nouveau l'incision pour me renseigner plus exactement. Il fut alors facile de constater que le tissu rouge était formé par l'épiploon engagé dans la tumeur ombilicale. Celle-ci fut divisée sur la ligne médiane dans toute son étendue, jusqu'à 8 centimètres au-dessus de l'ombilic. Elle était constituée par une hernie ombilicale de la grosseur d'une noisette et par un grand nombre de loges de grandeur variable, dont le contenu consistait en un liquide jaunâtre, tout à fait semblable à la lymphe, qui se coagula, ainsi que je l'avais annoncé, dès que ces loges furent ouvertes. Les particules blanchâtres inscrustées dans l'épiploon, et qui existaient également à la surface des intestins, du mésentère et de la matrice, étaient formées par des amas de cellules épidermiques provenant de la tumeur dermoïde de l'ovaire.

La tumeur ovarique était adhérente à l'épiploon ; elle ne présentait pas d'autres adhérences. Une ponction pratiquée dans la plus grande loge évacua deux litres de liquide filant, mêlé de cheveux, de graisse concrète et de détritus épidermiques. Cette loge présentait une petite ouverture de trois ou quatre millimètres de diamètre, dans laquelle étaient encore engagés quelques cheveux, et par où le liquide s'était échappé pour pénétrer dans le péritoine. Au pourtour de cet orifice, la paroi du kyste était épaissie et recouverte d'une couche de fibrine déjà vascularisée dans les points immédiatement en contact avec la tumeur, et se continuant avec les corps flottants qui en tapissaient la surface. Le fond du bassin, la matrice et les intestins étaient rugueux, filamenteux, recouverts de fausses membranes vascularisées.

Le kyste fut extrait et incisé après la ligature de son pédicule qui correspondait à l'ovaire droit. L'ovaire gauche était sain. La trompe droite ne fut pas comprise dans la ligature.

La matrice et les trompes étaient rouges et fortement congestionnées sous l'influence de la période cataméniale, qui avait commencé quatre jours avant l'opération et se prolongea encore sans interruption deux jours après.

L'épiploon, qui était resté adhérent au sac herniaire du côté droit, fut ensuite dégagé, et l'on excisa de chaque côté de l'incision abdominiale, jusqu'à la limite des tissus sains, un lambeau semi-lunaire allongé, ce qui permit de retrancher à la fois le sac herniaire et la tumeur lymphatique.

Le péritoine fut ensuite épongé avec soin. On en retira un liquide épais mêlé de cheveux, de même nature que celui qui s'était écoulé après l'incision.

La plaie fut réunie par quatre points de suture profonde et neuf points de suture superficielle. L'opération avait duré une heure trois quarts et l'opérée avait perdu 300 grammes de sang. La tumeur pesait 4 kilogrammes 1/2.

Après l'opération, le pouls était à 72. La malade dormit une partie de la nuit.

Le lendemain, pouls à 62 le matin ; à 82 le soir. Respiration à 24. Peau moite, soif peu prononcée, langue nette. Pas de sensibilité du ventre.

Le troisième jour, pouls accéléré, à 110; respiration à 32. Toux roncus dans la poitrine et légère matité du côté droit en arrière. La malade s'était un peu refroidie la veille. Infusion de polygala et de bouillon blanc, looch, lait chaud.

Le quatrième jour, pouls petit, concentré, à 110. Faciès coloré, peau sèche, Respiration à 33. Souffle tubaire. Des ventouses scarifiées sont appliquées sur la partie supérieure du thorax, au niveau de la lésion pulmonaire. Elles donnent 200 grammes de sang. Oxyde blanc d'antimoine. — A deux heures, pouls à 120, développé. Respiration à 28. Amélioration notable. Le soir, pouls à 110. La peau est un peu moite. La matité du poumon droit a diminué. Râle crépitant de retour. Expectoration nulle, pas de point de côté. Respiration pluslibre, soif moins prononcée. Un peu de toux par inetervalles.

Le cinquième jour, pouls à 110. Respiration à 26. Faciès moins vultueux. Peau moite. Expectoration abondante, épaisse, jaune verdâtre. Soulagement considérable. Le soir, pouls à 90. Respiration à 24. État excellent du côté du ventre.

Le sixième jour, pouls à 88. Le poumon est perméable dans toute son étendue, quoique les ramifications bronchiques soient encore partiellement obstruées par des mucosités visqueuses. Faciès normal. Transpiration. L'amélioration continue les jours suivants.

Le dixième jour, pouls à 84. Il survient un peu de diarrhée. La langue est chargée. Sous-nitrate de bismuth.

Le douzième jour, pouls à 72. Les gaz sont évacués difficilement. Constipation. Il s'était fait une petite collection de liquide dans le cul-de-sac recto-vaginal. Ponction par le vagin, qui donne 60 grammes de sérosité jaunâtre très-légèrement trouble. Évacuations alvines. Soulagement marqué.

Le quatorzième jour, le pouls monte à 95 sous l'influence d'une tympanite. La peau est sèche; mais le lendemain la tympanite diminue. Il y a des selles normales et beaucoup moins de sécheresse à la peau.

A partir du seizième jour, le mieux s'accentue de plus en plus. La malade mange avec appétit et les forces reviennent rapidement. Guérison complète le vingt-troisième jour. La cicatrice est linéaire dans toute l'étendue de l'incision.

La tumeur ovarique s'était rompue sur un point où le kyste était aminci. Sa masse tout entière était de nature dermoïde. Elle renfermait une lame osseuse très-large et divers petits noyaux osseux isolés. Du reste, sa structure ne différait en rien de celle des kystes dermoïdes, On y rencontrait tous les éléments de la peau. La rupture spontanée du kyste semble avoir passée à peu près inaperçue de la malade, quoiquelle ait dû être accompagnée d'une assez forte hémorrhagie, dont les corps fibrineux flottants et les lames fibrineuses signalés plus haut étaient les vestiges évidents; mais la malade, habituée à une vie très-active, n'a pas tenu compte des accidents qui se sont produits alors. La rupture spontanée des kystes de l'ovaire n'est point d'ailleurs toujours accompagnée d'accidents graves. Le plus souvent il n'y a que des symptômes de péritonite plus ou moins violente, des coliques, de la diarrhée, une diurèse abondante. Les malades engraissent alors à vue d'œil pendant quelques jours, en se nourrissant par absorption de l'albumine épanchée. L'irritation péritonéale se dissipe en général assez promptement. Les détritus épidermiques incrustés dans la couche pseudo-membraneuse du péritoine et de l'épiploon provenaient de l'épiderme et des glandes sébacées, qui étaient très-développées dans l'intérieur de la loge rompue. Quelques cheveux étaient aussi emprisonnés par les fausses membranes.

L'examen de ces exsudats, faits avec le plus grand soin par M. Jœssel, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques, et par moi-même, a montré qu'ils étaient formés de fibrine pure, amorphe sur certains points, fibrillaire sur d'autres, et plus ou moins granuleuse. Ils ne contenaient ni fibres lamineuses, ni cellules fusiformes, ni noyaux embryoplastiques intacts ou en voie de transformation. On y constatait seulement un réseau vasculaire très-riche et d'autant plus développé qu'on se rapprochait davantage du point d'origine des fausses membranes. Les appendices polypiformes ne renfermaient que quelques capillaires isolés ou réunis par une anse anastomotique terminale. Partout, du reste, le nombre et le volume des vaisseaux étaient en raison inverse de la quantité de fibrine. Les fausses membranes les plus vasculaires avaient une ténuité telle qu'elles étaient et sont encore aujourd'hui complétement transparentes, malgré plusieurs mois de macération dans l'alcool, et leurs vaisseaux restent parfaitement visibles à l'œil nu. Nous ne pouvons insister ici sur l'importance de ces faits, ni en déduire les conséquences au point de vue de la physiologie normale et pathologique. Il nous suffira de faire remarquer qu'ils concordent parfaitement avec les observations de M. Robin et semblent confirmer la théorie des blastèmes soutenue depuis longtemps par l'éminent professeur de Paris.

L'opération a été pratiquée durant l'époque cataméniale. Cependant, malgré la perte de sang qui en a été la conséquence, les règles n'ont pas cessé de couler les deux jours suivants sans aucune interruption. Les trompes étaient congestionnées, comme œdémateuses, et les franges de leurs pavillons étalées très-élégamments ; mais elles n'étaient point appliquées sur l'ovaire ni dirigées vers lui.

La tumeur ombilicale, formée par des varicosités lymphatiques, était particulièrement intéressante ; car les lymphatiques sont très-peu développés sur la ligne médiane, surtout à l'ombilic. Aussi n'y a-t-on guère observé de tumeurs lymphatiques jusqu'à présent. Il m'a du moins été impossible de trouver aucune mention d'un cas analogue dans les auteurs,

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 21 avril 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — *Le Sud médical de Marseille*.

Premier fascicule du *Bulletin de l'Association française contre l'abus du tabac*.

M. Védrenne, chirurgien militaire à Fort-Napoléon, adresse une observation intitulée : *Gangrène momifique des deux pieds; double amputation, guérison*. — Renvoyé à M. Paulet, rapporteur.

COMMUNICATIONS

Trachéotomie dans les affections syphilitiques du larynx. — M. Després. J'ai observé, à l'hôpital de Lourcine, une malade qui a eu une laryngite syphilitique, pour laquelle j'ai dû pratiquer, il y a quatorze mois, la trachéotomie, et placer une canule que la malade porte encore. J'ai désiré signaler ce fait, parce qu'il prouve que les oblitérations du larynx peuvent avoir lieu par suite de lésions autres que les accidents tertiaires. Voici le fait :

La nommée L... (Gabrielle), âgée de 26 ans, était entrée dans mon service, le 25 décembre 1867, se plaignant d'une bronchite et

d'un enrouement qu'elle avait, disait-elle, depuis six mois. La respiration était très-gênée et la voix était éteinte. Outre cette maladie, la fille L... avait encore une éruption de boutons sur les lèvres, et des croûtes dans les cheveux; l'haleine de la malade était mauvaise.

La suffocation paraissant le phénomène capital, la malade a été soumise à l'examen laryngoscopique, et j'ai trouvé des plaques muqueuses à forme végétante, au nombre de dix ou douze, sur la base du V lingual, une petite ulcération sur le repli ary-épiglottique du côté droit, et une plaque muqueuse sur la corde vocale du côté droit. L'orifice laryngien ne s'ouvrait pas, l'air passait avec peine entre les cordes vocales; sur les côtés de la glotte, les parties étaient tuméfiées, pâles et lisses. La malade était maigre, et ses règles venaient mal.

Quoi qu'il n'y eut aucun antécédent de syphilis, dite primitive, dans les maladies antérieures de cette jeune femme; je n'hésitai pas de rattacher les accidents à une syphilis constitutionnelle, datant au moins de six mois. D'ailleurs, les plaques muqueuses de la gorge, les syphilides papuleuses de la face et du cuir chevelu autorisaient ce diagnostic. Je dois ajouter que la malade avait été traitée, il y a quatre ans, par M. Verneuil, à l'hôpital de Lourcine, pour une métrite, que j'avais soigné moi-même cette malade dans mes salles, dix-huit mois après, pour une récidive de sa métrite, et que ni M. Verneuil ni moi n'avions constaté de syphilis chez la fille L...

Le 2 février, j'ai pratiqué la trachéotomie, et j'ai observé la malade. Celle-ci a eu pendant plusieurs mois des récidives de syphilide palpuleuse de la face, et j'ai constaté, deux fois au moins, des plaques muqueuses ulcérées à la commissure des lèvres. Le 25 mars 1868, la malade a eu un abcès à la cuisse, qui m'a paru être une gomme sous-cutanée, et qui a guéri en trois semaines après une incision. A partir de ce moment, la malade, qui était soumise au régime tonique, a repris de l'embonpoint.

Pendant tout ce temps j'examinai de temps en temps le larynx, et je le trouvai oblitéré par un gonflement qui paraissait siéger au niveau des ventricules du larynx. J'ai vu aussi les plaques muqueuses de l'arrière-gorge disparaître après des cautérisations, mais la canule à trachéotomie a dû être gardée. J'ai remarqué aussi que les règles, revenues avec l'embonpoint de la malade, avaient une certaine influence sur le gonflement de la muqueuse du larynx. La malade, à ses époques, pouvait moins se faire entendre quand elle cherchait à parler en bouchant sa canule.

J'ajoute que, depuis quatorze mois, j'ai essayé les moyens préconisés pour guérir les laryngites syphylitiques tertiaires : j'ai donné de l'iodure de potassium pendant deux mois, à dose de 1 et 2 grammes par jour, cela n'a rien fait; j'ai essayé de dilater le larynx par un cathéthérisme rétrograde en passant des baleines par la plaie de la trachée, je n'ai rien obtenu.

Toutefois, je dois dire qu'aujourd'hui le larynx est plus libre, que le catéthétérisme est plus facile et qu'il passe plus d'air par le larynx, et je compte bientôt employer la canule de M. Broca.

En résumé, je crois qu'il s'agit chez ma malade d'une laryngite syphilitique, des premiers temps de la syphilis, qu'il y a eu là des plaques muqueuses végétantes du larynx, et qu'elles ont empli le larynx et ses ventricules, d'où un gonflement énorme de la muqueuse et une oblitération. Je pense que si elles ont duré, c'est parce qu'il m'a été impossible de les atteindre par une cautérisation directe, et que le gonflement qui les accompagne est long à disparaître, et ne peut laisser le larynx reprendre ses fonctions, quoique les plaques muqueuses soient guéries. Il me reste bien un doute que rien ne peut éclaircir, je crains que les plaques muqueuses ne soient devenues des végétations, comme je l'ai observé déjà pour un certain nombre de plaques muqueuses végétantes de la langue.

M. GUÉRIN. M. Després s'est trompé quant à la signification des communications faites à l'Académie sur ce sujet. S'il a été dit, en effet, que les rétrécissements syphilitiques ne sont pas dus à des accidents secondaires, mais à des accidents tertiaires, il n'a pas été dans l'idée de M. Trélat, ni du rapporteur, de dire que les accidents secondaires ne pouvaient amener l'œdème de la glotte, et, par conséquent, nécessiter la trachéotomie. Personne, je crois, n'a jamais nié que les plaques muqueuses puissent se développer sur la langue et sur la glotte.

M. TRÉLAT éprouve un grand étonnement de la communication de M. Després. Si les accidents étaient dus seulement au gonflement de la muqueuse, si c'était à cette cause seule que dût être attribué l'impossibilité où s'est trouvé M. Després de pouvoir enlever la canule, ce fait serait contraire à tous ceux qui ont été observés; car dans tous il y avait du côté du larynx des désordres considérables, et cela n'existe en général que lorsque l'affection a une longue durée.

M. DESPRÉS. La malade n'éprouvait de maux de gorge que depuis six mois. Je n'ai pas la prétention de renverser les opinions émises par MM. Guérin et Trélat; ils ont affirmé que l'oblitération des voies respiratoires n'était possible que dans le cas de syphilis tertiaires. Je me suis borné à produire ce fait, à publier cette observation, que j'ai prise moi-même.

M. TRÉLAT maintient ses réserves quant à l'ancienneté réelle des accidents syphilitiques chez la malade de M. Després.

Imperforation de l'anus et communication de l'extrémité inférieure du gros intestin avec la vessie. — M. MARJOLIN. Le but de ma communication est de demander à ceux d'entre vous, qui ont eu occasion de rencontrer un cas semblable, quelle est la conduite à tenir; cette fois, il ne s'agit plus d'une simple imperforation de l'anus, mais d'une communication anormale du rectum avec la vessie. Ce vice de conformation, très-rare chez les garçons, s'est présenté deux fois à mon observation dans l'espace de quelques mois, la dernière fois chez un enfant de cinq jours, que je n'ai pas revu, bien que j'eusse engagé ses parents à me ramener le petit malade; dans l'autre cas, celui dont je vais rapporter l'histoire, il s'agit d'un enfant actuellement âgé de six mois.

C'est le 26 octobre 1868 que je vis l'enfant pour la première fois. Il y avait quarante heures qu'il était né. La mère a eu quatre enfants dont trois sont morts de convulsions; aucun d'eux n'avait présenté de vice de conformation. A l'occasion de cette communication, je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien, à Paris, nous sommes malheureux toutes les fois que, dans les cas d'imperforation anale, nous sommes obligés de recourir à la méthode de Littre. Pour ma part, malgré tous les soins que j'ai pu prendre, je n'ai pu parvenir à dépasser le terme de dix-neuf jours. Ces insuccès me semblent dépendre de deux causes : du retard que l'on met à nous présenter les enfants atteints de ce vice de conformation, et des tentatives répétées pour trouver la fin du gros intestin; quelques-uns de ces enfants m'ont été amenés au bout de cinq ou six jours, ayant le ventre douloureux, distendu, et malgré les vomissements incessants on continuait à donner des laxatifs; dans d'autres cas, les recherches de toute nature faites pour rencontrer le gros intestin laissaient peu de chances de succès. Ici l'enfant n'avait eu encore que quelques vomissements, et prenait bien le sein; le ventre était médiocrement tuméfié; en définitive, l'état général était assez bon.

Au premier aspect, l'anus paraissait bien conformé, mais l'examen fait avec une sonde cannelée démontrait l'existence d'un cul-de-sac, l'exploration faite avec le doigt semblait indiquer qu'il n'y avait pas un grand espace entre la peau et l'ampoule du gros intestin. J'introduisis, comme j'en ai l'habitude, d'après le conseil donné par notre collègue M. Guersant, une petite sonde dans la vessie; en la retirant, je trouvai les yeux remplis de méconium; ayant acquis la certitude qu'il existait une communication anormale de la vessie et du gros intestin, je cherchai, avant de commencer l'opération, à débarrasser la vessie par une injection d'eau tiède; cette injection provoqua l'issue d'une assez grande quantité de gaz et de méconium. Voulant alors donner une plus libre issue aux matières, je pratiquai une incision au périnée, et je trouvai assez profondément la fin de l'intestin; sous l'influence des cris et des efforts, le méconium sortit et par l'urètre et par l'incision.

Pendant les quatre premiers jours, le cours des matières continua par ces deux ouvertures; il y eut bien encore quelques vomissements et un peu de tension de l'abdomen, mais les bains et les fomentations émollientes firent cesser ces accidents, et l'enfant continua à prendre le sein; malheureusement dès le cinquième jour, l'ouverture artificielle cessa de livrer passage aux matières, qui reprirent leurs cours anormal. Depuis cette époque, j'ai revu, à des intervalles plus ou moins éloignés, l'enfant qui continu à prendre des forces et de l'embonpoint; il y a eu quelquefois une légère constipation, qui a facilement cédé à de légers laxatifs; mais c'est une situation exceptionnelle que je ne crois pas prudent de prolonger, et c'est dans le but de connaitre si quelqu'un d'entre vous a pratiqué avec succès une opération dans un cas semblable, que j'ai cru vous faire part de ce fait, dont je résume actuellement les détails notés avec soin, et chaque jour, par M. Chaume, interne de mon service.

M. DEMARQUAY croit qu'il n'y a pas à hésiter sur la conduite à tenir en pareille circonstance; il faut agir et pratiquer une opération. On ne peut attendre, car le passage des matières fécales par la vessie ne tarde pas à amener des altérations graves. L'opération est d'autant plus indiquée que la première tentative de M. Marjolin a montré que le rectum était accessible; mais si l'on veut éviter l'oblitération de l'orifice artificiel, il faut suturer la muqueuse et la peau.

M. TRÉLAT partage l'opinion de M. Demarquay. Il a eu l'occasion de faire l'opération sur une petite fille chez laquelle l'anus s'ouvrait en arrière de l'hymen; il fit huit points de suture réunissant la peau et la muqueuse; le succès fut permanent.

L'absence ou la présence du sphincter est une circonstance importante; le plus souvent le sphincter est réduit à quelques fibres; et sitôt qu'il y a un peu de constipation, il y a procidence de la muqueuse rectale.

M. BLOT a vu, à l'hôpital des Cliniques, un grand nombre de cas semblables dont il a opéré la dissection avec le plus grand soin; le sphincter anal existe le plus souvent, et l'incontinence des matières n'est pas aussi à craindre qu'on paraît le croire.

M. BOINET. J'ai observé la communication de la vessie et de l'intestin chez un homme de quarante-quatre ans. Il éprouvait dans la région de vives douleurs qu'on croyait pouvoir attribuer à une névralgie. Un jour que les douleurs avaient été plus fortes, nous le fîmes uriner; il rendit du pus, ce qu'il n'avait jamais fait. Plus tard, on trouva dans l'urine des matières noirâtres qui n'étaient, ainsi qu'il résulte d'un examen de l'urine fait par M. Davaine, que des matières alimentaires non complétement digérées. Malgré cette communication, les urines restèrent claires, et il n'y eut pas d'inflammation de la vessie.

M. GIRALDÈS. Le point où a lieu la communication de la vessie avec le rectum est des plus variables; M. Danyau l'a vu à l'urètre; assez souvent le rectum se prolonge en pointe et sous forme de bride jusque vers la prostate; d'autres fois il se termine beaucoup plus haut, sous forme d'ampoule. On ne peut s'abstenir d'opérer, car il y a péril à permettre le passage des matières par la vessie. L'opération qui doit être préférée est celle d'Amussat; j'ai eu l'occasion d'y avoir recours plusieurs fois, entre autres chez un petit malade que j'ai pu suivre pendant six mois; se borner à une simple ponction, c'est aller au-devant d'un insuccès, car l'ouverture ainsi faite se rétrécit peu à peu et s'oblitère.

M. TRÉLAT. Il y a un siége d'élection pour l'abouchement anormal, c'est la partie supérieure du trigone vésical. La disposition du rectum peut varier, l'oblitération peut commencer plus ou moins haut; la partie rétrécie peut se prolonger plus ou moins loin, mais elle aboutit toujours, en définitive, au niveau du trigone.

M. VERNEUIL. M. Giraldès vient de faire allusion à la résection partielle du coccyx. J'ai proposé jadis cette petite addition au manuel de l'entérotomie périnéale, pour atteindre plus aisément l'ampoule rectale lorsqu'elle se trouve assez loin de la surface cutanée. Cette proposition, faite à la Société de chirurgie, y fut assez mal accueillie. Or, deux fois depuis j'ai eu l'occasion de faire la résection susdite. L'un de mes petits sujets a vécu dix jours et a succombé à un sclérome; l'autre, qui m'avait été apporté un matin à l'hôpital, a été perdu de vue.

Tout ce que je puis dire, c'est que le procédé est très-simple; la découverte, l'ouverture, la fixation de l'intestin singulièrement facilitées; la résection de la moitié inférieure du coccyx, très-facile d'ailleurs, ne compliquait nullement l'opération.

Dans l'extirpation d'une tumeur du rectum chez l'adulte, j'ai eu recours également, et avec avantage, à la résection partielle du coccyx. L'os, mis a nu, a été divisé en travers avec la pince de Liston. Le champ opératoire, subitement agrandi par cette manœuvre, le maniement des instruments est devenu beaucoup plus sûr et plus commode.

M. MARJOLIN. Mon intention était de pratiquer de nouveau l'opération, mais j'ai tenu à avoir l'avis de mes collègues.

PRÉSENTATION DE MALADES

Bras artificiel. — M. GRIPOUILLEAU présente un malade amputé du bras, auquel il a appliqué un bras artificiel de son invention; à ce bras peut s'appliquer à bon droit la qualification de prothèse des pauvres, car son prix n'est que d'une trentaine de francs, et il permet à l'opéré de se livrer, avec une grande facilité, à tous les travaux des champs et de gagner sa vie par son travail.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Dilatateur du rectum. — M. TILLAUX présente à la Société un rectotôme, instrument destiné à sectionner le rétrécissement du rectum.

Tous les chirurgiens, dit M. Tillaux, ont été aux prises avec les difficultés que présente le traitement des rétrécissements du rectum. La dilatation, soit avec les mèches, avec les canules en gomme, etc., est le moyen le meilleur et le plus généralement employé; mais il est parfois, souvent même insuffisant, et il faut alors recourir à l'incision.

Se trouvant en présence d'un cas semblable, chez une jeune femme de 26 ans, atteinte d'un rétrécissement fibreux du rectum rebelle à la dilatation, M. Tillaux fit construire un instrument destiné à inciser le point rétréci.

Cet instrument se compose d'une extrémité terminée en olive, de volume variable et renfermant dans son intérieur deux lames, qui peuvent se développer de façon à produire des incisions depuis 1 millimètre jusqu'à 15 millimètres de chaque côté. Ces lames sont faites à la manière de celles qu'a imaginées M. Maisonneuve pour son urétrotôme, c'est-à-dire qu'elles sont mousses à leur partie la plus saillante.

Cet instrument, habilement construit par MM. Robert et Collin, a pu être très-facilement manœuvré sur la femme opérée par M. Tillaux, et a donné de très-bons résultats.

Les principaux avantages sont :

1° de pouvoir graduer et limiter exactement les incisions;

2° De pratiquer ces incisions aussi petites que l'on veut, et de les multiplier sur le pourtour du cercle fibreux. On remplace, de cette façon, la profondeur par le nombre, et l'hémorrhagie est beaucoup moins à craindre.

Enfin, la tigo, terminée par l'extrémité olivaire, porte un curseur qui permet de mesurer rigoureusement la hauteur et l'étendue du rétrécissement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante relative au compte rendu de l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine.

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien rectifier une erreur qui s'est glissée dans votre compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 1er juin.

A l'article Présentation, vous dites : « M. le docteur Gairal présente un appareil pour remédier à la descente de la matrice; il lit, à l'appui de sa présentation une note intitulée : *Des divers moyens à opposer aux diverses descentes de matrice;* » tandis que mon mémoire, qui compte vingt-cinq pages, a pour titre : *Des divers moyens opposés aux diverses descentes de matrice*, ce qui est bien différent, attendu que, d'après votre rédaction, je me serais borné à présenter purement et simplement des moyens contre la descente de la matrice, tandis qu'au contraire, non-seulement j'ai soumis à l'appréciation de l'Académie de nouveaux pessaires fort simples, agissant sans le concours d'aucun auxiliaire et dans un sens tout différent de tous ceux qui existent, mais encore une cuvette utérine en caoutchouc, servant au traitement des maladies de matrice par les liquides, et que, dans un appareil *ad hoc*, j'ai appliquée en présence de l'Académie pour qu'elle pût en apprécier toute l'utilité, ainsi que celle de mes pessaires dont j'ai fait aussi l'application. Ces nouveaux moyens m'ont, ainsi que vous devez le comprendre, nécessairement conduit à passer en revue et à faire le procès de tous ceux qui, jusqu'à ce jour, ont été opposés aux diverses descentes de matrice, et dont j'ai fait trois catégories, savoir : 1° les *externes* (ceintures); 2° les *mixtes* (pessaires avec ceintures); 3° les *pessaires seuls*; et j'ai montré, en outre de leur inutilité, les inconvénients qu'il y avait à se servir des uns ou des autres, soit les ceintures en comprimant d'une manière fâcheuse les parois abdominales sans soutenir la matrice, soit les pessaires en exerçant sur le museau de tanche des frottements pernicieux, et en tamponnant le vagin. Enfin, j'ai prouvé que les chirurgiens auraient dû, pour s'opposer aux descentes de matrice, ne pas agir sur le col comme ils l'ont fait jusqu'à présent, et comme ils le font encore, mais bien sur le vagin, en raccourcissant ce dernier, ainsi que je le fais, avec le plus grand succès, depuis bien des années, à l'aide de mes pessaires élastiques à anneau. Ces pessaires, tout en maîtrisant les descentes, laissent au col toute sa liberté dans le vagin, et le mettent, par là, à l'abri des frottements qu'occasionnent tous les autres pessaires; de plus, ne gênant en rien les rapports sexuels, les femmes peuvent devenir enceintes tout en les portant, et les conserver jusqu'au moment de l'accouchement, ce qui est arrivé plusieurs fois; elles peuvent aussi les conserver pendant tout le cours du traitement d'une maladie quelconque du col, nécessitant des injections, des cautérisations ou même des pansements journaliers.

Quant aux cuvettes utérines destinées à maintenir le col dans un bain permanent, la malade pouvant aller et venir, même s'asseoir, tout en portant le bain avec elle, nous croyons inutile d'en faire ressortir les avantages : les résultats qu'elles nous donnent depuis longtemps parlent d'ailleurs assez haut en leur faveur; et d'ailleurs il suffit de savoir qu'on peut avec facilité, à l'aide de ce petit appareil, traiter et guérir en peu de temps les maladies de matrice par tels ou tels liquides ou bains permanents, sans astreindre les malades à un repos absolu pendant un temps illimité, comme on le fait généralement; ce qui ne laisse pas que d'avoir de graves inconvénients.

D'après ce court exposé, vous comprendrez, je n'en doute point, monsieur, toute la portée de ma communication, qui doit aboutir, si non à changer complétement, du moins à considérablement modifier le traitement des maladies de matrice et le maintien de cet organe dans sa cavité respective.

Agréez, etc.

Dr GAIRAL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 26 mai 1869, rendu sur la proposition de l'amiral ministre de la marine et des colonies, M. Walher (Charles), médecin en chef de la marine, a été promu au grade d'inspecteur ajoint dans le corps de santé de la marine.

— M. le ministre des travaux publics et du commerce a décerné les récompenses suivantes aux médecins qui se sont distingués par leur zèle ou leurs travaux dans le service des épidémies pendant l'année 1867.

1° *Médaille d'or* : M. le docteur Demonchaux, de Saint-Quentin.

2° *Médailles d'argent* : MM. Bazin, de Saint-Brice (Seine-et-Oise). — Bertrand (Hector), médecin major au 4e escadron du train (Haute-Loire). — Gisten, médecin de la marine à Brest. — Leques, médecin en chef de l'hôpital militaire de Nemours (Algérie). — Mottard, à Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie). — Mouillé, médecin-major au 46e de ligne (Ain et Haute-Loire). — Toussain, docteur en médecine à Lannion (Côtes-du-Nord). — Worbes, médecin-major au 45e de ligne (Annecy).

3r *Médailles de bronze* : MM. Bastard, docteur en médecine à Pézénas (Hérault). — Dauvergne, docteur en médecine à Forcalquier (Basses-Alpes). — Dexpers, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Perpignan. — Dukerley, médecin en chef de l'hôpital militaire à Batna (Algérie). — Lefebvre, docteur en médecine à Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais). — Pitou, médecin-major de 2e classe au 21e de ligne (Somme). — Rueff, médecin-major de 2e classe au 82e de ligne, à Perpignan.

4° *Rappel de médailles d'argent* : MM. Benoist, docteur en médecine à Guingamp (Côtes-du-Nord). — Botrel, docteur en médecine à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). — Chevance, docteur en médecin à Wassy (Haute-Marne). — Lacaze, docteur en médecin à Montauban (Tarn-et-Garonne). — Martin-Duclaux, docteur en médecine à Villefranche (Haute-Garonne). — Meilleurat, docteur en médecine à la Palisse (Allier). — Mignot, docteur en médecine à Ganna (Allier).

5° *Mentions honorables* : MM. Bonaston, docteur en médecine à Montmoreau (Charente). — Chassan, docteur en médecine à Céreste (Basses-Alpes). — Chatelin, docteur en médecine à Lunéville. — Cressant, docteur en médecine à Guéret. — Lagardelle, médecin de l'asile d'aliénés de Niort. — Lemoine, docteur en médecine à Château-Chinon. — Reverchon, docteur en médecine à Chaumont.

— Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le samedi 3 juillet 1869, à quatre heures, au chef-lieu de l'administration, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir pourront se faire inscrire au secrétariat de l'administration, jusqu'au samedi 19 juin, à trois heures de relevée.

— La Faculté de médecine de Montpellier, sur l'initiative de son doyen, M. Bouisson, vient de décider la création d'une salle particulière pour ses archives, dans laquelle seront conservés tous les travaux et documents se rapportant à son histoire. A cette occasion, M. Bouisson a fait don à la Faculté de 500 volumes, parmi lesquels quelques-uns sont du plus haut intérêt par leur rareté ou leur origine.

— Le dernier courrier des Antilles, daté du 20 mai, donne les renseignements suivants sur la situation sanitaire de nos colonies.

A la Guadeloupe, la fièvre jaune avait presque complétement disparu de la Basse-Terre ; elle persistait encore à la Pointe-à-Pître et au Morile.

A la Martinique l'épidémie sévissait encore à Port-de-France ; mais il n'y en avait plus trace à Saint-Pierre où aucun cas ne s'était présenté depuis le 22 avril dernier.

— M. V. Cornil commencera, lundi 14 juin, à huit heures du soir, un cours sur l'histologie normale et pathologique des organes et le continuera les mercredis et vendredis dans son laboratoire particulier, rue Christine, n° 2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Nouveaux éléments d'histoire naturelle médicale, comprenant des notions générales sur la zoologie, la botanique et la minéralogie, l'histoire et les propriétés des animaux et des végétaux utiles ou nuisibles à l'homme, soit par eux-mêmes, soit par leurs produits, par C. CAUVET, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg. — 2 vol. in-18 jésus, avec 790 figures. — Prix : 12 fr.

Recherches expérimentales sur l'absorption des liquides à la surface et dans la profondeur des voies respiratoires, par les Drs Paul DELMAS, lauréat de l'Académie, etc., etc., et Louis SENTEX (de Saint-Sever), ancien interne, lauréat de l'Académie de médecine, etc., etc. Mémoire couronné. — 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

N° 68. — MARDI 15 JUIN 1869. 42e ANNÉE. MARDI 15 JUIN 1869. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DE STRASBOURG. Résection du genou par un nouveau procédé (M. Sédillot). — De la spécificité dans les maladies (M. Stanski). — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Nouvelles.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, M. Becquerel a proposé une nouvelle théorie physique des phénomènes vitaux. L'appel de l'oxygène du sang par les tissus, le passage dans le sang de produits combinés en dehors des vaisseaux, résulteraient d'actions électro-capillaires.

On nomme actions électro-capillaires, les courants électriques auxquels donne naissance le contact de deux liquides susceptibles de réagir l'un sur l'autre, lorsque ce contact se produit dans des intervalles capillaires, tels qu'en possèdent un corps poreux, une membrane organique, une fêlure dans un vase de verre ou de porcelaine, etc.

La cloison qui présente des espaces capillaires constitue donc alors un couple voltaïque dont les électrodes sont les deux faces de cette cloison. La face qui correspond au liquide basique est le pôle positif du couple, celle qui correspond au liquide acide est le pôle négatif; et on peut arriver à consituer des piles très-actives, en réunissant un certain nombre de ces couples.

L'intensité du courant produit dépend plus encore, bien entendu, de la nature des liquides employés que de celle de la cloison.

Si l'on se sert de sang artériel et de sang veineux, par leur contact on détruit un courant dont la force électromotrice est, suivant M. Becquerel, égale à 57, celle d'un couple à acide nitrique étant 100. M. Scoutetten avait obtenu d'autres chiffres par une méthode que M. Becquerel a repoussée comme inexacte.

En ce qui touche les actions chimiques, les couples électro-capillaires ont sur les autres couples une très-grande supériorité, par la durée et la constance de leur tension.

Voyons maintenant comment M. Becquerel veut expliquer la transformation du sang artériel en sang veineux, ainsi que les phénomènes de nutrition qui s'y rapportent.

« La face des capillaires en contact avec le sang artériel est le pôle négatif, et celle contigue aux sérosités le pôle positif; ce fait est prouvé par l'expérience. De là résulte une foule de couples électro-capillaires produisant des actions électro-chimiques; mais les courants agissent en outre comme force mécanique pour transporter des liquides du pôle positif au pôle négatif, c'est-à-dire du liquide qui se comporte comme alcali à celui qui agit comme acide, puisque le courant électrique va de l'un à l'autre.

« Comment l'oxygène qui se trouve dans le sang artériel peut-il traverser la paroi des capillaires, comme beaucoup de physiologistes le pensent? L'oxygène est retenu à la surface ou dans l'intérieur des globules du sang par l'affinité capillaire; les courants électriques, suivant leur intensité, peuvent vaincre toutes les affinités, même l'affinité capillaire, il en résulte que l'oxygène, par l'effet du courant électro-capillaire agissant comme force chimique, est déposé sur la paroi positive, en dehors des capillaires, et les globules, qui sont électropositifs, sur la paroi négative dans l'intérieur; l'oxygène peut réagir alors sur les matières combustibles des liquides ambiants, avec production de gaz acide carbonique, qui rentre dans les capillaires par l'action du courant agissant comme force mécanique à l'égard des composés électropositifs dissous. L'acide carbonique est entraîné par le sang dans son mouvement. Si des liquides dont la nature n'est pas connue entrent, comme le pensent quelques physiologistes, dans les capillaires pour s'emparer de l'oxygène, cet effet ne peut être produit que par la force qui transporte les liquides du pôle positif au pôle négatif. L'oxygène brûle leur carbone et autres matières combustibles qu'ils contiennent, et les produits formés repassent aux travers des parois capillaires pour servir à la nutrition des tissus, en vertu d'une force qu'on n'indique pas. Tels sont les effets résultant de l'action des courants électro-capillaires agissant comme force chimique et comme force mécanique et qui peuvent servir à expliquer l'hématose.

« D'après ce qui précède, on conçoit que, lorsque la vie cesse dans un organe, ou que cet organe se trouve dans un état morbide, les tissus se relâchent, les pores deviennent plus grands, l'action des forces électro-capillaires cesse peu à peu et finit par disparaître; la décomposition détruit alors tous les tissus. »

Comme toutes les interprétations purement physiques des phénomènes vitaux, cette théorie est impuissante à tout faire comprendre.

Parlant à des médecins, nous n'avons pas besoin d'en démontrer l'insuffisance.

Mais, comme les actions physiques, les actions électriques surtout, entrent certainement pour une large part dans le problème si compliqué des actions vitales, les expériences de M. Becquerel ne seront pas complétement étrangères à la solution de ce problème.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL CIVIL DE STRASBOURG. — M. SÉDILLOT.

Résection du genou par un nouveau procédé.

(Leçon clinique recueillie par M. CHEVIET, interne).

(SUITE ET FIN.)

Examen de la jointure sequestrée. — La rotule était la partie la plus altérée. Le cartilage articulaire avait presque entièrement disparu, et le tissu osseux était à nu, dénudé, et çà et là superficiellement ramolli et carié. Les parties environnantes étaient épaisses et fongueuses, et une plaque mobile, assez mince, ayant 2 centimètres de diamètre, occupait l'épaisseur du tissu fibreux, qui se trouvait en dehors de la rotule, et faisait partie de la capsule. D'épaisses fongosités l'entouraient et avaient empêché, dans les derniers temps de l'affection, de le sentir. Les extrémités articulaires du fémur et du tibia étaient partiellement à nu très-hyperémiées, et la synoviale lardacée et ramollie par places, comme on l'observe si fréquemment dans les tumeurs blanches.

22 *février*. — *Suites de l'opération*. — Le malade dont le pouls était habituellement à 72, la respiration à 20, la température à 36°2, vomit fréquemment jusqu'à minuit, sous l'influence du chloroforme, mais n'accusa pas de douleurs. Le soir, pouls 92, température, 37°8, respiration 20.

23 *février*. — Sommeil pendant trois heures; pouls 100, température 37, respiration 24. On change les pièces de pansement, imbibées de sérosité et de sang, et complétement noircies par le perchlorure. Lavage avec une décoction narcotico-émoliente; linge induit de digestif sur la plaie; sensibilité assez vive du traumatisme. Café au lait et bouillon, deux vomissements dans la journée.

24. — Le malade se trouve bien : ne souffre pas, a dormi; pouls 96, temp. 38°5, resp. 28. Aucun gonflement de la cuisse ni de la jambe. Même pansement. Bouillon et potage, café au lait.

25. — Sommeil, pas de douleurs. Pouls 100, temp. 38°2, resp. 28. Deux lavements, l'un simple, l'autre purgatif, restent sans effet. Le malade avait eu quatre selles le jour de l'opération.

26. — État satisfaisant, sommeil, indoloréité, un peu d'appétit. Pouls 100, temp. 38°5, resp. 28. Trois verres d'eau de Sedlitz déterminent une évacuation alvine. Les lotions pendant le pansement entraînent de grandes masses de détritus noirâtre, produit par le perchlorure. Les os restent parfaitement en place. Les bords de la plaie sont indurés, sans inflammation.

27. — Le malade se dit bien, a dormi. Pouls 96, temp. 39, resp. 24. Le membre ne paraît nullement tuméfié; pansement ordinaire. *A dix heures un quart du matin*, frisson violent d'une demi-heure, suivi de chaleur et de sueur.

Pendant le frisson : pouls 156, temp. 40°3, resp. 40.

Période de chaleur : pouls 156, temp. 40°1, resp. 40.

Période de sueur : pouls 148, temp. 39, resp. 36.

Grande prostration à la suite de cet accès; traits creusés; apparence d'amaigrissement subit; teinte ictérique prononcée; langue couverte d'un enduit noirâtre :

A une heure de l'après-midi : les points de suture qui n'avaient produit ni étranglement ni ulcérations, sont enlevés; injections dans la plaie et fomentations aromatiques alcoolisées. A cinq heures et demie, nouveau frisson d'une demi-heure, avec tremblement et claquement de dents, comme le matin. Pouls 144, temp. 40°5, resp. 40. Symptômes généraux encore aggravés. Pilules de sulfate de quinine de 0gr,05 toutes les heures. Injections répétées, dans la plaie, d'infusion aromatique tiède, mêlée d'alcool camphré.

28 *février*. — Amélioration notable; le malade dit avoir repris ses forces, et espère que le frisson ne reparaîtra plus. On était presque résolu à amputer la cuisse, et il avait été convenu, avant sa résection, qu'en cas d'accidents ou de complications graves, on aurait recours à cette opération; mais on hésita à la tenter en ce moment d'apparente amélioration. Continuation du même pansement; la plaie est devenue blafarde, sanieuse et répand une forte odeur de putridité; on diminue les doses de sulfate de quinine, en raison d'un commencement de bourdonnements d'oreilles et de vertiges. Café, bouillon, vin sucré, potage.

1er *mars*. — Nuit calme; sommeil; langue moins chargée; toux; crachats glaireux. Pouls 112, temp. 37, resp. 28. Le soir, léger refroidissement de 15 minutes; transpiration; diarrhée abondante, jugée critique; même traitement. Le malade se trouve le matin un peu mieux. Pouls 118, temp. 38°8, resp. 36. Le soir, pouls 128, temp. 40, resp. 48. La diarrhée persiste. Plaie blafarde, verdâtre; les os sont noirâtres et couverts de gros bourgeons charnus, molasses et blafards. On les écarte pour en éviter la pression et ne pas favoriser l'absorption. Le fémur est dirigé en avant, pendant que le tibia reste en arrière.

3 *mars*. — Frisson pendant la nuit. Nouveau frisson d'une heure et demie à huit heures du matin. On remplace le sulfate de quinine dont se plaint le malade, par du vin de quinquina. Le vin blanc est préféré comme boisson. Bouillons. Les crachats, assez glaircux, offrent au centre de petits noyaux arrondis et grisâtres. Râles sibilants et ronchus dans la poitrine. Pas de bruits de souffle. Un peu de frôlement pleural à gauche et au sommet du poumon droit. Le soir, pouls 128, temp. 40, resp. 48.

4 *mars*. — Même état. Frisson à dix heures et demie du soir. On a essayé des pansements à l'acide phénique, à la liqueur de Labaraque, à l'hyposulfite de soude, etc., sans changements notables de l'état de la plaie. Quelques vomiturition, diarrhée.

5 *mars*. — Frisson à trois heures du matin, d'un quart d'heure; à dix heures et demie, second frisson de vingt-cinq minutes. Troisième frisson à sept heures du soir. Pouls 144, temp. 40, resp. 48. Injections hypodermiques d'acide phénique, sans effets apparents sur aucune fonction.

L'état général, qui s'était soutenu sans une très-notable aggravation, est devenu extrêmement menaçant. Langue brune, quelques vomissements, diarrhée, plaie fétide, noirâtre, putrilagineuse; point de côté à gauche, sans vives douleurs; crachats d'aspect purulent. On revient au sulfate de quinine. Vin, limonade vineuse, punch léger; injection hypodermique de 0gr02 d'acide phénique.

6 *mars*. — Même état : Pouls 124, temp. 39, resp. 32.

Deux frissons, l'un à dix heures du matin, — le second à midi. Le soir : pouls 104, temp. 37°5, resp. 24. Injection hypodermique de sulfate de quinine. La solution de sulfate de quinine, préparée par M. Hepp, est ainsi constituée : sulfate de quinine cristallisé, non effleuri, 4gr80; eau distillée, 32; acide sulfureux concentré, 0,50.

7 *mars*. — Nouveau frisson à quatre heures du matin.

8 *mars*. — Nuit sans sommeil, — découragement. Pouls 120, temp. 36°8, resp. 36. Le malade, tourmenté de plus en plus par l'odeur de la plaie, la souffrance qu'elle lui cause, l'impossibilité, dit-il, de sa guérison, demande à être amputé. La jambe est devenue crépitante et amphysémateuse en arrière, et est menacée de gangrène.

L'opération est pratiquée à neuf heures du matin, comme moyen de soulagement : application du proœdé mixte (amputation à lambeau superficiel, terminée par la section circulaire des chairs profondes). La compression, très-bien faite par M. le docteur Cochu, a permis la ligature de la crurale sans perdre une goutte de sang. A onze heures du matin, pouls 148, temp. 39, resp. 52; à quatre heures du soir, pouls 152, temp. 36°8, resp. 60.

Le malade ne souffre aucunement de sa plaie (ce qui a déjà été remarqué plusieurs fois dans des circonstances semblables), se trouve très-soulagé et s'applaudit de sa détermination.

9 *mars*. — Même état. Grand affaiblissement, frisson dans la matinée, d'une demi-heure. Aucune douleur. La plaie est verdâtre, livide, et l'extrémité osseuse, cachée dans la profondeur des chairs, paraît dénudée. Langue sèche et brunâtre. Injections hypodermiques d'acide phénique à 4 centièmes de dilution, sans effets apparents. A sept heures du soir, pouls 138, temp. 38°2, resp. 32.

10 *mars*. — Nuit somnolente, léger délire; le malade, au moment de la visite, répond encore clairement, et avec une intelligence parfaite, aux questions qui lui sont adressées. Pouls 104, temp. 39°9, resp. 68.

Mort à onze heures et demie du matin.

Nécropsie, moignon. — Os dénudé dans une étendue de 0m12. Chairs verdâtres, d'une odeur putride. Toutes les veines sont indurées et remplies de caillots grisâtres et d'apparence puriforme. Celui de la crurale s'étend jusqu'à la bifurcation de l'iliaque primitive, où il se termine par un renflement arrondi. Cette portion de caillot, assez friable, se désagrège sous un filet d'eau, et est composée de détritus fibrineux, de leucocites et de débris de globules rouges. Les muscles de la cuisse sont entourés d'une couche de pus dont on n'avait pas trouvé de traces au moment de l'amputation.

Thorax. — Les poumons sont criblés d'abcès anfractueux, d'un volume variable, parfois réunis et d'une odeur gangréneuse. La dissection d'une des branches de l'artère pulmonaire y fait reconnaître des détritus analogues à ceux de la veine crurale. Les territoires veineux correspondant aux abcès, sont remplis de caillots noirâtres commençant à se décolorer. On les suit aisément dans les veines de deuxième et de troisième ordre. Ces caillots paraissent d'une date plus récente que ceux des artères, et exhalent aussi une véritable odeur de gangrène. On y trouve une grande quantité de fibrine granuleuse, de leucocites et de corpuscules sanguins déformés.

Cœur. — Pas de caillots dans les cavités droite et gauche. Rien aux orifices.

Sang. — L'examen histologique des veines-caves montre une certaine diffluence des globules rouges, une notable quantité de globules blancs, avec ou sans noyaux, et de nombreux points mobiles isolés ou en chainette (bacteries).

Abdomen. — Aucun abcès dans les organes abdominaux; signe d'anémie et de dégénérescence graisseuse du foie et des reins; pas de caillots dans les ramifications de la veine-porte.

Tête. — On trouve à la partie antérieure, externe et extérieure de l'hémisphère gauche, au centre de l'insula de Reil, et en contact, par conséquent, avec la troisième circonvolution cérébrale, un anfractus ramolli, du volume d'une grosse noix, grisâtre et comme fragmenté; on y distingue, au microscope, un grand nombre de corpuscules de Kluge, des débris de substance nerveuse et de petits corps angulaires jaunâtres, provenant certainement de globules sanguins altérés. Une artériole, suivie jusqu'au centre du foyer et soumise à un filet d'eau, représente un cordon plein, et renferme des détritus semblables à ceux trouvés dans les veines pulmonaires.

Articulations. — La scapulo-humérale droite et la coxo-fémorale gauche contiennent du pus, et les fibro-cartilages de ces jointures sont infiltrés de graisse. Rien dans les autres articles.

Réflexions. — L'observation que nous venons de rapporter semble peu favorable aux résections fémoro-tibiales. Malgré la jeunesse du malade, le bon état de sa constitution, la localisation des altérations et les nombreuses précautions dirigées contre les complications, nous vîmes se développer de fatals accidents de scepticémie. Quelles ont été les causes de ce revers? Nous en examinerons quelques-unes des plus probables.

1° La première est la gravité incontestable de la résection elle-même! Sur quatre cas observés à Strasbourg, trois malades ont succombé. L'unique guérison, publiée par M. Bœckel, fut présentée par un homme dont le fémur était plus altéré que l'articulation; et les complications furent si multipliées et si sérieuses, que l'on douta du salut de l'opéré pendant un temps assez long. Un jeune enfant, reséqué par le même chirurgien, succomba très-rapidement à la gangrène et à un état de profonde débilitation. Un militaire, dont l'histoire sera certainement donnée par M. le professeur agrégé Sararin, mourut le dixième jour, avec un abcès du foie.

Les résections faites pour des lésions chroniques de la synoviale, des ligaments, des os et du périoste, présentent des dangers faciles à comprendre. La plaie est très-vaste, anfractueuse, exposée aux inflammations des bourses séreuses environnantes. Les os doivent être placés bout à bout, et maintenus dans l'immobilité, si l'on veut obtenir une ankylose par continuité. La plaie est mal disposée pour l'écoulement du pus. Les parties molles de la face postérieure du jarret, seules conservées, subissent nécessairement un certain degré de pression, par suite de la position du membre, et sont en contact avec des liquides purulents et sanieux. Les opérateurs qui ont pratiqué une contre-ouverture en arrière, n'en ont pas obtenu de bons résultats. Ces ouvertures se rétrécissent et se ferment par la tuméfaction, dont elles sont le siége. Comment, en outre, inciser l'espèce de lambeau où sont réunis l'artère, la veine et les nerfs poplités, principales sources de la vitalité de la jambe?

Au coude, les os peuvent être maintenus séparés, et les parties molles sont relâchées; les pansements sont faciles; l'écoulement des liquides parfaitement libre. Telles sont les principales raisons de la réussite; mais, au genou, rien de semblable ne s'observe, et quand on pense à la nécessité d'obtenir la consolidation d'un os unique (fémoro-tibial), allant du bassin à l'astragale, on est immédiatement frappé des difficultés flagrantes d'un tel résultat.

2° Devons-nous accuser le nouveau procédé auquel nous avons eu recours? Les surfaces osseuses en contact étaient, sans nul doute, un peu plus étendues; mais n'était-ce pas un avantage, et l'emboîtement parfaitement assuré des os ne constituait-il pas une chance favorable de consolidation? La pression était peu considérable, et l'on a vu, dans d'autres cas, les os, violemment arc-boutés l'un contre l'autre, se réunir et s'enkyloser régulièrement. Notre procédé d'emboîtement angulaire nous paraît malgré des critiques inévitables, une heureuse innovation.

3° L'hémorrhagie osseuse, si prolongée et si difficile à suspendre, que nous eûmes à combattre, exerça, pensons-nous, des effets très-fâcheux : non-seulement, la perte de sang débilita le malade, mais l'imbibition des os par le perchlorure de fer exposait au ramollissement, à la carie et à la nécrose. Nous ne trouvâmes pas d'ostéo-myélite, mais la périoste était décollée, gangrénée; la suppuration fétide et l'ostéite joue certainement un rôle dans les complications dont nous fûmes témoins.

4° Une autre question, des plus importantes, mérite d'être soulevée, et nous nous sommes demandé si notre malade n'avait pas été atteint d'une infection gangréneuse et putride d'un caractère épidémique. Voici les raisons de cette supposition.

Les opérations que nous avions jusqu'alors pratiquées avaient parfaitement réussi, et nous comptions treize amputations sans accidents graves, depuis le commencement de notre clinique, lorsque nous reçûmes dans nos salles, le 27 février, un vitrier ambulant, âgé de 27 ans, dont le scrotum, énormément tuméfié, était en partie gangrené. La peau, cousue en surjet sur une longueur de 15 centimètres, depuis l'aine droite jusqu'au côté gauche et inférieur des bourses, était soulevée par un tissu grisâtre, mortifié, d'où s'écoulait une grande quantité de liquide infect. Le médecin de garde avait d'abord supposé une hernie étranglée non réduite et frappée spontanément de mortification avec écoulement de matières intestinales. Mais à l'examen du malade, et en l'interrogeant avec soin, nous apprîmes que ce véritable maniaque, opéré l'année précédente d'une hydrocèle qui avait récidivé, avait imaginé de s'opérer lui-même. Il s'était résolûment fendu le scrotum, avait placé une ligature sur le cordon testiculaire droit, deux ligatures sur des vaisseaux qui donnaient du sang, puis avait recousu les téguments, et avait espéré sa guérison. La tuméfaction, la douleur, la gangrène, la fièvre l'avaient bientôt forcé à venir demander du secours à l'hôpital, où il succomba quelques jours plus tard (le 3 mars 1869), à une intoxication putride, avec formation d'un très-large abcès de mauvaise nature dans la paroi péritonéale de la face antérieure et latérale de l'abdomen.

A la même époque, plusieurs de nos malades eurent des accidents gangréneux de la plus terrible gravité. — Notre réséqué avait son premier frisson le 27 février.

Un contrebandier, âgé de 53 ans, et très-vigoureux, reçoit, le 3 mars 1869, d'un employé des tabacs, un coup de fusil chargé à plomb dans la partie inférieure de la cuisse droite au genou et au tiers supérieur de la jambe, et est apporté à la clinique quelques heures plus tard.

Pendant la nuit, délire, frissons répétés, agitation.

Le 4 mars, gangrène et emphysème de la jambe et de la partie inférieure de la cuisse; prostration, perte complète de connaissance, teinte cadavéreuse.

Respiration 60; pouls imperceptible à 180; temp. à 38°8; refroidissement général très-apparent.

Nous hésitons à lui pratiquer l'amputation de la cuisse, tant son état semble désespéré. Cependant, voulant le faire profiter des moindres chances de salut, nous nous décidons à cette opération. Réaction rapide. Dès le lendemain (5 mars), retour de l'intelligence. Interrogation judiciaire qui le fatigue beaucoup et l'inquiète. Le 6, respiration 32; pouls 132; temp. 39. La plaie offre quelques taches gangréneuses dépendant du tissu lamineux bleuâtre et infiltré qui existait au moment de l'amputation dans l'épaisseur des chairs, et que nous n'avions pu exciser complétement. Les trajets de deux points de suture, placés aux angles latéraux du lambeau antérieur de notre méthode mixte, étaient également verdâtres et menacés de mortification. On retire les épingles. La plaie, laissée libre, devient verdâtre, pultacée, fétide. Frissons, réapparition des accidents généraux; mort le douzième jour, 16 mars, à 4 heures du matin, sans altérations viscérales apparentes à l'autopsie.

M... (Louis), de Strasbourg, âgé de 18 ans, entré le 10 mars 1869, employé des chemins de fer, a le bras droit et la poitrine, du même côté, pressés entre deux tampons, et est roulé sur les rails. Plaie avec esquilles du coude; arrachement des artères radiale et cubitale; rupture du grand pectoral, avec épanchement sanguin considérable; intelligence nette; ne crache pas de sang, et respire bien. Amputation du bras, le même jour; mort le lendemain, 11 mars, à onze heures du matin. État gangréneux et fétide de la tumeur sanguine. Déchirure de la veine sous-clavière; fracture de deux côtés, près de leur articulation costo-vertébrale. Un peu de sérosité sanguinolente dans la plaie correspondante.

H... (Michel), âgé de 47 ans, a le bras droit pris dans la machine à découper d'une papeterie. Il entre à l'hôpital le 8 mars à six heures du soir. Plaie pénétrante de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce droit, avec larges déchirures des téguments de la main. Fracture de l'olécrâne et de l'extrémité de l'humérus; ouverture de la jointure, et arrachement des ligaments et des lambeaux musculaires. Plaie contuse; décollements étendus de la peau dans les deux tiers inférieurs du bras. Le malade refuse l'amputation immédiate. Frissons, état pultacé et phagédénique des plaies; suppuration fétide et sanieuse. On extrait le fragment supérieur de l'olécrâne et la troklée humérale. Les accidents continuent. Le malade, s'affaissant, et vaincu par la douleur et l'odeur fétide du membre, en demande l'ablation. Malgré sa situation désespérée, nous nous décidons à désarticuler le bras dans l'article, le 22 mars, comme moyen de soulagement, et sans grand espoir de salut. L'opération fut très-bien supportée. A peine quelques gouttes de sang par les artères circonflexes, dont la postérieure était très-volumineuse. L'artère axillaire, parfaitement comprimée, fut liée facilement. Les nerfs saillants du plénus brachiale, furent reséqués sans le moindre indice de sensibilité. Les deux lambeaux antéro-postérieurs de la plaie, réunis près de l'acromion par quelques points de suture, offraient des muscles d'une couleur et d'une consistance normales.

Au réveil chloroformique, aucune douleur; le malade se trouve soulagé, ne souffre nullement de sa plaie, et n'a pas cessé de se louer de sa décision, et de répéter qu'il se trouvait bien, jusqu'au moment de sa mort, arrivée le 25 mars.

A l'autopsie, abcès pulmonaires multiples; bactories dans le sang; surfaces du moignon verdâtre, pultacées, fétides.

Nous nous sommes temporairement abstenu d'entreprendre aucune opération grave. Nos salles ont été successivement aérées, lavées, nettoyées, et les malades, pendant ce temps, déplacés.

Le 7 avril seulement, nous avons pratiqué une amputation de la cuisse, réclamée par les progrès d'une tumeur blanche, suppurée, du genou, au nommé G..., âgé de 38 ans, de Bischwiller, tisserant, et qui a guéri, ainsi qu'un autre amputé de la jambe, quelques jours plus tard.

Un de nos collègues, M. Boeckel, a signalé (V. séance de la Société de médecine de Strasbourg, *Gazette médicale*, avril 1869) des accidents gangréneux ayant également régné dans la ville, vers la même époque.

Un de ses malades, atteint d'une légère plaie contuse du pied, était mort de gangrène le troisième jour, et un autre de laryngite gangréneuse. Quoique la plupart des accidents observés dans nos salles s'expliquent par la gravité des traumatismes, dont quelques-uns étaient au-dessus des ressources de l'art, on pourrait y trouver cependant les caractères d'un contage épidémique, et cette opinion nous a paru mériter l'attention, l'influence exercée sur nos malades par les épidémies puerpérales de notre voisinage, ayant depuis longtemps été remarquée. Ces questions sont trop importantes, et excitent un intérêt trop vif et trop général, pour ne pas chercher à réunir tous les matériaux de leur solution.

Notre insuccès ne nous décourage nullement, mais confirme l'extrême danger des résections fémoro-tibiales, et la nécessité des conditions pathologiques et hygiéniques les plus favorables pour oser l'entreprendre.

DE LA SPÉCIFICITÉ DANS LES MALADIES

Par le docteur Stanski.

Trousseau dit dans un de ses ouvrages : « C'est une fatale erreur, en philosophie, de n'attacher aux mots qu'une importance médiocre. Dans les propositions principales, la signification des mots est sacramentelle et doit avoir un sens tellement clair que leur application dans le discours n'arrête jamais l'intelligence du lecteur. » Par conséquent, le premier mérite d'une publication scientifique est d'être facilement compréhensible. A cet effet, il faut, d'un côté, que l'auteur se serve de termes ayant une signification réelle et précise résultant, soit de la consécration par le temps et par l'usage, soit se déduisant par l'étymologie; et, d'un autre côté, il faut qu'il existe des faits, des phénomènes ou des attributs bien déterminés que ces termes doivent exprimer. Quand on dit : rage, syphilis, contagion, maladies contagieuses, épidémies, maladies épidémiques, impaludisme, maladies paludéennes, inflammation, maladies inflammatoires, scrofules, maladies scrofuleuses, rhumatismes, maladies rhumatismales, on se fait parfaitement comprendre par la raison que ces mots désignent des maladies ou des attributs de maladies ayant une existence réelle, et que leur signification a été consacrée par le temps et par l'usage, ou qu'elle se déduit nécessairement par l'étymologie.

Il n'en est pas de même quand on veut parler de la *spécificité* dans les maladies ou des *maladies spécifiques*. Dans ce cas, tout le chaos et toute l'obscurité des idées et du langage apparaît, comme on le verra plus loin par la diversité des définitions qu'en donnent les auteurs qui se sont occupés de cette question. La raison en est qu'il n'existe ni fait ni attribut particuliers dans la pathologie qui nécessitent ou au moins qui justifient l'emploi de ces néologismes dans le langage médical. En effet, veut-on se servir du mot *spécificité* pour désigner la *virulence* ou la *contagion?* mais ces attributs de maladies sont déjà, comme on le voit, très-bien désignés, et tout le monde comprend ce que veut dire *maladie contagieuse*. Veut-on s'en servir pour désigner les épidémies ou les maladies produites par les poisons, ou enfin par les diathèses? mais je demande à tout le monde si, en les nommant maladies spécifiques, cela nous éclaire mieux sur la nature de ces maux que de les appeler *maladies épidémiques*, *empoisonnements*, ou, par exemple, *maladies scrofuleuses*.

Examinons maintenant si les mots *spécificité*, *spécifique*, que je considère comme des expressions fantaisistes, relativement à la signification que leur donnent les auteurs, ont un sens logique, étymologiquement parlant. Déjà, dans la physique, où le mot spécifique a été appliqué à la pesanteur, l'obscurité qui en résultait, malgré sa consécration par l'usage, a fait sentir la nécessité de le remplacer par *densité des corps*. Actuellement, le mot spécificité a été introduit en médecine, comme si les incertitudes et les obscurités qu'on y trouve à chaque pas ne suffisaient pas à rendre difficiles l'étude et la pratique de cette science, et comme s'il était nécessaire d'y ajouter de la confusion par l'emploi de termes aussi peu précis qu'obscurs dans leur signification.

Ceux qui se sont occupés de cette question savent que tous les auteurs qui ont traité ce sujet déduisent l'étymologie de *spécificité*, *spécifique* des mots latins *species* et *facere*, faire espèce. Or, on ne doit pas ignorer que tous les adjectifs en *fique* sont des adjectifs d'un sens actif; ils présupposent un objet et un objectif sur lequel doit s'étendre l'action exprimée par leur signification. Leur action, leur sens; ne s'arrêtent pas à l'objet respectif; car, dans ce cas, il y a des adjectifs plus justes pour les désigner. Exemple : quand on dit : un emploi *honorifique*, cela veut dire un emploi qui fait honneur à quelqu'un; un rayon *calorifique*, qui réchauffe quelque chose ou quelqu'un; un mélange *frigorifique*, qui refroidit quelque chose ou quelqu'un; une substance *morbifique*, qui peut rendre malade quelqu'un, etc. Ainsi les adjectifs en *fique*, venant de *facere*, font toujour sous-entendre l'exercice d'une action sur quelque chose ou sur quelqu'un. Mais si la signification de ces termes devait être bornée aux substantifs auxquels on les applique, dans notre supposition, à l'emploi, au rayon, au mélange, à la substance ou produit, dans ce cas on doit dire : un emploi *honorable*, un rayon *chaud*, un mélange *froid*, une substance ou produit *morbide*, mais non *morbifique*, qui est synonyme de *morbigène*, et qui signifie : pouvant rendre malade quelqu'un.

En appliquant la doctrine ci-dessus exposée à l'emploi des termes dont nous nous occupons, et en lisant dans un ouvrage : *spécificité d'une maladie* ou *maladie spécifique*, tout esprit sérieux doit se demander : Sur quoi donc la maladie agit-elle de manière à en faire une espèce? Il est évident qu'elle n'exerce son action sur rien. Ceux qui emploient les termes : *maladie spécifique*, entendent une maladie qui est *spécialisée*, si je puis dire ainsi, soit par l'unicité de sa cause, soit par la particularité de ses symptômes, soit par l'efficacité presque certaine de son traitement; bref, que la maladie est en elle-même *particulière*, *sui generis*; mais alors il y a un autre mot pour l'exprimer, et ce mot est : *spéciale*; par conséquent on doit dire : *maladie spéciale*. Voilà la rigueur d'un langage scientifique pour parler avec clarté, précision et exactitude, et pour être conforme au précepte établi par Trousseau, et qui se trouve en tête de cette publication.

Qu'à la rigueur on appelle la salive d'un chien enragé, le pus d'un chancre ou le jetage d'un cheval morveux, la strychine ou les émanations paludéennes : *causes spécifiques*, on pourrait le comprendre, parce que tous ces produits étant, chacun en particulier, cause unique de certains phénomènes apparaissant dans notre organisme, et constituant toujours la même maladie : la rage, la syphilis, la morve, les accidents nerveux, tétaniques ou la fièvre intermittente, chacune de ces causes exerçant son action sur une maladie unique,

pourrait être censée lui imprimer un caractère particulier et en faire une espèce. C'est là que s'arrête cette action, et chacune de ces maladies reste en elle-même maladie particulière, *sui generis*, *maladie spéciale*, produite par une cause déterminée et toujours la même. Mais ces maladies ne sont pas *spécifiques* puisqu'elles n'agissent sur aucun autre objet pour en faire une espèce.

Après avoir fait cette concession pour nous faire mieux comprendre, nous allons examiner si le mot *spécifique* appliqué aux causes a un sens et une signification réels.

On a déjà pu voir, qu'étymologiquement parlant, *spécifique* signifie faire espèce ; par conséquent une *cause spécifique* sera celle qui fait d'une maladie une espèce. Or, je demande : quelle est donc la maladie qui, abstraction faite de la cause et du traitement, ne fait pas par elle-même une *espèce ?* Il me semble qu'on fait des classes où de grandes familles des maladies dans lesquelles on en réunit un plus ou moins grand nombre à cause de certains caractères identiques que ces maladies présentent; mais ensuite chacune d'elle est une espèce de ces maladies. Les inflammations ou les maladies inflammatoires font une classe, et la pneumonie, la pleurésie, la bronchite, la péricardite, la méningite, la péritonite sont des espèces des maladies inflammatoires. Les maladies virulentes forment une classe de maladies, et la syphilis, la rage, la morve, la pustule maligne sont chacune une espèce des maladies virulentes. Les névropathies encore font une grande famille à part, et chaque maladie nerveuse que cette famille renferme, fait une espèce des névropathies, et ainsi de suite.

Il résulte donc, de ce qui vient d'être dit, que *spécifique*, appliqué aux causes, n'a aucun sens, ne spécifie pas les maladies plus particulièrement. Si l'on objectait que dans le terme *spécifique* il y a une pensée plus profonde, une spécialisation plus précise d'une maladie, soit en raison de la cause spéciale qui lui donne naissance, soit en raison du traitement presque certain, bref, d'un caractère particulier quelconque, je répondrais que cette pensée ne se voit pas par l'étymologie de ce terme. Quand on dit calorique, honorifique, soporifique, morbifique, tout le monde comprend ces mots immédiatement parce que la pensée spéciale qu'on veut exprimer et son action sur un objectif sont clairement désignées par l'étymologie de ces mots; tandis que dans les termes *maladies spécifiques*, on ne voit ni de pensée profonde, ni comment et pourquoi spécifique fait de cette maladie une espèce.

Pour M. Bouley (1), les *maladies spécifiques* sont celles qui sont produites par des causes *spécifiques*, c'est-à-dire celles dont l'action sur l'organisme est caractérisée par des manifestations constantes d'effets qui sont toujours les mêmes. Ce savant comprend dans la spécificité :

1° Les maladies virulentes qu'il appelle fécondes et que j'appelle avec la science *contagieuses*, sans diminuer en quoi que ce soit la clarté de la question ;

2° Les maladies qui procèdent toujours d'une cause unique, toujours la même, et qui se présentent toujours avec les mêmes symptômes, il les qualifie par les mots *stériles*, parce que, contrairement aux premières, elles ne se communiquent pas d'un malade à un individu sain, comme les empoisonnements par les venins et les poisons, et que je nomme avec tout le monde *non contagieuses*, tout en étant mieux compris que si l'on dit *maladies stériles*;

3° Enfin les maladies, qui dans l'opinion de M. Bouley, peuvent être tantôt *fécondes*, tantôt *stériles*, autrement dit, tantôt contagieuses, tantôt non contagieuses, selon la volonté des médecins, comme sont celles qui se sont produites par les effluves ou les miasmes, autrement dites *épidémiques* et *endémiques*.

Nous allons voir comment M. Chauffard (1) critique les idées de M. Bouley, et à cette occasion, nous analyserons les doctrines de ce savant confrère relativement à la spécificité dans les maladies. M. Chauffard reproche à M. Bouley de réunir, sous la dénomination de *spécifiques*, des maladies virulentes et des empoisonnements par venins animaux ou par poisons, en objectant que les empoisonnements véritables ne se reproduisent pas, ne font pas espèce et ne sont pas spécifiques ; et si M. Bouley les a réunis ensemble c'est que, en ne considérant que la cause, les analogies sont grandes en apparence, mais suivant M. Chauffard, ces analogies sont trompeuses, et qu'au fond il y a de profondes divergences et d'infranchissables séparations. Il soutient en même temps que chercher dans un fait extérieur le caractère, la cause d'une maladie spécifique, c'est nier la spontanéité de ces maladies, et M. Chauffard affirme que la spontanéité existe dans les maladies infectieuses et virulentes. Il pense que refuser la spontanéité de telle ou telle maladie spécifique, c'est aller plus loin dans le champ de l'hypothèse que ceux qui recourent aux théories le plus improbables pour expliquer ce fait. Ainsi on voit d'abord que, pour M. Chauffard, ne pas croire à la spontanéité des maladies virulentes et en demander la démonstration, c'est faire des hypothèses plus qu'incroyables. Ne pas croire à l'existence des revenants et en demander la démonstration, c'est encore faire des hypothèses plus qu'incroyables. Il me semble que celui qui affirme un fait, sans pouvoir le démontrer, fait une hypothèse, mais celui qui ne veut pas y croire, sans une démonstration évidente, peut être dans un doute qui peut aller jusqu'à l'entêtement, mais il ne fait pas d'hypothèse. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 juin 1869. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Isambert demande à répondre aux observations que lui a faites M. Chauffard, dans l'avant-dernière séance, au sujet du fait de variole rash, qu'il a communiqué à la Société. Avant de reproduire cette réponse et la petite discussion qui s'en est suivie, nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs la relation du fait, d'après le compte rendu de la Société.

Variole rash chez une femme enceinte ; — avortement, hémorrhagie, mort. — Une femme d'environ 35 ans, Mme M..., enceinte de quatre à cinq mois, et qui a eu déjà plusieurs fausses couches, fait appeler M. Isambert le 4 mai dernier. Elle avait la fièvre depuis la veille (lundi 3 mai); elle se plaignait d'une courbature générale, douleur lombaire, céphalalgie intense. Le pouls était à 108; la chaleur modérée; la langue un peu saburrale. Il y avait de la constipation. Du reste, aucune manifestation locale ni dans la poitrine, ni dans l'abdomen, ni dans les centres nerveux. Je prescrivis, dit M. Isambert, le repos le plus absolu, un lavement laxatif, des tisanes émollientes, et 50 centigrammes de sulfate de quinine à prendre le lendemain matin, parce que la malade avait cru remarquer de l'intermittence dans les phénomènes d'invasion.

Le lendemain, dans la journée, l'état est à peu près le même : pouls à 108; chaleur modérée; céphalalgie très-intense, persistante. La quinine a été prise le matin; mais, du reste, il n'y a pas eu depuis la veille de redoublement fébrile confirmant l'idée d'une fièvre à type rémittent. La langue est blanc jaunâtre; les sclérotiques sont un peu jaunes. Ces symptômes, et surtout la persistance de la céphalalgie, me décident à prescrire, dès le soir, 50 centigrammes de calomel à dose fractionnée, et à autoriser l'apposition de sinapismes aux mollets, bien qu'avec beaucoup de précautions, vu la grossesse.

Le lendemain, la céphalalgie a disparu; le calomel a déterminé plusieurs selles bilieuses, et même un peu de salivation : le lumbago a remplacé le mal de tête; il est prédominant. Comme il y a encore une teinte subictérique des sclérotiques, je fais continuer le calomel, mais à dose moitié moindre, et en l'associant au chlorate de potasse. Quelques onctions à la région lombaire seront faites à l'huile de camomille camphrée.

Le lendemain, 7 mai, *cinquième jour depuis l'invasion*, on vient me dire qu'une éruption rouge vient de paraître autour du ventre. L'idée d'un *rash* me vient aussitôt à l'esprit, et la vue de la malade me confirme dans cette opinion. Une éruption rouge framboisée, scarlatiniforme, mais uniforme, sans piqueté, s'est en effet développée en ceinture autour du pubis, vers les fosses iliaques, et vers les grands trochanters des fémurs; elle s'étend à la partie supérieure des cuisses et jusqu'à la vulve, qui est le siége d'une cuisson très-pénible. Du reste, le pouls reste à 108; la chaleur générale est modérée; la céphalalgie moindre; mais le lumbago est très-persistant; la langue toujours un peu saburrale; il n'y a plus de salivation; le calomel n'a plus déterminé de selles. La malade est toujours préoccupée de l'idée d'une fausse couche. Je suspend toute médication active, me bornant à un lavement émollient et à des embrocations d'huile d'amandes douces sur les parties envahies par l'éruption. Je garde encore pour moi les craintes que m'inspirent celle-ci.

Le lendemain, 8 mai, *sixième jour*, l'hésitation n'est plus possible, la face rouge du bas ventre commence à être chagrinée, papuleuse; la fièvre est toujours à peu près la même, 108 pulsations, mais les douleurs de reins deviennent de plus en plus intenses. (Un quart de lavement avec 20 gouttes de laudanum.) Je prends le mari à part, et je prononce le nom de *petite vérole* possible : justement, quelques jours avant, et la veille même de l'invasion, elle avait été voir son frère, qui avait la petite vérole depuis plusieurs semaines. Du reste, les varioles sont nombreuses en ce moment dans le quartier et, dans la maison même qu'habite la malade, une dame en est morte il y a une quinzaine de jours. Je ne cache pas au mari tout ce que le pronostic a de grave chez une femme enceinte; cependant, comme la fièvre est très-modérée, que la variété *variole rash* est ordinairement bénigne, et se termine, dans la majorité des cas, par une variole peu confluente, j'espère encore que l'avortement pourra être évité, et tout au moins que la mère s'en tirera. Celle-ci a d'ailleurs été vaccinée deux fois, d'abord dans sa première enfance, puis il y a une dizaine d'années.

Le soir, la fièvre a un peu augmenté, la chaleur fébrile surtout, plutôt que le pouls; des papules rouges acuminées commencent à se montrer partout, bien loin de l'éruption primitive, à la face, au cou, en arrière entre les épaules, à la face interne et antérieure des bras, à l'avant-bras, au dos des mains et sur les membres inférieurs. Les douleurs de reins sont violentes. (Nouveau lavement avec laudanum, 20 gouttes; potion gommeuse avec acétate d'ammoniaque, 4 grammes).

Le lendemain matin, 9 mars, *septième jour*, on vient me réveiller à cinq heures et demie du matin; l'avortement se produit. Quand j'arrive, il est terminé. Le fœtus était de quatre à cinq mois. La mère a heureusement perdu très-peu de sang. L'état général ne paraît pas mauvais, mais l'éruption n'est pas plus avancée que la veille au soir, à cela près que la face est rouge et boursouflée comme au moment de la poussée éruptive ; on y voit de nombreuses papules acuminées. Sur le tronc et sur les membres, les papules n'ont guère fait de progrès. Je remplace la potion d'acétate d'ammoniaque, dont je crains l'action sur le sang, par une potion gommeuse contenant 15 gouttes de perchlorure de fer.

Le soir, à neuf heures, la journée a été mauvaise : agitation, impossibilité d'uriner; il a fallu recourir au cathétérisme; il est sorti un flot d'urine rouge foncé, lie de vin, laissant déposer un épais sédiment semblable à de la poudre de brique un peu brûlée ou à du marc de café. La chaleur et l'acide nitrique coagulent fortement le liquide qui surnage. Les gencives sont en sang, la langue couverte de fuliginosités, l'haleine exhale une odeur fétide caractéristique. Des taches purpurines nombreuses se sont montrées sur le cou, sur la poitrine, sur les flancs; l'éruption *rash* du bassin a pris une teinte plus foncée; les pustules ne se développent pas. Le pouls est petit, 130 à 140; l'intelligence se perd, et la malade est dans un état de rêvasserie continuel. Elle est évidemment perdue. (Continuer le perchlorure de fer; alterner avec des cuillerées d'eau-de-vie brûlée.)

Le lendemain matin, 10 mai, *huitième jour depuis l'invasion*, la malade est *in extremis*. Délire tranquille depuis la veille; pouls incomptable; tendance au refroidissement; aplatissement des papules; ecchymoses au cou, sur les bras, sur le tronc; au pubis et sur le pli de l'aine, siége primitif de l'éruption, la peau est d'un noir foncé.

Mme M... succombe le même jour à une heure de l'après-midi.

En résumé, Mme M... meurt au cinquième mois de sa grossesse, après une variole. L'origine de la maladie et la durée de l'incubation restent incertaines.

Mais, si l'origine et l'incubation de la maladie restent mal définies, il n'en est pas de même de l'invasion; c'est celle d'une variole bénigne, bénigne par le peu d'intensité de la fièvre et des premiers symptômes, bénigne par la date tardive de l'éruption, car le *rash* ne se montre que le cinquième jour, et les premières papules le sixième seulement, bénigne enfin par la nature même de cette éruption scarlatinique localisée autour du bassin, le *rash* qui donne lieu le plus souvent à des varioles discrètes quand l'éruption se généralise, et dont la guérison paraît la terminaison ordinaire.

Et cependant ici, malgré ces présomptions favorables, malgré deux vaccinations antérieures, l'avortement se produit, la variole devient hémorrhagique et mortelle. Doit-on accuser la malignité première de la variole? Alors, pourquoi cette forme lente? Ne doit-on pas plutôt attribuer cette gravité insolite d'une forme habituellement bénigne à la complication fâcheuse de la grossesse, et à la prédisposition aux fausses couches et aux métrorrhagies que Mme M... avait montrée antérieurement?

Discussion sur la variole Rash.

M. Isambert. Je commencerai par répondre à cette question de M. Chauffard : Pourquoi le mot *rash?* Le mot ne m'appartient pas; il est adopté depuis longtemps déjà et a pris rang dans la science. Nous le voyons employé pour la première fois en 1772. Quant à son sens exact, j'ai consulté à ce sujet notre collègue M. Ball, dont tout le monde connaît la compétence en pareille matière.

Il y a donc en anglais l'adjectif *rash*, qui signifie prompt, brusque, et le substantif, qui signifie éruption rouge, ce qui prouve que, dans l'appellation de la maladie qui a été lo point de départ de cette discussion, il faut faire du mot *rash* le substantif et non l'adjectif, puisque c'est le mot *rash* qui doit prédominer. On doit donc dire *rash* varioleux et non variole *rash*. Trousseau, dans sa *Clinique*, parle d'éruptions rouges semblales à celles que l'on désigne sous l'appellation de *rash*. Il faut considérer deux formes de la maladie : 1° la forme morbilleuse, dans laquelle l'éruption se manifeste sur tout le corps; 2° la forme varioleuse *rash*, qui se reconnaît principalement par son siége spécial, qui est généralement le pli de l'aine, et quelquefois aussi les aisselles et les genoux; MM. Delpech, Moreau, etc., citent plusieurs observations. Mais c'est surtout dans la thèse de M. Bessette, qui contient dix observations, que l'on peut étudier les formes de la maladie. Nous voyons ce *rash* varioleux pouvoir devenir grave ; mais cependant il est, la plupart du temps, de forme bénigne. Pour moi, en ce qui concerne mon observation, la variole n'est devenue grave que parce que la femme était enceinte.

M. Chauffard. Pour ce qui regarde l'emploi du mot *rash*, cette discussion seule suffirait à montrer combien le sens de ce mot est confus. Mais il y a deux faits en discussion : un fait particulier et un fait général qui a trait à l'emploi du mot *rash* dans la science. Pour ce qui regarde le fait particulier, c'est-à-dire l'observation de M. Isambert, il n'y a entre nous qu'une dissidence de mots. Pour moi, il s'agit là d'une variole anomale hémorrhagique ; je devrais dire hémorrhagique maligne, car il y a deux sortes bien distinctes : celle qui dès le début s'annonce avec des caractères bien tranchés, et l'autre, qui s'annonce par des caractères insidieux et dans laquelle on ne peut pas prévoir les suites funestes de la maladie. Ce sont là des varioles parfaitement décrites par les auteurs, et c'est parmi elles qu'il faut ranger l'observation de M. Isambert. Il n'y a donc entre nous, à cet égard, qu'une différence de mots.

Quant au second point en discussion, au sens précis à donner au mot *rash*, et surtout à la place prédominente que veut lui faire prendre M. Isambert dans l'appellation de la maladie, puisqu'il en fait le substantif de cette appellation, je ne suis plus de son avis. Qu'est-ce que c'est avant tout que cette maladie? c'est une variole; c'est donc le mot variole qui doit prédominer, et non celui de *rash*, qui ne serait que l'indication de la forme de la variole. Quelle est, en outre, d'après M. Isambert, le caractère distinctif de cette forme qu'il appelle *rash?* c'est, d'après lui, le siége et la couleur jus de mûres des éruptions; mais il me semble bien que, dans plus de la moité des varioles, on peut voir cette éruption de couleur jus de mûres. Ce ne peut donc pas être là un caractère distinctif de la forme *rash*. Quant au siége, je ne pense pas être le seul à avoir observé bien souvent que, dans la variole, l'éruption se montrait au bassin, aux aisselles, aux coudes et aux genoux, alors qu'on ne voyait pas encore la moindre trace d'éruption sur le visage. Je prie donc M. Isambert de ne pas attacher plus d'importance à cette discussion, puisque nous sommes parfaitement d'accord sur le fond, et que tout notre dissentiment se résume sur le sens du mot.

M. Isambert. Je ne suis pas du tout de l'avis de M. Chauffard, quand il dit qu'on voit fréquemment les éruptions se produire d'abord à l'aine. Je ne vois pas, pour moi, que le fait soit fréquent.

M. Colin rapporte que depuis deux ou trois ans il se rappelle avoir perdu plusieurs hommes, dans son service, de cette affection. Il croit donc devoir insister sur la gravité du pronostic à porter en pareil cas.

M. Lallier. J'ai fait quelques recherches à ce sujet. Je n'ai rien trouvé dans Borsieri qui ait trait à cette particularité de la variole; mais j'ai été très-étonné de voir cet accident décrit tout au long dans Bathman, qui en parle même comme d'une chose commune et fréquente en Angleterre.

(M. Lullier donne lecture de l'article en question.)

M. Gallard. La question ne me paraît pas plus avancée qu'avant la thèse de M. Alméras. Ce qui paraît ressortir le plus clairement, c'est qu'il faut regarder cet accident, dans le plus grand nombre de cas, comme devant indiquer une variole bénigne. Pour moi, chaque fois que j'en ai observé, j'ai porté un pronostic favorable. Voici maintenant plusieurs de nos collègues qui nous apportent des observations dont la terminaison a été fatale. Il nous faut donc étudier de très-près la question, surtout au point de vue du pronostic. Pour moi, à ce point de vue, je ne suis pas du tout, jusqu'ici, de l'avis de MM. Chauffard et Colin. Je demande donc que, maintenant que la question du diagnostic est assurée, nous portions nos recherches du côté de la question du pronostic.

M. Dumont-Palier. Je crois qu'il est très-important de porter le diagnostic de toutes les fièvres éruptives pendant la période d'invasion et non pendant la période d'éruption. Je trouve qu'il y a beaucoup de différences entre les diverses observations. Nous voyons d'abord des différences au point de vue de l'époque de l'éruption. Sydenham, Bretonneau (de Tours), et plusieurs autres considèrent la scarlatine comme une maladie bénigne; il y a donc aussi des différences dans la gravité de la maladie; il peut par conséquent y en avoir dans les formes. Les un[s] considèrent la forme rash comme

(1) *Académie de médecine*, séance du 16 août 1864.
(1) *De la spécificité et de la spontanéité dans les maladies.*

bénigne, les autres comme maligne. Il faudrait donc établir des classifications bien nettes entre ces diverses formes.

M. GUBLER. D'après les faits que j'ai observés, j'ai toujours vu le rash en rapport avec la variole non grave. Il en est de même de la forme hémorrhagique qui est en rapport avec la variole bénigne. Le mot rash signifie donc pour moi bénignité de la variole. Ces faits ont, du reste, été parfaitement étudiés dans la thèse d'un élève de M. Bouillaud, M. Bessette, que je m'honore aussi de compter parmi mes élèves. Quant à la lenteur de l'apparition des papules, c'est là un fait assez fréquent. On voit souvent ces éruptions n'apparaître qu'au bout de dix jours; et même, quand on voit que le délai augmente, on peut affirmer qu'il y en aura un très-petit nombre.

COMMUNICATION

Méningite aiguë. — Guérison. — M. BLACHEZ communique à la Société l'observation d'un homme de 42 ans, cordonnier, qu'il a eu dans son service, à l'hôpital Saint-Louis. Cet homme, dit M. Blachez, commettait des excès alcooliques; il buvait surtout beaucoup de vin. Il avait même le tremblement alcoolique. Il entre dans mon service le 10 avril. Deux ou trois jours avant, il avait été pris, chez lui, d'un violent frisson suivi de sueurs abondantes, et le lendemain il avait eu du délire. C'est dans cet état qu'il entra à l'hôpital. On avait, avant moi, porté le diagnostic de fièvre typhoïde. Il avait en effet beaucoup de fièvre; la température montait jusqu'à 39° et 40°; on attendait les taches. Quatre jours après son entrée, le pouls était ralenti, le ventre déprimé et sensible; il avait des hallucinations. Le lendemain, le pouls tombait à 52. Le 16 avril, c'est-à-dire six jours après son entrée, le pouls était à 42 et irrégulier. Ce malade était dans un état de torpeur générale et paraissait atteint de symptômes cérébraux. Vers le 20, il accusait des douleurs de tête atroces. Il avait une céphalalgie excessive; le front était brûlant; ses joues rouges et chaudes. J'ordonnai une application de ventouses à la nuque; il n'y eut pas d'amélioration. J'ordonnai une nouvelle application. Le 24, le pouls était à 60, la température de 39°. Ce malade était presque sans connaissance, et ne tarda pas à être pris de vomissements bilieux. Nous le regardions comme perdu, lorsque, le 27, il se trouva mieux, sans aucun phénomène critique. — Deux jours après il demanda à manger, et quinze jours après il partait pour Vincennes.

A son entrée, j'avais porté le diagnostic de fièvre continue d'alcoolisme; ce n'est que le 16 que je portai le diagnostic de méningite aiguë. Cette observation m'a paru intéressante au point de vue de la guérison si inattendue qui s'est opérée chez cet homme.

M. BOURDON. Il est bien évident qu'il y a eu là un travail de méningite; mais n'y a-t-il pas eu en même temps une petite hémorrhagie cérébrale. On expliquerait ainsi la promptitude de la guérison. J'ai eu à traiter, à la Maison de santé, une femme de mœurs légères, atteinte de méningite. Elle était évidemment alcoolique, puisqu'elle m'avait été amenée en état d'ivresse. Elle avait été prise, pendant une orgie, d'accidents subits qui avaient nécessité son entrée à la Maison de santé. Elle a guéri aussi promptement que l'homme qui fait le sujet de l'observation de M. Blachez. J'ai pensé à une hémorrhagie, et expliqué ainsi sa prompte guérison. Chez les ivrognes, il faut se méfier de ces accidents.

M. BLACHEZ. Chez mon malade, la maladie a débuté très-lentement.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les journaux anglais nous apprennent que le choléra fait de grands ravages dans le gouvernement de Gambie, et qu'il a reparu à Allahabad, dans le 58e régiment de Sa Majesté Britannique.

— L'île Maurice est toujours sujette aux fièvres malignes, qui en ont plus que décimé la population.

— Dans le royaume de Grande-Bretagne, où la vente des médicaments est à peu près libre, les empoisonnements dus à cette cause ne sont point rares. Ainsi, le frère d'un médecin, M. Gratham Guinness, est mort, il y a huit jours, en Irlande, pour avoir pris une forte dose de cyanure de potassium, qui lui avait été vendu comme carbonate d'ammoniaque.

— La Société chimique (*Chemical Society*) de Londres, désirant honorer la mémoire d'un des plus illustres de ses membres, feu le professeur Faraday, a fondé, en souvenir de lui, une médaille d'or qui sera décernée, à des intervalles indéterminés, à tout chimiste étranger qui se sera distingué à un haut degré par les progrès qu'il aura fait faire à la science. Une seconde condition attachée à cette distinction est que le médaillé consente à prononcer un discours de réception en présence de la Société.

Cette médaille vient d'être décernée pour la première fois à un savant français, M. Dumas, secrétaire de l'Académie des sciences, sénateur, ex-ministre de l'instruction publique. On connaît ses titres, les services qu'il a rendus en contribuant, par ses recherches, à établir les principes de la classification chimique ainsi que la théorie des équivalents atomiques, des volumes des vapeurs, de la nutrition animale, etc.

M. Dumas donnera en français le discours, ou plutôt la conférence scientifique de rigueur, le jeudi 17 juin, à Londres, dans la salle de *Royal Institution*.

— L'Académie de médecine de Grenade met au concours les deux questions suivantes : Identité ou dualité du virus syphilitique; prophylaxie de la phthisie pulmonaire. Une médaille d'or et le titre de correspondant seront la récompense des lauréats. Adresser les mémoires écrits en espagnol, latin, français ou portugais, au secrétariat, d'ici le 30 octobre prochain.

— La Société médicale du 6e arrondissement, désirant s'occuper de la question expérimentale du magnétisme animal, croit, dans l'intérêt de la science, devoir faire appel aux personnes qui s'occupent de cette question, et les engager à venir répéter devant elle leurs expériences.

Elle les prie de s'adresser par lettre au secrétaire général de la Société. Mairie du Luxembourg.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 3, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Jeudi dernier, notre cher collaborateur, M. Brochin, exprimait pour nous un espoir qui ne s'est pas réalisé. La discussion sur la vaccine ne s'est pas ouverte, pour nous fournir *de la matière à Premiers Paris*. M. Jules Guérin était malade, et n'a pu se rendre à l'Académie. On a donc dû revenir à la question de l'infection purulente, qu'on avait remise à plus tard.

Dans leurs discours improvisés, MM. Legouest et Bouillaud ont surtout insisté sur la nature et sur les causes de cette affection redoutable. M. Bouillaud a revendiqué, pour la génération médicale dont il fait partie, l'honneur de l'avoir comparée à un typhus, d'en avoir fait une maladie septicémique.

Il se rattache donc pleinement aux opinions de MM. Guérin et Verneuil, et, comme eux, il fait jouer le rôle principal à l'élément typhique, au miasme humain.

Quant à M. Legouest, il n'est pas convaincu que les globules purulents ne pénètrent pas dans les vaisseaux. Les théories de M. Virchow ne l'ont pas pleinement satisfait ; et quand il trouve dans les veines un liquide semblable à du pus, il n'est pas toujours persuadé que ce liquide soit composé exclusivement de leucocythes sanguins.

Il nous semble que le débat doit surtout porter sur ce point ; et nous rappellerons aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* que nous avons exposé déjà les principaux éléments de la question dans un certain nombre de revues, particulièrement le samedi 13 juin 1868.

Notre conclusion était alors que la méthode expérimentale ne confirmait pas entièrement la doctrine de M. Virchow, dans ce qu'elle offrait d'absolu. Rien ne nous paraissait prouver que jamais le pus en nature ne pût pénétrer dans les veines, et que, dans les vaisseaux lymphatiques, les globules purulents dussent nécessairement se trouver arrêtés au premier ganglion.

Nous serions donc prêt à admettre, du moins dans une certaine mesure, l'opinion de M. Legouest en ce qui touche la présence du pus dans les vaisseaux.

Mais il nous semble bien évident qu'il faut chercher ailleurs la cause de ces infections purulentes, qui, sévissant parfois sur une salle d'hôpital ou sur un hôpital entier, y rendent funestes les opérations qui devraient être les plus légères.

Ces infections purulentes coïncident avec des phlébites, des fièvres putrides, des érysipèles graves ; et tous ces accidents doivent avoir pour cause commune un empoisonnement, qui porte à la fois sur l'ensemble de l'individu et principalement sur la plaie.

Nous ne nions pas qu'il soit possible de prévenir quelquefois cet empoisonnement par un traitement local. Bien des moyens ont été tentés dans ce but et on les trouvera énumérés dans la thèse d'agrégation de M. Dubreuil (1) sur le traitement des plaies.

Mais les conditions générales ont une telle influence sur le sort des blessés ou des opérés, que cette année, dans les salles de la clinique, M. le professeur Richet n'a pas perdu un seul malade d'infection purulente, de phlébite ou d'érysipèle ; tandis que dans les salles de l'Hôtel-Dieu, l'année dernière, il hésitait presque à agir, même dans les cas les plus simples, tant ces complications étaient devenues fréquentes.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL COCHIN. — M. LÉON LEFORT.

Fracture de la jambe. — Saillie irréductible du fragment supérieur du tibia. — Application de la pointe métallique — Réduction facile du déplacement. — Guérison.

Malgré ses avantages incontestables, malgré son innocuité constante quand elle est convenablement appliquée, la pointe métallique de Malgaigne est encore peu utilisée dans la pratique ordinaire de la chirurgie.

Cependant, depuis 1843, les travaux publiés par Malgaigne, Davasse, Delabordette, Arrachart, Bérenger Férand, etc., et récemment la thèse de M. Rioms, ont montré de quelle utilité était cette méthode qu'on pouvait croire, à son origine, d'une application périlleuse, mais que des faits nombreux ont montré sans dangers réels. Les trois observations suivantes sont une nouvelle preuve des bons résultats qu'on peut en obtenir.

OBS. I. — B... (Nicolas), charretier, âgé de 54 ans, entré le 13 janvier 1868 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Léon Le Fort. Ce malade s'était laissé tomber du haut de sa voiture, et la roue, en lui passant sur la jambe droite, avait amené une fracture des deux os, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Le péroné et le tibia sont fracturés au même niveau ; la fracture du tibia est oblique du haut en bas et de dehors en dedans. Le déplacement est considérables, car les deux fragments sont à angle droit.

On parvient à réduire en employant des tractions un peu fortes ; mais il est impossible de maintenir la réduction à cause de la tendance du fragment supérieur à se porter en avant. Un appareil de Scultet, maintenu par des courroies, augmenté d'une attelle antérieure appuyant fortement sur le tibia, est conservé pendant dix jours.

Le 24 janvier, on constate que la saillie du fragment persiste, quoi qu'on fasse ; elle est de 1 centimètre 1/2 et ne peut être réduite de moitié qu'en employant une pression telle qu'elle ne pourrait être tolérée par le malade, et ne pourrait être maintenue sans amener des escarrhes. Cependant il est urgent de faire rentrer cette pointe saillante, car la peau a rougi à ce niveau, et au-dessous on trouve un point saillant tuméfié du volume d'une grosse noisette, déjà fluctuant et très-douloureux à la pression.

Le 25, M. Le Fort applique la pointe à peu près au niveau de la partie moyenne du tibia. La pression exercée est très-forte, mais la réduction est complète. Le soir, le malade prétend qu'il a très-bien supporté la pointe ; il ne s'en est pas, dit-il, aperçu de toute la journée. Au niveau de la fracture, on trouve toujours le point fluctuant.

Le 26, la nuit a été mauvaise ; le malade ne souffre pas au niveau de la pointe, mais la pression exercée latéralement par l'arc métallique sur les attelles a amené de l'œdème. On fait cesser cette compression en glissant de petits coins de bois entre l'arc et le plan incliné sur lequel repose le membre.

Une phlyctène s'était montrée au niveau de la fracture, là où le gonflement, la fluctuation qui existaient avant l'application de la pointe, laissaient craindre l'existence d'un abcès.

Le 30, la phlyctène s'est desséchée, le gonflement a complétement disparu.

Le 27 février, aucun accident n'est venu interrompre le traitement ; les phénomènes inquiétants qui s'étaient montrés autour de la fracture et qui avaient déterminé à employer la pointe ont disparu. La pointe est retirée. La jambe est parfaitement conformée, la consolidation est complète ; le membre est mis dans un appareil silicaté. *Exeat* le 9 mars. (LAFAURIE, interne de service.)

OBS. II. — B... Louis, 41 ans, loueur de voitures, entré le 29 juillet 1868, couché au n° 16, salle Cochin, venait d'être jeté en bas de sa voiture. Il présente une fracture de la jambe droite et un écrasement de la rotule du même côté. A 5 centimètres au-dessus de la malléole interne, se trouve, en dedans, une saillie de 1 centimètre 1/2, formée par l'extrémité inférieure du fragment supérieur taillé en pointe. La fracture, très-oblique, commence à 9 centimètres au-dessus de cette saillie. Le péroné est fracturé au même niveau. La rotule est aplatie, comme écrasée, et présente trois fragments qu'il est facile de rapprocher avec le doigt. Le membre est placé dans une gouttière.

Le 30 juillet, la nuit a été mauvaise ; le malade a été tenu éveillé par la vive douleur qu'il éprouve au niveau de la fracture. A la visite, M. Le Fort trouve le membre tuméfié et un écartement considérable des fragments ; le supérieur fait une saillie aussi considérable que la veille. Des tentatives de réduction restent sans résultat ; la saillie formée par la pointe du fragment reparaît aussitôt que les doigts cessent d'appuyer sur le tibia. La jambe est mise sur le double plan incliné ; une attelle antérieure, fortement serrée, suffit à peine à maintenir la réduction.

Le 31, pas de sommeil, douleurs violentes au niveau de la fracture, agitation extrême ; à la visite, M. Le Fort trouve le déplacement reproduit. Il place alors la jambe dans son appareil à suspension et à extension permanente. Un coussin, une attelle, solidement fixés par des sangles, diminuent de moitié la saillie du fragment supérieur.

1er août. Le malade n'a pu dormir, tant à cause des douleurs dans la fracture que de celles que cause la pression exercée par l'attelle tibiale.

Le 2, même état.

Le 3, la saillie du fragment persiste sous l'attelle. On l'enlève, et le déplacement se reproduit comme au premier jour. M. Le Fort applique la pointe à 18 centimètres au-dessus de la malléole interne. La réduction est complète. A partir de ce moment, la douleur au niveau de la fracture disparaît.

Les jours suivants, l'affaissement des coussins force à resserrer un peu la vis, qui est enlevée le 27, après vingt-quatre jours d'application. La jambe est très-bien conformée ; il n'y a ni difformité, ni raccourcissement. A la pression du doigt, on sent que le fragment supérieur fait une saillie de 2 centimètres, qui, à la vue, n'est pas appréciable. Un appareil de Scultet est gardé jusqu'au 13 septembre. Le 13 on applique un appareil inamovible. Le malade sort le 16.

La fracture de la rotule, maintenue réduite au moyen de deux plaques de gutta-percha, moulées sur les fragments, et rapprochées par les griffes de Malgaigne, implantées dans la gutta-percha, est parfaitement réunie. (RIOMS, *Th. inaug.*)

OBS. III. — C..., 49 ans, plâtrier, entre le 22 mars 1869 à l'hôpital Cochin, lit n° 20. Il vient de faire une chute dans laquelle il s'est brisé les deux os de la jambe droite. La fracture du tibia est très-oblique. Le fragment supérieur, très-aigu, est porté en avant, et soulève la peau à quelques centimètres au-dessus de l'articulation. A la visite du lendemain, M. Le Fort place le malade dans son appareil à suspension, et cherche, par l'extension, à réduire la fracture ; malgré la puissance des tractions opérées par la vis sur le pied, solidement fixé à la semelle, la réduction ne peut être obtenue. On applique alors la pointe métallique sur la crête du tibia et vers le milieu de la jambe. La réduction est immédiatement obtenue.

Aucun phénomène particulier n'est à noter. Le malade a, dès ce moment, cessé de souffrir ; la réduction s'est maintenue sans qu'on ait été obligé de toucher à l'appareil, lequel permet, du reste, au malade d'exécuter dans son lit des mouvements très-étendus. La pointe est enlevée le 22 avril. Aucune saillie des fragments n'existe. Le 1er mai, on applique un appareil silicaté ; le 17, le malade sort de l'hôpital. (OYON, externe du service.)

Dans tous ces cas, vingt-quatre heures ont suffi pour amener la guérison de la petite piqûre faite par la pointe, dont la présence n'a même pas déterminé autour d'elle la moindre rougeur.

DE LA SPÉCIFICITÉ DANS LES MALADIES

Par le docteur STANSKI.

(SUITE ET FIN.)

M. Chauffard, après avoir affirmé ainsi la spontanéité des maladies contagieuses, ajoute qu'elle est une première condamnation de la conception de la spécificité, fondée sur l'action d'une cause extérieure spécifique. Il est convaincu que les maladies virulentes sont, ou peuvent être, ou ont été spontanées. Il dit plus loin : « La pathologie animale et la pathologie humaine sont pleines de ces éclosions inattendues de la spécificité ; elles nous montrent trop souvent cette spécificité naissant sous l'action des causes communes, et sans le concours des causes uniques et invariables, qui sont le type consacré des causes spécifiques. »

Arrêtons-nous d'abord à l'objection reprochant à M. Bouley d'appeler *spécifiques* les maladies virulentes et les empoisonnements par venins animaux et par poisons. Ne perdons pas de vue non plus que M. Chauffard relève aussi comme une erreur de M. Bouley, de n'avoir égard dans sa classification qu'à la cause, et que de cette manière, il s'est laissé induire en erreur par des analogies grandes, mais trompeuses. Pour ce qui concerne le fait extérieur ou la cause que M. Bouley a considéré comme caractère de la spécificité, il était logique avec lui-même, puisqu'il l'a établi en commençant que, pour lui, *les maladies spécifiques sont celles qui sont produites par des causes spécifiques dont l'action sur l'organisme est caractérisée par des manifestations constantes d'effets qui sont toujours les mêmes.* M. Bouley ne s'occupe pas d'où peut venir la cause spécifique : dans sa conception de la spécificité, il lui est égal que la cause spécifique soit un virus ou produit d'un individu malade, un venin ou produit d'un animal sain, ou un véritable poison ; l'essentiel est que son action sur l'organisme soit caractérisée par des manifestations constantes d'effets qui sont toujours les mêmes.

Quand M. Chauffard fait tous ses efforts pour exposer les caractères établissant des différences capitales entre les maladies contagieuses et les empoisonnements par venin ou par poison, il est dans le vrai ; mais ses efforts appliqués à la doctrine de M. Bouley portent à faux, car ce savant académicien a probablement senti ces différences essentielles, puisque dans sa conception des maladies spécifiques il établit trois catégories : 1° maladies contagieuses ; 2° les empoisonnements par venin ou par poison ; 3° les épidémies et les endémies. Il ne réunit pas pêle-mêle ces maladies dans la classe des maladies spécifiques, il ne les comprend dans la spécificité que parce que, à son point de vue, elles sont produites par des causes spécifiques, comme cela a déjà été dit. M. Chauffard demandant d'un côté qu'on fasse des synthèses, et critiquant sans une justification logique la doctrine de M. Bouley, qui est une véritable synthèse, me paraît être inconséquent avec lui-même, sans compter que ses objections peuvent être adressées avec la même justesse à sa manière de concevoir les *maladies spécifiques*, comme on va le voir plus loin.

L'auteur du livre sur la spécificité et la spontanéité dans les maladies, reprochant à M. Bouley que, par l'acception des causes spécifiques comme caractère de la spécificité, il n'admet pas la spontanéité de ces maladies, me paraît être dans l'erreur, puisque M. Bouley n'exclut nulle part la spontanéité des maladies spécifiques. Mais, en outre, on peut reprocher à M. Chauffard aussi que, dans sa conception des maladies *spécifiques*, il commet une erreur de fait, et qu'il se rend coupable de confusion. En effet, pour prouver la spontanéité des maladies spécifiques, il dit : « La morve chez les solipèdes, la rage chez les animaux de la race féline, en sont un

(1) *Des Diverses méthodes de traitement des plaies*, par M. Dubreuil, ancien prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1869, P. Savy, libraire-éditeur.

exemple vulgaire; le typhus, la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, la méningite épidémique, en sont la démonstration chez l'homme. »

Dans les sciences positives, il n'est permis à personne de s'écarter d'un seul pas de l'ornière que nous trace la nature dans ses manifestations. S'il est démontré que des maladies réellement contagieuses ou inoculables peuvent se développer spontanément chez certaines espèces animales, il n'est pas moins incontestable que ces mêmes maladies ne se développent jamais spontanément chez l'homme; il faut observer rigoureusement cette démarcation surprenante établie par la nature, et ne pas introduire dans la science une confusion, en s'appuyant sur le mode de manifestation des maladies chez une espèce, pour en tirer des conséquences pour une autre espèce. Pour être rigoureusement logique, il faut respecter cette démarcation, et puisqu'il ne nous a pas été permis jusqu'à présent d'en comprendre la raison, cela doit être pour nous un motif grave d'étudier et de méditer sérieusement le sujet, mais non de trancher la question, en émettant des opinions qui ne font que de la confusion.

Pour ce qui concerne l'exemple du typhus, de la fièvre typhoïde, de la fièvre puerpérale, qui, aux yeux de M. Chauffard, élaborent un principe qui transmet ces maladies à une personne saine, c'est tout simplement une erreur de fait. Quand on écrit un ouvrage sérieux, il faut appuyer ses opinions sur des faits irrécusables, et, dans ce cas, il aurait fallu d'abord démontrer que le principe élaboré par ces maladies *existe*, et que ces maladies sont réellement contagieuses.

Il résulte de ce qui précède, que si M. Chauffard peut reprocher à M. Bouley de comprendre, dans sa conception de la spécificité, des maladies se développant spontanément, on peut, à plus forte raison, relever deux erreurs dans sa manière de concevoir les *maladies spécifiques* : 1° d'affirmer la spontanéité des maladies virulentes, quand elles ne se développent jamais spontanément chez l'homme; 2° de considérer comme élaborant un virus, des maladies, il est vrai spontanées, mais dont la contagiosité n'a jamais été péremptoirement démontrée. Ce confrère définit les maladies de la manière suivante : « La maladie spécifique, quelles que soient ses causes occasionnelles, est celle qui se manifeste et se juge par la création et l'émission des produits spécifiques, c'est-à-dire capables de transmettre à un organisme sain la maladie dont ils sont le signe et le produit. » Il ajoute plus loin : « A côté de cette définition, nous rappelons le fait important qui en découle, à savoir que toute maladie spécifique est, par cela même, transmissible et contagieuse. »

M. Chauffard, en considérant les maladies réellement communicables comme *maladies spécifiques*, croit faire une synthèse, mais cette synthèse est déjà faite, puisqu'on les comprend dans la grande classe des *maladies contagieuses*, et la manière dont elles influencent les personnes saines s'appellent *contagion*. Cet auteur objecte enfin à M. Bouley, qu'en ne considérant que la cause, il s'est laissé induire en erreur par des analogies grandes mais trompeuses; or, j'avais déjà annoncé que le même reproche peut être adressé à la synthèse de M. Chauffard. En effet, si les maladies réellement contagieuses ont le caractère commun d'élaborer un principe qui communique la même maladie à une personne saine, elles présentent, sous le rapport de l'incubation, des symptômes, de la marche, de la terminaison et du traitement, bref, dans toute leur nature, des différences et des séparations infranchissables. Si les maladies spécifiques, c'est-à-dire produites par des causes spécifiques, comme le comprend M. Bouley, ou élaborant un principe contagieux comme l'entend M. Chauffard, présentaient, sous tous les rapports, exactement les mêmes caractères, ni l'un ni l'autre de ces deux académiciens ne serait, en en faisant une classe, en face d'une synthèse, mais bien en face de la même maladie.

On peut donc voir, par cette étude sur la valeur des termes : *spécificité, spécifique*, l'insignifiance de ces mots appliqués à la médecine, on peut voir, en outre, par la comparaison de ces deux définitions quelle différence il existe dans les opinions de deux savants relativement à la question par la raison, comme nous l'avons déjà dit, qu'étymologiquement ces mots n'ont pas de signification précise, et qu'il n'existe aucun attribut particulier de maladies qui exige leur application.

Examinons maintenant quelle lumière apportent les mots *spécificité, spécifique*, dans les applications pratiques. Pour ce qui concerne la clinique ou la détermination de la nature des maladies, le mot spécifique même, en lui accordant un sens quelconque, ne détermine spécialement aucune maladie. Qu'un médecin entre dans la salle d'un hôpital, et qu'on lui dise que les personnes qui s'y trouvent sont atteintes de maladies spécifiques, il ne sera pas plus éclairé sur la nature de leurs maux qu'avant d'être entré dans cet établissement hospitalier; et si, pour lui donner une idée sur ce que c'est que la spécificité dans les maladies, on lui exposait les idées de Hunter, de Legrous, de Requin, de Chomel, de MM. Bouchut, Bouley et Chauffard, il en saura autant sur la question que si on ne lui avait rien dit. Qu'un médecin soit en présence de trois malades portant des exostoses aux tibias, quelle précision donnerait-il au diagnostic de ces maladies, en disant que ces individus sont atteints de maladies spécifiques? La détermination de la nature des maladies est souvent trop difficile pour qu'on ne s'abstienne pas d'y ajouter des difficultés nouvelles résultant du vague des expressions. Dans ce cas, ce n'est pas la spécificité qu'il importe de connaître, mais il faut déterminer si les exostoses sont d'une nature syphilitique, scrofuleuse ou cancéreuse. Qu'un professeur ait à déterminer la nature d'une maladie consistant dans des taches cutanées plus ou moins rouges, ayant une marche plus ou moins aiguë, cela n'avancerait pas beaucoup l'instruction des élèves, s'il leur disait que c'est une maladie spécifique; l'essentiel est de savoir si les taches sont une rougeole, une syphilide ou bien une autre éruption dartreuse.

Voyons à présent l'utilité du néologisme *spécificité* dans les maladies quant au traitement. Prenons un médecin qui a quatre malades à soigner : le premier est atteint de la syphilis, le second a été mordu par un chien enragé, le troisième par une vipère, et le quatrième a avalé de l'acide sulfurique; nous croyons que ce serait un grand malheur pour les malades si le médecin cherchait les indications du traitement dans la spécificité. C'est la connaissance exacte de la nature du mal qui seule peut mettre dans ses mains des moyens utiles pour sauver les malades. Le plus pressé est de connaître la nature du venin ou du poison pour les neutraliser sur place, la longueur du temps depuis lequel le poison a été introduit dans l'économie et les désordres qu'il a pu produire, car c'est alors qu'on saura la conduite qu'on aura à tenir dans le traitement.

Enfin, que ceux qui comprennent dans la spécificité des maladies miasmatiques, épidémiques et diathésiques veuillent bien nous éclairer sur l'indication que trace la spécificité du typhus, de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, de la scarlatine, de la rougeole, du choléra ou de la scrofule. Ce n'est pas dans ces cas aussi la spécificité qui dirige notre traitement, c'est encore la nature de la maladie et les accidents qui peuvent la compliquer, qui sont le point de départ des moyens à mettre en usage.

Qu'on ne vienne pas nous dire que si la spécificité n'indique pas précisément une thérapeutique rationnelle à suivre, elle nous trace les moyens à employer pour nous préserver contre les maladies spécifiques, par exemple l'isolement des malades; car, dans ce cas, puisque vous entendez par maladies spécifiques, que personne ne comprend, *maladies communicables*, appelez-donc ces maladies par les termes clairs et intelligibles qui leur sont propres et dites : Garez-vous, parce que ce sont des *maladies contagieuses*.

Je pense que toutes les raisons exposées qui me paraissaient irréfutables contre l'emploi des mots *spécificité, spécifique*, n'empêcheront pas certains esprits de se servir de ces expressions, exactement comme les arguments non réfutés établis par moi contre la contagion des épidémies n'ont pas empêché quelques auteurs de considérer les maladies épidémiques comme contagieuses : aussi mes travaux ne s'adressent-ils pas à l'entêtement, mais bien au bon sens et à la logique des hommes.

CONTRACTURE ESSENTIELLE DES EXTRÉMITÉS

Observation recueillie par M. Berthelot, médecin-inspecteur des Enfants assistés du Gard.

L'observation suivante nous ayant semblé présenter un intérêt réel au double point de vue du malade, et de la rareté d'une affection assez peu connue des jeunes praticiens, nous n'hésitons pas à la publier dans son extrême simplicité.

Il s'agit d'un petit garçon de 31 mois, fils d'un nommé F... B..., ouvrier des mines de charbons de Cepons et Trébiau, et demeurant chez ses parents au hameau de Brossous, commune de Chamborigaud (Gard).

Cet enfant avait, jusqu'à ces derniers temps, joui d'une santé à toute épreuve; la dentition s'était opérée sans le moindre accident, et il mangeait, nous disait la mère, *de t ut et autant que son père*.

Il fut apporté à notre consultation le 2 février dernier, et on nous raconta que depuis une huitaine il avait été pris d'un cours de ventre qui lui occasionnait 12 à 15 selles par jour.

Le petit malade ne présentait pas de fièvre; l'appétit semblait plutôt augmenté que diminué, mais le ventre était tendu, douloureux à la pression, et les digestions se faisaient mal, car tous les aliments absorbés se retrouvaient en nature dans les selles.

L'enfant, nous dit-on, avait maigri; mais cependant il était encore gros et fort, et présentait un faciès très-satisfaisant.

Les affections vermineuses étant fort répandues dans le Midi, nous prescrivons :

Pour le soir :

Calomel 0,10, santonine 0,10; en deux prises.

Pour le lendemain matin :

Huile de ricin 25, sirop de gomme 25, eau distillée 50. — Mêlez et agitez.

Ce simple moyen, joint à une diète modérée, nous a souvent suffi pour arrêter ces diarrhées muqueuses si fréquentes dans nos pays.

Cette fois il n'en fut point de même, et trois jours plus tard, c'est-à-dire le 2 mars, nous prescrivîmes le traitement suivant :

1° Faire boire à l'enfant de l'eau de riz très-légère édulcorée avec du sirop de coings;

2° Lui administrer les deux lavements suivants; un le soir, l'autre le lendemain matin.

1/2 lavement amidon.
Sous-nitrate bismuth; 2 grammes.
Laudanum Sydenham 5 gouttes.
F. S. A.

En préparer deux;

3° Toutes les deux heures (*excepté pendant le sommeil qu'il faudra toujours respecter*), une demie cuillerée à bouche de la potion suivante :

Eau de laitue...........	100 grammes.
Sirop gomme....... ...	25 —
Sous-nitrate bismuth....	2 —
Laudanum de sydenham.	10 gouttes.
F. S. A.	

La diarrhée disparut, et quelques jours plus tard les parents vinrent nous annoncer la guérison de l'enfant. — C'était donc le 5 ou 6 mars.

Nous l'avions complétement oublié, quand le jeudi 18 mars le père vint nous prévenir que son enfant avait été, dans la nuit, pris de *convulsions*.

Malheureusement, forcés de nous rendre sur un autre point, nous ne pûmes voir l'enfant, et guidés par des renseignements fort infidèles, sans doute, que l'on nous donna, nous pensâmes qu'il s'agissait d'une indigestion avec mouvements convulsifs des bras. Cet accident, que nous voyons journellement ici à la suite d'indigestions provenant de la nourriture grossière du pays (châtaignes sèches et pommes de terre), cède habituellement à l'emploi d'un vomitif suivi ou non de l'administration du calomel à doses fractionnées.

Nous conseillâmes donc :

1° De faire prendre par demi cuillerées à bouche, toutes les dix minutes, jusqu'à vomissements abondants :

Sirop d'ipéca 30, poudre d'ipéca 0,50. — Mêlez;

2° Si les accidents persistent, donner toutes les heures, dans un peu d'eau sucrée, un des paquets suivants :

Calomel 0,10, sucre en poudre 1. — Mêlez pour 10 paquets.

Le lendemain se passa sans nouvelles, mais le samedi 19 mars on vint me chercher dès le matin, et c'est alors que nous avons trouvé l'enfant dans l'état que nous allons décrire.

Il était couché sur le dos, poussant des cris continuels, et portant sur son visage l'expression d'une vive douleur. Il était très-abattu, mais cependant il suivait des yeux tout ce qui se passait autour de lui, et comprenait parfaitement tout ce qu'il voyait. Voulant lui tâter le pouls, nous fûmes surpris d'une sensation toute particulière *de cordes dures et tendues*, que formaient au poignet les tendons des fléchisseurs. Nous vîmes alors que le poignet et la main offraient une déformation considérable. Des deux côtés, et d'une façon tout à fait symétrique, les doigts étaient fléchis sur la paume de la main, mais tout d'une pièce; car les phalanges étaient au contraire dans l'extension et les doigts écartés les uns des autres. Le pouce était en travers, pris sous les doigts. Les poignets étaient aussi dans la flexion, ce qui contribuait encore à augmenter la déformation du membre. Il était impossible de redresser les doigts, et chaque tentative faite dans ce but augmentait les angoisses de l'enfant, qui poussait alors des hurlements. Nous demandâmes à la mère à voir les pieds; elle nous répondit qu'il n'y avait rien de ce côté; cependant, ayant fait découvrir le petit malade, nous pûmes nous convaincre que l'affection avait gagné les membres inférieurs; les orteils étaient fortement fléchis, le pied dans une extension forcée et la pointe en dedans. Comme aux bras, il nous fut impossible d'obtenir le redressement, et nos tentatives, en ce sens, furent toujours accompagnés de vives souffrances. Les coudes et les genoux étaient libres.

L'enfant était naturellement dans l'impossibilité de se servir de ses membres, et cette situation avait fortement alarmé les parents. Lorsqu'ils nous demandèrent notre avis sur la gravité de l'affection, nous étions nous-mêmes fort effrayés et n'osions guère les rassurer.

En présence de ces symptômes si graves, nous eûmes, *un instant*, la pensée de couvrir la colonne vertébrale de cautères, la tête et la nuque de vésicatoires, etc., etc. Cependant, vu l'absence des douleurs le long de la colonne vertébrale et du côté de la tête, et à cause de l'intégrité de l'intelligence, si parfaite chez cet enfant, nous repoussâmes cette médication brutale pour en adopter une autre dont le succès dépassa amplement nos espérances.

C'est surtout la douceur d s moyens employés et les résultats si rapidement obtenus qui nous engagent à publier cette observation.

Nous prescrivîmes pour la journée du samedi trois grands bains tièdes d'une demi-heure chaque.

Pour boissons, tilleul léger, additionné d'une cuillerée à bouche de sirop diacode par verre de liquide. — Diète absolue.

Le dimanche 20 mars, à huit heures du matin, l'enfant ne pleurait plus autant; sa figure était bien plus calme; et en examinant les membres, nous reconnûmes que si les extrémités étaient encore dans un état de contracture très-réel, les tendons n'étaient plus aussi durs, et que l'on pouvait assez facilement redresser les doigts et les orteils.

En conséquence, nous fîmes continuer le même traitement.

Le lundi 21, à deux heures de l'après-midi, nous trouvâmes le petit malade assis dans son lit et pleurant pour avoir à manger.

L'enfant présentait ses deux petites mains et *saisissait* tous les objets qu'on lui présentait. Nous lui fîmes donner devant nous un bol contenant du lait, et *lui-même* prit le vase, le porta à sa bouche, et but avidement. Nous avons alors supprimé l'usage du sirop diacode, en recommandant pour une huitaine de jours l'usage des bains d'eau tiède. Le 25 mars, nous avons revu l'enfant; il allait toujours bien, mais sa mère s'était aperçue que ses jambes étaient faibles et avaient peine à le supporter. Nous conseillâmes des frictions sur la colonne vertébrale et les membres inférieurs, avec un liniment composé à parties égales d'huile camphrée et de vin aromatique.

Le 12 avril, nous avons rencontré l'enfant jouant dans la rue avec ses petits camarades, et ne présentant aucune trace de l'affection qui nous avait si fortement alarmé.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 15 juin 1869. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports sur le service médical des eaux minérales : d'Amélie-les-Bains (Pyrénées Orientales), par M. le docteur Genieys; de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Charmassou, de Puy-Laval. (Commission des eaux minérales);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1868 dans les départements de Loir-et-Cher, de la Haute-Loire, des Pyrénées-Orientales;

3° Un rapport de M. le docteur Bocamy, sur une épidémie de fièvres pernicieuses qui a régné en 1868 dans la commune de Palau-Belle-Vidre (Pyrénées-Orientales) [Commission des épidémies].

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

Un pli cacheté adressé par M. Graucher, interne de l'hôpital des Enfants (accepté).

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. J. Guérin, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance pour cause d'indisposition.

En conséquence, la discussion sur la vaccination animale, qui devait commencer dans cette séance, est renvoyée à mardi prochain.

M. Dubois, d'Amiens, présente, au nom de l'auteur, M. le docteur Bertrand de Saint-Germain, un volume intitulé : *Descartes, considéré comme physiologiste et comme médecin.*

M. Gosselin présente une thèse *sur les hôpitaux sous tentes*, par M. le docteur Schatz.

M. Broca présente, au nom de M. Trélat, deux brochures : l'une sur la *Trachéotomie dans les lésions syphilitiques des voies respiratoi-*

res; l'autre sur l'*Hypertrophie unilatérale partielle ou totale du corps* (en collaboration avec M. Menod, interne des hôpitaux).

M. DEPAUL, au nom de M. Guéniot, présente une thèse de concours sur les *Luxations de la hanche, congénitales ou acquises, dans leurs rapports avec les vices de conformation du bassin.*

M. LARREY offre en hommage, au nom de M. le docteur Chenu, médecin principal d'armée, en retraite, deux volumes intitulés : *Statistiques médico-chirurgicales de la campagne d'Italie, en* 1859 *et* 1860.

M. LARREY, après une analyse rapide de ce travail, ajoute en terminant : « Tel est l'aperçu bien incomplet d'un ouvrage qui a coûté beaucoup de temps, de travail et de dépenses à son auteur. Puisse-t-il en être récompensé par le succès de son œuvre, par l'attention des corps savants et par la reconnaissance des médecins de l'armée. »

M. TARDIEU présente : 1° au nom de MM. Delmas et Sentex, de Bordeaux, une brochure intitulée : *Recherches expérimentales sur l'absorption des liquides par les voies respiratoires ;*

2° Au nom de M. le docteur Bottentuit, une thèse sur les *Gastrites chroniques.*

M. TARDIEU, à l'occasion du procès-verbal, fait la commmunication suivante :

« M. Landrin, dit-il, a communiqué à l'Académie, dans sa dernière séance, les résultats d'expériences relatives aux effets de la coralline, qui sont en opposition avec ceux que M. Roussin et moi avons obtenus. Bien que j'entrevoie quelques-uns des motifs de cette divergence, je m'abstiendrai de toute remarque sur ces expériences, dont je ne connais pas les détails, et sur lesquelles je n'ai aucun parti pris. Je me contenterai de faire observer que les conclusions négatives des recherches de M. Landrin, ne contredisent et n'atteignent en rien les observations très-positives dont j'ai entretenu l'Académie. Les accidents déterminés par l'usage de bas de soie teints en rouge, sont un fait hors de toutes contestations. Les exemples s'en sont offerts à un grand nombre de médecins, comme à moi-même, et il y a quelques jours encore, M. Nélaton m'adressait un jeune homme atteint d'éruption caractéristique des pieds et présentant tous les symptômes que j'ai décrit.

« Je ne suis pas encore assez complétement édifié sur les procédés de teinture employés dans cette fabrication étrangère, pour affirmer que la coralline seule puisse être incriminée, et, sur ce point, de nouvelles études offriraient certainement un grand intérêt. Je rappellerai seulement que cette substance n'est mélangée dans la teinture des bas de soie à aucun poison de nature minérale, tels que l'arsenic, le mercure et le plomb, et que l'usage de ces bas teints en rouge n'en a pas moins, pour certaines personnes, les graves inconvénients que j'ai signalés. C'est là un fait que je tiens, quant à présent, à maintenir. »

RAPPORT

M. CHEVALLIER, au nom de la commission des eaux minérales, présente un rapport sur une demande en autorisation d'exploiter une nouvelle source thermale pour l'usage médical. Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur les affections purulentes. La parole est à M. Legouest.

Discussion sur l'infection purulente.

M. LEGOUEST. Je ne veux pas examiner si le fait rapporté par M. Guérin est un exemple incontestable de guérison d'infection purulente. Je crois à la guérison de l'infection purulente; j'en ai vu des exemples; mais jamais, je dois le dire, alors qu'il existait des abcès intérieurs.

Ce qui caractérise surtout l'observation de M. Guérin, ce qui la rend extraordinaire, c'est l'existence d'abcès dans le tissu du foie. Quand il existe seulement des dépôts purulents extérieurs, il n'est pas rare que l'infection purulente guérisse; mais, je le répète, elle ne peut guérir que très-exceptionnellement quand il s'est fait des abcès viscéraux.

M. Guérin nous a développé à cette occasion une théorie de l'infection purulente qui n'est point nouvelle; c'était déjà celle de Copland, en Angleterre, en 1844; et l'année précédente, en France, Sedillot et Darcey en avait émise une qui s'en rapproche. M. Guérin, comme Copland, compare le miasme animal au miasme paludéen; il combat la doctrine de la phlébite; il n'admet pas la possibilité de la présence du pus dans les veines, par suite, soit d'inflammation, soit d'érosion de ces vaisseaux. Suivant lui, ce ne sont point des globules sanguins qu'on peut rencontrer dans les veines, ce sont des globules blancs, des leucocythes.

Mais, entre le cas de leucocythémie et celui d'abcès veineux, il y a de grandes différences. Si les caractères qui permettent de distinguer au microscope les globules blancs des leucocythes ne sont pas tellement certains qu'ils ne puissent laisser place au doute, il y a des circonstances fréquentes dans lesquelles on constate parfaitement à l'œil nu la présence du pus dans les veines, depuis le foyer purulent, dû au traumatisme par exemple, jusqu'à la veine cave et même jusqu'au cœur.

Il n'est pas de chirurgien qui n'ait vu de tels cas et ne les ait considérés comme évidents.

M. Guérin admet que l'infection purulente est due à des miasmes animaux, à un *typhus chirurgical.* Je crois même qu'il admet cette infection sans plaie.

M. GUÉRIN. J'ai dit précisément le contraire.

M. LEGOUEST. Soit. M. Guérin a voulu dire qu'il fallait qu'il y eût plaie. Mais dans les réunions de blessés, alors que les miasmes putrides existent, et bien qu'il y ait plaie, les malades meurent, les uns du typhus, d'autres du choléra, d'autres de dyssentrie, d'autres enfin de fièvres purulentes, tandis que tous devraient mourir de cette dernière cause, si M. Guérin disait vrai, et si l'infection purulente était le typhus chirurgical.

Les deux grands arguments qu'invoque M. Guérin, pour comparer au miasme paludéen le miasme animal qui selon lui produit la fièvre purulente, ce sont : 1° le frisson du début, frisson qui se répète plus ou moins souvent par la suite; 2° l'absence d'infection purulente à la suite des opérations dans les petites villes, dans les campagnes et dans la pratique privée.

Cette dernière allégation est trop absolue. On peut, dans toutes les situations possibles, à la campagne, etc., observer l'infection purulente, soit chez des blessés, soit chez des femmes en couches. Il est très-vrai qu'elle est plus rare partout ailleurs que dans les hôpitaux, et surtout dans les hôpitaux encombrés. Mais ne pourrait-on pas expliquer les accidents, plus fréquents dans ce cas, par le mauvais état des plaies, par l'érosion des vaisseaux, l'absorption du pus, aussi bien que par les conditions hygiéniques détestables qui résultent de l'encombrement ?

Je suis prêt à admettre dans une certaine limite l'influence des causes générales ; mais ce n'est pas chose nouvelle; de tout temps on a tenu compte de l'état général des blessés et du milieu dans lequel ils se trouvaient. Je suis même disposé à faire de l'éclectisme ; mais mon éclectisme ne va pas jusqu'à rien emprunter au virus traumatique de M. Verneuil. Je ne peux pas admettre que la fièvre traumatique joue un rôle dans la production de l'infection purulente, car justement la fièvre traumatique cesse précisément alors que commence la sécrétion du pus. Quelquefois pourtant, l'infection purulente débute pendant la fièvre traumatique, ou même avec elle ; mais est-ce une raison pour confondre des affections si profondément différentes dans leur marche, dans leurs symptômes, leurs pronostics, leurs terminaisons ?

Occupons-nous maintenant du traitement médical et du traitement local. Ce qui a conduit M. Guérin à employer le sulfate de quinine, c'est, avons-nous dit, le frisson. Mais le frisson n'existe pas seulement dans les fièvres intermittentes et dans les fièvres purulentes. On l'observe dans les névralgies, dans les rhumatismes et dans un grand nombre d'affections chroniques. On leur a opposé le sulfate de quinine; mais il est bon de distinguer le type et la nature d'une affection donnée. Le sulfate de quinine combat le type intermittent, il ne guérit pas la maladie.

Depuis longtemps M. Sédillot a fait des expériences qui prouvent que le frisson coïncide avec l'introduction du virus dans les veines ; à chaque nouvelle introduction du pus, nouveau frisson. On peut donc juger par la reproduction de ce symptôme quelle est la quantité de pus absorbé ; et cette question est importante, car, comme l'a dit avec raison M. Broca, la vie ou la mort dépend alors du dosage du pus.

Le pus n'est pas la seule substance dont l'introduction dans les veines produise un frisson. Tout cathétérisme suivi de sang, est en général suivi d'un frisson. Les vaisseaux étant éraillés, les malades, pour ainsi dire, *se pissent dans les veines.* Si les érosions sont légères, elles guérissent tôt et le frisson ne se reproduit pas; si elles sont plus étendues, si elles persistent, les frissons reparaissent et se répètent; la quantité de substances étrangères introduites dans le sang est plus considérable, et le malade peut en mourir.

Dans les infections purulentes, je préfère le quinquina au sulfate de quinine, parce que le principale indication est de soutenir le malade et de lui donner ainsi le temps de voir s'effectuer l'élimination du pus qui circule dens ses veines.

Voilà pour le traitement général; mais ce qui est bien plus important, c'est le traitement local de la plaie. Comme M. Sédillot l'a montré, il importe de ne pas réunir par première intention; il faut interposer entre les lèvres des plaies des mèches induites de cérat ou des tyrax, pour offrir un libre écoulement au pus qui se forme. C'est ma pratique constante depuis vingt ans, et des masses de faits militent en sa faveur.

M. Verneuil a dit qu'au sujet de la fièvre purulente il y avait une sorte de désespérance. Oh! non. Je la regarde, pour ma part, comme très-curable, mais avant la multiplicité des abcès viscéraux. Dès les premiers frisons, il faut cautériser. Sédillot employait autrefois la cautérisation transcurrente du moignon; maintenant, parfois, il pratique l'amputation en pareil cas. J'aime mieux la cautérisation de la plaie elle-même, ou le lavage par le perchlorure de fer pur. Ce moyen a rendu les plus grands services pendant la campagne de Crimée. Il a pour effet de supprimer la suppuration et de donner ainsi au pus déjà absorbé le temps de sortir des vaisseaux.

M. BOUILLAUD. Je ne prendrais pas la parole dans cette discussion si elle n'était pas médicale en même temps que chirurgicale. Mais toutes ces théories qu'on nous présente comme nouvelles, nous les avons connues de tout temps.

On a toujours admis, depuis Galien, la grande division des fièvres continues en : 1° inflammatoires; 2° putrides. Or, qu'est-ce que l'infection pururente, sinon la fièvre putride de Galien?

Au commencement de ce siècle, lorque Pinel remplaçait par le solidisme l'humorisme de Galien, on avait abandonné ce nom de fièvre putride pour celui de fièvre adynamique; c'était toujours la même chose.

Puis est venue la réaction contre le solidisme : la jeune génération d'alors, à peu près toute entière, Blandin, Maréchal, Donné, Andral et moi, nous avons rendu son importance à l'élément putride. Dès 1824, dans mon mémoire sur la phlébite, j'ai montré que l'élément putride et l'élément inflammatoire sont antipathiques l'un à l'autre. L'inflammation prépare une organisation, l'état putride est destructif de la vie, il mène à la destruction des tissus qui en sont frappés. Nous avons prouvé que la fièvre putride était une maladie putride, et non-seulement nous avions alors les mêmes idées, mais nous employons les mêmes termes que M. Guérin. Les fièvres putrides peuvent être le produit d'une affection locale extérieure ou intérieure. Nous avons fait voir que dans ce qu'on appelait fièvre typhoïde ou entéro-mésentérique, l'absorption d'éléments putrides par les plaques de Peper ulcérées jouaient le principal rôle ; et en même temps, Duges, Dagueneau, etc., ont prouvé que le ramollissement putride de l'intérieur de l'utérus, était la cause de ce que Cruveilher nommait le typhus puerpéral. Jamais aucun de nous n'a confondu les accidents produits par les maladies inflammatoires des veines et des vaisseaux lymphatiques avec les maladies qui viennent d'éléments putrides. Dans l'étude de la phlébite, Cruveilher a parfaitement distingué ces cas différents, et moi, chez les quelques centaines de femmes en couches que j'ai reçues dans mon service pendant quarante ans, je n'ai jamais été inquiet des accidents inflammatoires, péritonite, etc.; mais quand paraissait le frisson, quand je voyais le ventre se ballonner en restant indolent, etc., alors seulement je portais le pronostic le plus grave, car il s'agissait d'infection putride.

Que les foyers de septicémie soient en dedans ou en dehors, la mortalité est épouvantable. Alors il deviendrait absurde de songer aux antiphlogistiques, et le sulfate de quinine lui-même est bien loin d'avoir l'efficacité que M. Guérin lui suppose.

Le sulfate de quinine guérit la fièvre intermittente par une espèce de miracle. Il n'y a rien de plus miraculeux que ce remède, qui donné entre deux accès, lorsque le mal n'existe pas, guérit néanmoins. Nul ne peut dire comment et pourquoi. Mais dans les fièvres continues, dans les fièvres typhoïdes, alors qu'il existe quelque part des foyers de septicémie, alors le sulfate de quinine n'a plus la même valeur ; il ne guérit plus, et, comme M. Legouest, je lui préférerais le quinquina.

En résumé, je ne vois pas ce que M. Alphonse Guérin nous a appris, qui ne soit parfaitement connu pour le moins, depuis quarante ans.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. DEMARQUAY présente à l'examen de l'Académie un homme qui a été opéré, il y a vingt-cinq ans, par Blandin, dans les circonstances suivantes. Cet homme, qui était alors officier dans l'armée française, eut une congestion cérébrale qui lui fit perdre connaissance, et il tomba au milieu d'un brasier ardent. Il eut les deux paupières et l'œil du côté droit, le nez et la paupière inférieure gauche, complétement brûlés. Blandin essaya de sauver l'œil gauche par une opération autoplastique ; il créa de ce côté une paupière inférieure à l'aide d'un lambeau emprunté à la région temporale; l'opération réussit très-bien, et la paupière ainsi constituée présente un aspect satisfaisant, bien que le malade soit obligé de la relever par un bandage pendant la nuit, pour recouvrir entièrement le globe oculaire

En même temps, Blandin essayait de rétablir un nez par la méthode indienne, en empruntant au bras gauche du malade le lambeau destiné à cette autoplastie. On laissa le bras fixé contre la face par un bandage pendant 29 jours, après lesquels on trouva le lambeau solidement rattaché au moignon du nez. Immédiatement après sa séparation d'avec le bras, le nouveau nez était insensible ; mais actuellement, après vingt-cinq ans, il jouit d'une sensibilité exquise, presque exagérée; le moindre contact y est perçu, et le patient se rend très-bien compte du point touché.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE

CONCOURS DE L'ANNÉE 1868.

L'Académie des sciences a tenu, lundi dernier, sa séance publique annuelle. M. Dumas, sécrétaire perpétuel, a proclamé les prix décernés pour 1868, et les sujets de prix proposés pour 1869.

Voici l'énumération des prix décernés à des médecins :

PRIX DE STATISTIQUE, fondé par M. de Montyon, décerné à M. le docteur Berigny, de Versailles.

La commission a distingué, dans le grand nombre de travaux envoyés au concours, la collection d'observations météorologiques faites à Versailles, pendant vingt et un ans, par M. Berigny. La météorologie fait de grands efforts pour se constituer à l'état de science, et tout donne l'espoir qu'elle y parviendra, surtout si l'on prend soin de conserver précieusement les données de l'observation. M. Berigny a eu la persévérance bien méritoire, réunie à l'exactitude savante, de recueillir des donnés journalières que l'on retrouve bien rarement constatées par le même observateur dans un espace de temps aussi grand. Le savant auteur a surtout travaillé, en vue de l'avenir, pour la postérité. Il sait ce que valent les conclusions prématurées.

La commission a pensé que, par des observations si complètes, par une constance si prolongée, M. Berigny avait bien mérité de la science, et elle n'a pas hésité à lui réserver le prix.

Mention très-honorable est accordée à M. le docteur Ebrard, pour la partie de son Essai historique et statistique sur les établissements et institutions de bienfaisance dans la ville de Bourg, de 1560 à 1862.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, décerné à M. Gerbe, pour ses importantes recherches relatives au rôle de la vésicule de Purkinje et de la vésicule de M. Balbiani dans l'ovule primitif. Le prix de physiologie expérimentale a été élevé à 1,500 francs.

Un encouragement de 500 francs est de plus accordé à M. Goujon, pour son travail intitulé : *Recherches expérimentales sur les propriétés de la moelle des os.* Le savant physiologiste a démontré ce fait très-curieux, à savoir que la moelle peut se greffer, et possède, comme le périoste, la propriété de reproduire les os. De petits fragments de moelle de l'un des fémurs d'un lapin, transplantés sous la peau du même animal, ont donné naissance à des productions osseuses.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE. M. Villemin obtient un prix de 2,500 fr.; MM. Felz, Flint et Raciborski, une mention honorable de 1,500 fr.

L'Académie a récompensé les remarquables recherches de M. Villemin sur l'inoculation du tubercule de la phthisie pulmonaire. Déjà l'auteur avait annoncé, l'année dernière, ce fait important, mais la commission avait désiré que de nouvelles expériences fussent faites, pour en poser la réalité comme incontestable.

Si l'on fait à l'oreille d'un lapin, à l'aisselle, une plaie sous-cutanée, et que l'on y insinue une parcelle grosse comme une tête d'épingle de matière tuberculeuse prise sur l'homme, sur la vache, on ne tarde pas à voir se développer, chez l'animal, un tubercule local.

Les ganglions lymphatiques en communication avec les plaies d'inoculation se parsèment de nodules tuberculeux.

Les résultats de ce mode d'inoculation ont été examinés par MM. Andral, Bouillaud, Cloquet, Longet, Nélaton, Laugier.

Du fait de l'inoculation, il faut bien conclure à la virulence du tubercule. Or, si la tuberculose est inculable et virulente, elle est par cela même contagieuse.

Inoculable de l'homme aux animaux, elle le serait sans doute de l'homme à l'homme. C'est à l'avenir de déterminer dans quelles conditions particulières la cohabitation peut rendre la maladie transmissible.

Mentions honorables. — M. Feltz, pour son travail intitulé : *Étude clinique et expérimentale sur les embolies capillaires*, recherches très-neuves et très-remarquables ; M. Augustin Flint, pour ses *Recherches expérimentales sur une nouvelle fonction du foie*, expériences originales et d'un grand intérêt pour la pathologie et la physiologie ; M. Raciborski, pour son excellent *Traité de la menstruation.*

D'autres travaux ont paru mériter à la commission au moins une citation honorable. Voici les noms d'auteurs désignés par la commission : MM. Larcher père, Goubaux, Jaccoud, Grandry, Susini, Hayem.

Sont en outre renvoyés à l'examen de la commission du concours des prix de 1869 les travaux de MM. Stiling, Onimus, Legras et Saint-Cyr.

Enfin, l'Académie accorde à MM. Collin et Grehant 1,000 fr. pour continuer leurs expériences; le premier, sur les trichines et les trichinoses ; le second, sur la respiration de l'homme. M. Labordette, de Lisieux, obtient également 500 fr. pour multiplier ses observations sur l'emploi du spéculum laryngien dans le traitement de l'asphyxie par submersion.

PRIX BRÉANT. Trente mémoires ont été adressés à la commission. Aucun n'a été trouvé digne, soit du prix de 100,000 fr., soit même de celui de 5,000 fr., intérêt annuel du capital. Toutefois, la commission en a distingué trois qui lui ont paru méritier des encouragements, et l'Académie, sur sa proposition, a accordé à M. Lorain, 2,500 fr.; à M. Brébant, 1,500 fr.; à M. Nicaise, 1,000 fr.

Le prix Bréant, d'après le vœu du donataire, ne doit être accordé qu'à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique, ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. Toutefois, le légataire, prévoyant bien la difficulté du problème, a ajouté que l'intérêt du capital serait donné à la personne qui aurait fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, etc.

Depuis plus de quinze ans, le concours est ouvert, et malheureusement aucune découverte n'a paru assez saillante pour rentrer absolument dans le programme tracé par le donataire.

L'encouragement accordé cette année à M. Lorain, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, se rapporte à ses consciencieuses et délicates recherches intitulées : *Études de médecine clinique et de physiologie pathologique. — Le Choléra observé à l'hôpital Saint-Antoine.*

M. le docteur Brébant est récompensé pour son ouvrage : *Choléra épidémique considéré comme une affection morbide personnelle; physiologie pathologique et thérapeutique rationnelle.*

L'étude qui a valu un encouragement à M. Nicaise a pour sujet le choléra de 1865-1866, qu'il a observé, soit dans les hôpitaux de Paris, ou dans les villes et villages où il avait été envoyé en mission par M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

PRIX BARBIER. — A décerner selon les intentions du testateur à celui qui fera une découverte précieuse pour la science chirgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir.

La commission a distingué comme rentrant dans le programme du concours les travaux de MM. Fraser et Rabuteau.

M. Fraser a envoyé une étude approfondie des caractères botaniques, de l'action physiologique et des usages thérapeutiques du *Physostigma venenosum*, légumineuse popillonacée, qui donne pour graine la *fève de Calabar*. On connaissait bien déjà l'action remarquable de l'eserine sur la pupille. L'auteur a examiné l'influence des extraits alcooliques des enveloppes de la graine, et en a déduit des faits importants pour la thérapeutique.

M. Rabuteau a expérimenté au point de vue physiologique l'action de certains composés métalliques, les fluorures, les iodates, les iodures, les bromates et les bromures, etc. Ses recherches ont amené des résultats intéressants, que la commission signale, en louant l'esprit scientifique dans lequel toutes les expériences ont été poursuivies.

En conséquence, le prix Barbier a été partagé entre MM. Thomas Fraser et Rabuteau.

PRIX GODARD. — Décerné à M. le professeur Giambatista Ercolani, de Bologne, pour ses intéressantes recherches sur les organes glandulaires.

Mention honorable. — M. le docteur Dieu, médecin-major de l'hôtel des Invalides, pour ses études micrographiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel-de-Ville, le 18 juin, à 3 heures et demie précises.

Ordre du jour. — 1° Suite de la discussion sur la viabilité des nouveau-nés. — 2° Communication sur un cas de méningite par M. Blachez. — Lecture du rapport sur les candidatures de MM. Delpeuch, Foville et Tixier, par M. Mottet. — 4° Vote sur la candidature de M. Cortese au titre de membre correspondant. — Discussion sur le rapport de M. Léon Gros.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Des maladies du placenta et des membranes, par le docteur CHARPENTIER, chef de clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris, etc. — 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50.

De l'examen organique et physiologique du malade pendant son séjour à Vichy, par le docteur LÉONCE SOULIGOUX, médecin consultant à Vichy. — 1 vol. in-8° de 320 pages. — Prix, 3 fr. 50.

De l'urine, nouvelles données séméiologiques, principaux réactifs employés au lit du malade, par F. L. NISSERON, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-8° de 290 pagnes, avec figures. — Prix : 2 fr. 50.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tumeur phegmasique de la joue simulant un encéphaloïde.

Il n'est pas toujours très-facile de reconnaître si une tumeur est ou non de nature maligne. Les plus habiles peuvent parfois s'y tromper, et nous venons d'en voir un exemple.

En ce moment, dans les salles de M. Guyon à l'hôpital Necker, se trouve un malade que l'on considérait encore, il y a une quinzaine de jours à peine, comme étant atteint d'une affection cancéreuse trop avancée pour qu'une opération fut possible.

On s'attendait alors à une terminaison rapidement fatale. Aujourd'hui, les choses ont marché, et le pronostic est devenu beaucoup moins grave. Voici le fait en peu de mots.

Depuis quelques mois cet homme, âgé d'une quarantaine d'années et d'une bonne santé antérieure, s'apercevait que sa joue droite était le siége d'une grosseur qui augmentait de jour en jour. Tout l'espace compris entre le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, le bord inférieur de l'orbite, le nez et la région parotidienne, fut peu à peu envahi. Les tissus prirent une résistance qui rappelait celle du carcinome; la peau devint adhérente, et tandis que la joue se trouvait ainsi constituée par une série de tumeurs mamelonnées, le bord alvéolaire et la voute palatine présentaient des saillies semblables. Enfin, la région parotidienne parut être atteinte à son tour, et l'écartement des mâchoires devint dès lors très-difficile. Tel était l'état du malade lorsqu'il entra, le mois dernier, dans le service de M. Guyon. L'aspect de la tumeur, sa consistance, sa marche lente, l'adhérence de la peau aux tissus sous-jacents, l'absence de réaction inflammatoire, tout devait faire supposer alors qu'il s'agissait d'un encéphaloïde, développé primitivement dans le maxillaire supérieur et ayant envahi déjà tout le voisinage. Dans de pareilles conditions, une opération ne présentait plus aucune chance de succès; on n'aurait pas trouvé suffisamment de téguments intacts pour recouvrir la perte de substance, et il valait mieux s'abstenir.

M. Guyon s'abstint donc. Seulement, pour soutenir le moral du malade et ne pas lui laisser comprendre qu'il n'y avait plus rien à faire, il lui fit appliquer des préparations de ciguë. Pendant quelques semaines, l'état fut stationnaire; puis un beau jour, au commencement du mois de juin, on s'aperçut avec étonnement que la tumeur prenait un autre aspect. La peau rougit; il y eut une réaction franchement inflammatoire ; on dut ouvrir plusieurs points fluctuants, et les incisions donnèrent issue à du pus. Dès lors tous les tissus commencèrent à se dégorger, et lorsqu'on me montra le malade, la voûte palatine ne présentait plus la moindre trace de tumeur. La joue droite était encore grosse, mais beaucoup moins qu'elle ne l'avait été; la peau n'était plus adhérente, et les ouvertures fistuleuses qui avaient succédé aux ponctions donnaient issue à de l'air et à du pus, lorsque le malade se mouchait. En même temps, il coulait du pus dans la bouche par une ouverture qui s'était faite d'elle-même. En un mot, il était actuellement évident que cette affection qui avait paru pendant quelque temps si redoutable, avait pour origine une inflammation lente du sinus maxillaire, inflammation qui avait fini par aboutir à la suppuration. Les tissus voisins avaient pris part à ce processus phlegmasique, comme le font souvent les tissus qui environnent une articulation atteinte de tumeur blanche ; et les saillies mamelonnées sur lesquelles adhéraient la peau s'étaient trouvées ainsi produites.

Il est heureux pour le malade qu'il ait attendu pour consulter que la tumeur eût pris son développement complet; car un peu plus tôt il eût pu se faire que la résection du maxillaire semblât indiquée absolument.

Maintenant, on peut se demander quel était le point de départ primitif de cette affection. Le malade a de ce côté plusieurs dents cariés; la phlegmasie avait peut-être pris naissance dans les alvéoles dentaires, comme le font souvent les épulis, qui, elles aussi, peuvent envahir les sinus maxillaires, et même intéresser la peau, comme Vedl et Abrecht, cités par M. Virchow, en ont rapporté des exemples.

Evidemment, du reste, il ne peut exister aucune analogie de nature entre un processus purement inflammatoire et une tumeur néoplasique, telle qu'une épulis.

Du groupe des sarcomes dans la classification de M. Virchow (1).

La plupart des auteurs modernes ont abandonné le mot *sarcome* comme présentant une acception trop vague. D'après le sens étymologique, il s'appliquerait à toute tumeur semblable à de la chair. Pourtant, comme les nosologistes ne sont pas obligés de s'en tenir au sens purement étymologique, il était possible de faire entrer le mot sarcome dans une nomenclature bien faite, pourvu qu'on y attachât un sens précis.

En est-il ainsi dans la classification de M. Virchow ; et quand il est dit, par exemple, qu'une épulis est sarcomateuse, connaît-on bien, par cela même, la nature ou le pronostic de cette tumeur ? Voici qu'elle est la définition de M. Virchow :

« Le sarcome, dit-il, est donc pour moi une production très-bien définissable. *J'entends par elle, une production dont le tissu, suivant le groupe général, appartient à la série des tissus connectifs, et qui ne se distingue des espèces nettement tranchées des groupes du tissu connectif, que par le développement prédominant des éléments cellulaires.*

« Le type général continue donc à subsister, sous tous les rapports, comme un tissu dans lequel les cellules et la substance intercellulaire — quand même cette dernière serait réduite à peu de chose — sont encore réunies en une structure commune présentant une cohésion et une compacité relativement grandes; ce tissu reçoit des vaisseaux, et se trouve en connexion continue avec les tissus connectifs voisins. Par là, le sarcome se distingue essentiellement de toutes les productions épithéliales, et notamment de tous les carcinomes, et des tumeurs kystiques, où les parties essentielles se présentent comme quelque chose de distinct, existant à côté des éléments anciens, où les éléments spécifiques de la tumeur ne sont pas joints au reste du tissu d'une façon continue, mais plutôt plus ou moins discontinue, et seulement par contiguité. »

Nous avons reproduit tout ce paragraphe pour bien montrer quels sont les caractères communs qui ont motivé la création du groupe des sarcomes dans le système de M. Virchow.

Ainsi les tumeurs sarcomateuses se rattacheraient aux tissus connectifs, elles y prendraient naissance ; elles y adhéreraient, elles en posséderaient les éléments.

D'après cela on pourrait croire qu'elles ne doivent jamais renfermer aucun élément hétéroplasique; qu'elles sont une reproduction plus au moins fidèle du tissu-mère, c'est-à-dire du tissu qui les aurait produites; alors la classification ne laisserait rien à désirer; le mot sarcome aurait perdu sa signification primitive, pour en prendre une tout arbitraire, mais parfaitement déterminée.

Malheureusement, il n'en est point ainsi dans la doctrine de M. Virchow.

L'illustre histologiste admet comme hors de doute la nature hétéroplasique des cellules gigantesques multinucléaires qui entrent pour la plus large part dans la composition de certaines épulis, et cela ne l'empêche pas de considérer ces épulis comme des sarcomes.

Pour les séparer nettement des cancers, dont les alvéoles ont une ressemblance si grande avec ces cellules gigantesques, l'auteur insiste sur ce point que « cette hétéroplasie n'est pas maligne, dans le sens clinique le plus restreint. Du moins, ajoute-t-il, je ne connais pas un seul cas ou l'affection se soit étendue sous forme de métastase, d'une épulis primitive à des organes internes, où même ce processus ait seulement gagné les glandes lymphatiques les plus voisines. Ce dernier fait est d'autant plus remarquable, que c'est précisément dans les glandes lymphatiques sous-maxillaires que se trouvent des cellules gigantesques tout analogues, sans se lier à aucune formation de tumeur sur les maxillaires. »

Si les sarcomes n'ont pas pour caractère commun leur ressemblance avec les tissus-mères, s'ils peuvent ainsi renfermer des éléments hétéroplasiques, ont-ils du moins tous cette bénignité relative que possèdent les épulis? Il ne faudrait pas le supposer.

La classe de tumeurs sarcomateuses dans laquelle rentrent les épulis; comme espèce, celle des sarcomes périostaux, renferme aussi des productions morbides, qui peuvent se multiplier par métastase et envahir des organes internes: les *fongus malins* de Muller. M. Virchow a constaté trois fois par lui-même la nature maligne de tels fongus, et il ne les range pas moins dans le groupe des vrais sarcomes.

Du reste, il faut dire que ce groupe contient à la fois les productions les plus dissemblables par leur pronostic, comme par leur aspect et leurs caractères.

Les mélanomes de toute espèce, les tumeurs bénignes du

(1) Voir PATHOLOGIE DES TUMEURS : Cours professé à l'Université de Berlin par M. Virchow, traduit de l'allemand par Paul Aronssohn, traduction revue par l'auteur. Tome II. Paris, 1869. — G. Baillière.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

LETTRE

A M. le docteur Dumont (de Monteux), à propos de la 2e édition du *Bréviaire du médecin*, par M. le docteur Monin (1).

Cher et savant ami,

Je viens de savourer, comme il le mérite, l'excellent petit livre de M. Monin, et je lui garde, à côté du *Testament médical*, l'un de ses parrains, une place d'honneur dans ma bibliothèque. Par la grâce de son style, l'intérêt de son sujet et sa noble philosophie, cet ouvrage est de ceux que l'on aime à consulter de temps en temps pour se distraire, s'instruire ou se consoler.

Le titre seul du livre indique qu'il ne se prête guère à l'analyse. Je vais toutefois essayer de le parcourir avec vous, en notant quelques-uns de ses nombreux mérites, sous les divers points de vue médical, littéraire et philosophique.

Ce bréviaire est pour le médecin de campagne ce que le Guide Joanne est pour les voyageurs. On y trouve, admirablement décrits, tous les incidents de la carrière du médecin rural, avec ses succès et ses déboires. Notre Mentor a parcouru lui-même dignement toutes ces étapes, et veut nous faire profiter du travail de toute sa vie ; suivons-le en toute confiance.

Et d'abord, prenons avec lui l'antique patache, et allons faire connaissance avec nos futurs clients. Après un coup d'œil jeté sur cet amas de pauvres chaumières qui constituent le village, il nous fait entrer dans l'une d'elles et nous la montre en détail, depuis la grande pièce, qui est souvent l'unique, jusqu'à l'étable. Puis il nous présente à tous les hôtes du logis, au *bourgeois* comme à la chambrière, sans oublier les utiles habitants de la basse-cour. Si Bernadin de Saint-Pierre et Chateaubriant nous font admirer les splendeurs de la nature vierge, M. Monin nous fait aimer la campagne et ses bons villageois. Certes, nous ne trouvons pas ici les tableaux séduisants de Florian ni de Wateau ; mais comme nos personnages sont pris sur le fait, et comme ils sont peints avec exactitude! A côté de ces pauvres demeures, on trouve çà et là quelque maison blanche, quelque manoir encore habité, et la cure hospitalière, où l'on peut aller de temps en temps se délasser par quelque agréable causerie.

Voilà la scène. Passons maintenant au rôle que nous avons à y remplir. L'auteur nous expose à grands traits la pathologie rurale et les modifications que le séjour et les travaux des champs impriment aux diverses maladies. C'est le beau côté de la médaille. Que de noms effrayants rayés de la liste nosologique! Les uns complétement, comme certaines épidémies meurtrières et cette grande classe des névroses, si nombreuses et si rebelles dans les villes (vous le savez trop bien, hélas! cher maître, et vous le prouvez assez dans votre admirable martyrologe!); les autres, ne se montrant que très-rarement, comme la phthisie, l'anémie, la goutte, la folie, etc. N'est-ce pas assez pour expliquer l'enthousiasme des nombreux panégyristes de la campagne? Et d'ailleurs, quant aux affections qui existent ici, bien que, suivant l'auteur, la marche et la symptomatologie soient les mêmes qu'à la ville, n'est-il pas vrai de dire cependant que le campagnard est à l'abri d'une foule de complications causées surtout par le conflit des passions, l'encombrement, l'absence de soleil et l'insuffisance de grand air, ce *pabulum vitæ* ?

A la campagne, les maladies sont en général franches comme les malades (je dis en général, car depuis les chemins de fer bien des laboureurs vont voir la ville et en reviennent trop urbanisés).

Mais le revers de la médaille ne se fait pas attendre, et il est longuement exposé sous ces titres pittoresques : *le Sacerdoce, les Vendeurs du temple, le Métier*. Il faut lire ces magnifiques chapitres, où l'auteur insiste à dessein sur toutes nos misères. Comme il veut être avant tout fidèle à la vérité, il les étale, au lieu de les couvrir d'un voile rose, et semble dire tristement : *Experto crede Roberto*. C'est là qu'il flétrit avec énergie cette classe d'audacieux intrigants, sans savoir et sans dignité, qui compromettent la considération du corps médical. C'est là qu'il trace de main de maître le portrait de l'homme seul digne d'exercer notre noble profession. Les qualités qu'il exige sont nombreuses; mais aussi la récompense qu'il promet

(1) Paris. — Chez Baillière et Fils, rue Hautefeuille, 19.

sein, que Velpeau a décrites sous le nom d'adénomes, les kéloïdes d'Alibert, des ostéoïdes, des myéloïdes, des verrues simples, etc., en font également partie.

De ces tumeurs, les unes sont un type de complète bénignité; d'autres sont aussi dangereuses que les cancers et les cancroïdes, d'autres sont mixtes, pour ainsi dire.

Leur consistance varie entre la plus molle et la plus dûre; on ne trouve pas plus d'identité dans leur composition chimique ou même histologique.

En effet, quand on veut, en dernière analyse, se rendre compte des ressemblances que ces productions peuvent présenter au point de vue histologique, on en arrive, en définitive, à cette formule beaucoup trop vague: « Les sarcomes possèdent des vaisseaux qui les unissent aux tissus voisins; ils possèdent aussi des cellules et une substance intracellulaire, comme tous les tissus connectifs. Mais là s'arrête l'uniformité, car la substance intra-cellulaire et les cellules qu'elle renferme peuvent varier à l'infini dans leur composition, leur proportion, leur accroissement, leurs tendances envahissantes, leur nature intime, en un mot, et toutes leurs propriétés. »

C'est ainsi qu'il faudrait traduire, à ce qu'il nous semble, la définition de M. Virchow, que nous avons reproduite textuellement au commencement de cet article.

Mais alors, à quoi bon un pareil groupement? Pourquoi rapprocher, sous un même titre, les descriptions les plus disparates?

En nosologie, les classements complétement artificiels peuvent avoir des inconvénients considérables pour les praticiens, lorsqu'ils n'ont pas été basés sur la gravité plus ou moins grande des espèces morbides.

D'abord leur avantage est nul.

Les classifications sont bonnes comme secours offert à la mémoire insuffisante.

Quand elles sont bien faites, les caractères les plus importants sont ceux du groupe, qui se gravent aisément dans l'esprit; quant aux particularités de chaque espèce, formant exception, elles ressortent mieux par le contraste.

Mais si les caractères communs se trouvent réduits presque à rien, s'il faut chercher dans les histoires particulières tout ce qu'il importe de se rappeler au lit du malade, alors on se trouve avoir surchargé inutilement sa mémoire au lieu de l'avoir allégée par la connaissance du groupe.

C'est précisément ce qui arrive dans le système de M. Virchow. Aussi le chapitre des sarcomes est-il un des plus considérables de la *Pathologie des tumeurs*. Chacune des productions morbides qui se trouvaient ainsi réunies, exigeait pour être connue des détails aussi étendus que si elle était isolée.

Ce n'est pas tout: lorsqu'on étudie conjointement plusieurs espèces comme appartenant au même genre, il peut arriver qu'on confonde ces espèces l'une avec l'autre; ou du moins qu'on attribue à l'une d'elle une qualité qu'elle n'a pas; mais qui se rencontre dans le groupe d'une manière assez générale.

Ce qui intéresse surtout les médecins, en ce qui touche les tumeurs, c'est de savoir dans quelle proportion elles sont malignes. Pour réunir la verrue simple et le fongus malin, il faudrait qu'ils eussent de grandes ressemblances de composition histologique, ou au moins de siége et d'aspect. Entre les mélanoses et la fausse kéloïde, entre les adénomes et les exostoses, dits sarcomateux, la ressemblance n'est pas beaucoup plus grande au point de vue médical.

En résumé, nous ne croyons pas qu'il fût utile de réhabiliter le mot *sarcome*, surtout pour lui donner un sens à la fois si vague, et si différent de son sens étymologique. La plus grande partie des tumeurs que M. Virchow nomme sarcomateuses ne rappellent en rien la consistance et l'aspect de la chair.

Mieux eut valu consacrer un chapitre aux tumeurs indéterminées, que de vouloir les rapprocher par des caractères presque négatifs et leur donner un nom commun.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Lorain.

Rachitisme. — Retrécissement du bassin — Impossibilité d'articuler les deux branches du forceps. — Emploi d'une seule branche comme levier. — Métro-péritonite. — Guérison de la mère et de l'enfant.

Au no 6, salle Sainte-Marguerite, est accouchée la nommée G... (Louise), polisseuse sur pendules, âgée de 18 ans. Jusqu'à l'âge de 9 ans, elle avait les poignets très-noués et les jambes fortement contournées. Réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans. Première couche à l'âge de 17 ans. Enfant à terme et mort au bout de 6 mois.

Elle entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 26 février 1869, pour une deuxième grossesse. Les douleurs sont fréquentes et intenses, et à partir de minuit, la poche étant rompue, la sage-femme de service nous dit que le travail n'a pas progressé jusqu'à 8 heures du matin, où nous vîmes la malade.

Le col est dilaté comme une pièce de cinq francs. On diagnostique une présentation du sommet. Les bruits cardiaques du fœtus sont normaux.

A 10 heures du matin, le travail reste dans le *statu quo*. M. Lorain diagnostique un rétrécissement du bassin; la tête est dans l'excavation pelvienne, mais elle est défléchie.

Il applique le petit forceps anglais, mais impossibilité absolue d'articuler les deux branches; il se sert alors d'une seule branche comme levier, pour le redressement, et on sent manifestement la tête cheminer sur le conducteur. Le travail est abandonné à sa marche naturelle; la malade prend un bain, au sortir duquel elle accouche d'un enfant mâle, bien conformé, pesant 3,050 grammes.

Le 1er mars, elle a des sueurs, le ventre un peu tendu, douloureux à la pression; elle se plaint des reins; quelques nausées; pas de vomissements; pas de frisson; elle a dormi. On constate de la courbure des fémurs et de la projection du tibia gauche. Le pouls à 116 pulsations et la température vaginale 40°2 centigrades (cataplasme laudanisé).

Le 2 mars. Puls. 132; temp. vag. 41°5. Frisson d'une heure ce matin. Assoupissement, douleurs dans l'abdomen, au niveau de l'utérus surtout.

Lochies fétides. Soir, puls. 124; temp. 41°.

Le 3 mars. Puls. 108; temp. 40°6. Lochies très-fétides. Soir, puls. 120; temp. 40°5.

Le 4 mars. Puls. 96; temp. 39°2. Soir, puls. 108; temp. 40°5. Abdomen douloureux.

Le 5 mars. Puls. 104; temp. 39°. Etat général meilleur; dort un peu. Soir, puls. 100; temp. 39°5.

Le 6 mars. Puls. 96; temp. 38°7. S'est levée ce matin. Soir, puls. 120; temp. 41°2. Elle s'est refroidie après s'être levée, et a eu un frisson qui a duré une heure.

Le 7 mars. Elle n'accuse aucune douleur et a dormi. Puls. 96; temp. vag. 38°8. Soir, puls. 106; temp. var. 40°3.

Le 8 mars. Hier elle s'est levée, a bien dormi, et sa santé est excellente ce matin.

Quant à l'enfant, à sa naissance, à midi le 27 février, il était cyanosé, ne respirant pas; on sentait les battements cardiaques au nombre de 100 à la minute. Le cordon n'étant pas encore coupé, il avait 39°7 dans le rectum. On a laissé saigner le cordon, et il fut impossible de sentir le pouls radial. Il prit un bain sinapisé. Après le bain, 39°8. Sur le crâne, au niveau de l'application du forceps, on remarque des contusions.

Le soir, temp. 38°; il a eu deux attaques de cyanose. Depuis, il a pris le sein de sa mère et va très-bien.

Réflexions. — Au moment où le rétrécissement du bassin et la présentation vicieuse du sommet furent constatés, la poche étant rompue depuis plusieurs heures, que fallait-il faire? Ce qui a été fait, c'est-à-dire appliquer le forceps. Or, dans l'impossibilité absolue d'articuler les deux branches du forceps, la temporisation n'était pas permise, la déflexion ne pouvait qu'augmenter. Aussi c'est dans ce cas que l'emploi d'un levier était justement réclamé. Sous l'influence de cet instrument, qui n'était qu'une seule branche du forceps, le redressement fut opéré, et l'on sentit la tête cheminer sur le conducteur.

A partir de ce moment, les douleurs redevenant fortes, régulières, et la femme ayant déjà eu un accouchement antérieur normal, il était sage de laisser à la nature le soin de laisser achever le travail.

ACCOUCHEMENT TERMINÉ PAR LE LEVIER

PRÉSENTATION DU SOMMET EN POSITION OCCIPITO-ILIAQUE ANTÉRIEURE TRÈS-INCLINÉE.

Par le docteur Marchant (de Charenton),
Médecin de l'École impériale vétérinaire d'Alfort.

La femme G..., 25 ans, primipare, est prise de douleurs de l'enfantement, le 5 avril 1869 à 4 heures du soir. Mme Feuillet, sage-femme très-prudente, et cela n'est pas commun chez ces dames; fut mandée à 11 heures, le travail était bien établi puisque la sage-femme passe la nuit auprès de la parturiante; la poche des eaux perça à 6 heures du matin et la dilatation fut complète vers 10 heures; les douleurs vraiment énergiques commencèrent à 4 heures du matin; enfin, à 1 heure de l'après-midi, la sage-femme nous fit demander en nous recommandant de ne pas oublier le forceps.

Au premier examen nous constatâmes une présentation du sommet en position occipito-iliaque gauche antérieure: naguère nous nous serions contenté de cette donnée, et, le plus consciencieusement du monde, nous aurions appliqué le forceps en exerçant la traction, selon les règles tracés par les auteurs; nous aurions d'abord épuisé nos forces, et puis recourant à la force mécanique nous aurions bon gré malgré, terminé l'acouchement.

Aujourd'hui, avec les notions que nous avons acquises, il n'est plus possible d'agir ainsi; nous ne nous contentons plus d'un examen aussi superficiel; nous cherchons autant que possible à préciser les circonstances qui accompagnent la présentation et la position. Dans le cas soumis à notre observation, nous trouvâmes la suture sagittale haut placée et parralèle à la partie gauche de la marge du bassin de la femme. Notons en passant que la fontanelle postérieure est souvent ossifiée et qu'il est difficile alors d'en déterminer la place; l'occiput était derrière le pubis du côté gauche; la bosse pariétale du côté droit du fœtus occupait le centre du bassin. C'était une position occipito-iliaque gauche fortement inclinée sur son pariétal postérieur. C'était un cas d'application du levier s'il en fut jamais; aussi ce fut l'instrument choisi et nous donnâmes la préférence à la spatule de Gand.

Avant d'aller plus loin il est utile de savoir ce que prescrit la science française en pareil cas. Voici les préceptes formulés dans un traité d'accouchement récent. « On peut établir comme règle générale, qu'il faut introduire la main dont la face palmaire embrasse le plus facilement le vertex... Lorsque la main ne peut réussir à opérer ce redressement la plupart des accoucheurs conseillent l'emploi du levier. (Nous sommes très-heureux de partager l'opinion de la plupart des accoucheurs). Nous préfèrerions avoir tout de suite recours au forceps dont les branches agiraient d'abord comme levier et redresseraient la tête, et à l'aide duquel on terminerait immédiatement l'accouchement. »

Il ne faut jamais avoir fait un accouchement difficile pour présenter de si pauvres raisons. D'abord, comment introduire une main dans un intervalle qui se laisse à peine pénétrer par un levier flamand qui a une épaisseur de 37 millimètres. (Cette épaisseur est mesurée sur un levier que M. Mathieu a eu la bonté de faire venir de Gand pour nous.)

L'emploi de la main est l'argument invoqué par les accoucheurs qui ont une horreur instinctive du levier. Dans l'espèce, la branche à pivot est introduite la première; une fois placée, elle est maintenue solidement par un aide; et, en France, depuis cent ans, *on écrit* qu'on s'en sert comme d'un levier; mais, dans *la pratique*, on n'exécute jamais cette manœuvre. On place ensuite la branche à mortaise; on articule l'instrument et on *tire dessus*, qu'on me passe la trivialité de l'expression. Nous demandons à tous les accoucheurs de bonne foi si les choses ne se passent pas toujours ainsi. Quant à l'usage d'une branche de forceps comme levier, personne n'y a songé; on ne croit pas au levier.

Nous trouvâmes la femme fort épuisée par la longueur et l'énergie des contractions utérines. Depuis quatre heures du matin la tête n'avait pas avancé d'une ligne; il fallait donc intervenir

Nous plaçâmes la femme dans la position requise pour l'emploi du levier, et ce dernier fut introduit sur l'occiput, derrière la branche gauche du pubis, imitant la manœuvre des médecins de Gand. Nous soulevâmes un peu le manche; immédiatement la tête compléta son mouvement de flexion et progressa un peu, mais resta toujours inclinée. En promenant l'extrémité du doigt indicateur, on sentait parfaitement la nuque et l'occiput, et on reconnaissait que l'obstacle était situé sur la partie gauche du bassin. Le levier fut alors introduit de ce côté, et un bien petit mouvement d'élévation du manche suffit pour déterminer la régularisation de la position et la sortie de la

---

est de toutes la plus enviable: c'est l'intime satisfaction du devoir accompli. Ne comptons pas être dédommagé de notre dévouement et de nos labeurs par la reconnaissance de nos clients, ni par la protection de l'État, ni par une amicale confraternité. Ces bonnes choses sont rares, et nous nous exposerions à des déceptions. D'ailleurs, s'il n'en était pas ainsi, où serait notre mérite?

Je néglige à regret les détails les plus intéressants: pour ne pas en omettre, il faudrait copier tout le livre.

Voici la partie essentiellement spéciale et technique: *Clinique rurale et Pharmacologie*. Il y a une douzaine d'années, j'écoutais à Strasbourg une remarquable leçon du professeur Forget, sur la thérapeutique expéditive. Personne, je crois, n'a possédé mieux que lui l'art d'embrasser et d'exposer une question médicale, quelque complexe et difficile qu'elle fût. Or, tout en nous indiquant la nécessité des instruments nouveaux: microscope, thermomètre, sphygnomètre, etc., cet illustre praticien ne cessait de nous mettre en garde contre l'entraînement de ce courant d'idées venu d'Allemagne, qui tend à faire prendre pour le meilleur médecin le théoricien le plus érudit ou le micrographe le plus habile. Le détail ne sert qu'à former l'ensemble, et l'analyse appelle la conclusion. Un esprit observateur, synthétique et judicieux, ce coup d'œil juste qui constitue le tact médical, serviront bien plus au lit du malade, à la campagne surtout, qu'un arsenal d'outils perfectionnés. Ces idées larges et philosophiques que vous aimez tant, je les retrouve avec bonheur chez M. Monin. Elles sont ici d'autant mieux à leur place que le but de l'auteur n'a pu être que d'effleurer, d'écrémer le sujet. Il sait que le médecin rural a plutôt besoin de dévouement et de notions pratiques que de connaissances histologiques transcendantes. Aussi ses considérations sur les fièvres, l'inflammation, les maladies chirurgicales, les accouchements, la déontologie et la pharmacie, forment un traité de pathologie au petit pied, riche en enseignements pratiques. Il est indispensable de posséder parfaitement tout ce qu'il renferme, dût-on, pour cela, le relire tous les jours, ainsi que les prêtres font pour leur bréviaire à eux. Le tout est habillé d'un style si gracieux, enrichi de citations et de courtes anecdotes si bien choisies, qu'on voit qu'il n'est pas indispensable d'être ennuyeux pour être très-didactique, voire même pour parler de pharmacopée.

Après l'utile, l'agréable. Après nous avoir appris à bien remplir notre mandat, l'auteur nous indique les moyens d'occuper nos loisirs. Il y en a pour le cœur, il y en a pour l'esprit. L'étude dissipe le découragement et l'ennui. Avant tout, les lettres semblent avoir les prédilections de notre conseiller, qui ne fait que suivre en cela tant de nobles exemples. Il nous peint sous un jour séduisant cette république des lettres, jadis un peu aristocratique, maintenant accessible à tout homme studieux et persévérant. Mais, du reste, parmi toutes ces sources de joies pures qu'il nous signale, nous n'avons que l'embarras du choix. La philosophie, les arts, les sciences, les merveilles de la nature, se disputent l'honneur de s'asseoir à notre foyer, pour embellir notre exil terrestre, sans nous demander en échange la moindre compensation.

Nous arrivons enfin à la *dernière étape*, qui forme le dernier chapitre du livre. C'est le couronnement de l'édifice. Vous y verrez combien de savants illustres ont pu, pendant de longues années, jouir d'une vieillesse heureuse et honorée, en cherchant leurs satisfactions dans des plaisirs qui conviennent à tous les âges, et qui n'amènent jamais la satiété.

A vous et à l'auteur du *Bréviaire*, qui léguez à la postérité, en guise de testaments, l'héritage d'une vie laborieuse et dignement remplie, je souhaite que vous fassiez, dans cette dernière étape, une longue et agréable station.

Vale!...

Dr A. Ollier.

Les anomalies dans le parcours des nerfs chez l'homme, par N. Krause et J. Telgmann. Traduit par S. H. de La Harpe. — In-8° de 70 pages. Prix ; 2 fr.

De la cantharidine, étude clinique et physiologique, par le docteur Laurent Lissoude. — In-8°. Prix : 1 fr. 50.

Des signes de la mort et de la vérification des décès à Paris, par le Dr Louis de Séré, inspecteur du service de la vérification des décès. — In-8°, Prix : 1 fr.

De l'organicisme, par Riche. — In-8°. Prix : 1 fr.

tête sans traction aucune. Bien plus, nous eûmes à peine le temps de déposer le levier pour soutenir le périnée. La manœuvre avait duré vingt minutes en tout. Ce fait, qui a beaucoup étonné la sage-femme qui nous assistait, ne présente rien que de très-ordinaire; il s'observe tous les jours à Gand.

L'inclinaison de la tête a tout à fait entravé le travail; la femme était d'ailleurs bien conformée; les contractions étaient énergiques. Dès que la position a été régularisée, l'accouchement s'est fait tout seul. L'enfant ne portait aucune trace du levier; la bosse sanguine occupait le pariétal droit exclusivement.

Diamètres de la tête :

Occipital frontal	0m12;
Occipito-mentonnier	0m14;
Bi-pariétal	0m08;
Trachélo-bregmatique	0m10.
Poids de l'enfant	4 kil. 50 grammes.
Taille	0m50 centimètres.

VERTIGE STOMACAL

PRODUIT PAR L'ABUS DU TABAC A FUMER

Par le docteur E. Decaisne.

On vint me chercher en toute hâte, au mois d'août dernier, pour donner mes soins à un ancien diplomate qui, me disait-on, était menacé d'une attaque d'apoplexie. C'était un homme de 60 ans environ, grand, élancé, sec, nerveux, comme on dit vulgairement, et paraissant bien constitué, grand amateur de bonne chère, et que j'avais déjà soigné pour des accès de goutte, cette croix de Saint-Louis de la galanterie, comme disait Voltaire.

Je trouvai mon homme étendu dans un fauteuil, le visage pâle, défait. Il avait toute sa connaissance, et je pus avoir de lui des détails sur son état. Il me raconta que la veille, il avait dîné en ville assez copieusement; qu'après le dîner, il avait fumé outre mesure, et qu'il attribuait le malaise qui le tourmentait à cet abus du cigare qui, plusieurs fois déjà, lui avait joué de mauvais tours. Malgré la pâleur du visage, mon malade avait les mains et la tête brûlantes, et il accusait un sentiment de chaleur insolite et de l'ardeur à l'épigastre. Les fonctions digestives étaient complétement troublées; il y avait des éructations acides non nidoreuses, de la constipation, des étourdissements et un peu d'intermittence du pouls.

Je lui demandai pourquoi il était resté ainsi dans l'immobilité la plus complète; il me répondit que s'il voulait seulement lever la tête pour regarder au-dessus de lui, les objets se mettaient à tourner et qu'il avait parfois des maux de cœur; mais qu'aussitôt qu'il inclinait la tête en bas, qu'il fermait les yeux, qu'il restait immobile, il n'éprouvait plus rien. Il a eu, la dernière nuit, le sommeil très-agité, il a fait des rêves pénibles, et, chose étrange, son lit tournait de haut en bas dans le sens vertical.

J'avais là, comme on le voit, la description assez exacte du *Vertige à stomacho læso*, donnée par Trousseau, il y a une quinzaine d'années.

Voulant pousser l'expérience jusqu'au bout, je demandai au malade de se baisser en ployant le corps; il n'éprouva aucun malaise, les veines du front devinrent un peu saillantes, voilà tout. Mais en se relevant et en regardant en haut, il s'écria : « Tout tourne, tout tourne! »

La famille était là, dans l'anxiété la plus grande, me pressant d'agir et prenant le rôle du médecin, comme cela arrive souvent; elle me *prescrivit* d'avoir à ouvrir la veine. Je résistai, comme bien on pense, et je jugeai inutile de donner les motifs de mon refus. Mais je mis à profit quelques minutes que je passai seul avec mon malade pour l'engager à résister avec moi, et il me seconda parfaitement.

Je prescrivis le repos, une diète légère, quelques paquets de magnésie calcinée et de la tisane de gentiane. Le surlendemain, mon homme était gaillard comme s'il n'avait rien éprouvé. Je le menaçai alors, s'il faisait encore des débauches de tabac, de voir revenir tous ces accidents; car on sait que le vertige de l'estomac est très-sujet à récidive.

Au mois de décembre dernier, après une soirée et une nuit passées au cercle à jouer et à fumer, mon client fut pris exactement des mêmes accidents, qui cédèrent encore et très-rapidement à la même médication. Il m'avoua qu'il avait fumé cinq cigares en sept heures.

Cette fois, la leçon profita, et depuis cette époque, il ne fume plus que deux cigares par jour, sans qu'on puisse le faire dévier de cette habitude; malgré des excès de table et autres assez fréquents, il n'a pas eu un moment de vertige depuis le mois de décembre dernier, ni aucun trouble dans les fonctions digestives.

OVARIOTOMIE

Obs. LXXV. — Ovariotomie pratiquée le 5 octobre 1868. — Guérison.

Par E. Kœberlé.

Mme P..., de Feurs (Loire), âgée de 36 ans, d'une bonne santé habituelle, un peu amaigrie, s'est aperçue dès 1865 que son ventre avait subi une augmentation de volume, qui a constamment progressé depuis cette époque. Dans l'intervalle elle a éprouvé des douleurs plus ou moins vives, mais la menstruation est toujours demeurée normale.

Actuellement la tumeur est constituée par un kyste uniloculaire d'un assez grand volume, probablement peu adhérent. Le col utérin est légèrement dévié à gauche. L'excavation est libre.

Opération, le 5 octobre 1868, en présence de MM. Michaux et Didion (de Metz), Grenser (de Leipsick), Kohler (de Délémont), Netter, Reibel, Jœssel et Haas.

Incision de la peau de 10 centimètres, n'ayant intéressé la ligne blanche que dans une étendue de 6 centimètres. Le kyste ne présentait aucune adhérence. Une ponction, pratiquée après l'incision du péritoine, fournit 13 litres de liquide incolore, filant, albumineux. Le kyste fut alors extrait sans aucune difficulté. Il était très-aminci sur une grande partie de sa surface, et n'aurait probablement pas tardé à se rompre. Le pédicule, très-court et un peu tordu sur lui-même, correspondait à l'ovaire gauche. L'ovaire droit était sain. Quelques petits kystes accessoires existaient à la partie inférieure de la tumeur près du pédicule, qui était très-court et sillonné par des vaisseaux lymphatiques variqueux. Il fut divisé en deux portions que l'on lia séparément pour gagner un peu de longueur. La réunion eut lieu par deux points de suture profonde. Il est resté un peu d'air dans les hypocondres. L'opération a duré trois quarts d'heure, et la perte de sang a été de 40 grammes environ.

Il n'y eut point de vomissements chloroformiques, mais des coliques assez vives se firent sentir après l'opération. Il y eut aussi quelques douleurs dans la cuisse gauche le premier jour. Pouls à 84.

Le lendemain, pouls à 72. Etat très-satisfaisant. Pouls à 88 le soir.

Le troisième jour, pouls à 88 le matin, à 80 le soir. Transpiration.

Le pouls ne s'éleva pas au-dessus de 78 le quatrième jour. Il était descendu à 68 dès le sixième jour, où les règles parurent à l'époque normale où elles étaient attendues.

Le vingt-quatrième jour, la guérison était complète.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 28 avril 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — *L'Art dentaire.* — *Le Marseille médical*, n° 4.

— *Note sur les polypes fibreux de l'utérus*, par le docteur Ancelet (de Vailly-sur-Aisne), membre correspondant. Broch. in-8°.

— *Une épidémie de peste en Mésopotamie en* 1867, par le docteur Tholozan, membre correspondant.

— *Beitrage zur Geschwulstlehre*, par Th. Billroth et V. Czerny. Broch. extraite des Archives de clinique chirurgicale de Laugenbeck, band XI, heft 1.

M. Thomas (de Tours) adresse à la Société l'observation suivante :

Occlusion intestinale datant de trente-trois jours. — Entérotomie. — Guérison et rétablissement du cours normal des matières. — M. Thomas (de Tours). — Le 18 décembre 1868, je fus mandé par M. Touchard, médecin à Enres (Indre-et-Loire), pour voir en consultation avec le docteur Maugeret (de Tours), M. F..., instituteur à Enres, atteint d'occlusion intestinale.

Ce malade, âgé de 43 ans, petit, maigre, d'une constitution assez chétive, se trouvait dans le plus triste état. Le ventre présentait un volume extraordinaire, qui contrastait avec la maigreur excessive du reste du corps. A travers la paroi abdominale, amincie et extrêmement distendue, se dessinaient en relief les anses intestinales, plus que doublées de volume. Le ballonnement du ventre était uniformément réparti ; mais par moments le ventre changeait brusquement de forme, par suite du déplacement des gaz intestinaux qui s'accumulaient tantôt dans un point, tantôt dans un autre. La paroi abdominale était alors soulevée à ce niveau par les anses intestinales correspondantes, distendues outre mesure et dont la rupture paraissait imminente. Le malade accusait en même temps des douleurs atroces qui lui arrachaient des cris; puis, au bout de quelques instants, le ballonnement du ventre devenait uniforme et les douleurs diminuaient. En dehors de ces circonstances, la pression sur l'abdomen était peu douloureuse. La face était grippée, le pouls petit et les forces très-diminuées.

M. Touchard me donna sur ce malade les renseignements suivants, qu'il eût été alors dans l'impossibilité de me fournir lui-même, et dont, dans la suite, il confirma l'exactitude. M. F... fut atteint, à l'âge de cinq ans, de la dysenterie qui régnait épidémiquement à Enres. Depuis l'âge de quinze ans, il éprouva assez souvent des coliques et fut sujet à la constipation; mais sa santé était assez bonne.

Dans les premiers jours du mois de janvier 1867, il fut atteint d'une constipation opiniâtre avec coliques très-vives, ballonnement du ventre et même vomissements. Des évacuations abondantes vinrent heureusement, au bout de dix jours, mettre un terme à ces accidents.

Au mois de juillet de la même année, M. F... resta quinze jours sans aller à la garderobe et éprouva, comme au mois de janvier, des coliques très-vives avec ballonnement du ventre et vomissements bilieux. Enfin survint encore heureusement une débâcle abondante.

A dater de cette époque, les selles devinrent à peu près régulières et le malade se croyait à tout jamais à l'abri d'une récidive, lorque, au mois de juillet 1868, il fut repris, avec une intensité plus grande encore, des mêmes accidents, qui ne cessèrent qu'au bout de douze jours. Mais le rétablissement ne fut pas complet; les selles restèrent rares, peu abondantes, et ce ne fut guère que vers la fin du mois de septembre que les fonctions reprirent leur régularité normale et continuèrent ainsi jusqu'au moment où débutèrent les accidents qu'éprouve actuellement le malade.

Le 15 novembre, M. F... a été à la garderobe pour la dernière fois, depuis lors jusqu'à ce jour, 18 décembre, c'est-à-dire depuis trente-trois jours, les selles ont été complétement supprimées. Les jours suivants, le ventre se ballonna légèrement, le malade éprouva quelques coliques, mais, malgré les crises précédentes, se préoccupa peu de son état; il espérait toujours que les selles se rétabliraient naturellement. Malheureusement il n'en fut rien. A partir du 27 novembre, la sortie des gaz par l'anus devint impossible; le ballonnement du ventre fit alors de rapides progrès et les coliques devinrent beaucoup plus vives. Différents purgatifs, huile de ricin, huile de croton, etc., des lavements simples ou purgatifs furent, à différentes reprises, administrés sans aucun résultat. Le 12 décembre, le docteur Millet (de Tours), demandé en consultation, prescrivit de nouveaux purgatifs, et se retira avec cette conviction que la mort était certaine, à moins d'une intervention chirurgicale.

Le 17 décembre, survinrent des vomissements de matières fécaloïdes; l'état général était de plus en plus alarmant; M. Touchard me fit alors demander.

Lorsque je vis le malade, il était dans l'état que j'ai déjà décrit plus haut. Le diagnostic et le pronostic n'étaient pas douteux, ni pour moi ni pour mes confrères, MM. Touchard et Maugeret; il existait une occlusion intestinale : la mort était prochaine.

Je pratiquai le toucher rectal et je m'assurai que l'obstacle n'était pas accessible au doigt. Ni le malade, ni M. Touchard, appelé trop longtemps après le début des accidents, ne purent me fournir de renseignements sur la façon dont s'était développé le ballonnement du ventre, mais mon distingué confrère put m'assurer, pour avoir examiné le malade à plusieurs reprises, et notamment peu de temps avant l'apparition de ces derniers accidents, qu'il n'existait dans l'abdomen aucune tumeur appréciable. Ce fait et l'absence d'hémorrhagies intestinales éloignaient l'idée d'une affection cancéreuse de l'intestin. Du reste, l'intermittence des accidents, séparés par des intervalles souvent assez longs, pendant lesquels les fonctions s'accomplissaient régulièrement, ne permettaient guère d'admettre l'existence d'une lésion organique de l'intestin, de quelque nature qu'elle fût. Si donc la présence d'un obstacle au cours des matières ne pouvait être mise en doute, la nature et le siége de cet obstacle restaient tout à fait inconnus.

L'absence de fièvre, de douleur à la pression sur l'abdomen, indiquaient qu'il n'existait pas de péritonite, et par suite qu'une intervention chirurgicale, dont l'opportunité était évidente pour tous, se présentait avec quelques chances de succès. Deux opérations pouvaient être pratiquées, la gastrotomie ou l'entérotomie. Mais, outre la gravité moindre de cette dernière opération, ce qui m'eût, dans tous les cas, engagé à lui donner la préférence, je ne pouvais, en l'absence de renseignements sur le siége et la nature de l'obstacle, songer à la gastrotomie.

L'opération ayant été acceptée par le malade, je pratiquai immédiatement l'entérotomie, avec l'aide de MM. Touchard et Maugeret. Par suite de la gêne de la respiration que causait le ballonnement du ventre, je ne crus pas devoir administrer le chloroforme. Je fis l'opération du côté droit, et procédai suivant les règles posées par M. Nélaton. L'issue d'une petite quantité de sérosité m'annonça que j'avais pénétré dans le péritoine. Je fixai à la paroi abdominale, par six points de suture, le cœcum, énormément distendu, qui se présentait entre les lèvres de l'incision. L'obstacle siégeait donc sur le gros intestin. L'ouverture du cœcum donna issue à des gaz et à une quantité considérable de matière pâteuse, homogène, de couleur ardoisée. M. Touchard qui donna les soins consécutifs à l'opéré, estime que le poids des matières rendues au moment de l'opération et pendant les deux jours qui suivirent, s'élevait à peu près à 14 ou 15 livres.

Le malade éprouva immédiatement après l'opération un immense soulagement. Je prescrivis le repos le plus complet et, dans le but de favoriser la formation des adhérences péritonéales, en modérant les contractions de l'intestin, l'usage d'une pilule d'extrait gommeux d'opium de 1 centigramme, toutes les deux heures. La nuit fut calme ; le malade reposa. L'évacuation des matières continua pendant la nuit, si bien que le lendemain le ventre n'était que très-modérément tendu et nullement douloureux. Tout alla pour le mieux les jours suivants ; l'écoulement des matières eut lieu facilement par l'anus artificiel, parfois avec de légères coliques; il n'y eut pas de fièvre, et le malade put commencer à se nourrir.

Le 23 décembre, j'enlevai quelques fils, et jugeant alors les adhérences assez solides, je résolus alors d'explorer l'intestin. Ayant introduit le doigt dans le rectum, je fus vivement surpris de rencontrer des matières fécales dans l'ampoule rectale, que j'avais trouvée complétement vide avant l'opération. La perméabilité de l'intestin était rétablie, et j'en eus une nouvelle preuve en voyant sortir par la plaie le liquide d'un lavement administré par le rectum. Je conseillai, dans le but d'entretenir la perméabilité de l'intestin, l'usage, matin et soir, de lavements administrés par le rectum, puis, aussitôt que le cours des matières paraîtrait assuré par les voies normales, l'application d'un bandage qui s'opposerait à leur sortie par l'anus artificiel. Ce moyen fut peut-être employé trop tôt.

Le 10 janvier 1869, je fus mandé de nouveau par M. Touchard. Je trouvai M. F..., en proie à de violentes coliques ; le ventre était ballonné, mais non plus uniformément comme avant l'opération; le ballonnement était limité à l'épigastre et aux flancs. Il était dû à la distension du gros intestin, qui se dessinait à travers la paroi abdominale, et, sur certains points, atteignait le volume de l'avant-bras. La saillie formée par l'intestin se terminait brusquement dans la fosse illiaque gauche ; il était évident que là était l'obstacle et qu'il siégeait sur l'S illiaque. Le son presque mat fourni par la percussion au niveau de l'intestin annonçait que sa distension était due à une accumulation de matières. Par moments, le malade accusait des coliques plus violentes, l'intestin devenait alors le siége de contractions très-énergiques, appréciables à travers la paroi abdominale, et sous l'influence desquelles des gaz et une très-petite quantité de matières étaient chassés par l'anus artificiel. Ni gaz ni matières ne sortaient par le rectum.

Il y avait donc encore occlusion intestinale. L'obstacle du cours des matières s'était reproduit, et leur consistance, en s'opposant à leur sortie par l'anus artificiel, avait déterminé l'apparition de ces nouveaux accidents. Ce fut en vain que je pratiquai le toucher rectal et que je tentai de franchir l'obstacle avec une sonde.

Je perdis alors complétement l'espoir que j'avais conçu de voir M. F... guérir sans infirmité, et je me retirai avec cette conviction que l'obstacle qui existait au cours des matières ne permettrait jamais, d'une façon durable, leur rétablissement. Je conseillai seulement, pour mettre un terme aux accidents, d'administrer par l'anus artificiel des injections jusqu'à complète évacuation de l'intestin, et de prévenir ensuite, par le même moyen, répété plusieurs fois par jour, un nouvel engouement. L'intestin, vide, reviendrait alors peu à peu sur lui-même, et pourrait à la longue, n'étant plus traversé par les matières, se rétrécir au point de s'opposer à la reproduction de pareils accidents. La guérison serait alors achetée au prix d'une infirmité, que son siége sur le cœcum rendrait moins grande, à cause de la consistance des matières dans cette partie de l'intestin, et de la

faculté qu'elles auraient de séjourner dans le cul-de-sac du cœcum, qui jouerait ici le rôle de l'ampoule rectale. Pour les raisons, il n'y aurait peut-être pas cet écoulement incessant de matières qui fait ordinairement de l'anus contre nature une si dégoûtante infirmité.

Mais, heureusement pour le malade, mon distingué confrère, M. Touchard, n'abandonna pas si promptement l'espoir de voir le cours des matières se rétablir. Après avoir évacué complétement l'intestin, il réussit à franchir l'obstacle à l'aide d'une sonde œsophagienne. Il répéta matin et soir ce cathéthérisme pendant plusieurs jours et le fit suivre chaque fois de lavements dont le liquide s'écoulait par la plaie.

Sous l'influence de ce traitement, les selles se rétablirent, et bientôt elle eurent lieu naturellement sans être provoquées par des lavements. L'écoulement des matières par l'anus artificiel devint en même temps chaque jour moins abondant et cessa bientôt presque complétement.

Le 4 mars, M. F... vint à Tours me voir. Son état général est excellent, les forces et l'embonpoint sont revenus. Il ne prend plus de lavements et va naturellement à la garderobe deux fois par jour. L'anus artificiel ne consiste plus qu'en un orifice très-étroit, entouré par un bourrelet rouge formé par la muqueuse, et ne donne plus lieu à aucun écoulement. M. F... me demande de fermer cet orifice; mais je ne crois pas prudent d'accéder à son désir, et j'attendrai plusieurs mois encore avant de le débarrasser de cette petite infirmité.

Cette observation m'a paru digne d'être communiquée à la Société de chirurgie pour plusieurs raisons. Elle est d'abord un nouvel exemple du rétablissement du cours des matières à la suite de l'entérotomie, et cette circonstance suffirait seule pour justifier sa publication.

Elle montre ensuite, par le long intervalle qui s'est écoulé entre le début des accidents et l'opérat on, par l'état de faiblesse extrême dans lequel se trouvait le malade, que le chirurgien peut intervenir avec succès dans les cas d'occlusion intestinale en apparence les plus désespérés, pourvu qu'il n'existe pas de péritonite.

Je terminerai enfin par les réflexions suivantes : Que fût-il advenu si, au lieu d'opérer du côté droit, j'eusse pratiqué l'opération à gauche; si, au lieu d'ouvrir le cœcum, j'eusse ouvert l'intestin grêle? Dans ce cas, les matières et les gaz accumulés dans le gros intestin, entre l'obstacle d'une part et la valvule iléo-cœcale d'autre part, n'auraient pu s'échapper ni par la voie normale ni par l'anus artificiel, et les accidents auraient certainement continué. C'est ce qui eut lieu chez mon opéré quelques jours après l'opération, lorsque l'obstacle s'étant reproduit, les matières ne pouvaient, à cause de leur consistance, s'écouler par l'anus artificiel.

Pour ces raisons, je pense qu'en l'absence de renseignements capables de faire connaître le siége de l'obstacle, le chirurgien doit pratiquer l'entérotomie, non pas indifféremment à droite ou à gauche, comme le disent quelques auteurs, mais toujours à droite, et rechercher le cœcum, qui se présentera entre les lèvres de l'incision, dans le cas où l'obstacle siége sur le gros intestin.

Une courte discussion s'engage sur l'observation de M. Thomas. La Société décide que la question de l'oblitération intestinale sera ultérieurement discutée.

M. GUÉNIOT communique l'extrait suivant d'une lettre que lui a adressée M. Ancelet, membre correspondant, au sujet de la discussion sur les fibromes utérins :

« Je ne suis point actuellement en mesure d'aborder sérieusement la question de la grossesse sur les fibromes utérins, mais provisoirement je me crois autorisé à dire que mes observations concordent avec la théorie que vous soutenez.

« Sur huit observations de fibroïdes de l'utérus qui me sont personnelles, j'ai constaté deux fois l'infiltration séreuse ou séro-sanguinolente et le ramollisssement de la tumeur *en dehors de la grossesse*. D'autre part, sur 125 cas de polypes fibreux de l'utérus *compliquant la grossesse*, empruntés à bon nombre d'observateurs, j'ai noté *neuf fois seulement* l'infiltration séreuse ou purulente. Certains faits, il est vrai, sont rapportés d'une façon trop sommaire.

Il me semble donc comme à vous, monsieur, que l'influence de la grossesse sur l'état du corps fibreux a été admise sur preuves scientifiques suffisantes, ou, tout au moins fort exagérées. »

M. LEGOUEST donne lecture du travail de M. Vallet, membre correspondant, ayant pour titre : *Des accidents causés par la migration incomplète du testicule.*

LECTURE

M. LIÉGEOIS continue la lecture de son travail intitulé : *Du sperme et de ses modifications dans les maladies,*

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici la liste des prix proposés par l'Académie des sciences et qui sont relatifs aux sciences médicales :

Prix de médecine et de chirurgie. — De l'application de l'électricité à la thérapeutique. 5,000 fr.

Prix Bordin. — 1869. Monographie d'un animal invertébré. — 1870. Anatomie comparée des annélides. — 1871. « Faire connaître les ressemblances et les différences qui existent entre les productions organiques de toute espèce des pointes australes des trois continents de l'Afrique, de l'Amérique méridionale et de l'Australie, ainsi que des terres intermédiaires, et les causes qu'on peut assigner à ces différences. » 3,000 fr.

Prix Serres. — Embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine. 7,500 fr. 1872.

Prix de physiologie expérimentale Montyon. — Ouvrage imprimé ou manuscrit ayant le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Prix de médecine et de chirurgie Monthyon. — Ouvrages ou découvertes bien déterminées jugées les plus utiles à l'art de guérir.

Prix des arts insalubres Montyon. — Moyen de rendre un art ou métier moins insalubre.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Voici les conclusions d'un mémoire que M. le docteur Bouchut a présenté à l'Académie des sciences pour le concours des prix de médecine et de chirurgie.

« Les maladies de la moelle épinière, telles que la myélite aiguë, la sclérose spinale, l'ataxie locomotrice, etc., déterminent souvent une lésion congestive et plus tard atrophique de la papille du nerf optique.

« Les lésions du nerf optique produites par les maladies de la moelle sont le résultat d'une action reflexe ascendante congestive, et elle se fait par l'intermédiaire du nerf grand sympathique.

« La présence d'une hyperémie du nerf optique, de la diffusion rougeâtre de la pupille et d'une atrophie partielle ou totale de cette partie, coïncidant avec l'affaiblissement et l'engourdissement des membres inférieurs, indique l'existence d'une maladie aiguë ou chronique de la moelle épinière. »

— A l'une des dernières séances de la *Société Harveïenne de Londres*, M. le docteur Cheadle a lu un mémoire sur quelques cas de goître exophthalmique observés par lui.

Six malades lui ont présenté les trois symptômes caractéristiques : saillie du globe oculaire, augmentation de volume du corps tyroïde, palpitations. Chez tous, la température, prise à l'aisselle, était plus ou moins au-dessus de la normale. Le pouls, généralement plein et bondissant, a varié dans des limites assez étendues, entre 84 et 144 pulsations. L'élévation du pouls a persisté une fois plusieurs mois après la disparition de tous les autres symptômes.

M. Cheadle a constaté que chez ses malades les palpitations avaient précédé de quelque temps l'apparition du goître et de l'exophthalmie. Il considère ces derniers phénomènes comme dus à une hyperémie causée par une augmentation de l'action cardiaque et artérielle. L'affection nerveuse, origine première de cette maladie, agirait donc, suivant lui, d'abord sur le cœur; et les altérations que certaines autopsies ont révélées dans les ganglions du grand sympathique seraient par elles-mêmes insuffisantes pour expliquer tous les symptômes.

Nous ne discuterons pas pour le moment cette théorie; mais nous voulons appeler l'attention de nos lecteurs sur un point de pratique.

On sait combien Trousseau craignait les préparations iodurées chez les malades atteints de goître exophthalmiques.

Il était convaincu qu'il existait toujours, en pareil cas, une prédisposition spéciale à ce qu'on a nommé l'*iodisme*, et que les doses d'iode les plus minimes pouvaient suffire pour causer les plus formidables accidents.

Je me rappelle encore avec quelle énergie il insistait sur cette donnée à propos d'une dame que nous avons vue en consultation alors qu'elle était arrivée à la dernière période d'un goître exophthalmique.

Eh bien, il est certain que ces craintes étaient exagérées. Pour ma part, j'ai eu depuis lors beaucoup à me louer de l'emploi de l'iode à faibles doses chez des personnes atteintes de goître exophthalmique; et de son côté, le docteur Cheadle, ayant employé le même remède chez tous ses malades, n'en a trouvé qu'un seul chez lequel il n'ait pas donné de bons résultats : encore chez ce dernier, les accidents d'*iodisme* se bornèrent-ils à une augmentation des palpitations préexistantes.

Il y a pourtant du vrai dans l'opinion de Trousseau. Les exophthalmiques, comme je l'ai noté souvent, sont très-susceptibles à l'action, non-seulement des préparations iodurées, mais de la plupart des agents de la matière médicale.

Il faut que les doses soient pour eux excessivement atténuées; ce qui n'a rien d'étonnant, du reste, puisqu'ils présentent les deux conditions principales qui exigent l'atténuation des doses : un certain degré d'aglobulie et une très-grande mobilité nerveuse.

Nous reviendrons bientôt sur cette question du dosage, la plus importante peut-être au point de vue thérapeutique; car quand on l'a mal appréciée, on peut nuire et on ne guérit pas.

—*Hôtel-Dieu.* — En ce moment se trouve, dans les salles de M. Guéneau de Mussy, une vieille femme qui est entrée pour des artrites fongueuses des articulations des doigts, des poignets, etc. Souffrant depuis deux ans, cette femme était devenue complétement impotante. Les mouvements volontaires des articulations atteintes étaient à peu près nuls, et les mouvements communiqués étaient extrêmement douloureux.

M. Guéneau de Mussy fit appliquer sur les articulations malades, le mélange suivant :

Emplâtre adhésif.	5 parties
Emplâtre de ciguë.	5 —
Iodure de potasium	1 —

L'iodure de potassium, réduit en poudre impalpable, fut incorporé dans l'emplâtre; car M. Guéneau de Mussy avait remarqué que ce sel étant appliqué directement sur la peau, pouvait y produire une irritation assez vive, ce qu'il ne fait pas dans ce mélange.

En même temps, le savant clinicien de l'Hôtel-Dieu fit prendre à sa malade des bains arsenicaux composés de :

Aséniate de soude. . . .	10 grammes
Carbonate de soude. . .	150 —

pour un grand bain.

L'effet de cette médication fut rapide. En très-peu de jours les articulations reprirent une certaine mobilité. Elles diminuèrent de volume; les fongosités disparurent;;et bien qu'il se produise encore des craquements dans les mouvements un peu étendus, la malade peut se servir de ses membres.

Nous avons signalé déjà à plusieurs reprises les résultats que donnent les bains arsenicaux dans les rhumatismes articulaires chroniques, particulièrement chez les vieillards. M. Guéneau de Mussy alcalinise ces bains avec le carbonate de soude quand il ne craint pas de réveiller l'état aigu; dans le cas contraire, il se borne à l'emploi du sel arsenical, dont la dose peut varier, suivant les circonstances, entre 6 et 10 grammes par bain.

—Chez une autre malade du même service, nous avons constaté un signe de pleurésie que M. le professeur Bacelli, de Rome, a fait connaître. Il s'agit d'un retentissement vibratoire de la voix, d'une égophonie particulière qui se produit lorsque le pleurétique parle bas, et qui, siégeant au même point que l'égophonie ordinaire, celle des sons vocaux retentissants, est parfois encore plus distincte.

—*Hôpital Necker.* — On combat l'albuminurie, dans le service de M. Potain, à l'aide du régime lacté. Cette alimentation exclusive a donné de bons résultats dans un certain nombre de cas et échoué dans d'autres, sans que, jusqu'à présent, il ait été possible de reconnaître les conditions qui permettaient d'espérer le succès.

Dans le service de M. Laboulbène, pendant que les albuminuriques sont soumis au régime lacté, on leur fait manger des oignons crus, comme nous l'avons vu prescrire, il y a une vingtaine d'années par M. le docteur Artigues, médecin principal, alors à Besançon, plus tard à Amélie-les-Bains. Avec ou sans oignons, le régime lacté a rapidement diminué, chez plusieurs malades, l'albuminurie et l'anasarque qui en résultait. Nous rappellerons, qu'en pareil cas, M. Guéneau de Mussy emploie avec avantage la teinture d'iode prise à la dose de quelques gouttes dans une tasse d'eau de riz.

— Chez un malade atteint d'ataxie locomotrice avec affaiblissement, et qui avait été traité inutilement par les douches froides et le nitrate d'argent, M. Laboulbène a essayé l'action du phosphore à la dose de 1 milligramme par jour.

En quelques jours les phénomènes de l'ataxie ont considérablement diminué, mais l'affaiblissement s'est plutôt accru.

La jambe n'est plus, comme autrefois, projetée violemment de côté et d'autre, lorsque le malade se soulève, étant étendu sur son lit. Que ses yeux soient ouverts ou fermés, le malade n'éprouve pas des difficultés beaucoup plus grandes à se tenir debout; mais, dans les deux cas, il chancelle, a besoin de prendre un point d'appui et ne peut avancer d'un pas.

Ainsi, sous l'action du phosphore, l'ataxie semble avoir perdu ses caractères pathognomoniques, pour se rapprocher, par ses symptômes, des paralysies ordinaires.

Dr VICTOR REVILLOUT.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Polype glandulaire de la muqueuse nasale. — Répullution. — Extirpation et cautérisation. — Accidents consécutifs à l'opération. — Paralysie de tous les muscles de l'œil. — Symptômes d'empoisonnement par la morphine. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. G. BOYRON.)

M. L. E., docteur en médecine, âgé de 74 ans, entre le 27 mars à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay. Son but était de se faire débarrasser, pour la troisième fois, d'un polype développé sur la membrane muqueuse des fosses nasales. Ce polype, sans lui avoir jamais occasionné aucune douleur, le gêne considérablement pour parler et pour respirer.

Ce malade, vigoureusement constitué, nous raconte que, pendant sa vie, il a été atteint par un grand nombre de maladies. A 30 ans, un engorgement de la rate et du foie l'obligent de renoncer à l'exercice de la médecine. Deux saisons à Vichy lui rendirent la santé. Quelques années plus tard, il fut tourmenté par une nouvelle affection, la gravelle; et jusqu'à 64 ans il souffrit chaque jour des infirmités et des inconvénients particuliers à cette maladie. A cette époque, des calculs phosphatiques s'étant formés dans sa vessie, il fut obligé de se faire lithotritier. Quinze séances furent nécessaires pour le débarrasser de deux calculs dont le plus gros avait 3 centimètres de diamètre. Quatre ans plus tard, le malade fut obligé de subir treize nouvelles séances de lithrotritie pour être délivré d'un nouveau calcul. Depuis lors, les fonctions urinaires s'accomplissent sans douleurs; les calculs ne se sont pas reformés.

A 70 ans, M. E... vient à Paris consulter pour une affection curieuse qui semblait obscure aux médecins de son pays. Un abcès s'était développé dans les sinus frontaux; le front avait été perforé, et du pus s'échappait par la perforation. Pour le guérir, M. Demarquay fut obligé de lui trépaner les sinus frontaux. L'opération réussit à merveille, et le malade put retourner chez lui entièrement guéri. — Trois ans après, vers le mois de septembre 1868, M. Demarquay était de nouveau consulté au sujet de l'affection qui le ramène pour la troisième fois à la Maison de santé, et qui n'est autre qu'un polype des fosses nasales. Extirpé une première fois avec les pinces droites, le malade eut, trois jours après l'extraction, un érysipèle de la face qui parcourut son évolution sans caractère particulier. La guérison fut complète.

Le 6 janvier 1869, M. L. E... subissait une nouvelle opération pour se faire débarrasser de ce polype, qui s'était reproduit et qui dilatait et obstruait complétement la narine droite. Cette fois, comme la première, M. Demarquay lui retira du nez un corps grisâtre et luisant de la grosseur d'une noix et, sept jours après l'opération, il eut un autre érysipèle de la face, qui se conduisit comme le premier. Rétabli de tous ces accidents, le malade retourne chez lui, delivré de tous les inconvénients que la tumeur opposait à la respiration et à l'usage de la parole.

Mais tout n'était pas fini, le malade sentit bientôt son nez qui se bouchait, et le 27 mars de la même année, il revint à la Maison de santé pour y subir une troisième opération.

Le malade n'éprouve d'autre incommodité de son polype que la sensation incommode d'un corps étranger dans les fosses nasales, qui le sollicite sans cesse à se moucher. Ce corps le gêne considérablement pour respirer et donne à sa voix un timbre nazoné des plus désagréables. La narine droite, complétement bouchée, est un peu distendue par la tumeur et un peu douloureuse; il n'existe pas de sécrétion par les narines. La gauche ne laisse plus passer d'air, bouchée qu'elle est par la cloison des fosses nasales, refoulée par le polype. A droite, il existe du larmoiement dû à la pression que la tumeur exerce sur le canal nasal. L'ouïe est devenue dûre parce que la trompe d'Eustache, oblitérée, ne permet plus à l'air de circuler librement dans l'oreille moyenne. Jamais jusque-là le malade n'a eu d'hémorrhagies nasales. Ce polype, développé sur la membrane pituitaire, paraît se diviser en deux renflements, dont l'un se porte en avant dans les narines, et l'autre en arrière dans le pharynx; car le doigt, introduit dans la bouche, derrière le voile du palais, sent un corps élastique, et l'on voit la tumeur apparaître jusqu'à l'orifice extérieur de la narine droite.

Le 2 avril, M. Demarquay, à l'aide des pinces à polypes, lui extrait de la fosse nasale droite gros comme une noix d'une substance grisâtre et luisante. Cette extraction n'ayant provoqué aucune hémorrhagie inquiétante, et le malade ne respirant pas tout à fait librement par le nez, les pinces sont, le surlendemain, de nouveau introduites dans la narine, et avec quelques petits morceaux de polypes, amènent une surface de 2 centimètres de long sur 1 de large de la membrane muqueuse, sur laquelle est implanté le polype. Non content de cela, et pour être bien sûr de ne pas laisser sur la muqueuse aucune racine du polype, M. Demarquay, trois jours après, se décide à faire une cautérisation de la muqueuse du nez pour modifier et détruire tout ce qui serait anormal. Le crayon d'azotate d'argent est introduit dans le nez au moyen d'un porte-caustique et agit directement sur la muqueuse.

La cautérisation faite, pour enlever l'excédent du caustique, on injecte dans le nez de l'eau fraîche. Malgré ces précautions, des accidents assez singuliers apparaissent à la suite de cette cautérisation, excessivement douloureuse. Le malade, dans la soirée, se plaignit de douleurs insupportables dans toute la partie droite de la tête. Pour les calmer, on lui fit, le soir, avec la solution au 30e de carbonate de morphine, une injection hypodermique de 5 gouttes dans la joue droite. Presque aussitôt les douleurs furent calmées; mais une heure après le malade était pris de nausées, de vomissements; il avait soif; sa bouche était sèche; son pouls fort; sa pupille contractée. Toute la nuit et la moitié de la matinée, il fut en proie à des symptômes de l'empoisonnement par la morphine.

Ainsi cette faible dose de morphine, à peine 1 centigramme, produisit chez ce malade, encore le lendemain, un malaise général qui dis-

parut heureusement lorsqu'on lui eut fait prendre une potion contenant 3 grammes de bromure de potassium. Mais la douleur produite par la cautérisation, quoique beaucoup affaiblie, subsiste néanmoins. La muqueuse du nez nous semble être le siége d'une violente inflammation; malgré l'ablation du polype, le malade ne peut respirer par cet organe; et comme déjà deux fois, à la suite de la même opération, il a été atteint d'un érysipèle, ne serions-nous pas fondé à songer à cette affection? Mais, outre que l'on n'a jamais vu un érysipèle occuper seulement les fosses nasales sans apparaître au dehors, l'état général de l'opéré ne présente aucun des symptômes de cette affection. Cette impossibilité de respirer par le nez est due, sans aucun doute, à l'inflammation de la membrane pituitaire, consécutive à la cautérisationte et à la déchirure et à l'arrachement de cette membrane.

Avant de poursuivre cette curieuse observation, faisons remarquer les accidents inattendus que peuvent causer les injections morphinées. Certains malades absorbent impunément les plus hautes doses de cette solution qu'ils réclament à grands cris, parce qu'elle leur procure un moment de répit dans leurs atroces douleurs. C'est ainsi qu'au moyen de ces injections, une pauvre femme, atteinte d'un cancer de l'utérus, souffrant horriblement quand elle est entrée à la Maison de santé, a pu traîner une vie à peu près supportable pendant une année entière. Chaque jour on lui injectait, dans le tissu cellulaire voisin de sa tumeur, 3 ou 4 grammes de la solution morphinée, c'est-à-dire 1 décigramme 50 centigr. de chlorydrate de morphine, et jamais, chez cette femme, nous n'avons observé le moindre phénomène de l'intoxication produite par les sels de morphine. Comment expliquer l'effet si différent produit par ce sel chez ces deux individus, dont l'un, robuste, fort et sanguin, ne peut supporter la plus faible quantité de morphine, tandis que l'autre, faible, maigre et épuisé, tolère sans accidents des doses quinze fois plus fortes? Sans doute, pour la morphine comme pour la plupart des substances, l'organisme contracte une certaine habitude; mais en présence des effets formidables produits par une si faible quantité de cet alcoloïde sur un sujet vigoureux et de l'innocuité presque absolue de cette même substance sur un autre sujet faible et mourant, nous nous avouons vaincus; et comme les lumières nous manquent pour expliquer ces effets, comme nous avons une invicible antipathie pour les hypotèses que l'expérience ne vient pas confirmer, nous laissons l'explication de cette question à ceux qui s'occupent plus spécialement de ce fait; nous nous contentons simplement de le signaler, trop heureux si nous pouvons mettre le praticien en garde contre ces accidents, quand il injectera la morphine pour la première fois dans le tissu cellulaire d'un malade.

Après une aussi longue digression, hâtons-nous de revenir à notre malade. Le 15 avril, la face est toujours un peu douloureuse; mais le 16, un nouveau phénomène apparaît. Le malade relève avec peine sa paupière inférieure droite; il meut avec difficulté son œil dans l'orbite; cet état continue à augmenter, et le 19, à la visite, le malade présente une paralysie complète de l'œil droit. La paupière supérieure soulevée avec le doigt, nous laisse voir une pupille considérablement dilatée et complétement insensible à la lumière; l'œil, immobile dans l'orbite, ne peut être remué dans aucun sens; il y a diplopie dans toutes les positions. Les nerfs moteur oculaire commun, moteur oculaire externe et pathétique sont donc paralysés, puisque les muscles qu'ils avivent sont incapables de se mouvoir. Le malade a une légère douleur dans le globe de l'œil. A quoi attribuer cette paralysie? A deux choses. Ou à une lésion directe des nerfs, ou à une lésion indirecte. La lésion directe doit être écartée, car rien n'autorise cette supposition; les nerfs assurément n'ont pas été touchés par le caustique.

La lésion indirecte est donc seule la cause de la paralysie, mais ici deux hypothèses peuvent l'expliquer; d'une part la lésion qui a nécessité la trépanation peut faire présager une lésion analogue dans les os voisins, et les nerfs en contact de ces os cariés et nécrosés, ont pu être paralysés. D'autre part, la muqueuse nasale fortement cautérisée et déchirée s'est enflammée, et l'inflammation, se propageant de proche en proche, a envahi la muqueuse qui s'enfonce dans la gouttière qui sépare le cornet inférieur du sinus sphénoïdal et ferme le trou sphéno-palatin, et par ce trou elle a communiqué par propagation son inflammation au tissu cellulaire de l'orbite, ou à la membrane du sinus caverneux, que traversent les nerfs moteurs de l'œil, de là compression de ces mêmes nerfs, diplopie, mydriase et paralysie.

Les accidents consécutifs à l'ablation ou à la cautérisation des polypes nasaux ne sont pas très-rares. Gerdy, dans sa thèse sur le traitement des polypes, parle d'inflammations fréquentes à la suite de ces opérations. Blandin, dans les *Archives générales de médecine*, rapporte l'observation d'un malade chez lequel une otite interne succéda à la ligature d'un polype; otite due à l'irritation produite à côté de l'ouverture de la trompe d'Eustache; mais jusque là, nous n'avons pas vu signaler dans les auteurs la paralysie des muscles de l'œil succédant à une opération de polypes du nez.

Examen du polype. — Ce polype est gros comme une noix, blanc grisâtre, dur et peu friable. Examiné au microscope par M. Bouchard, il présente les caractères suivants: « Il est constitué par un stroma de tissu conjonctif assez serré, à corpuscules fusiformes assez rapprochés et disposés d'une façon générale, parallélement les uns à côté des autres. Ces tractus fibreux limitent des espaces cylindriques flexeux, remplis d'épithélium cylindrique, au moins dans la partie qui touche à la paroi. Les masses épithéliales rappellent, par leurs formes, leurs structures et leurs dispositions, les canalicules glandulaires des glandes en tubes. C'est une tumeur glandulaire à épithélium cylindrique. »

Nous avons donc affaire à une tumeur hypertrophique des glandes de la membrane muqueuse pituitaire. La dureté de ce polype nous apprend que l'hypertrophie a porté aussi sur les éléments fibreux de l'organe. Tous ces renseignements peuvent-ils nous éclairer sur le pronostic? Assurément, par lui-même, ce pseudoplasme, dont la cause nous échappe complétement, peut, comme toutes les tumeurs hypertrophiques, guérir, et, une fois enlevé, ne pas se reproduire; mais, si nous en croyons Gerdy, nous aurons peu d'espoir. Selon cet auteur, les polypes muqueux repullulent quelquefois avec une grande opiniâtreté, qui n'est pas cependant comparable à celle du polype dur, et là, c'est notre cas. Il ajoute encore que si, lorsque la destruction d'un polype a été parfaite, il repullule, il est bien à craindre qu'il ne revienne encore, car une repullulation annonce une disposition particulière des organes à produire des polypes.

Cette observation était écrite lorsque le malade a succombé. Autorisé à faire la nécropsie, nous avons trouvé les lésions suivantes en partie diagnostiquées. Obligé de conserver intacte la figure du cadavre, nous avons enlevé à la manière ordinaire la partie supérieure du crâne, et, le cerveau enlevé, nous avons pu, à l'aide du ciseau et du marteau, continuer notre examen.

Encéphale. — Le cerveau était complétement sain; à droite, les méninges étaient congestionnées, et les artères de la base présentaient des athéromes.

Base du crâne. — Au premier aspect on voit sourdre quelques gouttelettes de pus au niveau de la selle turcique, gouttelettes qui sortent du sphénoïde lui-même par de petites ouvertures; un stylet, qui y est introduit, traverse facilement le corps de cet os. Cette portion du sphénoïde est molle et friable, et présente tous les caractères de la carie.

La paroi supérieure de l'orbite enlevée, l'œil est arraché de la cavité orbitaire, et nous pouvons alors constater que le tissu cellulaire de l'orbite est complétement sain.

La lésion osseuse du corps du sphénoïde paraît ne pas avoir de rapports directs avec les lésions déterminées par l'opération. Cependant on voit une des racines du polype qui s'insère, au fond de la fosse nasale, sur le corps de cet os. Le sinus caverneux est entouré par du pus. L'unguis, enlevé, nous laisse voir que le polype envoie ses nombreuses racines jusque dans les anfractuosités les plus petites des cavités nasales. Un mélange de mucus et de pus épais peu coulant recouvre les parois de ces mêmes cavités, remplit les sinus frontaux, les cellules éthmoïdales, et baigne la lame criblée de l'éthmoïde. Le sinus maxillaire est aussi rempli de pus et le polype prend de nombreuses insertions sur ses parois.

Ces diverses lésions nous expliquent parfaitement la paralysie des nerfs moteurs de l'œil. Avant de pénétrer dans l'orbite, ces nerfs, comme on le sait, traversent le sinus caverneux qui, avons-nous dit, est baigné par du pus; ce pus peut provenir de deux sources; soit les fosses nasales enflammées, qui, par les veines ptérygoïdiennes, ont communiqué leur inflammation à la membrane de ce sinus, soit du corps du sphénoïde carié.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion de M. Gerdy. Aussi, toutes les fois qu'un polype des fosses nasales, enlevé avec soin, repullulera, ce ne sera pas seulement par une disposition particulère de la membrane pituitaire à produire des polypes, mais encore à cause de l'étroitesse de la région; l'impossibilité de tout déraciner permettra aux parties qui restent de se développer après l'opération. Et nous pouvons conclure, avec les auteurs du *Compendium de chirurgie*, que la plupart des malades qui ont des polypes muqueux, sont, pour les raisons précédentes, exposés à subir deux, trois, quatre opérations et même plus, à des intervalles de plusieurs mois ou de plusieurs années. Riolan cite, dans son *Traité d'anatomie*, l'observation d'un individu qui fut obligé de se faire enlever des polypes tous les mois pendant quarante années consécutives.

FRACTURES PAR ÉCRASEMENT DES DEUX OS DE LA JAMBE

COMPLICATIONS; RÉSECTION DES FRAGMENTS; PANSEMENT PAR OCCLUSION MODIFIÉE; GUÉRISON.

Par le docteur MATTON (de Bouzonville).

Quand on consulte nos ouvrages classiques de pathologie chirurgicale, à l'article *Complications des fractures*, on y trouve l'amputation conseillée dans des cas qui ne sont pas suffisamment spécifiés. — Ce qui est indiqué dans les grands centres de population, est le plus souvent contre-indiqué dans les campagnes.

Si l'on réfléchit que plusieurs praticiens n'agissent, en matière de chirurgie, que d'après les paroles du maître, et sans discernement, on s'explique bien des malheurs, dont le souvenir doit être pénible pour celui qui n'a pas su les conjurer. Témoin un fait que je résume en deux mots: Un praticien veut amputer une jambe fracturée; le patient refusant d'optempérer à ses ordres, le digne contemporain de Molière abandonne son client. Le malade guérit sans les secours de la Faculté; mais avec une difformité qui, rendant son membre plus nuisible qu'utile à la marche, le détermine à mettre fin à ses jours; sa veuve, accusée d'homicide, puis reconnue innocente, se suicide à son tour.

A l'appui des avantages de la chirurgie conservatrice, j'apporte les observations suivantes, en indiquant les complications successives qui se sont présentées, leurs causes, et les moyens employés pour les combattre.

Le 10 août dernier, je fus appelé en toute hâte, à 10 kilomètres de ma résidence, dans la commune de Remeldorf, pour donner des soins au nommé G..., ouvrier forgeron, qui venait d'être victime d'un accident grave en conduisant une voiture chargée de 1,800 kilog. Cet ouvrier, un peu pris de vin, ayant attendu, pour serrer le mécanisme de sa voiture, que cette dernière soit engagée sur une pente très-rapide, avait sauté en bas alors que les chevaux étaient lancés à fond de train, et ce saut imprudent eut pour effet le passage d'une roue de sa voiture sur sa jambe gauche. — Du lieu de l'accident jusqu'à son domicile, distant de 1 kilomètre, il venait d'être transporté sur un mauvais véhicule, à travers un chemin caillouteux, dans les conditions les plus propres à irriter le siége d'une fracture, lorsque j'arrivai près de lui et procédai à son examen.

C'est un homme de 32 ans, d'une constitution satisfaisante. Il a la face pâle; il est plongé dans un état de somnolence et d'abrutissement, qui rendent ses réponses lentes et difficiles. Quelques contusions et excoriations sur diverses parties du corps.

Les deux os de la jambe sont fracturés à 5 centimètres au-dessus des malléoles. Le péroné seul porte une seconde fracture à 10 centimètres plus haut; ces deux solutions de continuité limitent un fragment osseux très-mobile, crépitant aux deux extrémités et complétement séparé du corps de l'os. Sur la partie antéro-interne de la jambe, qui correspond à ce fragment, existent une rougeur livide avec excoriations, et une plaie profonde, d'où sort l'extrémité du fragment inférieur du tibia.

Il ressort de cet examen que la jambe a été saisie par sa partie antéro-interne, renversée sur le sol le long de sa face externe, que tout le poids s'est concentré sur l'endroit le plus faible du tibia pour briser à la fois les deux os, et écraser contre le sol de la route les extrémités des deux fragments supérieurs, dans le creux produit sous la jambe par la saillie de la malléole externe. La seconde fracture du péroné, qui paraît simple, a dû être le résultat du contre-coup.

Les conséquences de ce mécanisme ont été les suivantes: déplacements suivant l'épaisseur, fragments inférieurs portés en dedans, les supérieurs portés en dehors; fractures obliques avec nombreuses aspérités, et des esquilles qui pétillent sous les doigts; saillie par la plaie interne de l'extrémité du fragment inférieur du tibia; saillie par une plaie externe de l'extrémité inférieure du fragment mobile du péroné; contusion des parties molles très-voisine d'une désorganisation complète.

La chaleur et la sensibilité n'étant pas diminuées, par suite, l'amputation n'étant pas suffisamment indiquée, je crois devoir me borner à réduire aussi bien que possible, et à placer le membre en demi flexion sur un coussin de crin creusé en gouttière, après avoir nettoyé à grande eau et enduit d'axonge les parties contuses. Un plumasseau de charpie est appliqué sur chaque plaie. Un bandage roulé, recouvrant tout le pied et la jambe, sans les serrer, complète ce premier pansement. Lotions continuelles d'eau de Goulard, aiguisée d'eau-de-vie camphrée. Dès le milieu de la nuit suivante, on vint m'informer que le blessé éprouvait des douleurs atroces dans la jambe. Jugeant mon déplacement inutile, et accusant le bandage de produire ces douleurs, en s'opposant à un gonflement qui était inévitable, je prescris de couper le bandage de haut en bas sur toute la longueur de la jambe; de continuer les lotions sans rien déranger au reste, et de venir me prévenir si ce moyen ne calmait pas les souffrances.

Le 13 août, je trouve mon blessé assez calme, ses douleurs étant supportables; mais en découvrant le membre, un sentiment de frayeur me saisit, à la vue de deux tours de bande qu'on avait laissés intacts sous le genou, et qui semblaient déterminer de l'étranglement. Au-dessous de ce lien, gonflement énorme avec couleur bleuâtre, nombreuses phyctènes remplies d'un liquide sanieux, décollement de l'épiderme, plusieurs plaques de gangrène, noires, intéressant toute l'épaisseur du derme et répandant l'odeur *sui generis*, avec une escharre en bas, au niveau de chaque fracture. Au-dessus, à la partie interne du genou, existe une rougeur très-vive, qui s'étend sous forme de stries jusque vers le milieu de la cuisse.

Mon émotion disparaît quand, par la palpation, je constate que le membre a encore de la chaleur, que le pied est sensible et ne porte aucune phlyctène. Je me confirme de plus en plus dans l'idée que ce lien, au lieu d'avoir produit un mauvais effet, a, au contraire, retardé l'absorption des matières putrides. En effet, il n'y a aucun signe d'infection putride, malgré la fièvre et l'abattement des forces.

La jambe, aussitôt nettoyée, est placée dans une boîte de Baudens, que j'avais fait fabriquer et garnir de coussins de balles d'avoine, le talon très-élevé, et le pied maintenu droit par les coussins latéraux. Suppression des lotions continues, compresses cératées sur les principales plaies; onctions graisseuses. Sur la face interne du genou, application de sangsues et cataplasmes en permanence.

Deux ou trois jours suffirent pour changer l'aspect hideux de cette jambe, et faire tomber les escharres, à l'aide de lavages fréquents à l'eau de Goulard ou à l'eau phéniquée. Ces accidents inflammatoires étant le résultat direct de la contusion, il importait de les arrêter dans leur marche, avant de s'occuper des moyens d'assurer la formation du cal. La jambe était à demi fléchie, immobilisée par les coussins, et le moignon inférieur modérément tendu au moyen d'un lacs, qui s'adaptait au plancher inférieur de la boîte.

Le 17 août, frissons et délire pendant la nuit. Evacuation par la plaie interne d'un abcès profond, dont le pus abondant et fétide, amène un prompt dégorgement du membre et laisse de nouveau apercevoir les fragments osseux dénudés. La lymphangite, qui avait paru s'arrêter à la face interne du genou, fait de nouveaux progrès et s'étend en quelques jours jusqu'à l'aine, sous la forme d'érysipèle phlegmoneux. Malgré les applications successives de sangsues sur les principales plaques et les cataplasmes en permanence sur toute la longueur de la cuisse, la suppuration s'établit et se réunit en clapiers sous-cutanés, qui, successivement ouverts par le bistouri, donnent un pus sanieux, repoussant par sa fétidité. De l'aine, cet érysipèle passe à la région iliaque externe, pour développer sous le sacrum un nouveau foyer purulent et bientôt une escharre, qui s'ajoute à la série des complications.

Pendant trois jours, je me crus en présence d'abcès métastatiques dans les poumons, à la vue d'une toux opiniâtre, d'une grande oppression, d'une fièvre ardente et d'une prostration extrême.

Le 23 août, un nouvel abcès s'ouvre spontanément au creux poplité et vient compléter le nombre des bouches suppurantes dont la cuisse est criblée. En deux jours, ces abondantes évacuations de pus amenèrent une diminution considérable dans le gonflement, et, la phlegmasie définitivement limitée, je pus concentrer de nouveau toute mon attention sur le siége des fractures. Des injections d'eau phéniquée dans les clapiers et des lavages réitérés, ranimèrent peu à peu l'état général, conjointement avec une alimentation légère.

Le 25 août, exploration minutieuse de l'état des fragments du tibia, extraction de plusieurs esquilles superficielles, complétement

détachées du bout des fragments. La crète tibiale du fragment inférieur, qui a toujours fait saillie, et a empêché la cicatrisation de la plaie par ses aspérités, est reséquée à l'aide de la cisaille de Liston sur une longeur de 2 à 3 centimètres. De cette surface avivée s'écoulent quelques gouttes d'un sang rutilant, dont je laisse l'espace interosseux se remplir, puis j'affronte exactement les extrémités des fragments. Les bords de la plaie extérieure sont rapprochés et maintenus en rapport au moyen de bandelettes de diachylon. L'occlusion est complétée par un plumasseau de charpie cératée.

Le fragment mobile du péroné est de nouveau réduit, sauf son extrémité inférieure, qu'on aperçoit toujours à travers la plaie interne et dont l'affrontement avec le fragment inférieur ne peut s'obtenir d'une manière complète. Voulant constater l'effet de la résection du tibia, avant de l'appliquer au péroné, je me borne, après réduction, à fermer la plaie externe. Alors j'enveloppe la jambe d'une bande roulée, en ménageant de petites ouvertures au niveau des plaies; deux attelles postéro-latérales, et une attelle antéro-interne aboutissant au cou-de-pied destinée à comprimer le fragment inférieur, sont appliquées et maintenues à l'aide d'un nouveau bandage spiral. Je recouvre le tout d'une forte couche de dextrine, et je me retire bien décidé à ne plus ouvrir l'appareil avant le laps de temps nécessaire à la formation du cal.

Le 28 aout, je pratique une fenêtre au niveau de chaque plaie, pour pouvoir examiner leur état et les approprier deux fois par jour. La douleur disparaît promptement du siége de la fracture interne, la cuisse revient en quelques jours à son volume normal, et de ses nombreuses fistules, celle du creux poplité seule continue de couler. Grande propreté autour du malade.

Le 4 septembre, la plaie externe étant le siége de fortes douleurs depuis deux jours, sans qu'elle laisse entrevoir rien d'anormal, je me vois forcé de couper le bandage dextriné. La jambe, bien lavée, a une belle apparence du côté interne; la plaie est vive, couverte de bourgeons charnus de bonne nature et complétement fermée, à part un point de suppuration au niveau de la crête tibiale.

Du côté externe, les parties molles sont soulevées par le fragment mobile du péroné, avec plusieurs ulcérations au-dessus de la plaie. L'extrémité inférieure de ce fragment étant dénudée et mortifiée sur une longueur de 3 centimètres, j'enlève avec la cisaille de Liston cette longue pointe, qui n'intéresse que le bord antérieur de l'os. Plusieurs esquilles sont retirées en même temps. Les ulcérations sont réunies à la plaie principale, pour ne former qu'une seule plaie, dont les bords saignants sont rapprochés et maintenus en rapport à l'aide de bandelettes agglutinatives.

Application d'un nouveau bandage roulé, dont les tours de bande concourent encore à la réunion immédiate de la plaie externe, en ménageant toutefois une petite issue à la suppuration superficielle. Les fragments du tibia n'ayant plus de tendance au déplacement, c'est à l'aide de l'attelle interne de Dupuytren que je maintiens la réduction du péroné; je fixe solidement cette attelle sur son coussin, et à l'aide des tours de bande indiqués par le chirurgien, je maintiens la captation exacte des fragments du péroné et l'inclinaison en dedans de la face plantaire du pied. Cet appareil est de nouveau rendu inamovible par une couche de dextrine.

Le 16 septembre, un nouvel abcès à la face interne du genou, produit par la compression de l'extrémité supérieure de l'attelle, me force de lever l'appareil. Une ponction est pratiquée pour faire jour à cette collection purulente, qui avait amené un vaste décollement sous-cutané s'étendant jusqu'à la crête du tibia.

Voyant que le membre avait une bonne direction, que les déplacements n'étaient plus à craindre, les plaies étant en voie de cicatrisation et les fragments osseux immobilisés, je remplace l'attelle de Dupuytren par un double bandage roulé, qui enveloppe le pied et la jambe, puis redescend pour se terminer à son point de départ. Les derniers chefs de ce bandage passent par des ouvertures pratiquées dans les parois latérales de la boite, et sont disposés de manière à maintenir la direction qui était donnée au membre par l'attelle interne. Tous ces tours de bande sont fixés par une nouvelle couche de dextrine. Des ouvertures latérales au niveau des plaies sont pratiquées après la dessication du bandage pour servir au pansement de ces dernières.

Le 7 octobre, suppression du dernier bandage inamovible. Consolidation très-avancée. Encore un peu de flexibilité au tibia, d'avant en arrière. Je replace la jambe dans la boîte et me contente de la maintenir dans sa rectitude normale à l'aide de quelques lacs latéraux. L'extension exercée sur le pied est continuée.

Le 11 octobre, la consolidation est confirmée; plus de flexibilité. Je supprime tout appareil et laisse le membre libre. Aucune inégalité apparente le long du péroné. Sur la face interne du tibia, une légère excavation au lieu et place des esquilles. Direction de la jambe et du pied parfaitement rétablie. A la mensuration, point de raccourcissement appréciable.

A partir de ce jour, l'amélioration de l'état général fait des progrès rapides, sous l'influence d'un régime analeptique; la plaie du sacrum se cicatrise; la fistule du creux poplité se ferme à la fin de novembre. La fausse ankylose du genou disparaît peu à peu, et le malade commence à marcher en s'appuyant sur une canne, dès les premiers jours de janvier.

Au commencement de mars tous était terminé, à part une seule fistule ouverte de nouveau sur l'ancienne plaie interne, et qui coule légèrement sans déterminer ni gène ni douleur. La raideur du pied, qui est très-lente à se dissiper, explique la difficulté de la marche sur le talon, et fait croire à un léger raccourcissement; mais il n'est pas douteux que, aussitôt cette raideur vaincue par l'exercice et les bains, la marche sera parfaitement régulière et la claudication nulle.

Depuis le 1er avril, F... a repris ses travaux ordinaires, et on ne voit plus qu'un léger œdème tout les soirs, lequel œdème disparaît par le repos de la nuit.

On peut déduire de ce fait, comme enseignement pratique, les dispositions suivantes :

1° Les fractures avec saillie des fragments ne constituent pas des cas d'amputation, même dans le cas d'écrasement;

2° La résection des fragments osseux ne présente pas plus de danger que l'avivement des solutions de continuité de la peau;

3° Le travail de réparation de la substance osseuse ne peut se faire qu'à l'abri du contact de l'air, d'où l'excellence du pansement par occlusion;

4° Les tissus du voisinage des os, aussi bien que le sang épanché, contribuent à cette réparation de la substance osseuse, autant que le périoste lui-même.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 5 mai 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — Les *Archives générales de médecine*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Sud médical*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*. — Le *Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*.

— M. le docteur Facieu (de Gaillac), adresse à la Société un travail manuscrit intitulé : *Deux cas de plaie pénétrante du genou; injections quotidiennes. Guérison avec ankylose*. — Renvoyé à une commission composée de MM. Duplay, Cruveilher, Sée.

COMMUNICATION

M. Liégeois donne lecture de la dernière partie et des conclusions d'un mémoire *Sur le sperme et ses modifications dans les maladies*.

Les conclusions de ce mémoire, dont la publication aura lieu dans les Mémoires de la Société sont les suivantes :

1° Tout homme, à partir de l'âge de la puberté jusqu'à la vieillesse, la plus avancée, s'il est indemne de toute affection génitale, possède dans son sperme les éléments matériels de la fécondation.

2° Certains cryptorchides ne se distinguent des autres hommes par aucun caractère particulier, physiognomonique, intellectuel ou moral.

3° Les maladies aiguës et les maladies chroniques ne paraissent avoir que peu d'influence sur la sécrétion spermatique chez l'adulte; chez le vieillard, au contraire, elles amènent assez fréquemment la suspension de cette sécrétion.

4° Ni la syphilis, ni le traitement mercuriel qui lui est appliqué, n'ont d'effets sur la sécrétion et la vitalité des zoospermes.

5° L'orchite parenchymateuse est une cause puissante d'aspermatozie, par le trouble profond que cette affection apporte à la sécrétion testiculaire; si l'affection est double, une stérilité incurable en est la conséquence.

6° L'orchite syphilitique bilatérale, suspend quand elle est très-prononcée, la fonction testiculaire, et de plus, conduit à l'impuissance; mais le retour des zoospermes et de la puissance virile peuvent se faire sous l'influence d'un traitement approprié.

7° L'épididymite double blennorrhagique est une cause, plus fréquente qu'on ne l'a pensé jusqu'ici, d'oblitérations définitives des voies spermatiques, par la lymphe plastique déposée dans l'intérieur du canal épididymaire. Les cas où le retour des zoospermes parait se faire, semblent ne se rapporter qu'à ceux où l'inflammation a été peu intense.

L'absence de gonflement et d'induration de l'épididyme n'est pas un indice du rétablissement des voies d'excrétion.

Dans les épididymites blennorrhagiques bilatérales accompagnées d'oblitérations :

A. La sécrétion testiculaire persiste, mais pendant un certain temps seulement; à une époque qu'il est impossible de préciser, elle ne produit plus de spermatozoïdes, et se borne à fournir un liquide dépourvu de son élément solid.

B. Contrairement à l'opinion généralement admise, les oblitérations doubles entraînent souvent une diminution dans les facultés viriles du sujet.

C. Malgré l'absence des zoospermes dans le liquide des tubes séminipares, la sécrétion des autres humeurs, qui concourent à donner au sperme une composition mixte, demeure la même en qualité et en quantité; la quantité est même parfois exagérée.

D. Le seul caractère qui différencie le sperme éjaculé dans ces conditions, par rapport aux conditions normales, est l'absence des zoospermes.

8° L'épididymite double, non blennorrhagique, due soit à la masturbation, soit à un effort, soit à un traumatisme quelconque, n'est pas, en général, suivi d'oblitération définitive des voies spermatiques, soit, que dans le premier cas l'inflammation, qui débute par le canal, ait été peu intense, soit que l'inflammation ait siége dans le tissu lâche periépididymaire. Dans ces diverses conditions, la présence des zoospermes dans le liquide éjaculé peut coïncider avec la persistance du gonflement et l'induration de l'épididyme.

9° L'épididymite blennorrhagique unilatérale parait porter une atteinte grave à la sécrétion des spermatozoïdes du côté opposé, c'est-à-dire du côté sain.

10° Il en est de même de toutes les lésions organiques d'un testicule, quelle qu'en soit la nature.

11° L'atrophie et l'arrêt de développement des testicules sont accompagnés d'aspermatozie.

12° Le même fait se réalise dans toutes les lésions qui détruisent le parenchyme testiculaire, ou qui, refoulant seulement les tubes séminipares, vers la face externe de l'albuginée, produisent l'atrophie de ceux-ci.

13° Les fausses membranes morbides, qui dans certaines conditions enveloppent le testicule, les adhérences cellulaires qui unissent les deux feuillets de la tunique vaginale, les kystes épididymaires grands ou petits, ne paraissent point, contrairement à l'opinion généralement admise, empêcher la sécrétion ou l'excrétion spermatique.

14° Dans les kystes spermatiques, la couleur laiteuse n'est pas caractéristique de la présence des spermatozoaires; car des kystes épididymaires peuvent posséder ce caractère physique sans contenir de filaments spermatiques, d'autres peuvent ne pas le posséder quoiqu'ils en contiennent.

15° L'hydrocèle double n'est accompagnée d'aspermatozie que si elle coïncide avec une oblitération épididymaire bilatérale de nature blennorrhagique. Quand elle est due à un état inflammatoire ou subinflammatoire de la séreuse, indépendant de l'appareil séminal, le sperme présente ses caractères normaux et contient des spermatozoïdes, quoique alors le plus souvent l'épididyme soit le siége d'un gonflement et d'une induration.

Une observation semble démontrer que la pression exercée par le liquide même de l'hydrocèle, sur le canal déférent ou l'épididyme, peut arrêter le sperme dans son trajet à travers les voies séminales.

16° Les oblitérations des canaux déférents entraînent avec elles les mêmes conséquences sur l'excrétion spermatique que celles de l'épididyme. Quand elles se prolongent dans l'intérieur du bassin, elles peuvent être accompagnées d'aspermatisme (absence de sperme), quoique le coït et l'érithisme vénérien qui le suit ne soient nullement entravés.

17° Le varicocèle ne paraît pas avoir d'influence sur la sécrétion spermatique, à part le cas où cette affection a amené l'atrophie testiculaire.

18° Les kystes du cordon, les hernies inguinales, ont paru chez le vieillard, d'après certains cas publiés jusqu'ici, capables d'amener l'oblitération du canal déférent; mais les observations manquent pour savoir s'il en est de même chez l'adulte.

19° Les bandages inguinaux n'ont pas l'influence fâcheuse qu'on a été tenté jusqu'ici de leur attribuer.

20° Enfin, dans la spermatorrhée, les spermatozoïdes ne présentent aucun caractère de configuration anormale, comme on l'a indiqué. De plus, leur nombre peut être dans le sperme en quantité aussi considérable qu'à l'état normal. Cependant on peut trouver des sujets privés de spermatozoïdes même avant que ceux-ci fussent arrivés à l'état de marasme, auquel conduit souvent cette affection.

Résection sous-périostée de la cloison nasale. — M. Chassaignac. — Parmi les procédés de résection sous-périostée de la cloison nasale, il en est un que je désire soumettre au jugement de la Société de chirurgie et que j'ai déjà eu l'occasion de mettre en pratique avec succès, dans certaines déviations de la cloison, s'accompagnant et étant, suivant moi, la cause de déformations choquantes dans la configuration du nez.

On sait que Blandin avait eu recours, dans les cas de déviation outrée de la cloison nasale, à un procédé qui consiste à faire subir à la cloison déviée une perte de substance, pratiquée à l'emporte-pièce. Mais ce procédé, à l'occasion et sur les résultats duquel je n'ai connaissance d'aucune observation détaillée, me paraît avoir un inconvénient.

D'abord, il établit une communication inter-nasale par la perforation de la cloison, perforation qui, lorsqu'elle est accessible à la vue, produit une impression pénible et peut apporter quelque trouble dans le timbre de la voix. De plus, Blandin opérait en agissant sur la muqueuse aussi bien que sur le tissu propre de la cloison, ce qui multiplie les chances d'hémorrhagie.

Dans le procédé que j'emploie, au lieu de perforer la cloison avec perte de substance, j'ai pour objet précisément de ne pas perforer d'outre en outre le diaphragme nasal, mais de l'amincir par abrasions successives au degré nécessaire pour le redresser facilement.

Ce procédé a été mis à exécution pour la première fois le 15 août 1851, en présence de MM. Gardel et Feldmann. (Voy. Bulletins de la Société de chirurgie. Séance du 27 août 1851.)

Voici en quoi il consiste : Le malade étant anesthésié et mis dans une position convenable en face du jour, on pratique tout près de la sous-cloison et dans le sens antéro-postérieur, une incision très-légèrement courbe à ses deux extrémités. Cette incision a pour objet de mettre à découvert le cartilage dévié. On introduit alors à l'intérieur de la plaie l'extrémité d'une spatule, au moyen de laquelle on décolle la muqueuse d'avec le cartilage. Ce temps de l'opération est assez laborieux. Le cartilage une fois mis à nu, on refoule avec la spatule le lambeau muqueux au-dessus de l'ampoule cartilagineuse, puis on coupe plusieurs épaisseurs dans le cartilage, jusqu'à ce qu'on obtienne une souplesse et un amincissement qui permette de rejeter vers la ligne médiane la cloison cartilagineuse, devenue facile à déplacer. Cela fait, on ramène de haut en bas le lambeau muqueux contre la cloison.

Une petite éponge de forme conique est placée dans la narine, pour rendre permanent ce qui vient d'être obtenu au moment de l'opération. L'éponge est laissée plusieurs jours sur place, et sauf l'incommodité résultant de l'odeur, aucun accident n'est la suite de cette opération, plutôt délicate que réellement difficile, mais pendant laquelle l'issue du sang, après la section de la pituitaire, ne laisse pas que de causer quelque embarras. Aussi faut-il éponger sans cesse pendant l'exécution du procédé. (*Traité des opérations*, t. II, p. 463. Victor masson, 1861.) (*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Nous avons depuis plusieurs jours entre les mains une réponse de M. Liégeois à MM. Onimus et Legros, et une réponse de M. Abeille à M. Liégeois.

Dans une lettre déjà publiée, M. le docteur Abeille avait voulu prouver que la part de mérite ne lui aurait point été faite assez grande par M. Liégeois, dans son rapport sur les expériences de MM. Legros et Onimus, et il a rappelé ses travaux antérieurs.

Aujourd'hui, il veut établir que M. Liégeois, après avoir eu le tort de ne les point citer avec les éloges qu'ils méritent, n'estime point encore assez ces travaux maintenant connus.

Quand des réponses sont devenues aussi complétement personnelles, quand on ne peut plus y chercher la discussion d'un point de science sur lequel les deux adversaires étaient d'accord, c'est avec regret que nous les plaçons sous les yeux de nos abonnés.

Nous comprenons, pour notre part, autrement l'esprit scientifique. Il nous semble qu'on devrait mettre une certaine pudeur à parler de soi quand on se trouve seul en cause. Dans un journal de médecine, les lecteurs aiment les questions d'un intérêt plus général.

Voici les lettres en question :

A M. Liégeois, rapporteur à la Société de chirurgie dans la question de « l'Électricité appliquée dans les accidents produits par le chloroforme. »

Monsieur et honorable confrère,

A ma lettre du 20 mai dernier, qui ne contenait qu'une colonne de la *Gazette des Hôpitaux*, journal accrédité de la Société de chirurgie, vous avez répondu le 27, par une lettre de quatre colonnes dans le même journal.

A ma réclamation, que vous aviez, en qualité de rapporteur dans la question de l'électricité appliquée aux accidents produits par le chloroforme, à propos d'un mémoire de MM. Legros et Onimus, commis un déni de justice à mon égard en me réservant la quatrième place, c'est-à-dire en me plaçant après : 1° Jobert de Lamballe; 2° Robert; 3° la Société médicale d'émulation. Vous avez fait en tous points une réponse évasive, émaillée de beaucoup d'ironie et quelque peu assaisonnée de sarcasme. Je ne m'effraye pas pour si peu. Je vais serrer la logique, prendre vos arguments un à un et faire jaillir pour tous, je l'espère, cette lumière facile à faire.

Après avoir parlé des expériences de MM. Legros et Onimus dans votre rapport intitulé : *De l'emploi des courants électriques continus dans la syncope et les accidents causés par le chloroforme*, vous dites : Ajoutons maintenant, pour rendre justice à qui de droit, que nous ne sommes pas les premiers qui aient (*sic*) constaté l'efficacité des courants d'induction appliqués sur les centres nerveux; ainsi Jobert, dans un mémoire intitulé : *De l'influence de l'électricité dans les accidents chloroformiques*, s'exprime ainsi : « De mes expériences, il ressort clairement que, lorsque le cœur a cessé de fonctionner pendant quelques instants, il est inutile de chercher à le rappeler à la vie qui n'est plus; mais tant qu'on n'est pas arrivé là, on doit conserver l'espoir de ranimer l'existence prête à s'éteindre; il n'y a pas de moyens plus énergiques que l'emploi de l'électricité; c'est ce que reconnaîtront, je l'espère, tous ceux qui prendront connaissance de mon mémoire; » et Jobert propose, au lieu d'appliquer l'électricité à l'aide d'éponges placées sur diverses parties du corps, comme quelques-uns l'ont fait, de faire traverser par deux courants le corps de l'animal, de la bouche à l'anus, et dans les cas extrêmes de recourir à l'électro-puncture.

Puis vous ajoutez : Dans son remarquable rapport en 1853, à la Société de chirurgie, Robert s'exprime ainsi :

« J'ai constamment observé, etc., etc. »

Enfin vous dites plus bas : Une commission nommée par la Société médicale d'émulation, dans le but d'étudier la question du chloroforme, s'est assurée également que l'excitation générale, produite au moyen d'un courant d'induction dirigé de la bouche à l'anus, ne ranimait pas les animaux chez lesquels les battements du cœur avaient disparu, tandis que quand ceux-ci persistaient, la vie pouvait être facilement rappelée.

« Toutes ces observations démontrent donc, dites-vous, pour terminer ces citations, de la façon la plus péremptoire, etc., etc. » Il reste bien démontré que votre justice est rendue suivant vous.

Puis parlant du sommeil anesthésique du lapin, vous dites que si on excite celui-ci, il fait un bond, etc. » Si le sommeil anesthésique dure depuis un certain temps, le réveil est moins rapide, mais il se fait néanmoins avec une assez grande promptitude, renouvelant et répétant un certain nombre de fois l'application des courants; cette expérience que j'ai répétée trois fois, ajoutiez-vous, n'est qu'une confirmation des résultats obtenus par M. Abeille, qui avait vu que l'électricité mise en jeu au moyen d'aiguilles implantées sur plusieurs points du corps, et surtout dans la direction de l'axe cérébro-spinal, réveille la sensibilité, et fait disparaître immédiatement le relâchement des muscles; et M. Abeille ajoute : Elle constitue, d'après mes expériences, le moyen le plus prompt, le plus efficace, je dirai presque le seul efficace de ramener à la vie des malades chez lesquels les inhalations chloroformiques ont été prolongées au delà du temps prescrit par la prudence. » Non-seulement vous citez mal, mais vous tronquez cet extrait de mon Mémoire, inséré dans le Bulletin de l'Académie des sciences (20 octobre 1851); votre intention de rapporteur, d'énoncer une confirmation d'une de mes expériences, par quelques-unes des vôtres, est claire; mais cela n'entre pas en ligne de compte, avec la justice qu'il vous a plu de rendre aux autres.

Il importe que nous mettions en regard de toutes ces citations le résumé de mon mémoire donné par l'Académie des sciences avant que Jobert ait publié le sien, titre : *Effets de l'électricité comme moyen thérapeutique pour combattre les accidents produits par les inhalations d'éther et de chloroforme.* Il y est dit :

« L'auteur ayant eu l'occasion de remarquer dans le cours de sa pratique chirurgicale que les malades sur lesquels on pratique l'électro-puncture ne profitent pas des bienfaits de l'anesthésie chloroformique pour les soustraire aux douleurs de l'opération, tant l'électricité dissipe vite le sommeil et fait disparaître l'insensibilité dans lesquels ils ont été plongés, a entrepris des expériences sur les animaux, et de ces expériences il est arrivé à résumer ces conclusions :

« 1° Les accidents qui résultent parfois des inhalations de l'éther et du chloroforme dépendent de troubles imprimés aux systèmes nerveux et consécutivement aux fonctions qu'ils régissent comme le sommeil, l'insensibilité et le relâchement musculaire, obtenus au point désiré pour soustraire les malades aux douleurs des opérations n'arrivent que par un trouble momentané du système cérébro-rachidien.

« 2° L'électricité mise en jeu au moyen d'aiguilles implantées sur divers points du corps, et notamment sur l'axe cérébro-spinal, réveille promptement le malade, dissipe l'insensibilité et met immédiatement en jeu les muscles en état de relâchement.

3° Elle constitue, d'après nos expériences, le moyen le plus prompt, le plus sûr, le seul sur lequel on puisse compter pour rappeler à la vie les malades chez qui les inhalations chloroformiques auraient dépassé les limites prévues par le chirurgien; c'est, à notre sens, le moyen thérapeutique auquel on doit s'adresser immédiatement et sans perdre de temps dans ces circonstances déplorables, et pour compléter notre pensée, nous disons que c'est un véritable remède spécifique. »

(*La suite au prochain numéro.*)

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Constantin Paul). Éruption varioleuse précédée d'une longue période prodromique. — CLINIQUE DE VALS (M. Clermont, de Lyon). Source Désirée. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Correspondance. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Jules Guérin, encore souffrant, n'a pu assister à la séance. L'Académie a décidé qu'elle maintiendrait sur l'ordre du jour la question des vaccinations jusqu'à mardi prochain, et qu'alors, si la discussion ne commençait pas, on voterait sur les conclusions du rapporteur, M. Depaul.

M. Chassaignac a parlé sur l'infection purulente. Il ne veut pas que l'on confonde cette maladie et l'infection putride : l'une exigeant absolument pour se produire un récent traumatisme, l'autre pouvant survenir à la suite de toute espèce de suppuration.

Cette distinction est assez juste évidemment. L'infection putride est bien le typhus chirurgical. L'infection purulente, au contraire, se lie trop étroitement à un état purement local, aux plaies récentes, pour qu'on en fasse un empoisonnement exclusivement général et miasmatique.

Mais faut-il négliger l'influence du *miasme humain* aussi complétement que le fait M. Chassaignac? Nous ne le pensons pas.

Même en clinique médicale, il est possible de distinguer *une diathèse purulente* et *une diathèse putride*, si l'on peut s'exprimer ainsi.

Chez les adolescents surmenés, par exemple, et dans certaines conditions encore mal déterminées, il se développe parfois une disposition particulière aux abcès multiples qui n'est pas sans analogie avec l'infection purulente des opérés.

Ce n'est pas une affection putride ou typhoïde à proprement parler. La marche, les symptômes et le pronostic en ont quelque chose de spécial. Nous nous éloignons, sur ce point, des idées émises par M. Bouillaud.

Mais il faut bien reconnaître qu'ici les abcès multiples se produisent secondairement, quand l'organisme entier a été soumis à des causes débilitantes.

Il ne faut donc pas s'étonner de voir l'infection purulente beaucoup plus fréquente dans les salles où les opérés sont soumis à des influences toxiques et miasmatiques. M. Chassaignac n'a pas voulu le reconnaître, mais le fait est certain.

Quand on voit paraître dans un service chirurgical les érysipèles graves, les phlébites, les infections putrides, on peut être sûr que les infections purulentes auront tendance à s'y multiplier.

Ce n'est pas à dire que l'état local ne soit pas à considérer. L'état local aussi peut être influencé par des causes épidémiques.

Le poison infectieux peut, comme nous l'avons dit la semaine dernière, directement agir sur une plaie; on en a la preuve dans la pourriture d'hôpital.

Il peut porter spécialement son action sur un point blessé ou contus. Dans certaines épidémies de fièvres puerpérales, les gangrènes de la vulve deviennent très-fréquentes chez les nouvelles accouchées. C'est ce qui s'est produit cette année même, à la Charité, dans le service de M. Bourdon. Mais, en pareil cas, les parties qui ont subi un traumatisme ne sont pas toujours les seules affectées. M. Bourdon nous a montré une malade qui avait eu la vulve et la région fessière atteintes de gangrène.

Enfin l'agent infectieux peut provoquer des abcès multiples ou des arthrites purulentes, des pleurésies purulentes, etc. Chez les nouvelles accouchées, ces affections sont dites puerpérales, tant elles se lient étroitement au traumatisme puerpéral. Et pourtant, comment méconnaître l'influence de l'encombrement dans les salles où les accouchées sont réunies en trop grand nombre? Comment surtout ne pas admettre l'existence d'une inconnue, qui se manifeste par ses effets, d'un *germe morbide épidémique?*

Au point de vue doctrinal, une assimilation de ce germe morbide avec le miasme paludéen ne saurait être justifiée; car le miasme paludéen ne produit pas un effet local sur les points blessés, et n'a pas besoin de traumatisme pour agir sur l'individu.

Mais dire qu'il n'existe rien en dehors de l'effet local serait s'éloigner plus encore de la vérité.

Il ne faut pas croire que l'on s'abstient lorsqu'on nie. On s'avance au contraire autant que lorsqu'on cherche à expliquer.

Les hypothèses mal fondées nuisent aux progrès de la science par la suppression des inconnues qui se trouvent remplacées par des affirmations; — elles n'y nuisent pas autrement.

On supprime les inconnues par la négation pure et simple, et l'on écarte ainsi le problème comme en le disant résolu.

Pour ne pas marcher dans les ténèbres, il faut qu'on reste dans le doute.

Contre les rétrécissements de l'urèthre on employait déjà, d'une part la dilatation lente, et d'autre part la dilatation instantanée. M. le professeur Dittel, de Vienne, cherche à obtenir une dilatation rapide, mais graduelle, et il a modifié dans ce but le divulseur de M. Voillemier.

Son instrument, que M. Depaul a présenté à l'Académie, ne diffère que par un seul point du divulseur. La progression du cathéter entre les branches de son conducteur est réglée par un appareil semblable à celui qui rapproche les branches du lithotriteur. A l'aide d'une vis, on exerce sans peine un effort très-considérable, et en poussant ainsi le divulseur contre la partie rétrécie du canal, on dilate peu à peu cette partie.

N'ayant jamais vu fonctionner l'appareil de M. Dittel chez un malade atteint de rétrécissement, nous ne savons dans quelle mesure il remplit le but que l'inventeur s'est proposé. Théoriquement, il nous paraît qu'on ne doit pas sans inconvénient exagérer l'effort destiné à dilater le canal rétréci.

Si, en effet, on laisse en place cet instrument, sans le pousser avec la main vers la vessie, la pression se divise entre les points qu'on tend à rapprocher, c'est-à-dire entre le col de la vessie dans lequel pénètre la portion courbe du conducteur, et l'entrée du rétrécissement que l'on cherche à vaincre. La pression doit même être plus pénible et plus déchirante vers la vessie, puisqu'elle se répartit sur une surface moins étendue, le conducteur étant très-mince.

Il y a là, du reste, une idée nouvelle qui mérite d'être étudiée.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CONSTANTIN PAUL.

Éruption varioleuse précédée d'une longue période prodromique.

(Observation recueillie par M. JUTILS).

La *Gazette des Hôpitaux* du 25 mars a publié un travail de M. le docteur Durosiez, sur les rapports de la fièvre continue avec la variole. L'auteur y insiste sur ce point, à savoir que l'invasion de la variole peut dépasser de beaucoup la période ordinaire et présenter les symptômes d'une fièvre continue. Or, à ce moment, se trouvait dans le service de M. le docteur Constantin Paul, une malade dont l'observation se rapproche tout particulièrement de celle de M. Durosiez.

Il s'agit d'une femme, vaccinée autrefois, dont la variole a présenté une période prodromique assez lente pour faire croire à l'existence d'une fièvre muqueuse.

OBSERVATION. — Le vendredi 26 février, entrait dans le service de la Clinique, salle Sainte-Madeleine, n° 22, la nommée A..., domestique, âgée de 18 ans, d'un tempérament lymphatique.

Voici les renseignements qu'elle nous fournissait :

Le 18 février, elle se trouvait en bonne santé.

Le 19 au soir, après un frisson violent, suivi d'une fièvre assez intense et de sueurs, elle s'est alitée; et, depuis cette époque, la fièvre ne l'a pas abandonnée. Elle avait eu de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, des troubles dans la vue, des douleurs lombaires et abdominales, des nausées, de l'inapétence, de la constipation, et enfin de la prostration.

A son entrée à l'hôpital, elle présentait encore ces symptômes, auxquels s'ajoutaient un peu de mal de gorge et une toux légère. Le pouls était à 100 et descendait les deux jours suivants à 80. La température était un peu au-dessus de la normale.

Le 1er mars, la malade avait la face colorée, la peau chaude et halitueuse, et le thermomètre indiquait un accroissement de chaleur qui s'accentuait les jours suivants et arrivait à son maximun le 3 au soir.

En même temps, le pouls était monté de 80 à 120.

Cependant les accidents typhoïdes se dissipaient peu à peu; la malade n'avait plus de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, de nausées, et son état de prostration avait disparu.

Le 4, le pouls et la température se maintenaient à un niveau élevé; mais le 5 nous fûmes surpris de voir la température tomber brusquement au point d'offrir, du 4 au 6, une différence de 4 degrés entiers. Le pouls n'était plus qu'à 80, et nous pûmes constater l'apparition d'une éruption varioleuse.

Il s'agissait donc d'une éruption apparaissant le quinzième jour de la maladie. Quant aux boutons, ils étaient au nombre de 24 à 25 seulement, disséminés sur tout le corps d'une façon irrégulière. Un seul se montrait à la face, sur la lèvre supérieure; les autres parsemaient le tronc et les membres.

Cette éruption suivit une marche naturelle, tandis que les accidents typhoïdes avaient complétement disparu, et la courbe thermométrique, après quelques oscillations, reprit sa normale, qui varie de 36°8 à 37°2.

La malade entra aussitôt en pleine convalescence. L'appétit avait reparu, et les forces revenaient peu à peu. Elle sortit de l'hôpital tout à fait remise.

Voici les chiffres qui représentent le tracé thermométrique de la maladie :

Le 26 février : soir, 37°6. — Le 27 : matin, 37°6; soir, 37°8. — Le 28 : matin, 37°8; soir, 37.

Le 1er mars : matin, 37°4; soir, 37°6. — Le 2 : matin, 38°1; soir, 38°4. — Le 3 : matin, 38°4; soir, 39°9. — Le 4 : matin, 38°6; soir, 39°8. — Le 5 : matin, 39; soir, 38°8; éruption. — Le 6 : matin, 35°8; soir, 36°6. — Le 7 : matin, 37°1; soir, 37°4. — Le 8 : matin, 36°8; soir, 37°6, — Le 9 : matin, 37°2; soir, 37°8. — Le 10 : matin, 36°6; soir, 36°4. — Le 11 : matin, 35°8; soir, 36°8; convalescence. — Le 12 : matin, 37°; soir, 37°. — Le 13 : matin, 36°8; soir, 36°8.

Remarques. — Nous nous sommes demandé, en face de cette éruption n'arrivant que le quinzième jour de la maladie, quelle était la signification de cette irrégularité.

1° La variole a-t-elle été contractée pendant le cours d'une affection préexistante?

2° La varioïde existait-elle au moment où la maladie a commencé, et dans ce cas, à quelle cause faudrait-il rapporter le retard dans l'éruption?

Sur le premier point, l'éruption est survenue sept jours après son entrée à l'hôpital; par conséquent il est tout à fait invraisemblable que la maladie ait été contractée dans la salle, où il n'y avait point de variole. En effet, sept jours seraient une durée trop courte pour les deux périodes, l'incubation et l'invasion.

Nous noterons en passant que trois jours avant l'éruption, notre malade a été revaccinée par le fait d'une mesure générale. Cette revaccination a été faite avec du vaccin de vache et n'a pas pris sur elle (comme sur les autres malades qui y ont été soumises).

Pour le second point, une période d'invasion aussi longue est tout à fait exceptionnelle. Trousseau n'en a jamais vu, et il ne cite, dans sa *Clinique*, qu'un cas emprunté à de Haën, dans lequel la période d'invasion aurait duré douze jours.

Mais, toute exceptionnelle qu'elle soit, cette durée a déjà été observée par Sydenham, Latour, MM. Gubler, Bassette et Durosiez. Ce médecin ajoute, qu'en pareil cas, le retard dans l'éruption a été occasionné par la coexistence, chez le malade, d'une autre affection, la fièvre typhoïde, par exemple.

Bien que notre malade n'ait pas été atteinte d'une fièvre typhoïde, puisque la durée n'a été que d'une douzaine de jours, et qu'il n'y a eu ici ni taches ni diarrhée, nous n'en croyons pas moins que l'éruption a été retardée par une autre fièvre, qui pourrait ici être justement qualifiée de fièvre catarrhale.

En résumé, cette observation vient tout à fait à l'appui de l'idée de M. Durosiez, que l'éruption peut être retardée par une autre fièvre coexistante; mais il faut remarquer aussi que la variole n'a fait son évolution que lorsque la maladie première a été guérie, et que la loi de Hunter reste vrai dans ce cas :

« L'économie ne peut être en même temps le siége que d'une action spécifique, deux actions ne pouvant exister en même temps dans la même partie ou la même constitution. » (*Hunter*, t. Ier, p. 359).

CLINIQUE DE VALS. — M. CLERMONT (DE LYON).

Source Désirée.

(*Eau sodo-magnésienne laxative*)

II

On a pu voir, dans les observations relatives à l'emploi des sources *Précieuse* et *Désirée*, que ces eaux laxatives produisent fidèlement, après un emploi de quelques jours, l'effet physiologique qu'on leur demande. Nous verrons bientôt que les eaux carbo-sodiques reconstituantes, celle des sources Rigolette et Madeleine, par exemple, procurent des effets inverses, guérissant souvent des diarrhées atoniques et amenant fréquemment un peu de constipation, comme on en obtient par la plupart des médicaments toniques.

Deux objections, avons-nous dit, se sont élevées à Vals contre notre section des *eaux laxatives*. L'une a été formulée par ces mots : On ne peut fonder une division sur des propriétés physiologiques contestables. Or, cette opinion, qu'on pourrait, avec une apparence de raison, étendre à tous les agents de la matière médicale, à tous les remèdes en un mot, non-seulement ne satisfont pas l'esprit, mais encore peut avoir de gra-

ves inconvénients. En voici un exemple : insuffisamment renseigné sur la quantité, ou mieux, sur les effets de la magnésie contenue dans certaines de nos eaux carbo-sodiques, l'un de nos plus éminents professeurs de faculté de médecine vint à Vals il y a trois. Il avait sans doute lu quelque part, et avec preuves à l'appui, que l'eau de la Désirée réussit dans les affections du foie, et spontanément il s'adressa à la bonne fontaine. Sa présomption était parfaitement fondée en ce sens que cette source réussit en effet dans ces affections, mais *quand il y a constipation*, — car dans l'état morbide contraire, elle peut agir tout autrement et beaucoup plus qu'on ne le désire ; c'est ce qui arriva. Au bout de deux ou trois jours, le malade fut obligé de garder la chambre pendant quarante-huit heures, puis il partit brusquement sans achever son traitement. Oncques ne le revîmes, et à coup sûr, il doit penser, aujourd'hui, d'après les effets de la *Désirée*, que les eaux carbo-sodiques de Vals sont plus que laxatives.

Cent exemples de même nature, et en outre les preuves irréfragables fournies chaque jour par la grande majorité des malades buvant à Vals les eaux de la Camuse, de la Précieuse et de la Désirée, nous permettent de maintenir intacte notre catégorie d'eaux laxatives. Trop souvent, en médecine, quand il s'agit des effets d'un médicament, Hippocrate dit *oui* et Galien dit *non*. Peut-être les mettrait-on d'accord en prenant l'esprit et non la lettre de l'objection, et en disant, ce qui est vrai, que les eaux sodo-magnésiennes, comme tout autre remède, ne sont pas constantes dans leur effet laxatif.

Deux ou trois fois sur dix, leur action élective pourra se trouver en défaut, tout comme, mais pas plus que les eaux d'Uriage, auxquelles on demande une action plus forte, il est vrai, mais auxquelles aussi les médecins de cette station font ajouter du sulfate de magnésie, quand ils s'aperçoivent que 8 ou 10 verrées de cette eau purgative, prises dans une matinée et plusieurs jours de suite, ne produisent aucun effet sur certains malades.

D'ailleurs, est-il un seul médicament mathématique et constant dans les effets physiologiques qu'on est autorisé à lui demander ? N'allons pas loin : prenons la valériane. Est-elle toujours antispasmodique et la sortirez-vous de son cadre dans la matière médicale, parce que vous lui trouvez, comme au musc et à l'ambre gris, de nombreux récalcitrants? Quel praticien n'a rencontré de ces constitutions réfractaires que les drastiques mêmes ne pouvaient émouvoir, sinon à des doses inusitées et qui seraient fatales à d'autres malades ? Combien ne pourrions-nous pas citer de ces inconstances d'effets physiologiques dans toutes les séries de la matière médicale ? Mieux vaut dire simplement qu'elles sont des exceptions qui confirment la règle et nous occuper de suite de la deuxième objection.

« Les eaux de Vals ne purgent que par indigestion. »

Prenons d'abord acte de ce demi-aveu ; les eaux de Vals purgent quelquefois, et demandons-nous si cet effet doit être attribué à l'indigestion, phénomène morbide qui aggrave la situation d'un malade, surtout s'il est répété de quinze à vingt fois de suite, tandis que nos eaux magnésiennes, après avoir augmenté le nombre des évacuations alvines et les avoir rendues plus faciles, plus liquides, apparaissent comme la cause la plus efficiente de la guérison des maladies chroniques traitées à Vals par nos eaux laxatives de la Précieuse et de la Désirée.

Il est facile, il est commode d'expliquer l'action laxative de quelques-unes de nos sources par le mot indigestion ; mais nous croyons que c'est commettre une hérésie médicale, qu'on pourrait étendre, en usant du même sans-gêne, aux eaux de Carlsbad, d'Uriage, de Birmenstoff, etc., puis même, si l'on veut encore, aux minoratifs comme aux drastiques, au séné comme à l'aloës.

Les eaux carbo-sodiques ont pour effet d'augmenter la sécrétion gastrique et intestinale (c'est l'*a b c* de l'histoire de nos eaux), et d'augmenter le mouvement péristaltique, c'est-à-dire de rendre plus facile le cours des matières qui doivent être rejetées de l'intestin. Quand, de plus, elles sont magnésiennes, elles n'en sont que plus laxatives, et leur action ressemble à celle produite par de légers minoratifs.

Pourquoi faire intervenir ici les idées d'indigestion, acte pathologique qui a ses caractères propres, celui surtout d'être d'autant plus pénible et dangereux que le sujet est plus malade, lorsque, toutes les années, nos six ou huit cents indigestionnés voient de jour en jour leur santé s'améliorer ?

Quand nos eaux sont indigérées, et cela arrive malheureusement quelquefois, on remarque de la pesanteur à l'estomac, qui se tend et offre bientôt une voussure gênante. Il y a quelquefois des crampes, des envies de vomir, et nous avons vu ces accidents produire jusqu'à la lipothymie et la syncope.

On connaît les soins réclamés par l'indigestion, quand elle est peu grave, et celle de l'eau est souvent aussi cruelle que celle du pain ou d'autres corps solides. Heureusement, à Vals, deux ou trois fois par an tout au plus, doit-on développer les ressources de la thérapeutique pour combattre des indigestions. Dans l'immense majorité des cas, ce qu'on voudrait appeler indigestion a, au contraire, le privilège de faire revivre l'appétit, de faciliter l'assimilation, d'augmenter de jour en jour l'embonpoint et les forces.

Si les eaux sodo-magnésiennes de Vals purgeaient par indigestion, on pourait dire :

Que tous les purgatifs agissent par indigestion ;

Que les malades exténués par des maladies chroniques guérissent au moyen d'indigestions multiples ;

Qu'il n'y a nulle différence entre un phénomène physiologique salutaire et un phénomène dangereux.

C'est la confusion de Babel appliquée à la thérapeutique.

En résumé, des deux objections précitées, l'une est démentie par la clinique, l'autre est irrationnelle.

A bon entendeur, salut !

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 22 juin 1869. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Le Mestre (de Limoges), sur une épidémie de ladrerie dans la Haute-Vienne ;

2° Un rapport final de M. le docteur Galliet (de Reims), sur une épidémie de fièvre typhoïde ;

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1868 dans le département de la Savoie (Comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

1° Une lettre de M. le docteur Liéger (de Rambervilliers), qui sollicite le titre de membre correspondant ;

2° Un rapport de M. le docteur Piedvache (de Dinan), sur les épidémies, les maladies régnantes, le mouvement de la population en 1868 dans l'arrondissement de Dinan (Comm. des épidémies) ;

3° Un mémoire sur l'arthrite dysentérique, par M. le docteur Huette (de Montargis) (Comm., MM. Bouillaud, Barthe et Hérard) ;

4° Une lettre de M. Coutant, fabricant d'instruments de chirurgie, accompagnant l'envoi d'une sonde en gomme élastique destinée à être placée dans les trousses, et qui peut s'adapter à la partie supérieure de la sonde métallique brisée de Charrière.

M. le Président annonce la mort de M. le professeur J. E. Bérard, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier et membre associé de l'Académie.

M. le Président fait ensuite lecture d'une lettre de M. Jules Guérin, empêché d'assister à la séance par la continuation de son indisposition, et demandant le renvoi à huitaine de la discussion sur la vaccination animale.

M. Béclard donne lecture d'une note adressée par M. le docteur Shrimpton, et relative aux résultats des grandes opérations en Angleterre, d'après la statistique publiée par M. le professeur Simpson, d'Édimbourg, dans le numéro du 12 juin du *British medical Journal*.

Cette statistique porte spécialement sur la mortalité comparée, après les amputations des membres, dans les hôpitaux de Londres, d'Édimbourg et de Glascow, et dans la pratique privée à la campagne.

Sur 2,083 amputations dans les hôpitaux, 825 morts. Sur 2,038 amputations à la campagne, 226 morts. Surplus de la mortalité dans les grands hôpitaux, 599.

Sur 377 amputations d'avant-bras faites à la campagne, 1 mort pour 188. Sur 244 amputations de l'avant-bras faites dans les hôpitaux, 1 mort pour 6. Ainsi, dans ces cas, la mortalité est 30 fois plus grande dans les grands hôpitaux des villes que dans la pratique privée à la campagne.

Sur 304 cas d'amputation de la cuisse dans les hôpitaux, la mortalité est de 196, ou de 1 sur 1,5. Sur 313 amputations de la cuisse à la campagne, la mortalité est de 80, ou de 1 sur 4.

Cette statistique, ajoute M. Shrimpton, dispense de tout commentaire. Les grands hôpitaux de Londres, à l'exception de trois, ne vivent que de souscriptions annuelles et de donations volontaires. Mais la charité intelligente se dirige aujourd'hui vers les petits hôpitaux (*cottages hospitals*), qui se multiplient partout dans les campagnes; et les grands hôpitaux, délaissés, doivent graduellement disparaître.

M. Béclard offre en hommage, au nom de l'auteur, don José-Diaz Benito-Angulo (de Madrid), un *Atlas des maladies vénériennes et syphilitiques*.

M. Depaul dépose une brochure sur le *Dilatateur à vis pour les strictures de l'urètre*; instrument inventé par M. le docteur Dittel, professeur de chirurgie à Vienne.

M. Broca lit un rapport sur le bras artificiel agricole de M. Gripouillaux, médecin à Mont-Louis (Indre-et-Loire). Cet appareil est exclusivement destiné aux manchots qui exercent la profession agricole. Pendant longtemps, ces appareils prothétiques des membres supérieurs ont été considérés comme des objets de luxe destinés aux riches. C'est qu'en effet les bras artificiels automobiles, c'est-à-dire obéissant à volonté, ne peuvent déployer qu'une force de préhension médiocre et tout à fait insuffisante pour le travail des mains. Toutefois, dans ces dernières années, un inventeur ingénieux, mu par un sentiment de philanthropie, M. de Beaufort, a simplifié le mécanisme des bras artificiels, à tel point que ces appareils, ordinairement si dispendieux, peuvent être maintenant mis à la portée des pauvres.

Pour les besoins usuels de la vie, pour les travaux légers de la main, et généralement pour les professions qui exigent plus d'adresse que de force, le bras Beaufort rend presque les mêmes services que les bras artificiels compliqués et coûteux ; mais il ne peut servir aux ouvriers qui sont obligés d'empoigner fortement, et de manier avec l'une et l'autre main des outils lourds et volumineux.

Ces dernières indications se trouvent en partie remplies par le bras construit par M. Mathieu pour les charpentiers et les menuisiers, et par le bras agricole inventé par M. Bonnet, sellier à Nérac (Lot-et-Garonne).

Le bras agricole de M. Gripouillaux est construit sur le même précepte que celui de M. Bonnet, et que le bras industriel de M. Mathieu. C'est toujours un levier rigide, adapté d'une part sur le moignon et sur l'épaule, par les moyens déjà connus, et supportant à son autre extrémité des armatures métalliques multiples et amovibles, destinées à saisir les divers instruments de l'agriculture.

Mais si le principe général est le même, les procédés d'application sont essentiellement différents : les armatures du bras Gripouillaux sont moins nombreuses et en général plus simples ; le mécanisme des ajustages, la disposition des charnières, le mode de préhension des instruments, et quelquefois même jusqu'à la répartition du travail entre le bon bras et le bras artificiel, tout est conçu et réalisé autrement que dans le bras Bonnet.

M. Broca n'a pas vu fonctionner le bras Gripouillaux, mais l'étude qu'il a faite de cet appareil ne lui laisserait aucun doute sur son efficacité, quand même il ne connaîtrait pas le résultat des expériences publiques qui ont été faites à plusieurs reprises devant la Société d'agriculture d'Indre-et-Loire (2 mai 1868), devant le comice agricole de Saint-Avertin (23 août 1868), et enfin devant les médecins, chirurgiens et élèves de l'hôpital de Tours (26 septembre dernier).

« Je n'hésite pas à dire, ajoute M. Broca en terminant, que le bras artificiel de M. Gripouillaux remplit parfaitement et complétement toutes les conditions de force et d'efficacité que l'on peut exiger d'un bras agricole. Sous ce rapport, il ne le cède en rien au bras Bonnet, qui le précède, sans toutefois lui servir de modèle. Il est juste d'attribuer à M. Bonnet le mérite d'avoir le premier entrepris de restituer aux manchots de la classe agricole les fonctions de leur membre amputé; d'avoir institué en leur faveur une prothèse spéciale et de l'avoir fait avec un succès complet. Cette priorité ne diminue en rien le mérite de M. Gripouillaux, qui a conçu la même idée, presque à la même époque, et qui l'a exécuté avec non moins de succès. Les deux bras artificiels sont également bons, mais ce qui constitue la supériorité du bras Gripouillaux, c'est l'extrême modicité de son prix, qui ne dépasse pas 20 francs; c'est aussi le désintéressement de l'auteur, qui laisse son invention dans le domaine public, et qui ne réclame pour lui d'autre récompense que l'approbation de l'Académie. Cette approbation, messieurs, vous jugerez, je l'espère, qu'il en est digne. Grâce à lui, les manchots de la classe pauvre ne seront plus condamnés à mendier leur pain. Ils pourront vivre honorablement de leur travail, et vous ne méconnaîtrez pas ce service rendu à l'humanité par un modeste médecin de campagne.

«Votre commission a donc l'honneur de vous proposer de répondre à M. le ministre de l'agriculture et du commerce que l'Académie approuve le bras artificiel inventé par M. Gripouillaux, médecin à Mont-Louis. »(Adopté.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'infection purulente.

La parole est à M. Chassaignac.

Suite de la discussion sur l'infection purulente.

M. Chassaignac. Ce n'est pas d'aujourd'hui que je suis convaincu de la curabilité de l'infection purulente. Il y a plus de vingt ans que j'ai publié une obervation qui la prouvait.

Mais quand on veut se rendre compte des circonstances dans lesquelles la guérison peut avoir lieu et du remède qui peut la produire, on se trouve en face de deux écueils : 1° l'excessive rareté du fait en lui-même ; 2° la manière dont les observations sur ce sujet ont été prises.

Quelle valeur pratique peuvent avoir de si rares observations? Comment, avec si peu de faits, arriver à des conclusions théoriques, soit sur la nature de l'affection, soit sur le traitement à y opposer? Commençons donc par recueillir les cas de guérison, soumettons-les à une critique sévère, et nous conclurons s'il y a lieu. En ce moment, nous en sommes encore à la période d'investigations et de tâtonnements.

Je crois que, dans un certain nombre de cas bien avérés, l'infection purulente a guéri, je le répète, mais avec toutes réserves sur telle ou telle sorte de traitement. M. Guérin avait employé, chez son malade, le sulfate de quinine; j'avais employé, chez le mien, l'alcoolature d'aconit; les résultats ont été les mêmes.

Mon malade était un jeune homme de 28 ans, terrassier au chemin de fer de Strasbourg, et qui avait eu le pied broyé par un waggon. J'ai dû lui pratiquer l'amputation sous-malléolaire. Huit jours après, gangrène des téguments ; vingt jours après, premier frisson; la suppuration devient rare et très-fétide. Le lendemain, je prescris 5 grammes d'alcoolature d'aconit et je fais continuer la même dose les jours suivants.

Le 24e jour après l'opération, nouveau frisson de deux heures et demie, suivi de sueur froide, visqueuse. Le malade se plaint d'une douleur dans la région hypogastrique et d'une douleur dans l'épaule; sa peau prend une teinte jaunâtre ; le frisson se reproduit encore le lendemain, et bref, le dernier frisson a eu lieu le 38e jour. J'ai dû ouvrir des collections purulentes superficielles; et finalement, après avoir présenté tous les phénomènes de l'infection purulente la mieux accusée : frissons répétés, sécheresse du moignon, abcès superficiels, sueurs froides et visqueuses, teinte subictérique de la peau, douleurs dans la région du foie, etc., ce malade reprit des forces et de l'embonpoint. Il était resté dans le service du 5 mai au 1er janvier, et avait pris, par jour, 5 grammes d'acoolature d'aconit, pendant toute la durée des accidents.

Je n'ose conclure que l'aconit soit la cause de la guérison, et cependant j'ai fait depuis de nombreuses expériences qui sembleraient prouver l'utilité de l'alcoolature d'aconit contre l'infection purulente.

J'ai pensé que ce remède pourrait peut-être prévenir l'explosion de cette maladie, et sans attendre l'apparition des accidents, j'ai administré l'aconit à mes opérés dès le premier jour.

Je ne sais si c'est à cette cause ou aux pansements par occlusion que je dois de n'avoir pas eu une seule infection purulente sur une série de trente-deux opérations très-graves.

Le quart de ces opérations étaient des amputations de membres; il y avait en outre treize amputations de tumeurs, etc. ; j'ai perdu cinq malades, soit d'emphysème pulmonaire, soit de cancer, soit d'autres causes qui n'avaient pas de relation directe avec le traumatisme. Il est certainement exceptionnel de n'avoir pas un cas d'infection purulente sur trente-deux opérations graves, et je tendrais à croire à l'efficacité de mon traitement préventif. Je suis donc d'accord avec M. Guérin sur la possibilité éventuelle de prévenir, et peut-être de combattre efficacement les accidents.

Mais sur la partie doctrinale de la question, je ne partage pas les idées de MM. Guérin et Verneuil.

Depuis longtemps les médecins s'abstenaient de toute velléité théorique, et je crois qu'ils avaient raison. Je crois qu'il est bon de s'en tenir au vieil axiome ;

Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras.

Quand on marche dans les ténèbres, on risque d'aller en arrière.

Nous avons entendu deux théories nouvelles sur la maladie qui nous occupe : 1° la théorie du miasme; 2° celle du virus; ou, d'après les noms de leurs auteurs : 1° la théorie de M. Guérin; et 2° celle de M. Verneuil.

Pour moi ce sont là des idoles, et je vais y porter la main. Il faut d'abord bien préciser et dissiper une confusion, qui tend à s'établir entre deux affections parfaitement distinctes dans leurs causes et leur nature : l'infection purulente et l'infection putride.

Le miasme de M. Guérin peut expliquer l'infection putride, mais non l'infection purulente : dans l'infection putride il n'y a pas d'abcès, tandis qu'il y en a toujours dans l'infection purulente; celle-là demande certaines conditions pour se produire, elle est en cela analogue à la pourriture d'hôpital, tandis que celle-ci peut se déclarer partout. A la campagne, malgré l'isolement le plus parfait, on n'est jamais sûr de ne pas avoir d'infection purulente après un traumatisme.

Pourquoi donc introduire ici une nouvelle inconnue? A quoi bon faire jouer un rôle au miasme humain, ce miasme qui serait le résultat de l'encombrement et d'autres causes qu'on ne trouve pas à la campagne ou près d'un malade isolé? Et si l'on admettait ce miasme, comment pourrait-on faire comprendre qu'il agirait exclusivement après un traumatisme? Pourquoi respecte-t-il toujours, en dehors d'une intervention chirurgicale, d'anciennes suppurations, qui sont dans les salles d'hôpital depuis des semaines et des mois? Est-ce ainsi que se comporterait un agent toxique, tel que serait un miasme?

Puisque le traumatisme est nécessaire pour que l'infection purulente puisse se produire, il faut s'en tenir au phénomène tout local, qui est la cause manifeste et suffisante des accidents. Quant à M. Verneuil, sa théorie du virus traumatique revient absolument au même que celle du miasme, s'il ne refuse pas à son virus la faculté de vicier l'air. Je n'y vois donc rien qui motive les éloges que lui donne son auteur, et c'est loin d'être *une théorie claire, qui embrasse tous les faits et qui réponde à toute objection.* Loin de simplifier la question, elle la complique encore d'une nouvelle inconnue.

En résumé, jusqu'à présent, la guérison de l'infection purulente est toujours un fait exceptionnel. Il ne faut pas attendre qu'elle se déclare, il faut s'efforcer de la prévenir; améliorer le traumatisme chirurgical, soigner les pansements, diriger avec intelligence la suppuration, et ne pas se préoccuper de ce virus, dont la supposition redoublerait nos inquiétudes.

COMMUNICATION

M. le docteur PRAT lit une note intitulée : *Du principe scientifique qui doit présider à la construction du stétoscope.*

CORRESPONDANCE

Nous publions ci-dessous la fin de la lettre de M. Abeille à M. Liégeois.

M. Liégeois en a pris connaissance en venant retirer sa réponse à MM. Legros et Onimus; et, comme on le verra plus loin par la lettre qu'il nous adresse, il coupe court à toute discussion.

« Vous voyez, monsieur, que vous avez un peu tronqué ce résumé par vos citations; vous voyez, par ce seul extrait, que la question de l'électricité opposée aux accidents par le chloroforme était très-nettement posée et résolue; par conséquent, qu'il n'y avait pas à balancer entre ceux qui m'ont suivi dans cette voie et moi; votre justice est en défaut.

Il est vrai que vous ripostez que vous n'avez pas entendu parler de priorité, mais seulement classer les travaux d'après leur importance; je ne veux point vous laisser ce refuge; d'abord, vous avez été avant la rédaction de votre rapport, c'est vous qui le dites dans votre lettre, chercher à l'Académie de médecine ce pli que j'avais annoncé en 1851 à l'Académie des sciences, en la priant de suspendre son jugement sur les titres à la priorité entre M. Wartemann, qui l'avait réclamée, et moi. Or ce pli, vous ne l'avez pas trouvé. En rapporteur consciencieux, il vous revenait de droit de citer M. Wastermann en première ligne, puisque vous ne trouviez pas ce pli décisif, — et vous avez complétement oublié M. Wastermann.

Premier point divulgué. Votre intention est ici bien évidente sous le rapport de l'importance des travaux : la priorité appartient incontestablement à celui qui démontre : 1° la conception de l'idée; 2° l'application de cette idée à la clinique; 3° la confirmation de cette idée par l'expérimentation physiologique sur les animaux. Si brève et concise que soit l'analyse de mon mémoire, reproduite dans le Bulletin de l'Académie des sciences du 20 octobre 1851, elle est plus que suffisante pour établir sans conteste mes droits à la priorité, autant sous le rapport de l'importance que sous celui des dates.

Mais il y a mieux encore. Vous qui assistiez aux expériences de Jobert de Lamballe, à celle de Robert à Beaujon, faites en ma présence, en contrôle des miennes et avec un appareil à moi appartenant, puisque Legendre me l'avait vendu, et que je le prêtais en attendant qu'un semblable fût livré à Robert; vous qui avez lu le rapport de Robert, rapporteur dans la même question, à la même Société de chirurgie, vous ne pouviez absolument ignorer ni l'importance de mes expériences ni la propriété que Robert m'avait octroyée dans son rapport. Robert dit en effet :

« Il me reste à étudier l'agent qui stimule les systèmes nerveux et musculaire, je veux parler de l'électricité. M. le docteur Abeille paraît être le premier qui ait eu la pensée de l'opposer aux accidents produits par le chloroforme en 1848; il pratiquait l'électro-puncture, etc., etc., » puis il dit : « M. Abeille conclut, etc., etc.»

Enfin, précisant toujours de plus en plus, Robert arrive à dire : « Dans ces derniers temps, M. Jobert a aussi expérimenté la valeur de l'électricité et les résultats qu'il a obtenus sont à peu près les mêmes que ceux dont nous venons de parler » (de M. Abeille).

N'oubliez pas, monsieur, que vous êtes comme Robert, rapporteur dans la même société, et non à l'Académie des sciences; en cette qualité vous aviez tous les éléments de justice à rendre : où il fallait avoir du nouveau à produire, édifié; que vous étiez par vos devanciers, pour me dépouiller ainsi devant la Société de chirurgie, dans une question qui, peut-être mal appréciée au début, prend maintenant une si grande proportion, ou il fallait rester dans les termes d'une appréciation portée avant vous et par un homme compétent. Robert, en effet, avait scruté partout avec moi et savait à quoi s'en tenir.

Mais vous aviez encore, pour vous édifier, le livre de M. Perrin, notre collègue, livre que vous connaissez et que vous appréciez fort et à juste titre.— Voici ce que dit M. Perrin dans son livre, page 496 : « On a eu recours aussi, dans le but de provoquer une stimulation générale, à l'électrisation des téguments, des muscles et même de la moelle épinière.—La proposition en fut d'abord faite par M. Abeille dans les circonstances suivantes : Ce médecin, appliquant l'électro-puncture au traitement des adémites cervicales chroniques, avait remarqué que l'action du galvanisme réveillait instantanément la sensibilité des malades auxquels il avait administré du chloroforme pour leur épargner la douleur de la faradisation. Il fit, sur diverses classes d'animaux des expériences qui lui parurent assez significatives pour établir que l'électricité, mise en jeu au moyen d'aiguilles implantées sur divers points du corps et surtout dans la direction de l'axe cérébro-spinal, réveille la sensibilité et met immédiatement en jeu les muscles en état de relâchement. » Et plus bas : « Quelques années plus tard, M. Jobert appela de nouveau l'attention sur ce sujet, après avoir essayé l'électricité, etc., etc. »

M. Perrin n'était pourtant pas un rapporteur.

Vous vous êtes rejeté ensuite, pour vous donner des apparences de raison, sur la non publication de mon mémoire, qui aurait sommeillé pendant dix-huit ans dans les cartons de l'Institut, bien qu'à deux reprises l'Académie des sciences eût déclaré, en 1853, que la remise de ce mémoire avait été accordée.— Ce mémoire, vous avez voulu en faire un mythe aux yeux du lecteur quand vous vous écriez, après les citations, la plupart exactes, des bulletins académiques : Lequel des deux croire, de l'Académie ou de M. Abeille? »

Eh bien! celui qu'il faut croire, monsieur, c'est moi. Cette réponse est superbe, autant que votre exclamation, mais avec cette différence que je le prouve d'une manière absolue, au lieu que vous, vous êtes resté en chemin.

Entre l'illustre Académie, que je n'accuse pas puisque je ne fais que constater, et moi, simple mortel que vous mettez si ironiquement sur la sellette, il y a un juge souverain, muet, mais inexorable, devant lequel l'Académie toute la première s'incline, et nous ensuite.

Ce juge est le registre matricule d'inscription des archives. Sur ce registre sont inscrits tous les mémoires, grands ou petits, adressés à l'Académie avec dates précises de réception, de sortie, de réintégration et pour quelques cause que ce soit.

Or, voici ce qu'on lit sur ce registre : « Mémoire de M. Abeille sur les effets thérapeutiques de l'électricité appliquée au traitement des accidents produits par l'éther et le chloroforme, décacheté le 20 octobre 1851, remis à M. Flourens le 30 courant, rapporté par M. Flourens le 1er novembre 1851, remis à M. Pouillet le 5 novembre 1851, réintégré dans les archives par M. Pouillet le 7 novembre 1859, où il existe encore, portant sur chaque page le cachet de l'Académie. » Si ce mémoire a été pendant huit ans entre les mains de M. Pouillet, il ne m'avait donc pas été remis, bien que deux bulletins académiques constatent que la reprise par moi a été autorisée. C'est que l'Académie comptait sans la détention de mon mémoire en 1853, alors que sa publication aurait eu tant d'actualité durant la discussion pendante devant la Société de chirurgie, dont Robert était rapporteur. Je me présentai deux fois chez M. Pouillet pour le réclamer et, ces deux fois, cet ancien illustre me répondit qu'il ne savait où il était passé; qu'il l'avait égaré; bref, je ne pus le ravoir, et cependant M. Pouillet le réintégrait dans les archives, le 7 novembre 1859. Qu'était devenu mon mémoire pendant ces huit années? Mystère! Ce mémoire, au sujet duquel vous aviez glissé des insinuations que chacun a parfaitement comprises, vous le connaissez à fond maintenant que j'ai eu la courtoisie de vous remettre un exemplaire du 29 mai dernier de la *Gazette médicale de Paris*, où il a été imprimé sur copie textuelle faite par le secrétariat des archives de l'Académie des sciences sur l'original, qui restera toujours dans ces archives; vous trouverez dans ce mémoire : 1° les deux faits cliniques pour lesquels vous me plaisantiez si agréablement en disant ; « M. Abeille parle tantôt d'un fait clinique, tantôt de deux; » 2° des considérations physiologiques sur l'action du chloroforme sur le systèmes nerveux et la manière dont l'électricité dissipe les accidents produits par celui-ci, en réveillant les fonctions par ordre inverse à leur extinction; 3° les expériences sur les animaux qui démontrent que Jobert avait la ce mémoire, puisqu'il avait procédé absolument comme moi, commençant par sidérer les animaux; administrant ensuite le chloroforme en laissant respirer de l'air atmosphérique pour atteindre les mêmes résultats que quand on chloroformise les malades, etc., etc., se servant, comme moi, de la vessie de bœuf comme récipient; se servant de l'électro-puncture, comme moi enfin, agissant, comme moi, sur l'axe cérébro-spinal, et n'arrivant que successivement à quelques variantes, pour la forme et non pour le fond. C'est absolument aussi ce que fit Robert, après lui, à Beaujon, quand il expérimentait, d'après mes indications et en ma présence, avec l'instrument de Legendre.

Si j'avais eu égard à l'ordre chronologique, dites-vous, j'eusse certainement touché à la question de priorité, mais je dois le dire, M. Abeille n'aurait pas eu le premier rang qu'il réclame avec tant d'insistance. Prenez, en effet, les Bulletins de l'Académie des sciences (année 1851, p. 639), vous y lirez ceci : « M. Abeille prie l'Académie de bien vouloir suspendre son jugement sur la question de priorité entre lui et M. Wartemann, relativement à l'emploi de l'électricité pour combattre les accidents par le chloroforme. » M. Abeille annonce avoir, en 1849, adressé un pli à l'Académie de médecine, où se trouve une note sur cette question; il a demandé l'ouverture du pli et espère très-prochainement être à même de fournir à l'Académie des sciences un document authentique, fixant l'époque à laquelle il a songé pour la première fois à faire usage en pareil cas de l'électricité. Or, ajoutez-vous, j'ai en vain cherché lors de la rédaction de mon rapport, quand ce pli avait été ouvert, pour savoir ce qu'il renfermait, mes recherches ont été vaines : a-t-il sommeillé, lui aussi, dans les cartons de l'Académie de médecine? »

Ici, monsieur, vous venez de vous dévoiler dans toute votre intention, et croyant avoir saisi le joint, vous oubliez qu'avant tout, vous êtes un rapporteur, c'est-à-dire tenu de faire de la science sérieuse avec documents en main au lieu d'être un dénégateur. Or, voici ce double dilemne que je braque devant vous, et dont il vous faut sortir : puisque, avant la rédaction de votre rapport vous avez fait les recherches en question et qu'il vous restait la conviction que la priorité appartient à M. Wartemann, pourquoi n'avez-vous pas mentionné, même au 36e rang, cet auteur que vous êtes heureux de pouvoir évoquer aujourd'hui pour chercher à vous tirer d'affaires? Ceci constitue une nouvelle injustice que vous auriez commise. C'est grave, mais si, comme je l'ai dit, vous aviez fait les recherches lors de la rédaction de votre rapport, il est bien évident pour les gens qui voient un peu clair, que vous aviez voulu trancher la question de priorité, car qu'auriez-vous pu apprendre dans une note sur l'importance des travaux, et qui pût ajouter au résumé, donné par l'Académie des sciences de mon mémoire?

Vous êtes donc convaincu, monsieur, d'avoir sciemment cherché à m'enlever une priorité que rien, mais rien, tant dans le rapport de l'importance des travaux que sous celui de l'initiative, ne peut faire décheoir. De plus, vous êtes convaincu d'avoir complétement oublié, dans le même rapport, de citer M. Wartemann, à qui, ditesvous, revient la priorité. Mais sachez-le bien, monsieur, je ne veux vous laisser aucun refuge possible et dévoiler toute votre tactique, dont l'habileté n'échappera à personne.

Donc je vide ce dernier incident à fond. Et qui vous a dit, par hasard, monsieur, que si vous n'aviez pas trouvé de pli inscrit sur les livres de l'Académie de médecine en 1849, il n'existait rien de ce que j'avais annoncé?

Présomption folle et mesquine de votre part!

Il existe à l'Académie de médecine quelque chose de bien autrement important qu'une note : un manuscrit, déposé lors d'une lecture que je fis, le 31 juillet 1849, devant cette société; ce manuscrit a trait à l'opération d'un anévrisme de la sous-clavière au moyen de l'électro-puncture, que je pratiquai à Givet, le 10 février 1847, en présence de sept médecins, avec le concours de mes jeunes confrères, MM. Rolle et Godfrin, avec une pile à Auges de 20 couples de 10 centimètres de côté, que nous avions construite à nous trois et avec laquelle nons avions fait des expériences préalables sur divers animaux, pour nous assurer de la coagulabilité du sang artériel. Cette observation d'anévrisme est la première, ainsi que je l'indique dans mon mémoire, resté dix ans dans les archives de l'Institut, que nous connaissons maintenant, qui ait fait surgir en moi l'idée de la présence de l'électricité contre le sommeil anesthésique.

Vous avez pu lire tous les détails d'une malade plongée dans l'insensibilité absolue, le relâchement musculaire au point de ne manifester aucun signe durant l'implantation de quatre grosses aiguilles à un pouce de profondeur, et qui se réveille dès que l'électricité fonctionne; qui se débat avec une violence telle, que quatre personnes ne peuvent la maintenir; qui ne peut se rendormir et récupérer l'insensibilité, malgré les sensations réitérées d'anesthésie et de conscience, souvenir de toutes ses douleurs.

Voilà, monsieur, le point de départ, bien et dûment constaté, je l'espère, pour la conception de l'idée!

Avec la même pile à auges, dont nous avions supprimé quatre couples, en février 1849, j'opérais avec les mêmes confrères, Rolle et Godfrin le jeune, Lefèvre de Ménil et Blaise, qui, à la deuxième séance, nous présenta cet affreux ensemble d'accidents de mort imminente par le chloroforme. Ici se trouve l'application de la conception, au premier cas clinique. Enfin, avec ces mêmes confrères et avec la même pile, quatre jours après, toujours à Givet, j'entreprenais sur les animaux les expériences que vous connaissez parfaitement aujourd'hui. Voilà le contrôle physiologique de l'idée conçue de son application à la clinique. Est-ce clair et précis? Et puisque vous n'avez pas voulu ou pas pu exhumer les titres de M. Wartemann, les voici, monsieur, d'après les indications sur sa lettre à l'Académie. Il est vrai que cet auteur a gardé le silence depuis, comme Jobert de Lamballe le garde toujours, après mes réclamations dans les journaux scientifiques et politiques:

« Emploi des courants induits pour rappeler la sensibilité; sujets d'expérimentation.

« Un lapin de trois mois, une poule de neuf mois et des grenouilles des deux sexes. Ils sont tous fort sensibles aux secousses électriques; l'action de l'éther est aussi très-puissante sur eux, principalement les grenouilles, qu'on doit éviter de mouiller avec ce liquide. Le lapin et la poule paraissent avoir repris plus vite leur sensibilité, sous l'influence des secousses d'induction que par la simple exposition à l'air. Chez les grenouilles, on n'a remarqué aucune différence à cet égard; l'éthérisation s'effectuait en plongeant l'animal au sein d'un vase cylindrique de verre, dans lequel on avait déposé des boîtes garnies d'éponges imbibées d'éther; on les recouvrait avec un linge trempé dans l'eau; on renouvelait de temps en temps l'atmosphère intérieure, en soulevant le voile sur une poule, à qui on a injecté de l'éther dans le rectum; l'anesthésie arrive, et on fit passer d'une aile à la jambe opposée deux ou trois secousses de l'appareil électro-électrique, mis en jeu par un couple de Groves. En continuant les décharges d'une manière très-intermittente, on vit l'animal se débattre, se mettre sur ses pattes, puis s'envoler à l'extrémité du laboratoire pour tomber peu après dans le sommeil insensible sous l'influence de la portion de l'éther injecté qui n'avait pas été évacuée.

« Le lapin et la poule ont été soumis à plusieurs expériences successives. Le premier, jeune et fort, a succombé six ou sept heures après la quatrième épreuve. La poule, au contraire, a survécu et a pondu un œuf. » (*Annales de chimie et de physique*, 3e série, tome XII, page 1, janvier 1848.) Voilà les travaux de M. Wartemann, et *nunc judicate.*

Encore un mot et j'ai fini. Vous avez voulu me rendre ridicule en me faisant dire qu'avant moi personne n'avait employé l'électricité dans l'asphyxie, la syncope autre que celles produites par le chloroforme, et pour constater la réalité de la mort, et là-dessus vous avez exhumé des citations du livre de Jean Aldini. Luxe d'érudition inutile, monsieur, et qui prouve que vous aviez du temps à perdre pour plaider une mauvaise cause; car ces faits étaient connus de tout le monde, même des gens étrangers à l'art, puisque ces mêmes faits ont été publiés dans les journaux politiques de 1854 ou 55,

à propos des moyens à employer pour ne pas enterrer des personnes vivantes.

Vous n'avez pu me donner ces apparences qu'en tronquant encore ici mes phrases. Je le prouve. Quel était le titre de votre rapport? *Des expériences de MM. Legros et Onimus*, et des vôtres propres sur ce sujet. Ce n'est qu'incidemment qu'il est un instant question de la syncope par perte de sang. Vous-même, monsieur, à l'occasion de l'asphyxie chloroformique, vous parlez de vos expériences sur d'autres genres d'asphyxie pour établir que celle produite par le chloroforme est plus rebelle à l'électricité.

Sur quoi a porté ma réclamation, que je poursuis avec tant d'insistance, dites-vous? Sur l'emploi de l'électricité contre les accidents produits par le chloroforme. Si j'ai cité un alinéa écrit en 1854, c'est que je voulais vous prouver que, bien avant vous, je m'étais occupé aussi de la syncope et de l'asphyxie autre que celles produites par le chloroforme. Voilà pourquoi je m'écriais, 1854 est encore une date précise. « On voit que j'avais embrassé le sujet dans toute son étendue. »

Si, au lieu de tronquer, et de ne citer que la phrase suivante, écrite dans le *Courrier médical* : « Et maintenant, comme on fait table rase des travaux de ses devanciers, je défie qu'on puisse découvrir quelque part des expériences et des observations antérieures aux miennes, » vous aviez ajouté celle-ci, qui vient à la suite : « Je défie même qu'on trouve un écrit antérieur aux miens où la question de l'électricité, appliquée à la mort apparente par le chloroforme, ait été traitée, » personne n'aurait pu prendre le change, et votre insinuation eût été mise à néant.

Mais les besoins de la cause! Mais encore, monsieur, quel serait le plus coupable, le cas échéant, d'un auteur infatué, je suppose, ou d'un rapporteur homme de droit, de justice obligée, qui a oublié de citer les expériences contenues dans le livre de Jean Aldini : car vous n'en avez pas ouvert la bouche, ni devant la Société de chirurgie, ni dans votre rapport écrit, après avoir reproché publiquement à MM. Legros et Onimus de n'avoir pas été au courant de ce qu'avaient fait leurs devanciers.

Je vous laisse faire la réponse dans mes opérations et expériences. Je me suis servi de l'électricité à courants continus, avec Robert à Beaujon, et depuis je me suis servi de l'appareil à induction de Legendre, en interrompant les courants.

Vous n'avez fait, vous personnellement, que confirmer ce que j'avais nettement établi : *scripta manent*. Et maintenant, comme cette question prend les proportions d'un fait considérable, comme vous avez commis à mon égard un déni de justice, au sein de la Société de chirurgie, où je ne pouvais me défendre, et dans votre rapport inséré dans la *Gazette des Hôpitaux*, où j'ai réclamé contre ce déni de justice, et qu'au lieu de me confondre par une citation, un fait précis, vous avez, dans une longue lettre, lancé contre moi toutes sortes d'insinuations malveillantes, au lieu d'apporter carrément un fait probant, j'avais le droit de vous répondre dans ces limites, vous le savez. De plus, la loi me donne celui de vous répondre toujours, quand vous m'aurez attaqué sous quelque forme que ce soit, au lieu d'apporter une preuve.

Agréez, monsieur et honorable confrère, l'expression de ma considération distinguée.

Signé : ABEILLE.

Monsieur le rédacteur,

Je partage tellement votre avis sur les débats purement personnels et non scientifiques, que je retire ma réponse adressée à MM. Legros et Onimus, et que je m'abstiendrai de toute discussion avec M. Abeille.

Pour ce qui concerne MM. Legros et Onimus, je dois me borner à constater que les parties de mon rapport sur lesquelles porte la critique de ces messieurs ne sont nullement relatives aux expériences qui me sont personnelles, mais bien aux expériences contradictoires de leurs idées, exécutées par eux-mêmes en présence des membres de la commission qui ont signé le rapport.

Pour ce qui concerne M. Abeille, je me contenterai d'affirmer : 1° que je n'ai jamais vu ni connu personnellement M. Abeille ; 2° que je n'ai jamais assisté, comme le dit M. Abeille, aux expériences ni de Jobert ni de Robert, expériences qui auraient eu pour témoin M. Abeille ; 3° que mon rapport devait porter sur les expériences de MM. Onimus et Legros, et non sur celles de M. Abeille, ni sur les travaux relatifs à *l'électricité appliquée aux accidents produits par le chloroforme*.

Si j'ai cité M. Abeille, c'était par pure courtoisie, je dois le dire, et ma mission n'était pas moins remplie si je n'en eusse pas dit un mot.

LIÉGEOIS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 juin, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. le docteur Alègre a été nommé président de la Société de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Brives (Corrèze).

— Par divers arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique : *École de pharmacie de Paris*. — M. Lecanu, professeur de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le 2e semestre de l'année classique 1868-1869, par M. Baudrimont, agrégé près ladite école.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. — M. Lemoine (Victor), docteur en médecine et docteur ès ciences naturelles, est nommé suppléant pour la chaire d'histoire nature et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims (emploi nouveau).

Faculté des sciences de Paris. — M. Myèvre est chargé des fonctions de préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Paris pendant la durée du congé accordé à M. Prevost.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

N° 73. — SAMEDI 26 JUIN 1869. 42e ANNÉE. SAMEDI 26 JUIN 1869. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an.	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Intoxication par un collyre à l'atropine.

On ne saurait trop le répéter, la fixation de la dose à laquelle tel ou tel agent thérapeutique produit un effet déterminé, ne présente rien d'absolu.

Une quantité presque insignifiante d'un alcaloïde énergique peut suffire, dans certains cas, pour donner lieu à des phénomènes d'intoxication.

Il ne faut jamais perdre de vue cette vérité, lorsqu'on soigne des gens nerveux, des anémiques, ou des enfants, ou des vieillards.

Les vieillards sont, en général, très-susceptibles à l'action des remèdes dont ils n'ont pas souvent usé; et comme l'équilibre nerveux est devenu chez eux moins stable, comme la force de réaction est en décroissance, les *symptômes médicamenteux* y prennent une intensité qui peut facilement donner le change et faire croire à l'explosion de quelque affection redoutable.

Un fait de ce genre s'est produit dans le service de M. le professeur Richet.

Chez un vieillard de quatre-vingts ans ou environ, opéré de la cataracte depuis deux mois, il s'était formé des fausses membranes dans le champ pupillaire, et pour relâcher l'iris, chaque jour, matin et soir, on instillait dans l'œil une solution d'atropine au centième.

Il y avait à peu près une semaine que l'on continuait ces instillations, lorsqu'un jour ce vieillard fut pris d'un long frisson, et subséquemment de délire. Le délire avait un caractère particulier : il ressemblait au subdilirium de certaines fièvres typhoïdes, en ce que le malade, lorsqu'on fixait son attention, répondait nettement aux questions précises qu'on lui posait.

M. Richet se demanda quelle pouvait être la cause de ces accidents singuliers. Le malade avait eu récemment un anthrax. On pouvait croire que cet anthrax avait été le point de départ d'une infection purulente, et l'idée de donner le sulfate de quinine était d'autant plus naturelle, que le délire présentait des redoublements bien marqués qui revenaient chaque jour aux mêmes heures.

Le sulfate de quinine ne fut pas utile : au contraire. La divagation devint plus marquée; le malade se levait la nuit, et pour le contenir il fallut employer la camisole de force. Cependant l'appétit n'avait pas disparu, et les aliments, pris avec plaisir, étaient parfaitement digérés, ce qui semblait extraordinaire dans un état si alarmant. Une semaine s'était passée ainsi sans que l'on songeât à l'atropine, lorsque l'idée vint à M. Richet de demander si par hasard on en mettait encore dans l'œil.

La réponse fut affirmative, et dès lors tout fut expliqué. Bien qu'il entrât à peine un demi-milligramme d'atropine dans chaque goutte de solution, bien que, par conséquent, la dose quotidienne ne dépassât pas 2 milligrammes, il n'en avait pas fallu davantage, chez ce vieillard, pour amener une véritable intoxication. Le délire redoublait tous les jours, aux mêmes heures, lorsque l'atropine absorbée avait produit tout son effet; puis il devenait graduellement plus calme, jusqu'à ce qu'une nouvelle dose vînt le surexciter de nouveau.

Tout rentra dans l'ordre en quelques heures quand on eut cessé définitivement les instillations médicamenteuses.

Ici, l'état des yeux, en ne permettant pas la dilatation des pupilles, avait rendu le diagnostic plus délicat; mais M. Richet se rappela que, peu de temps avant, chez un vieux général atteint d'une affection des voies urinaires, il avait déjà constaté une intolérance semblable pour la belladone.

Une seule cuillerée de sirop de belladone avait suffi pour dilater extraordinairement les pupilles, et le général se croyait très-gravement empoisonné. Pour le rassurer, il fallut lui rendre la vision distincte, en lui instillant dans les yeux un peu de teinture très-diluée de fève de Calabar, qui fit, en peu de temps, contracter l'iris.

Si parfois les médicaments ont des effets inattendus, souvent aussi on pourrait songer à leur attribuer des phénomènes qui sont dus à toute autre cause.

M. Richet nous a raconté comment un jour il avait failli croire à l'action d'un remède homœopatique.

Il avait alors pour interne un ancien interne de Tessier, qui semblait convaincu de l'efficacité des doses infinitésimales, et le priait d'en essayer.

Un jour, chez un malade atteint d'une kératite vasculaire, qu'aucun traitement n'avait modifiée jusqu'alors, M. Richet permit à son interne d'expérimenter la silice à la trentième dilution.

Dès le lendemain, le malade auquel on avait recommandé de noter avec un grand soin ce qu'il éprouverait d'insolite, se plaignit d'érections continuelles très-pénibles, d'envies fréquentes d'uriner et de douleurs sourdes vers le bas-ventre et vers les aines. L'urine était chargée de fausses membranes.

On diminua la dose de silice; mais les jours suivants, l'état restait encore le même. L'interne, bien qu'un peu étonné de cette action sur la vessie, en triomphait, car il y voyait la démonstration des principes homœopatiques. M. Richet était très-surpris. Il se demandait comment une dose infiniment faible d'une solution de silice infiniment diluée pouvait produire une cystite comparable à la cystite cantharidienne.

Tout à coup il se rappela que le malade portait un vésicatoire, et il lui demanda comment ce vésicatoire était pansé. Le malade montra une pommade de garou chargée de cantharides, qu'il avait soin d'y appliquer lui-même. Dès lors le mystère avait disparu. La silice cessa d'agir quand on eut changé le mode de pansement du vésicatoire, et d'autres essais infructueux firent bien voir l'inanité des préparations homœopatiques.

L'Asile de Vincennes. — La convalescence.

Samedi dernier, nous avons visité l'Asile impérial de Vincennes. Nous y étions conduits par le désir de connaître les résultats qu'y ont donnés des bains de vapeur médicamenteux qu'on expérimente en ce moment à cet asile, en même temps qu'à l'hôpital Necker.

Nous avions constaté déjà, à l'hôpital Necker, que la vapeur d'eau, passant sur des corps non volatils, tels que le chlorure de sodium ou l'iodure de fer, peut en entraîner des quantités assez notables. Il ne faut pas oublier qu'Ebelman a pu faire cristalliser de la magnésie et de l'allumine dans des tubes, où ces substances réfractaires étaient transportées par un courant de vapeur d'acide borique. Dans ces expériences d'Ebelman, le transport n'était pas purement mécanique, puisqu'il y avait cristallisation. Des poussières, si fines qu'elles soient, qui seraient enlevées mécaniquement, dans un courant d'air, par exemple, ne cristalliseraient jamais.

Quoi qu'il en soit de l'état des sels entraînés par la vapeur d'eau, il paraît qu'ils sont absorbés dans un bain de vapeur, car on les retrouve dans les urines des malades qui ont pris de tels bains. L'un des médecins de Vincennes, M. Brémond, nous a assuré que les médicaments introduits par la peau de cette manière étaient beaucoup plus efficaces que lorsqu'ils sont administrés à l'intérieur.

Nous reviendrons sur ce sujet, si MM. Potain, Delpech et Guyon, qui expérimentent à l'hôpital Necker, obtiennent des résultats semblables; car les conditions dans lesquelles on emploie une médication dans un hôpital, sont bien différentes de celles qu'on rencontre dans une maison de convalescence.

Au point de vue hygiénique, l'Asile de Vincennes est admirablement situé : sur un plateau, près d'une forêt, non loin de cours d'eau qui facilitent le renouvellement de l'air.

Aussi le séjour de Vincennes convient-il admirablement aux convalescents et à ceux qui souffrent d'affections chroniques, sauf aux phthisiques, qui souvent sont pris d'hémopthysies graves, à ce que nous a dit M. Brémond. Dans les affections pulmonaires, un air trop vif, trop oxygéné, trop excitant, ne convient pas.

Aussi les phthisiques figurent-ils pour une bonne part dans le chiffre des décès, chiffre assez faible : « Sur 40,000 convalescents, qui en dix ans ont traversé l'asile de Vincennes, 151 seulement, c'est-à-dire 1 sur 526, ont succombé. » Nous empruntons ces renseignements à l'excellente thèse de M. Dionis sur « *la convalescence étudiée à l'Asile impérial de Vincennes, et principalement dans la variole.* »

M. Dionis a mis à profit admirablement son long séjour dans cette grande maison de convalescence. Sa thèse restera parmi les meilleures monographies.

Non-seulement il s'est servi de tous les travaux antérieurs sur cet état intermédiaire entre la maladie et la santé; mais, avec une patience digne d'éloges et une précision vraiment scientifique, il a complété un tableau à peine ébauché avant lui.

FEUILLETON

ROLE DE LA CHOLESTÉRINE.

Nous empruntons au remarquable rapport de M. le professeur Laugier, à l'Académie des sciences, sur les prix de médecine et de chirurgie, le paragraphe relatif aux recherches de M. Flint.

Les autres ouvrages couronnés, les travaux de M. Villemin sur *la Tuberculose*, de M. Feltz sur *les Embolies capillaires*, de M. Raciborski sur *la Menstruation*, sont bien connus de nos lecteurs.

M. Austin Flint, dans son livre intitulé : *Recherches expérimentales sur une nouvelle fonction du foie, etc.*, a fait, sur la cholestérine et son rôle dans l'économie, un travail qui contient des recherches et des résultats tout à fait nouveaux. Pour en bien juger l'importance, il faut reconnaître qu'avant cette étude de M. Flint, la destination de la cholestérine était, de l'aveu des physiologistes les plus éminents, complétement inconnue. On se bornait, jusqu'ici, à se demander si elle n'était pas un de ces produits destinés à être expulsés de l'économie, et par conséquent dépourvus d'action immédiate sur l'économie elle-même; cette question restait sans réponse. La présence de la cholestérine dans le sang a été reconnue depuis plus de trente ans par Denis; on a aussi constaté son existence dans le foie, dans la bile, le cristallin, le méconium; on avait cru l'avoir trouvée dans les matières fécales; d'après M. Flint, ce n'est pas dans les fèces normales, mais seulement dans les fèces des animaux pendant l'hibernation. Si parfois on en rencontre une petite quantité chez un animal soumis aux expériences, il faut au moins qu'il n'ait pas pris d'aliments depuis vingt-quatre ou même quarante-huit heures.

M. Flint résume le rôle de la cholestérine dans les termes suivants : « La cholestérine est un produit excrémentiel, formé en grande partie par la désassimilation du cerveau et des nerfs, séparé du sang par le foie, déversé à la partie supérieure de l'intestin grêle avec la bile, transformé, pendant son trajet dans le canal alimentaire, en stercorine ou séroline de Boudet, substance qui diffère très-peu de la cholestérine, et est évacuée comme telle par le rectum. »

C'est à la méthode expérimentale que M. Flint a demandé la solution de chacune des propositions énoncées dans ce résumé.

On savait que la cholestérine était une partie constituante du tissu nerveux; elle avait été extraite du cerveau par Couerbe. Mais lui était-elle portée par le sang, et seulement alors déposée dans cet organe? Etait-elle au contraire formée dans le cerveau et entraînée par le sang pour arriver au foie? M. Flint a résolu la question par l'expérience suivante : L'analyse du sang a été faite au point de vue de la cholestérine; ce sang fut tiré de la carotide, de la jugulaire interne, de la veine cave, des veines hépatiques, de l'artère hépatique, de la veine porte. On y ajouta l'analyse d'une portion de substance cérébrale.

Le résultat de l'expérience fut : 1° ce qu'on savait déjà, que le cerveau renferme une grande quantité de cholestérine; 2° que le sang qui se rend au cerveau, celui de la carotide, n'en contient pas ou n'en contient qu'une très-faible quantité; 3° que le sang qui vient des extrémités en renferme plus que le sang artériel. Ces recherches, faites sur des chiens et sans emploi des anesthésiques, afin de ne pas troubler, même temporairement, la nutrition du cerveau, ont permis de conclure que la cholestérine est produite dans le cerveau, et de là absorbée par le sang. Mais le cerveau n'en est pas la seule source; le sang veineux, venant des extrémités inférieures, en contient plus que le sang artériel; elle se forme donc dans les tissus qui composent les membres. Or l'analyse chimique prouve que les muscles ne contiennent pas de cholestérine; elle en trouve au contraire beaucoup dans les nerfs. Il était donc presque certain que, dans le système veineux général, c'est au tissu des nerfs qu'est due la cholestérine. M. Flint a prouvé en effet par l'expérience que la production de cette substance est en raison directe de l'activité de la nutrition des nerfs. Aussi admet-il que la cholestérine est produite dans la substance du système nerveux. Maintenant, y a-t-il un organe qui sépare la cholestérine du sang? Le foie étant la seule glande dont le produit contienne de la cholestérine, il y a lieu de penser qu'il est cet organe; c'est encore l'expérience qui a servi à résoudre la question. Le sang de la veine porte contenait, à l'examen microscopique, de nombreux cristaux de cholestérine; le sang de l'artère hépatique en contenait aussi une quantité notable : celui d'une veine hépatique, au contraire, renfermait beaucoup de matières grasses, et ce n'est qu'après une évaporation prolongée que quelques cristaux de cholestérine furent apparents.

Tous les examens de la bile offrirent de la cholestérine; et en réalité, le précipité obtenu était formé de cette substance, à l'état presque pur.

Ainsi, de ces expériences, que nous ne pouvons qu'indiquer ici, il résulterait que la cholesrérine est formée par le tissu nerveux et ne s'accumule pas dans le sang, parce qu'elle est arrêtée par le foie. M. Flint a poussé plus loin ses recherches; il ne s'est pas contenté d'une évaluation approximative de la quantité de cholestérine séparée du sang par le foie, il a évalué cette quantité aussi exactement

Pour établir comment s'effectuent les réparations organiques et comment s'accomplissent les diverses fonctions, il a employé une méthode dont l'application à l'étude du choléra vient de valoir à M. Lorrain un prix de l'Académie des sciences.

Cette méthode consiste à remplacer, autant que possible, les appréciations individuelles, toujours un peu vagues, par des chiffres exacts et précis, fournis d'une part par l'emploi de la balance, du thermomètre, etc., et d'autre part par des analyses chimiques.

On peut ainsi suivre pas à pas, pour ainsi dire, les progrès de la nutrition pendant toute la durée de la convalescence.

L'augmentation journalière du poids du corps ne tient pas seulement alors à ce que, l'organisme ayant besoin de réparer ses pertes après une maladie, l'assimilation est plus active. Elle tient aussi à ce que le corps perd moins par élimination et par combustion moléculaire. On s'en assure en constatant que les urines renferment moins d'urée. Cette diminution de l'urée est d'ailleurs moins considérable que ne l'avait prétendu M. Chalvet. La méthode suivie par ce professeur était du reste peu exacte, comme l'a montré M. Dionis, car la quantité d'urine émise dans la journée étant essentiellement variable, pour mesurer la proportion d'urée produite, il fallait prendre un autre terme de comparaison. En rapportant la proportion d'urée au poids du corps, M. Dionis a trouvé la quantité normale réduite d'un tiers chez des convalescents de variole.

Si les combustions dimininuent, il doit se produire moins de calorique; aussi tous les convalescents sont-ils frileux. Cependant leur température s'écarte très-peu de la normale, à peine de quelques dixièmes de degré en plus ou en moins, suivant M. le docteur Dionis. Cela tient à ce qu'ils dépensent généralement moins de calorique en activité fonctionnelle. Ils réagissent donc plus péniblement contre les causes extérieures de refroidissement, mais, chez eux, la température a déjà repris son équilibre.

Un très-bon chapitre de cette thèse est celui qui a trait aux caractères du pouls chez les convalescents.

Le pouls est, chez eux, *rare et lent*, suivant la formule donnée par Bouley et vérifiée à l'aide du sphygmographe par M. Dionis, son ancien élève.

La rareté et la lenteur du pouls s'accusent sur les tracés sphygmographiques par l'amplitude de chaque pulsation, par la brusquerie de la ligne d'ascension et par un dicrotisme marqué.

Le pouls est aussi bondissant, avec grande tendance à la dépression : l'artère s'affaise sous le doigt; ce qui concorde avec les tracés sphygmographiques pour prouver que, par suite de l'adynamie, qui est le propre de la convalescence, la contractilité artérielle est moins puissante.

Enfin, M. Dionis a noté chez les convalescents de variole une intermittence du pouls assez fréquente, mais toujours passagère.

M. Dionis ne s'est pas borné à faire porter ses recherches sur toutes les fonctions des convalescents; il a étudié de la même manière la variole, maladie qui se développe assez fréquemment chez les convalescents de Vincennes, après qu'ils en ont pris le germe dans les hôpitaux de Paris.

Ici encore M. Dionis a fait preuve d'un esprit juste, qui sait tirer un bon parti des instruments dont il se sert, et sagement apprécier toutes les conséquences des résultats qu'il a obtenus.

Dr Victor Revillout.

DES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES DE PERCHLORURE DE FER

DANS LES CAS DE MÉTRORRHAGIE

Par le docteur H.-E. Gantillon.

Dans le courant du mois de juin de l'année 1868, je publiais une brochure sur le catarrhe utérin, dans laquelle je démontrais les avantages de la seringue à jets recurrents, que j'ai imaginée pour le traitement de cette maladie opiniâtre (1).

Encouragé par les résultats vraiment remarquables que j'ai obtenus pour tarir la source de cet écoulement, si fatigant et si désagréable pour les femmes, j'ai pensé que cette méthode d'injection intra-utérine pourrait, le cas échéant, s'appliquer aux hémorrhagies passives de l'utérus n'ayant pas pour cause (bien entendu), par exemple, une tumeur de mauvaise nature, un corps fibreux, ou un polype de la cavité de cet organe.

Après avoir acquis la certitude de l'innocuité de cette méthode à la suite d'une centaine d'injections pratiquées dans la cavité de l'utérus, d'après le procédé déjà décrit, je me décidai alors à faire des injections intra-utérines chez une dame affectée de métrorrhagie; l'accident remontait à cinq ans et tenait à l'existence de fongosités utérines.

Cette hémorrhagie se représentait deux ou trois fois par mois, et avait amené cette dame à un état d'affaiblissement tenant à une anémie des plus prononcées, malgré tous les soins qui lui avaient été prodigués par plusieurs praticiens éclairés qu'elle avait consultés.

Cette fois, au lieu d'employer le nitrate d'argent à dose très-concentrée, comme j'ai l'habitude de le faire dans les cas de catarrhe utérin, j'ai pensé devoir donner la préférence au perchlorure de fer, qui, comme le démontre l'observation que je publie ci-dessous, répondit à mes espérances.

Il est inutile d'entrer dans plus de détails; l'observation qui suit nous paraît démonstrative.

Mme X..., Anglaise, âgée de 28 ans, mère de trois enfants. Cette dame s'était toujours bien portée jusqu'en 1866; à cette époque, elle devint grosse une quatrième fois. Cette grossesse ne présentait rien d'anormal; elle crut devoir partir, comme d'habitude, pour un voyage en Suisse. Cependant, à la suite du passage du Grimsel, elle se sentit fatiguée, car elle était restée plusieurs heures à cheval; quelques taches de sang furent constatées.

Après quelques jours de repos, cette dame put faire l'ascension du Faulhorn; mais en arrivant à Inteslaken, elle fut prise de douleurs beaucoup plus vives, et quelques jours plus tard elle faisait une fausse couche de 4 mois.

Les suites de cet accident furent simples, mais la malade ne crut pas devoir garder le repos aussi longtemps que l'auraient désiré ses médecins, et elle continua son voyage commencé. De cette époque datent manifestement des troubles dans l'appareil de la génération, Ce furent d'abord des douleurs, un peu de leucorrhée, puis des règles abondantes. Progressivement, les époques menstruelles durèrent plus longtemps, et la malade en fut ainsi amenée à perdre au moins quinze jours par mois.

Préoccupée de son état, elle consulta, vers le milieu de 1867, un praticien très-autorisé de Londres. Au dire de la malade, notre confrère, après avoir mis en usage plusieurs médications internes, aurait cru devoir proposer une opération. Cette opération fut acceptée, et il n'est pas douteux qu'elle ait consisté dans l'emploi de la curette de Récamier.

L'abrasion de la cavité utérine fut répétée trois fois dans l'espace de six mois que dura le traitement, et il est juste de dire que l'intensité des pertes diminua notablement sous l'influence de ces opérations.

Au commencement de 1868, cette jeune femme vint à Paris, s'y fatigua beaucoup, et les hémorrhagies reparurent; elle se trouva dans la nécessité de consulter un chirurgien des hôpitaux.

Cette fois, le traitement consista dans le repos le plus absolu, et chaque fois que l'hémorrhagie reparaissait, on y mettait, un terme au moyen d'un tamponnement du vagin, fait avec des boulettes imbibées de perchlorure de fer.—Trois mois de traitement amenèrent une très-légère amélioration; — si bien que la malade, en quelque sorte désespérée, renonça à tout traitement, se contentant de garder le repos lorsque les pertes la fatiguaient par leur trop d'abondance.

Cette dame vint me consulter pour des accidents gastralgiques que je crus devoir rattacher à une affection de l'utérus.

J'interrogeai la malade, et c'est ainsi que je pus recueillir les renseignements relatés ci-dessus.

Immédiatement je mis la malade à un traitement tonique et réparateur. Je me réservais de faire un examen de l'appareil génital, ce qui eut lieu les jours suivants.

Le 16 décembre (1868), la malade ayant eu ses règles le 4 du mois, je procédai à l'exploration méthodique des organes génitaux, et voici ce que je constatai :

Parties génitales externes, normalement conformées et saines.

Clitoris très-développé;

Vagin sain; pas trace de vaginite.

L'utérus, notablement abaissé, se présente dans un état de rétroflexion très-prononcée.

Ce déplacement, ainsi que nous pouvons nous en assurer et par le toucher et par la sonde utérine, est profondément réductible.

Le col a encore une longueur notable; il n'est point volumineux; sa cavité est entr'ouverte, fortement ramollie; l'introduction de la sonde est peu douloureuse, et cette exploration s'accompagne d'une certaine quantité de sang.

L'exploration des annexes ne me fait constater aucune complication du côté de l'ovaire et du ligament large.

Santé générale notablement altérée, diminution des forces, pâleur de la peau, bruit de souffle anémique, dyspepsie très-prononcée.

En présence de cet état général grave, et prenant en considération l'absence de toute maladie organique de l'utérus, j'arrivai à conclure que la cause probable de tous ces accidents pouvait être rattachée à la métrorrhagie persistante, laquelle ne pouvait guère s'expliquer que par cet état particulier décrit par Récamier sous le nom d'état fongueux de la muqueuse utérine.

Il fallait intervenir : et que faire? La curette n'avait amené qu'une amélioration passagère, circonstance que nous avons déjà constaté bien des fois dans la pratique.

Le tamponnement, ainsi que le recommande M. le professeur Gosselin, avait été sans succès; il ne nous restait donc qu'à essayer de modifier cet état fongueux par une application locale; il nous parut indiqué d'appliquer directement le perchlorure de fer sur la surface utérine.

Le 18 décembre 1868, j'introduisis 15 gouttes de perchlorure de fer à 22 degrés, en employant pour cela ma seringue à injection recurrente. L'opération fut assez douloureuse; la malade eut quelques nausées. Je la mis aussitôt au repos, avec des cataplasmes sur le bas-ventre. Le lendemain, la malade avait un peu de fièvre; elle se plaignait de douleurs dans le côté gauche du bas-ventre.

Lavement laudanisé, cataplasmes, repos absolu.

20 décembre. La malade se trouve bien; elle ne souffre plus; la fièvre a disparu; l'appétit est conservé; quelques flueurs blanches. Repos au lit; alimentation légère.

21 décembre. L'état de la malade est aussi satisfaisant que possible; nous l'autorisons à se mettre sur une chaise longue.

Les jours suivants, aucun accident ne se présentant, la malade se lève et peut vaquer à ses occupations habituelles.

2 janvier 1869. Les règles sont apparues en avance de deux ou trois jours; elles sont très-abondantes, mais sans coliques notables. Repos absolu au lit.

5 janvier. L'écoulement lochial commence à diminuer notablement, et il est évident que la durée des règles sera moindre que les fois précédentes.

En effet, le 8 janvier, tout étant terminé, nous autorisons la malade à se lever.

Pendant toute la durée du mois suivant, le traitement a consisté à éviter les grandes fatigues, à prendre, matin et soir, une injection et un lavement froids. Le fer, le quinquina et les préparations alcalines sont toujours continués.

2 février. Les règles apparaissent très-abondantes, et elles durent jusqu'au 8 du mois. Cette période a donc été plus longue et plus préjudicielle que celle de janvier; c'est pourquoi, dès le 15 février, je pratique une nouvelle injection de 20 gouttes de perchlorure de fer à 30 degrés.

La réaction fut assez vive, mais tous les accidents avaient cessé le 20.

Le 3 mars, les règles reparaissent et ne durent que 4 jours.

Le 1er avril, apparition des règles, ne durant aussi que 4 jours; dans l'intervalle, nulle trace de sang.

La santé générale s'améliore notablement, et les douleurs d'estomac ne se font presque plus sentir.

Le 2 mai les règles reviennent, cette fois plutôt en retard qu'en avance, et le 8 tout est terminé.

(1) *Du catarrhe utérin et de son traitement par les injections intra-utérines* par M. le docteur H.-E. Gantillon. — Brochure in 8. Paris, 1868, chez Asselin.

---

que la quantité de cette substance acquise par le sang en passant dans le cerveau. Par une coïncidence remarquable, l'augmentation de cholestérine dans le sang artériel, dans son passage à travers le cerveau a été de 23,307 pour cent, et la perte éprouvée en passant dans le foie, de 23,309 pour cent. Naturellement le foie doit éliminer une quantité de cholestérine égale à celle qui est produite par le système nerveux, puisque cet organe est seul chargé de l'élimination de ce fluide. Il n'en est pas moins très-frappant que l'expérience puisse arriver à une coïncidence presque parfaite entre ces deux quantités.

Après son arrivée dans le foie, c'est dans la bile qu'il faut chercher la cholestérine. Ce liquide contient en effet le glycocholate et le taurocholate de soude qui n'existent pas dans le sang, sont fabriqués par le foie, et comme véritables produits de sécrétion, sont destinés à la nutrition; il contient de plus la cholestérine séparée du sang par le foie, mais non formée par lui et qui n'a d'autre destination que d'être éliminée de l'économie; c'est un produit d'excrétion déversée dans l'intestin grêle avec la bile; si elle est évacuée, ce sera par le rectum; il faut donc la chercher dans les fèces. Mais il est démontré par les recherches de M. Flint qu'on ne l'y trouve pas et qu'à sa place on voit en grande abondance la séroline ou stereorine, dont quelques traces existent bien dans le sang, mais dont la quantité dans les fèces est précisément identique à celle de la cholestérine qui a été déversée dans l'intestin grêle à sa sortie du foie.

M. Flint arrive donc à cette conclusion :

1° La cholestérine est une matière excrémentitielle produite par la désassimilation de la substance nerveuse et absorbée par le sang.

2° Elle est séparée du sang lors de son passage dans le foie, entre dans la composition de la bile, à laquelle elle donne son caractère excrémentitiel.

3° Elle est déversée avec la bile à la partie supérieure de l'intestin grêle, où l'acte de la digestion opère son changement en stercorine, forme sous laquelle elle est évacuée dans les fèces.

Toute addition à nos connaissances sur les fonctions du corps à l'état sain a une liaison plus ou moins directe avec la maladie. La cholestérine, mieux connue dans ses conditions physiologiques, a-t-elle des relations pathologiques? Il ne serait pas permis d'en douter, d'après les recherches de M. Flint : la rétention de la cholestérine constitue, suivant lui, un état très-grave, qu'il désigne sous le nom de *cholestérémie*. La cholestérine est alors un poison dans le sang, dont les effets sur le cerveau amènent le coma et la mort, comme la rétention de l'urée. Cet empoisonnement est complétement distinct des cas simples de jaunisse, où la bile, dont la matière colorante est résorbée, provient des canaux excréteurs et de la vésicule du fiel. Pour établir que dans les cas graves de jaunisse, qui ont presque toujours une terminaison fatale, la mort était due à la rétention de la cholestérine dans le sang, M. Flint n'a pas pu, plus que d'autres physiologistes, pratiquer l'extirpation du foie sur de grands animaux, et les essais qu'il a faits sur les grenouilles auraient dû, dit-il, se prolonger tellement qu'il fut forcé de les remettre à un autre temps. Il n'a point fait non plus d'injection de cholestérine dans le sang, à cause de l'insolubilité de cette substance, mais il s'est servi exclusivement de cas pathologiques dans lesquels l'excrétion de la cholestérine par le foie est arrêtée; ce sont des cas de cirrhose. Certaines maladies du foie offrent, en effet, des conditions que l'expérience directe est dans l'impossibilité de produire. Mais pour tirer des conséquences rigoureuses relatives à l'excès de la cholestérine dans le sang pendant la maladie, il fallait que la proportion de cette substance fût bien au-dessus du maximum que l'on trouve dans l'état de santé. Dans cet état, la quantité de cholestérine n'est pas toujours la même, on ne connaît pas même les conditions qui président à ses variations. Toutefois M. Flint, après trois analyses, a établi un minimum de 0,445 pour mille parties, et un maximum de 0,751, et les analyses du sang, qu'il a faites dans deux cas de jaunisse simple et de jaunisse avec cirrhose, lui ont donné pour le premier 0,508 sur mille et pour le second 1,850. La quantité de cholestérine, dans ce dernier cas, était donc énormément accrue. Cela conduit l'auteur à distinguer, au point de vue de la cholestérine, l'ictère simple des ictères graves, et de la cholestérémie avec ou sans ictère. Dans l'ictère simple, la quantité de cholestérine du sang n'est pas nécessairement augmentée, le foie continue à l'éliminer, et une fois séparée du sang, elle n'y rentre plus. Dans les ictères graves, les accidents peuvent tenir seulement à la rétention de la bile, à un obstacle à l'écoulement de ce liquide; tandis que dans la cholestérémie, c'est l'action du foie qui est supprimée, et la cholestérine reste dans le sang en produisant un empoisonnement caractérisé par la stupeur, le coma et bientôt la mort. Cependant la cholestérémie ne survient pas dans tous les cas de maladie affectant la structure du foie. Il faut, pour la produire, que l'altération soit assez étendue pour empêcher une élimination suffisante de cholestérine. Sans cela, la partie de l'organe restée saine peut suffire à son élimination complète.

L'examen des fèces a prouvé aussi à M. Flint que si la cholestérine n'est pas versée dans l'intestin grêle, il en résultait une diminution correspondante de la séroline ou stercorine dans ces matières, ce qui complète sa démonstration de la transformation de la première en la seconde de ces substances.

La malade se trouve tellement bien, qu'elle veut repartir pour son pays, et quoique l'on soit dans l'impossibilité d'affirmer la guérison, elle est presque probable.

Nous pouvons toujours conclure que les injections intra-utérines de perchlorure de fer ont été sans inconvénients notables, et que, grâce à leur intervention, la métrorrhagie a cessé, puisque les règles, au lieu de durer 12 ou 15 jours, comme cela existait depuis plusieurs mois, se sont réduites à un écoulement lochial régulier.

Cette observation est de nature, nous le pensons du moins, à encourager les praticiens à imiter notre conduite.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 5 mai 1869. — Présidence de M. Verneuil.

(SUITE ET FIN)

RAPPORT

M. PANAS fait un rapport verbal sur le travail suivant, lu à la Société par M. Giraud-Teulon dans la séance du 17 mars 1869.

Des rapports de position à établir dans les opérations qui intéressent la cornée, entre le chirurgien, l'opéré et la source d'éclairage, eu égard au point brillant de l'œil. — Lorsqu'on se propose d'exécuter une opération délicate sur la cornée, le premier soin que l'on prenne est de choisir un bel éclairage pour y exposer largement le théâtre de l'action. On y dispose ensuite son malade de façon à ne point se porter ombre à soi-même pendant aucun des temps de l'acte opératoire.

A ces règles générales se bornent les prescriptions formulées par les auteurs : à peine trouve-t-on chez quelques-uns la vague indication d'une autre condition presque aussi intéressante à prévoir que les précédentes, relativement au succès de l'opération. Nous voulons parler des entraves que peut apporter à l'œuvre en cours d'exécution la présence des reflets cornéens. Chacun comprend que si, dans une opération, la pointe de l'instrument qui pénètre dans la chambre antérieure se trouve devoir passer sous un reflet cornéen, elle sera nécessairement offusquée par une image plus ou moins brillante ; l'opérateur la perdra de vue, et risquera, pendant cette éclipse, de l'engager dans l'iris, de léser la capsule antérieure, le cristallin lui-même, ou encore la membrane de Demours.

Aujourd'hui que les diverses méthodes en faveur comportent une précision d'exécution dont le champ se renferme entre des limites d'un demi millimètre d'étendue, il est, pensons-nous, superflu d'insister sur la nécessité où est le chirurgien, avant d'entreprendre une de ces opérations, d'avoir écarté préalablement de son chemin tout obstacle à une surveillance continue de la pointe de son instrument.

C'est de ces précautions préopératoires, trop négligées jusqu'ici, que nous nous proposons de vous entretenir dans cette courte note.

Quels sont donc ces reflets cornéens, quelle est leur origine, quel est leur mécanisme, comment peut-on se dérober à leur influence souvent funeste?

Au point de vue qui nous occupe, et comme scène opératoire, la cornée nous représente un simple instrument de réflexion, un miroir convexe. C'est bien ici à proprement parler, et suivant une dénomination vulgaire, le *miroir de l'œil.*

Tous les corps brillants situés dans la sphère d'activité de ce miroir donnent donc lieu à des images réfléchies, et quand, après avoir disposé notre malade, nous nous apprêtons à l'attaquer, nous reconnaissons avec une certaine inquiétude que plusieurs de ces images nous dérobent des régions précieuses des parties profondes.

Mais nous pouvons réduire la question du pluriel au singulier, et, dans une pensée de simplification théorique, aussi bien que de nécessité pratique, supposer réduit à *un seul* le foyer lumineux et à une seule image, par conséquent, le reflet cornéen. Cette source de lumière sera généralement une fenêtre dans un beau jour, quelquefois, à travers la fenêtre, un mur blanc plus ou moins distant et éclatant, dans certains cas plus rares, un foyer artificiel, une lampe.

L'image de ce foyer lumineux est ce que les peintres, qui s'en sont occupés les premiers, désignent sous le nom de *point brillant de l'œil*; les géomètres, point *brillant de la sphère*, Purkinje et Sanson, leur *première image oculaire.*

C'est ce point brillant de l'œil qu'il nous faut apprendre à manier.

D'après les lois de la réflexion sur les miroirs sphériques convexes, cette image du point lumineux se trouve dans un plan passant par le centre de courbure de la cornée (plan méridien ou d'un grand cercle), et qui contient en même temps le foyer lumineux et l'œil de l'observateur.

De plus, la normale à la surface, ou rayon de la cornée, passant par le point de réflexion (lieu apparent de l'image), divise en deux parties égales l'angle formé par les deux lignes menées de ce point de réflexion au foyer lumineux d'une part (direction de l'incidence), et, d'autre part, à l'œil de l'observateur (direction de réflexion).

Il suit de là :

1° Que lorsque les positions du foyer lumineux et de l'observateur sont symétriques par rapport à l'axe de l'œil observé, le point brillant est central, il *paraît* sur le sommet de la cornée.

2° Le foyer lumineux ne changeant point de place par rapport à la cornée, si l'observateur porte sa tête du côté du point lumineux (et à partir de la position symétrique), ce point brillant se déplace dans le même sens, de ce côté du miroir qui regarde le point lumineux.

Dans le mouvement opposé, c'est naturellement le contraire qui a lieu.

3° Quelle que soit donc la position du foyer lumineux, pourvu qu'il ne soit pas exactement sur l'axe de l'œil observé, la tête de l'observateur se plaçant, elle, sur cet axe, ce dernier voit nécessairement le point brillant du même côté de la cornée que le point lumineux, et d'autant plus excentriquement qu'il se portera ensuite lui-même davantage de ce côté.

Dans ces propositions simples, l'opérateur trouvera, dans chaque circonstance, les éléments nécessaires pour exclure, à volonté, le point brillant de celle des moitiés de la surface cornéenne qu'il veut maintenir exempte de tout reflet.

Supposons que le malade soit exposé, sur un plan horizontal, à une source d'éclairage envoyant vers lui ses rayons sous une inclinaison de 45° (inclinaison des plus convenables sous le rapport de la quantité de lumière). Le chirurgien arrêtera comme il suit, dans son esprit, la position qu'il doit prendre lui-même et la direction qu'il doit donner à son sujet :

Pour ce qui concerne celui-ci, il sait que cette moitié de la cornée que n'intéressera pas l'opération doit être présentée à l'incidence des rayons lumineux.

C'est le premier point qu'il règle. S'agit-il, par exemple, d'une kératotomie inférieure, il dirige le sinciput du malade vers la fenêtre, comme ce sont, au contraire, ses pieds qu'il porte dans cette direction, s'il s'agit d'une kératotomie supérieure.

Quant à ce qui le concerne lui-même, n'étant pas ambidextre, il sait que la lumière doit venir le rencontrer soit directement, soit de sa gauche à sa droite, s'il veut qu'en aucun moment important de l'acte opératoire, la main qui tient l'instrument ne se porte point ombre à elle-même.

Il se place donc, en pensée, le visage dans un plan parallèle à celui du malade, axe pour axe, et de façon à avoir la fenêtre à sa gauche ou devant lui, suivant le cas.

Le chirurgien est ainsi conduit, suivant la région sur laquelle il opère, à occuper autour de son malade, et relativement à celui-ci, les quatre positions cardinales et leurs intermédiaires (en exceptant toutefois les 90 degrés qui correspondraient par leur centre au menton de l'opéré).

Pour ces 90 degrés, il est clair qu'il est obligé à se porter de sa personne de l'un ou de l'autre côté. Cependant sa face peut toujours être, à très-peu près, en rapport de parallélisme avec celle du malade.

Quoi qu'il en soit, cette nécessité peut entraîner une altération relative de leur situation, et cette altération peut s'élever jusqu'à 45 degrés. Il en sera de même encore si le manuel opératoire doit amener la propre tête du chirurgien sur le trajet direct des rayons lumineux, et faire qu'il se porte ombre à lui-même. L'ombre portée par les arcades sourcilières du malade peut, en certains cas, avoir le même résultat. Dans tous les cas, une inclinaison du malade ou du chirurgien sur la position normale devient obligée.

Heureusement, les lois de la réflexion, que nous avons rappelées pour le plan diamétral médian de la cornée, sont également vraies pour tout autre plan de grand cercle. Dans tout plan passant par le centre de courbure de la cornée, le foyer lumineux et la tête de l'observateur, l'inclinaison de celle-ci du côté du foyer lumineux déplace l'image réfléchie dans le même sens. Le point brillant déjà localisé, par l'adoption de la position normale, dans une des moitiés de la surface de la cornée, peut donc, par une rotation du malade ou de son œil, de 45 degrés sur son axe, être rejeté d'une des moitiés de cette moitié (ou d'un quadrant) sur l'autre.

Cette propriété, qui réduit à un quadrant déterminé le siége du reflet cornéen par une simple rotation du malade ou du chirurgien, de 45 degrés sur la position définie plus haut, résout toute difficulté pratique dans la question qui nous occupe.

Dans cette discussion, nous avons supposé le chirurgien non ambidextre. Il est clair que pour celui qui jouit de l'heureux privilége d'une même précision dans le jeu de l'une ou l'autre main, les règles que nous venons de formuler seront d'une application d'autant plus facile et plus large.

Les données sur lesquelles a été esquissé le tableau qui précède représentent exactement les conditions opératoires où se place la pratique des écoles modernes. Le malade est opéré dans le décubitus dorsal, sous un jour dont la direction générale se rapproche de 45 degrés de haut en bas. Nous n'avons donc, en ce qui concerne la pratique actuelle de ces écoles, rien à ajouter à nos propositions.

Il est cependant un point de détail sur lequel nous devons nous arrêter un moment. Ces propositions ne sont exactes que dans l'hypothèse d'une immobilité parfaite du globe oculaire pendant l'opération. Cette remarque ne change point d'une manière sensible les conclusions ci-dessus : on sait en effet que, dans la pratique de ces mêmes écoles, le globe est habituellement tenu en parfaite fixité au moyen d'une pince à griffes.

Il se rencontre cependant des circonstances dans lesquelles la position réglementaire devra être modifiée.

Lorsque, dans une iridectomie, par exemple, l'œil doit être attaqué directement de haut en bas, ou de dedans en dehors, les saillies orbitaire ou nasale peuvent obliger l'opérateur à porter le globe fortement en bas ou fortement en dehors, et à transformer en position verticale une position premièrement horizontale du plan de la cornée.

La position du point brillant, fixée par le calcul préalable sur la moitié inférieure de la cornée, par exemple, peut avoir, dans ce moment, envahi la moitié supérieure. Pour remédier à cet inconvénient, le chirurgien, ne pouvant incliner son malade la tête en bas, devra donc suivre lui-même, par le mouvement de sa tête, l'inclinaison de celle de son malade.

Il devra, en outre, avoir tenu compte à l'avance de cette éventualité, pour établir préalablement son malade dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire placer sa cornée dans un plan le plus près du parallélisme avec les rayons incidents.

En opposition avec le tableau qui précède, jetons un regard en arrière, et examinons comment, dans les méthodes classiques, sont observés ces rapports.

Dans ces méthodes, l'opérateur est assis le dos au jour, le malade en face de lui, tous les deux plus ou moins obliquement placés par rapport à la fenêtre dont la lumière vient frapper le malade à 45 degrés environ de droite à gauche, si le chirurgien doit se servir de sa main droite, en sens opposé s'il emploie la main gauche. De plus, le chirurgien a la tête plus élevée que celle de son malade, et la lumière, très-généralement, tombe sur eux de haut en bas.

D'après ce que l'on a vu tout à l'heure, le point brillant de l'œil est donc ici forcément dans la moitié supérieure de la cornée. Dans toute opération qui devra porter sur cette moitié supérieure, soit directement en haut, soit dans les quadrants supérieurs droit ou gauche, le chirurgien se trouve exposé, en cette situation, à perdre de vue, en un certain moment, la pointe de l'instrument pénétrant.

Lorsque le chirurgien n'est point ambidextre, il se place debout en arrière et au-dessus de son malade, pour opérer l'œil droit. Cette disposition ne change que peu à ses rapports avec la position du point brillant. Celui-ci, plus excentrique que dans le premier cas, est cependant toujours quelque part sur la moitié supérieure de la cornée.

Seules, dans de tels rapports, les régions inférieures et latérales de la cornée peuvent être impunément attaquées. Le remède, en ce cas, pour ce qui concerne la moitié supérieure, consisterait à faire arriver la lumière de bas en haut; mais la chose est-elle toujours possible?

Cette remarque n'est peut-être pas sans quelque intérêt, en ce qui regarde le choix à faire entre la position assise et le décubitus dorsal, pour les opérations intéressant la chambre antérieure, ou du moins les organes qui la limitent.

Nous ne voudrions cependant pas exagérer l'importance de ces considérations. Dans les méthodes classiques, la pointe du couteau (extraction) passe assez loin du plan de l'iris pour que cette membrane puisse être généralement évitée ; mais, dans les méthodes nouvelles, où le champ d'exécution se trouve limité, comme nous disions, à moins d'un demi-millimètre près, tout degré de sécurité prend de l'importance.

Telles sont les considérations, messieurs, qui m'ont porté à esquisser devant vous les conditions faciles du petit problème que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer, et que je ne sache pas avoir été jusqu'ici expressément formulées.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. HORTELOUP présente une pièce anatomique recueillie sur une femme ayant succombé à une hémorrhagie survenue pendant une opération de fistule vésico-vaginale, et due au développement considérable d'une branche artérielle provenant des artères utérines.

COMMUNICATION

Atrophie de toute une moitié de la face chez un individu de 25 ans, ayant eu à l'âge de 10 ans une fracture simple du corps de la mâchoire inférieure du côté gauche. — M. PANAS. Non-seulement le maxillaire inférieur, mais l'os zygomatique, le maxillaire supérieur et l'arcade orbitaire, ont subi un arrêt de developpement du même côté. Toute cette moitié se montrait aplatie, et le nez était dévié dans le même sens. C'est là, on le conçoit, un résultat éloigné des fractures de la mâchoire inférieure survenues à un âge où les os de la face n'ont pas encore subi leur entier développement, qui mérite d'autant plus d'être signalé, que l'attention des chirurgiens ne paraît pas s'y être suffisamment arrêtée.

Kyste méliçérique, situé sous la patte d'oie entre celle-ci et le tibia, du volume d'un œuf de pigeon, chez une jeune fille de 8 ans. — Le siége de la tumeur, la fluctuation que l'on y percevait très-nettement, l'indolence, la longue durée du mal, qui remontait peut-être à la naissance, et pour le moins à 6 ans de date, nous ont porté à croire qu'il s'agissait là d'un kyste synovial. La ponction de la tumeur permit de constater que le contenu de la poche était demi-solide, ressemblant à du mastic de vitrier, et l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'une matière absolument identique à celle qu'on trouve dans les loupes de la tête. Malgré l'absence de poils, nous pensons qu'il s'agissait là d'un kyste dermoïde, comme ceux qu'on trouve si souvent à la queue du sourcil, et qui, vu leur indépendance du côté de la peau (ici il s'agissait d'une tumeur sous-aponévrotique), ne peuvent être attribués qu'à une formation embryonaire, ou pour le moins hétérotopique. On conçoit combien, au point de vue du diagnostic, avec les kystes synoviaux, il était bon de signaler la possibilité de pareils tumeurs dans la région de la patte d'oie.

A propos des kystes synoviaux de cette bourse, je signalerai (pour l'avoir vu une fois) la possibilité du développement d'une hydarthrose concomitante à l'occasion d'une injection indique que j'y avais pratiquée dans un but thérapeutique.

M. VERNEUIL. M. Panas regarde la tumeur qu'il a ponctionnée comme un kyste dermoïde. Je ne sais si le contenu du kyste autorise à lui donner ce nom. En effet, on n'y a pas trouvé de poils, et leur présence est la caractéristique des tumeurs de cette nature.

M. PANAS. Je n'ai fait qu'une simple ponction ; par conséquent il m'est impossible de pouvoir affirmer s'il y avait ou non des poils. La tumeur ne me paraît pas pouvoir être regardée comme méliuriqué, car elle était placée, non sous la peau, mais sous les tendons; elle ne pouvait être développée dans une glande sébacée.

M. DESPRÉS fait remarquer qu'il existe des kystes accidentels qui, sans être des kystes dermoïdes, en ont du moins les apparences extérieures, sauf cependant qu'ils ne contiennent pas de poils.

M. TRÉLAT. Ce fait de M. Panas ne peut pas entraîner la conviction au point de vue de l'existence de kystes dermoïdes sans rapport direct avec la peau. Du reste, la présence de poils et de cellules épithéliales ne suffit pas pour les constituer; il faut encore que la paroi soit formée par un tissu ayant de l'analogie avec le derme, et l'on voit parfois des tumeurs indépendantes de la peau dont la paroi propre présente des papilles analogues à celles du tégument externe.

M. SÉE. Le contenu d'une tumeur ne peut servir à la caratériser. Assez souvent ce contenu varie suivant l'époque où se fait l'examen. L'inflammation peut augmenter la sécrétion épithéliale, amener la présence de liquide séreux, sous-purulent et même du pus. C'est l'enveloppe, c'est la nature du tissu dont elle est constituée qui indique sa nature et marque sa place dans les classifications nosologiques. Je crois que, dans ce cas, il s'agit d'un kyste synovial dont le contenu a été modifié par une hypersécrétion de l'épithélium due sans doute à l'inflammation ou à des irritations répétées.

M. PANAS doute que l'inflammation puisse modifier un kyste synovial autrement que par la production de suppuration ; il ne croit pas que cette cause puisse expliquer sa réplétion par de l'épithélium et de la graisse.

M. DESPRÉS partage au contraire l'opinion de M. Sée, en se basant sur ce fait que les kystes synoviaux ont à l'intérieur un revêtement

épithélial; par conséquent il ne saurait répugner d'admettre qu'il a pu y avoir hypersécrétion de cellules épithéliales.

M. CHASSAIGNAC. M. Panas a craint que l'inflammation de la synoviale articulaire, à la suite de l'injection faite dans le kyste, ne fît courir à sa malade des dangers sérieux, et il a un instant attribué cette propagation de l'inflammation à une communication anormale entre le kyste et l'intérieur de l'articulation. Cette crainte est exagérée, et il est bon que les chirurgiens soient prévenus que cette inflammation n'est, dans ces circonstances, qu'un fait assez ordinaire et sans gravité. M. Chassaignac a observé souvent, dans ces cas, l'inflammation de l'articulation, inflammation légère se traduisant par une hydarthrose, inflammation due, non à la communication des deux séreuses, mais seulement à leur proximité.

Mais il y a un point de pratique qu'il est bon de mettre en lumière. M. Panas a dû faire trois ponctions; il paraît difficile que la répétition de cette manœuvre ne l'expose pas à une suppuration du kyste. Or cette suppuration est une chose sérieuse et qui peut être grave en amenant un phlegmon diffus. Il faut, dans ces cas, ouvrir franchement le kyste et le traverser par un tube à drainage.

M. FORGET partage les opinions de MM. Sée et Chassaignac. Il a rencontré un cas semblable à celui de M. Panas et plusieurs cas analogues. Dans ces circonstances, il ne faut pas se contenter de la ponction, surtout si on croit devoir la répéter; et s'il survient de l'inflammation, il faut débrider largement, faire de l'air et du jour, donner issue à tout le contenu et paratiquer des injections détersives.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

D'après les nouvelles que nous recevons du Sénégal par le courrier du 31 mai, le choléra fait encore de grands ravages sur les bords de la rivière de Gambie et à Sainte-Marie de Bathurst. Il a même reparu sur quelques points des possessions françaises où il semblait éteint. Il règne actuellement à Rufisque et à Dakar, mais il n'y a frappé, jusqu'à présent, que des indigènes. Par une sage précaution, l'autorité française a dirigé, de Dakar et de Gorée sur Saint-Louis, toutes les troupes qui ne sont pas absolument nécessaires pour la garde de nos établissements. Du reste, Gorée n'est pas encore atteint par l'épidémie et cherche à s'en préserver en limitant strictement ses communications avec le continent.

— Un concours sera ouvert, le 26 août prochain, près la Faculté de médecine de Montpellier, à l'effet de pourvoir à l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté.

— Un concours pour deux places de médecins dans les hôpitaux de Lyon s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu lundi 13 décembre prochain, en présence de l'Administration hospitalière, assistée d'un jury médical.

Les épreuves auxquelles les candidats seront soumis restent fixées comme dans les précédents concours :

Premier jour : Anatomie et physiologie (mémoire écrit).
Deuxième jour : Pathologie interne (mémoire écrit).
Troisième jour : Thérapeutique et hygiène (mémoire écrit).
Quatrième jour : Examen d'un malade avec consultation orale.
Cinquième jour : Examen d'un malade avec consultation écrite.

— Un concours sera ouvert à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, au mois de novembre 1869, pour les médecins-majors de 2e classe, et au mois de janvier 1870 pour les médecins-majors de 1re classe, à l'effet de procéder à des nominations à un certain nombre d'emplois de médecins traitants dans les hôpitaux militaires (spécialités médicale et chirurgicale).

Les médecins-majors de 1re et 2e classe attachés à des corps de troupes, et qui désirent prendre part à ce concours, sont invités à en solliciter l'autorisation par écrit.

Les demandes des concurrents devront être adressées au ministre de la guerre (bureau des Hôpitaux et des Invalides) par voie hiérarchique, et devront être parvenues au plus tard le 10 octobre prochain pour les majors de 2e classe, et le 10 décembre pour les majors de 1re classe.

Les épreuves déterminées par le programme du 13 février 1860, inséré au *Journal militaire* (1er semestre 1860, page 92) et au *Bulletin de la médecine militaire* (tome III, page 419) restent maintenues, sauf les modifications suivantes :

1° Aucune épreuve n'aura le caractère éliminatoire.

2° L'examen clinique (1re épreuve) ne portera que sur deux malades; mais cet examen sera complété, pour les candidats des deux spécialités médicale et chirurgicale, par l'appréciation (sous forme de certificats) des conséquences que peut entraîner, au point de vue militaire, la position de chacun de ces malades (admission à la retraite, mise en réforme avec gratification, avec congé n° 1 ou 2, envoi en convalescence aux hôpitaux thermaux, etc.).

3° La composition écrite cessant d'être commune aux deux spécialités médicale et chirurgicale, portera sur des questions de pathologie spéciale aussi bien que sur la pathologie et la thérapeutique générales.

4° La troisième épreuve restera celle du programme actuel pour la section de chirurgie; mais pour les candidats de la section de médecine, il sera établi une opération analogue à celle imposée aux candidats de la chirurgie, et qui consistera, soit en une démonstration d'anatomie pathologique, soit en une autopsie.

5° Enfin, les candidats, appartenant aussi bien à la spécialité médicale qu'à la spécialité chirurgicale, devront, en se présentant devant le jury, déclarer au président s'ils désirent être interrogés sur l'ophtalmoscopie. Bien que cette épreuve ne soit pas obligatoire, il pourra être tenu compte, dans l'avenir, de la manière dont les candidats l'auront soutenue.

6° Il sera également tenu compte aux candidats de leurs titres antérieurs.

Ainsi que cela s'est pratiqué jusqu'à présent, il n'est imposé aux candidats aucune condition d'ancienneté de grade.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 3, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Académie des sciences. — Les recherches histologiques ont pris de notre temps une telle importance, que les moindres modifications dans la manière d'envisager la constitution d'un tissu peut avoir de graves conséquences pour un système médical.

C'est par l'étude du tissu conjonctif que M. Virchow a été conduit à formuler sa pathologie cellulaire; presque toutes les productions pathologiques, toutes les tumeurs, prendraient naissance dans les cellules de ce tissu conjonctif. M. Virchow a donc recherché dans tous les organes ce tissu avec ses cellules, puisque tous les organes peuvent être le siége de tumeurs; il l'a décrit jusque dans les centres nerveux eux-mêmes, où il lui donne le nom de *névroglie.*

Aujourd'hui, tandis qu'en Allemagne MM. Henle et Merckel s'appuient sur l'analyse chimique pour séparer la névroglie des tissus conjonctifs et la rattacher aux tissus nerveux, en France, M. Ranvier, dans une série de communications à l'Institut, s'attache à démontrer que M. Virchow a mal analysé la composition histologique des tissus conjonctifs les plus répandus, vulgairement nommés *tissu fibreux* et *tissu cellulaire.*

M. Ranvier admet bien la présence de cellules dans ce tissu; mais ce ne sont plus les cellules étoilées décrites par M. Virchow; elles sont globulaires ou plates; et elles n'ont plus que très-exceptionnellement des prolongements et des anastomoses qui les unissent les unes aux autres et à travers lesquelles puisse circuler le plasma. « Les anastomoses, disait M. Virchow dans sa *Pathologie cellulaire*, ces moyens d'union des éléments les uns avec les autres, forment un système de conduits, de canaux, qu'il faut placer à côté des vaisseaux sanguins et lymphatiques; c'est un nouveau point de vue pour nos appréciations. Peut-être ces conduits sont-ils destinés à remplacer ce que les anciens nommaient *vasa serosa*, qui, comme on le sait, n'existe pas. Le cartilage, le tissu conjonctif, les os, le tissu muqueux, peuvent présenter de semblables canaux, par suite d'anastomoses de leurs éléments; les tissus de ce genre se distinguent des autres, dont les éléments sont isolés, par la faculté qu'ils ont de conduire les sucs morbides. »

Or, les figures étoilées ne se voient plus, suivant M. Ranvier, sur une préparation bien faite; et la base manque aux inductions appuyées sur leur existence. En revanche, les faisceaux de fibres connectives auraient une plus grande importance que ne le pensait M. Virchow.

M. Ranvier résume ainsi son dernier mémoire :

« Le tissu conjonctif lâche est essentiellement formé par des faisceaux connectifs, des fibres élastiques et des cellules. On n'y observe ni lames ni trous; les mots de *tissu lamineux* et de *tissu cribleux*, employés encore par quelques micrographes, sont donc mauvais.

« Les faisceaux de fibres connectives sont cylindriques; ils ont un diamètre fort variable; ils sont entourés, comme Henle l'a indiqué, d'une membrane spéciale, de fibres annulaires et de fibres spirales. Ces fibres paraissent être un simple épaississement de la membrane; comme celle-ci, elles se colorent par le carmin, et sous ce rapport elles diffèrent des fibres élastiques.

« Toutes les cellules du tissu conjonctif sont formées par un amas de protoplasma; elles n'ont pas de membrane d'enveloppe et contiennent des noyaux. Elles ne sont pas toutes semblables. Les unes sont plates, présentent un contour irrégulier et même des prolongements; souvent elles se plissent, et leurs bords peuvent se retourner; leurs noyaux ovalaires et très-aplatis, renferment un ou deux nucléoles bien marqués. D'autres cellules, plus petites, sont globuleuses, irrégulières, et renferment des noyaux sphériques; certaines de ces dernières sont, en tous points, semblables aux globules blancs du sang ou de la lymphe.

« Ces diverses cellules sont placées entre les faisceaux connectifs, mais toutes ne semblent pas affecter avec eux les mêmes rapports. Tandis que les cellules globuleuses paraissent circuler facilement dans les espaces laissés entre les faisceaux, les cellules plates, au contraire, occupent le long des faisceaux une position qu'elles abandonnent plus difficilement. »

— M. Sédillot a adressé une note sur le raccourcissement du membre inférieur qui peut résulter de la résection de la tête du fémur chez les enfants, et qu'il attribue en partie au manque d'exercice. Dans cette note, nous trouvons les renseignements suivants, sur les résultats des résections coxo-fémorales :

« M. le docteur Good a réuni, avec un grand zèle et une remarquable impartialité, 112 résections coxo-fémorales pratiquées depuis 1860, année où M. L. Le Fort avait arrêté ses recherches, jusqu'en 1868. Sur ce nombre total, on a compté 52 guérisons et 60 morts. La proportion des décès a été : en France, de 85,71 pour 100; en Russie, de 66,67; en Allemagne, de 64,71; en Amérique, de 44,83, et en Angleterre, de 34,37 pour 100. On ne peut, en face de ce tableau, se dissimuler le grave inconvénient pour la France de tenir compte des suites désastreuses de la plupart des opérations pratiquées à Paris. Ce n'est, certes, ni le talent ni l'habileté des chirurgiens de la capitale que l'on peut mettre en doute, mais les conditions où ils se trouvent sont presque fatales. On sait qu'on n'a pas encore, à Paris, sauvé une seule femme de toutes celles auxquelles on a fait l'opération césarienne. La mortalité des grands traumatismes est effrayante, et, pour la résection dont nous nous sommes occupés, on a eu à regretter à Paris douze morts, sans une seule guérison, tandis que, dans le même laps de temps, on comptait à Strasbourg deux succès, les seuls connus en France, sur deux résections, soit 100 sur 100 : ce sont, au reste, de simples observations que nous présentons sur ce sujet, beaucoup trop grave pour être étudié incidemment. »

Société médicale de Londres. — M. Morel Mackensie a lu un travail très-intéressant sur les affections syphilitiques de la gorge qu'il a observées sur une large échelle dans un hôpital spécial : *Hospital for Diseases of the Throat.* Contrairement à l'opinion de M. Virchow, il adopte la division des accidents syphilitiques en secondaires et tertiaires.

Parmi les premiers il range les éruptions érythémateuses de la gorge, les ulcérations ou érosions superficielles, certaines ulcérations très-peu communes qui gagnent en profondeur sans s'étendre beaucoup, les condylomes, et comme conséquences accidentelles et occasionnelles, l'élongation de la luette, l'hypertrophie des amygdales, les excroissances en choux-fleurs et les nodules fibroïdes du larynx. A cette période le pharynx est plus fréquemment affecté que le larynx : dans la proportion de 23 à 16, d'après la statistique de M. Mackensie. Tous ces accidents tendent à guérir spontanément, mais la guérison est bien plus rapide si l'on touche les parties malades avec une faible solution de perchlorure de fer. La teinture d'iode convient bien contre les condylomes et les plaques muqueuses. Si les éruptions érythémateuses persistent plus de quelques semaines, M. Mackensie emploie avec avantage les inhalations chaudes excitantes, spécialement de créosote et de térébenthine. Il touche les fissures avec le crayon de nitrate d'argent, et se borne toujours au traitement local.

Les récidives de plaques muqueuses une fois guéries sont beaucoup plus rares dans le larynx que dans le pharynx ou vers l'anus. Dans le pharynx elles dégénèrent souvent en ulcérations non indurées, mais profondes et de couleur grisâtre.

La syphilis tertiaire produit surtout des ulcérations profondes, rapides et étendues. Des tumeurs gommeuses se développent très-fréquemment dans le pharynx et quelquefois dans le larynx; les nerfs et les muscles peuvent être atteints directement et indirectement, et la destruction des cartilages peut amener ces rétrécissements permanents des voies aériennes, dont M. Trélat a étudié les conséquences.

Les accidents tertiaires siégent bien plus souvent sur le pharynx que sur le larynx; 33 fois contre 15 sur un nombre total de 51 cas : trois fois le pharynx et le larynx étaient affectés simultanément.

Les ulcères pharyngiens sont généralement couverts d'une sécrétion épaisse, tenace; ils ont des bords taillés à pic et indurés; M. Mackensie les nettoie avec grand soin, à l'aide d'un pinceau sec, avant d'y appliquer soit une solution concentrée de nitrate d'argent, soit, mieux encore, le crayon de pierre infernale ou de sulfate de cuivre. Il attribue la plus grande importance à ce traitement local, bien qu'à cette période de la syphilis il ait coutume d'administrer l'iodure de potassium à la dose de deux grammes par jour, en solutions très-étendues et légèrement ammoniacales.

L'auteur a tracé le parallèle des ulcérations du larynx qui sont produites 1° par la syphilis; 2° par la phthisie; 3° par les affections cancéreuses.

Suivant lui, ces ulcérations se distinguent les unes des autres par leur apparence et par leur siége. Dans la syphilis, l'ulcération est généralement étendue, la destruction des tissus rapide; il y a souvent peu de gonflement autour d'elle. Dans la phthisie, un gonflement plus ou moins uniforme précède toujours l'ulcération, ce gonflement est caractéristique; celui qui survient dans les cancers épithéliaux est bien moins régulier, et par conséquent il modifie infiniment plus la conformation des parties.

En ce qui touche le siége de l'ulcération : le plus souvent, dans la syphilis elle attaque d'abord l'épiglotte, et l'on peut trouver dans le pharynx des traces d'ulcérations antérieures; dans la phthisie, généralement elle commence par le voisinage des cartilages aryténoïdes, où il se forme une tuméfaction piriforme; quand elle attaque l'épiglotte, elle s'y accompagne également d'une tuméfaction notable. L'épithélium a le siége d'ordinaire sur la surface postérieure du cartilage aryténoïde et la paroi correspondante du pharynx.

La sécrétion n'est pas non plus la même. Epaisse, jaune et très-tenace dans la syphilis, plus claire et écumeuse dans la phthisie, elle est très-peu abondante dans le cancer.

Hôpitaux. — Il était temps que la température devînt plus douce, car les maladies de l'hiver reparaissaient.

A l'hôpital des Enfants, les bronchites et les affections diphthéritiques sont très-nombreuses.

— Les fractures de la clavicule ne mettent point directement obstacle aux mouvements d'élévation du bras, comme on le croyait autrefois. Souvent elles peuvent les empêcher par la douleur qui en résulte; mais il n'est pas rare de voir des malades porter aisément leur main au-dessus de leur tête après des fractures même comminutives de cet os. MM. Denonvilliers et Richet le faisaient remarquer aux élèves, cette semaine, chacun à propos d'un malade qui se trouvait dans ce cas.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. TRÉLAT

Formes graves et compliquées des phlegmons de la région sus-hyoïdienne.

Les phlegmons de la région sus-hyoïdienne ont habituellement une marche bénigne, quels que soient leur cause et leur siége primitifs.

C'est sous cet aspect favorable que leur description est présentée, non-seulement dans les ouvrages classiques, mais dans les plus récents articles des nouveaux dictionnaires. Tout au plus indique-t-on la possibilité du phlegmon diffus et la propagation du phlegmon simple, à travers les espaces celluleux, jusque dans le médiastin.

Ce tableau est vraiment trop incomplet et ne met pas suffisamment en garde le praticien contre certaines éventualités menaçantes. Ici, comme dans d'autres régions vasculaires, l'ulcération peut atteindre les parois de vaisseaux d'un certain calibre et déterminer la mort par suite d'hémorrhagies répétées. C'est ainsi qu'un malade succomba, en 1851, dans le service de Roux, à l'Hôtel-Dieu.

Les veines voisines du foyer, ou comprises dans ses parois, peuvent être atteintes de phlébite; de là des conséquences plus ou moins redoutables : gêne de la circulation, œdème, caillots emboliques, etc. Enfin le phlegmon peut revêtir la forme gangréneuse, excessivement grave à cause de sa tendance à la diffusion et à la propagation à distance.

Les deux observations suivantes, recueillies : l'une par M. Malassez, dans le service de M. Trélat, et l'autre par M. Lucas Championnière, dans le service de M. Broca, sont des exemples de ces complications.

OBS. I. — *Abcès gangréneux du cou. — Mort. — Autopsie.*

S... (Léon-Victor), âgé de 28 ans, était entré à l'hôpital le 28 mars 1869. Il se plaignait de la gorge, présentait une tuméfaction de toute la région sous-maxillaire, et était en proie à une forte fièvre. On crut à un abcès dentaire, et, le surlendemain, on le fit passer, du service de médecine dans lequel il avait été reçu, dans notre salle de chirurgie (Saint-Gabriel, n° 35).

Toute la région sous-maxillaire est le siége d'un gonflement considérable, qui s'étend un peu aux régions voisines. La peau n'a pas changé de couleur. Le palper est douloureux. On arrive cependant à constater une fluctuation manifeste. Le malade ne peut ouvrir la bouche, et il éprouve de grandes difficultés pour avaler. Il tousse un peu et crache une matière brunâtre d'une odeur infecte. Son haleine est également très-fétide; en le faisant asseoir pour l'examiner, sa respiration devient pénible. Enfin, il est d'une pâleur extrême et dans un certain état de prostration.

M. Trélat, place, avec le trocart de M. Chassaignac un drain de

moyen calibre qui traverse toute la région sus-hyoïdienne, immédiatement au-dessous des bords du maxillaire. Il sort par le tube une matière brunâtre horriblement fétide, et ressemblant beaucoup à celle que crachait le malade. Des injections d'eau phéniquée sont faites dans le foyer par l'intermédiaire du drain; un régime tonique est ordonné.

Le lendemain et les jours suivants, la tuméfaction diminue considérablement; mais l'écoulement persiste, et son odeur est si repoussante, que malades et infirmiers s'en plaignent; l'état général est toujours le même.

Le 5 avril, à la visite du matin, nous trouvons le malade au plus mal: pâleur extrême de la face, lèvres cyanosées, dyspnée considérable, prostration générale. Cet état était survenu dans la nuit.

Malgré tout ce qu'on put faire, le malade succomba le lendemain, 6 avril, à 11 heures du matin, ayant conservé sa connaissance jusqu'au dernier moment.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort. Rigidité cadavérique. Le thorax étant ouvert, on trouve une mortification de tout le tissu cellulaire qui siége en arrière du sternum. Cette gangrène se prolonge en bas, surtout à gauche, jusqu'au diaphragme; en haut, elle se continue au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire gauche et du sterno-cléido-mastoïdien; puis, suivant les vaisseaux carotidiens du même côté, elle remonte jusque dans la région sus-hyoïdienne profonde, laquelle est complétement convertie en un foyer rempli de putrélage noirâtre. Les muscles de la région sont méconnaissables; le maxillaire plonge dans le foyer sans cependant être dénudé, ni tuméfié. Nous supposions une ouverture à travers la muqueuse buccale, mais nous la cherchons sans la pouvoir trouver; toutes ces parties se déchirent, sous la pression du doigt, avec une telle facilité, que nous ne pouvons ni en assurer ni en nier l'existence.

Les veines qui traversent ce foyer gangréneux: jugulaire, sous-clavière, tronc brachio-céphalique, ne sont pas altérées; elles contiennent seulement un caillot rouge qui semble d'origine récente, et qui se continue jusque dans les cavités droites du cœur; une partie du caillot ventriculaire adhère aux piliers et est décolorée; à la coupe, nous y trouvons une petite masse jaunâtre. Le cœur gauche et l'aorte ne renferment pas de caillots.

Les plèvres contiennent une sérosité foncée dans laquelle flottent quelques flocons fibrineux; la surface des poumons, recouverte de fausses membranes, peu épaisses et adhérentes, est d'un aspect verdâtre. A la coupe, les deux poumons présentent, dans leur partie postéro-inférieure, de l'hépatisation rouge, et dans cette partie hépatisée, à la base surtout, immédiatement sous la plèvre, on trouve des petits foyers ayant le volume d'une noisette et remplis d'une matière gris-verdâtre; quelques-uns même contiennent des gaz. Outre ces petits foyers multiples de gangrène, il existe des parties où le tissu hépatisé est plus sombre, plus friable, comme en gangrène diffuse. Au-dessus des parties hépatisées, le tissu pulmonaire est congestionné, et au sommet il est emphysémateux.

Les bronches et la trachée sont remplies de mucosités analogues aux crachats; la muqueuse est rouge foncé, résistant au lavage; elle n'est pas ulcérée.

Le larynx est également vivement injecté; les replis ary-épiglotiques ne sont point œdémateux.

Le foie, volumineux et jaunâtre, ne présente pas d'abcès; il n'en existe pas non plus dans les reins. La rate n'est pas augmentée de volume; sa couleur et sa consistance sont normales.

Obs. II. — *Phlegmon du cou. — Diffusion. — Phlébite. Mort rapide. — Autopsie* (1).

Le nommé X... entre le jeudi 30 avril 1868 au n° 6 de la salle Saint-Gabriel. Ce malade présente une tuméfaction assez considérable de toute la région antérieure du cou, s'étendant jusqu'au sternum, mais marquée surtout à la région sus-hyoïdienne, et plus manifeste à droite qu'à gauche. Il respire assez bien, mais ne peut prendre aucune espèce d'aliments. On ne sent pas de fluctuation bien nette, mais il y a de l'œdème.

Le 1er mai, M. Broca fait deux larges incisions dans la région sus-hyoïdienne, à droite et à gauche. Il sort du pus noirâtre peu abondant et de fort mauvaise odeur.

D'après les renseignements donnés par le malade, ce phlegmon se serait développé avec une rapidité insolite. Dans la nuit du dimanche 26, il avait eu une rage de dents (deux molaires cariées à droite et en bas), et dès le lundi matin, le gonflement de la région sus-hyoïdienne était considérable.

Le vendredi soir, cet homme était soulagé, mangeant un peu, et ne se plaignant que de l'odeur de la suppuration.

Le samedi 2 mai, l'état du malade est un peu meilleur. Le soir, il se plaint pour la première fois de respirer difficilement.

L'auscultation ne fournit aucun signe, mais la percussion révèle une matité notable dans toute l'étendue du côté droit.

Le dimanche matin, l'état est beaucoup plus grave. La dyspnée est très-prononcée; une douleur vive du côté droit s'est développée. Le pouls est à 120; la respiration est pénible, et la matité plus marquée à droite. Cependant la tuméfaction, ni la rougeur du cou, n'ont sensiblement augmenté.

Le soir, un peu de mieux. Le malade ne souffre pas.

Le lundi 4 au matin, le malade a eu dans la nuit deux accès de suffocation. L'état local est le même; la tuméfaction n'a pas augmenté, mais l'état général est des plus mauvais. On ne peut examiner la poitrine à cause d'un râle trachéal intense. Les lèvres sont bleuâtres, la dyspnée extrême, le pouls petit; la mort est imminente.

A dix heures et demie, comme il existe encore du gonflement du cou, comme il est impossible d'ouvrir la bouche pour explorer le larynx, comme il ne serait pas impossible que l'obstacle à la respiration fût dans le larynx ou la trachée, M. Broca se décide à faire la trachéotomie, nous prévenant, toutefois, qu'il est bien peu probable qu'elle soit efficace. L'opération est faite rapidement, le malade ne souffre pas et ne perd qu'une quantité de sang très-minime, par quelques grosses veines. A l'ouverture de la trachée, une fausse membrane est expulsée, d'une forme assez singulière, rougeâtre, allongée, grumeleuse. En plongeant dans la canule une plume d'oie jusqu'à la bifurcation des bronches, M. Broca en extrait une, considérable, de la longueur du doigt.

L'opération n'a pas soulagé le malade, qui meurt trois heures après, à deux heures de l'après-midi.

A l'autopsie, faite le mercredi 6 mai, on peut voir que l'infiltration du pus venu de la région sus-hyoïdienne s'est propagée jusqu'à la base du cou, puis dans le médiastin antérieur, dont il infiltre le tissu cellulaire.

Le poumon droit est fixé à la paroi thoracique par des adhérences épaisses, infiltrées de sérosité et même de pus, qui, dans un certain point, forme une véritable collection.

A l'ouverture du cœur et des vaisseaux, nous trouvons un long caillot fibrineux, étendu depuis les veines sous-clavière à gauche, axillaire à droite, les deux troncs brachio-céphaliques, la veine cave supérieure, l'oreillette et le ventricule droit, l'artère pulmonaire, où on le rencontre encore solide dans ses fines ramifications. Le caillot, qui oblitère complétement la veine sous-clavière, remplit la veine cave supérieure et l'oreillette sans l'oblitérer absolument. A l'état frais, il est de couleur bien différente dans ses différents points. Brun et mat dans la jugulaire et la sous-clavière, il se prolonge en ce point dans les plus petites veines; dans le cœur, au contraire, il est transparent; sa résistance est partout considérable.

La paroi des vaisseaux est peu modifiée; cependant la surface interne de la sous-clavière et de la jugulaire est d'une rougeur insolite.

Dans la veine cave inférieure, il n'y a pas de caillot. Il n'y en a pas non plus dans le cœur gauche.

Le cerveau est mou; les veines renferment aussi de petits caillots allongés, vermiformes, que l'on peut extraire par une extrémité du vaisseau. Cependant il n'y a pas de caillots dans les sinus.

La muqueuse trachéale est très-injectée, ulcérée même dans un point. En outre, on trouve un grand nombre de points jaunâtres constitués par des vésicules pleins de pus. Le larynx est sain. La muqueuse bronchique est aussi injectée. Le poumon droit est congestionné, à peine crépitant et rougeâtre. Nous n'avons trouvé aucune autre lésion viscérale, sauf une diffluence très-marquée de la rate.

Pour M. Broca, la cause évidente et immédiate de cette mort rapide a été la formation de cet immense caillot, dont le point de départ manifeste était dans le phlegmon diffus. Il est né dans les sous-clavières et les troncs brachio-céphaliques, et l'obstacle qu'il constituait à la circulation a permis la formation de tout le reste du caillot.

Quant au mécanisme de sa formation, M. Broca croit qu'il est multiple. La compression des vaisseaux par le phlegmon créait déjà un obstacle à la circulation; puis l'inflammation du voisinage, propagée dans une certaine mesure à leurs parois, est venue en aide. L'altération du sang favorisait sans doute le dépôt de fibrine, et l'obstacle à la respiration ralentissait encore le cours du sang dans les veines. Aussi le caillot, de ce centre de formation, s'irradiait jusque dans les ramifications de l'artère pulmonaire, et retournait en arrière jusqu'aux veines du bras à droite.

Il n'y a pas lieu d'insister sur la seconde de ces deux observations, qui est complète. Faisons remarquer cependant que dans les deux faits la muqueuse trachéale est atteinte par l'inflammation, et qu'ainsi la voie est ouverte vers les parties profondes de l'appareil respiratoire. Le processus morbide offre donc de grandes analogies de part et d'autre; seulement la mort est produite, dans le second fait, par la gêne de la circulation, tandis que dans le premier les lésions pulmonaires déterminent l'asphyxie.

Ces lésions sont d'ailleurs bien dignes de fixer l'attention: l'inflammation gangréneuse s'est propagée par continuité au tissu cellulaire du médiastin, mais en outre elle a frappé des points relativement éloignés des voies respiratoires. Aus-i est-il permis de se demander si, à côté du fait local: propagation, de l'inflammation, il ne convient pas de placer une influence plus générale qui complète l'explication.

Peut-être y a-t-il eu infection de tout l'individu par la résorption de produits putrides qui s'étaient formés, dès le début, dans son abcès sus-hyoïdien, en communication avec la cavité buccale.

Ce fait d'intoxication putride à la suite de foyers purulents en communication avec la cavité buccale, a déjà été signalé par M. Richet à propos des fractures du maxillaire inférieur s'accompagnant de déchirure gingivale et de déplacement des fragments (*Bull. Soc. chirurg.*, 1865, p. 410). Dans ces cas, le foyer de la fracture devient purulent et putride; un abcès se forme dans la région sus-hyoïdienne; l'haleine du malade devient fétide; il perd l'appétit, il maigrit; de la diarrhée et des frissons surviennent, et le malade meurt (6 fois sur 37), dans près de 1/6e des cas. A l'autopsie, pas trace d'abcès métastatiques dans les viscères. Et M. Richet en conclut à une forme spéciale d'infection putride qu'il qualifie d'*aiguë*, par opposition à l'infection putride qui survient dans les cas de longue suppuration, et qu'on pourrait en effet surnommer *chronique*. Suivant M. Giraldès, pareils faits auraient été signalés par M. Gross (*System of Surgery*, 1864), mais seulement dans les fractures par armes à feu.

Quoi qu'il en soit de ces données théoriques, il n'en reste pas moins acquis que, lorsque des foyers putrides existent dans la région sus-hyoïdienne, les malades sont menacés d'une série variée d'accidents qui deviennent plus ou moins promptement mortels. Voilà le fait important à mettre en lumière au point de vue de la pratique; c'est pour cela que nous avons pensé que les deux faits précédents méritaient d'être publiés.

(1) Les pièces ont été présentées à la Société anatomique dans la séance du 8 mai 1868.

Ingestion de 3 grammes d'huile de croton

CHEZ UNE ENFANT DE SIX ANS.

Vomissements violents. — Diarrhée presque nulle. — Guérison rapide.

(Dr Mauvezin, ancien interne des hôpitaux.)

Une petite fille de six ans, affectée d'un léger impétigo de la lèvre supérieure, prend, par erreur, et non sans grande répugnance, 3 grammes d'huile de croton tiglium (je dis *trois grammes*), le matin à jeun, dans une tasse de café au lait. Elle se plaint de la saveur détestable du médicament et des picotements qu'elle ressent à l'isthme du gosier, au moment même de l'ingestion. Peu de temps après, elle éprouve une vive douleur à l'épigastre, bientôt suivie de vomissements violents et extrêmement abondants, pendant près de trois quarts d'heure.

Après avoir vomi, elle dort d'un sommeil profond pendant quatre heures, au bout desquelles elle demande à manger. Les parents lui donnent un potage: l'enfant ne ressent plus aucune douleur, ni à l'épigastre, ni dans le ventre; elle évacue seulement deux selles diarrhéiques peu abondantes.

Le lendemain je vois la malade: elle n'éprouve aucun malaise; la gorge n'est pas rouge; on n'y observe aucun bouton; mais on aperçoit, au commissure des lèvres, à la paupière supérieure droite et à la fesse gauche, quelques plaques d'éruptions vésiculeuses fines, comme en produit ordinairement l'huile de croton; éruptions causées sans doute par le contact des mains de la malade, imprégnées de la matière des vomissements, avec les parties ci-dessus désignées.

On a vérifié que l'huile ingérée était d'excellente qualité, et qu'elle produisait en très-peu de temps sur la peau une éruption vésiculeuse abondante.

Comment expliquer une semblable innocuité? Pourquoi n'y a-t-il pas eu de plus nombreuses évacuations?

Les vomissements violents ont sans doute expulsé la plus grande partie de l'huile; mais n'en serait-il pas resté dans l'estomac *une seule goutte*, dose suffisante pour produire souvent une purgation violente chez une enfant de cet âge?

Jusqu'à quel point le potage pris par cette enfant, *quatre heures après l'ingestion de l'huile*, peut-il avoir contribué à neutraliser l'action du poison?

Telles sont les questions que je soumets à mes confrères.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 juin 1869. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Labbé demande la parole à propos du procès-verbal. Sans vouloir prolonger plus longtemps, dit-il, la discussion sur le *rash*, soulevée par M. Isambert, je ne puis résister au désir d'en dire encore quelques mots, attendu que j'ai eu l'occasion d'en observer un cas dans ces quinze derniers jours. Il s'agit d'une jeune fille chez laquelle se sont montrés d'abord tous les symptômes de la fièvre typhoïde, et qui n'a pas tardé à présenter tous les caractères de la variole *rash*. Je ne partage pas l'avis de M. Chauffard, et je crains que tous les faits dont il nous a entretenus ne soient pas de vrais cas de *rash*. J'ai constaté que l'éruption des cuisses avait un caractère hémorrhagique, et que l'éruption scarlatiniforme se montrait à la face dorsale des mains. L'éruption peut donc avoir quelquefois le caractère hémorrhagique, et non pas seulement toujours le caractère scarlatiniforme. La malade a guéri, mais je n'en tirerai pas de conclusions au point de vue de la valeur à donner au pronostic du *rash*. Je crois qu'il faut compter avec la bénignité ordinaire de la maladie.

M. Isambert. Il importe plus que jamais de faire bien attention aux éruptions de forme *rash*, à l'époque où apparaît cette éruption, à la durée de la maladie. En général, la forme *rash* est bénigne, et c'est précisément comme exception que j'ai présenté mon observation. En résumé, la variole de forme *rash* doit se caractériser surtout par l'époque à laquelle apparaît l'éruption et par le siége de cette éruption.

CORRESPONDANCE

Parmi les pièces de la correspondance, M. le secrétaire général signale trois mémoires, dont deux en russe et un en polonais, sur une épidémie de choléra qui a régné en 1867, envoyés par M. le docteur Malecq. Ces mémoires sont accompagnés d'une lettre de candidature.

LECTURES

M. Isambert donne lecture d'une observation de *leucocythémie adénoïde.*

M. Dumont-Pallier. La conclusion de M. Isambert est qu'il a eu à faire à une leucocythémie. Je suis forcé d'avouer qu'à la lecture de cette observation j'ai toujours cru qu'il s'agissait là d'une adénite type. Quel est, en effet, le caractère principal de la leucocythémie? c'est l'apparition des globules blancs. Or, votre malade en a bien présenté, mais jamais en quantité suffisante pour justifier le diagnostic de leucocythémie. Pour moi, c'est donc là une adénite, et rien de plus.

M. Ollivier. Si j'ai bien entendu, M. Isambert a donné pour titre à son observation le mot de leucocythémie adénoïde. Or le mot adénoïde veut dire, d'après son étymologie même, tissu glandulaire. Ce mot a donc une signification très-nette. Dire leucocythémie adénoïde, c'est dire, il me semble, qu'il s'agit d'adénite simple, et d'ailleurs la proportion seule des globules blancs que M. Isambert a trouvés le prouverait bien. Cette porportion, si je ne me trompe, est de 1 ou 2 pour 100. Jamais cette proportion n'a suffi pour justifier le diagnostic de leucocythémie. On trouve cela dans toutes les cachexies. Au point de vue des symptômes, la leucocythémie et l'adénite se ressemblent complétement; mais il existe bien des différences, au point de vue clinique, entre la leucocythémie et l'adé-

nite. Il y a souvent hémorrhagie dans la leucocythémie, et cette hémorrhagie est produite par une distension telle des vaisseaux, que ces vaisseaux finissent par se rompre. Dans l'adénite, on observe bien quelquefois aussi l'hémorrhagie, mais beaucoup plus rarement, et, dans l'adénite, l'excès de tension des capillaires n'existe pas. Voilà pour la question de diagnstic. M. Isambert a dit en outre qu'il était impossible de distinguer l'adénite des scrofuleux, par exemple, de la leucocythémie. On trouve toujours, chez les scrofuleux, des productions caseuses, chose que l'on n'observe jamais dans la leucocythémie.

M. ISAMBERT. Je commencerai par répondre à l'objection que m'a faite M. Ollivier, au sujet du vrai sens du mot adénoïde. Ce mot veut dire tout simplement glandulaire et non pas tissu glandulaire. Il n'y a aucune différence entre les ganglions que l'on observe dans une adénite et ceux que l'on observe dans la leucocythénie. L'histologie elle-même ne peut pas nous en montrer. Quant aux symptômes, je crois que nous sommes tous d'accord à ce sujet, à savoir qu'il n'y a aucun moyen de distinguer l'une de l'autre. J'arrive maintenant à l'argument principal qui m'est objecté par ces messieurs : je veux parler de la proportion des globules blancs. La quantité de globules blancs que j'ai trouvée dans ce cas là, me disent ces messieurs, ne suffit pas pour me permettre de diagnostiquer une leucocythémie. Voici ce que je répondrai : Nous ne savons pas du tout quelle est la limite des globules blancs dans la leucocythémie. Cette limite nous est parfaitement inconnue. C'est là une question très-importante et qui mérite d'être étudiée; et, comme je l'ai fait remarquer dans mon observation, le nombre des globules ayant été croissant, rien ne prouve que je n'ai pas eu affaire à une leucocythémie en voie de progrès.

M. BERGERON. Il me paraît difficile de séparer la leucocythémie de l'adénite. Les symptômes sont, en effet, d'une identité parfaite. Il n'existe qu'un seul point différentiel : c'est la proportion des globules du sang. Mais dans le fait que M. Isambert vient de nous rapporter, le nombre des globules allait croissant. Je serais donc assez disposé à me ranger de l'avis de M. Isambert, et à croire qu'il a eu à faire probablement à une leucocythémie en voie de progrès.

J'ai, pour ma part, un fait absolument semblable. Il s'agit d'une petite fille de 6 ans, qui se trouvait dans de parfaites conditions d'hygiène. Cette enfant commença à pâlir au mois de décembre. Les parents n'y attachèrent pas tout d'abord grande importance, et on mit cette pâleur sur le compte de l'anémie. Bref, je ne fus appelé à la voir que vers la fin de janvier. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, mais je constatai une hypertrophie de la rate. Peu de temps après j'examinai le sang ; la proportion des globules était normale. La maladie a duré quatre mois; l'enfant est mort à la suite d'une hémorrhagie. Il y avait eu un mieux sensible dans le cours de la maladie, mieux que j'avais attribué à l'administration de l'iodure de potassium; mais survinrent bientôt les lésions viscérales. J'examinai alors le sang pour la seconde fois, et je remarquai que les globules blancs avaient doublé en nombre. L'enfant a succombé après quatre mois de maladie. Je rapproche donc mon observation de celle de M. Isambert, et prétends ne voir aucune différence entre la leucocythémie classique, telle qu'elle est décrite dans les livres, et les deux cas observés par M. Isambert et moi.

M. DUMONT-PALLIER. Je ne doute pas que le cas dont vient de nous parler M. Bergeron ne soit un cas de leucocythémie; mais je maintiens qu'au point de vue clinique, il y a des différences considérables à faire entre la leucocythémie et l'adénite.

Cliniquement, on ne doit constater la leucocythémie que quand les malades sont très-cachectiques, tandis qu'il n'y a pas du tout d'état cachectique dans l'adénite, qui peut durer jusqu'à sept et huit ans. Vous pouvez voir, au contraire, d'après l'observation même de M. Bergeron, que la leucocythémie, en général, ne dure guère plus de quatre ou cinq mois. Il y a donc là une marche clinique essentiellement différente, et je ne crois pas, pour moi, que l'on puisse faire d'erreur de diagnostic. Je m'engage même, toutefois, avec l'assentiment de la Société, à faire dans la prochaine séance un parallèle clinique entre la leucémie et l'adénite, et je m'engage à faire ressortir les différences bien tranchées qui peuvent les faire distinguer l'une de l'autre.

M. ISAMBERT. Personne de nous ne peut mettre en doute la compétence de M. Dumont-Pallier en pareille matière, puisque c'est lui, tout le monde le sait, qui a recueilli les leçons de Trousseau sur l'adénite. Quant à la question de diagnostic différentiel, j'ai eu à la décrire pour le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et je demanderai à la Société la permission de lui lire un passage de cet article.

(M. Isambert donne lecture du passage en question). Virchow, ajoute M. Isambert, dans la description de la leucocythémie, dit, contrairement à M. Dumont-Pallier, qu'elle peut durer plusieurs années.

M. OLLIVIER. En disant qu'il y avait une grande ressemblance entre les symptômes de la leucémie et ceux de l'adénite, il est bien entendu que je n'ai voulu parler que de la leucémie ganglionnaire; il y a, en effet, une très-grande ressemblance entre ces deux maladies. Le seul caractère différentiel est l'examen du sang. Mais pour en revenir à l'observation de M. Isambert, il me semble bien difficile d'admettre ce qu'il propose. Un malade, atteint d'abord d'adénite, aurait été atteint ensuite, d'après lui, de leucocythémie? Ce fait semblerait donc prouver que l'adénite est la première période de la leucocythémie. C'est évidemment là une erreur. Car il y a des cas de leucocythémie qui ne durent que deux ou trois mois, tandis qu'on voit des adénites durer jusqu'à trois et quatre ans.

M. RENAUDT. Il me semble qu'on pourrait ainsi résumer la question. Deux cas différents se trouvent en présence : 1° l'un, où il y a hypertrophie des ganglions avec apparition de globules blancs; 2° l'autre, où il y a hypertrophie des ganglions sans l'apparition de globules. Ne pourrait-on pas admettre un troisième ordre de cas mixtes, dans lequel on ferait rentrer l'observation de M. Isambert?

M. DUMONT-PALLIER. Je ferai remarquer à M. Isambert qu'à l'époque où Virchow écrivait ce qu'il vient de nous citer, il ne connaissait pas du tout l'adénite, et qu'en nous donnant le tableau de ce qu'il appelle la leucocythémie lymphatique, il nous donne, sans s'en douter, un tableau parfait de l'adénite.

M. ARCHAMBAULT croit qu'il serait intéressant d'avoir des observations de leucocythémie dans lesquelles les globules blancs ne seraient apparus que tardivement. M. Archambault se trouve justement avoir eu, dans sa pratique, un cas de ce genre. C'est l'observation d'un enfant chez lequel les choses se sont passées d'une façon inverse au fait de M. Isambert; d'où M. Archambault conclut qu'il y a des cas de leucocythémie où les globules blancs apparaissent tôt, et qu'il y en a d'autres où, au contraire, ces globules ne se montrent que tardivement. M. Archambault termine en demandant avec M. Isambert que l'on porte les recherches de ce côté.

M. BERGERON. Voici pour moi les différences qui me semblent pouvoir faire distinguer l'adénite de la leucémie. C'est que la rate et le foie ne s'hypertrophient pas au même degré, ni en même temps que les ganglions. D'une part, l'hypertrophie des ganglions domine ou précède celle du foie et de la rate, c'est le cas de l'adénite, et d'autre part le contraire a lieu, c'est-à-dire que c'est l'hypertrophie de la rate et du foie qui domine et précède celle des ganglions, c'est le cas de la leucémie.

Il s'échange encore quelques explications entre MM. Ollivier, Dumont-Pallier et Renaudt.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 2 avril. — Présidence de M. le docteur LAGNEAU.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. le sénateur préfet de la Seine, demandant l'examen d'un certain nombre d'employés de son administration proposés pour une pension de retraite.

M. LE PRÉSIDENT présente à la Société le tome Ier du Bulletin de la Société de médecine légale de Paris, qui contient plusieurs articles importants. Bien qu'elle ne compte qu'une année d'existence, cette société a déjà produit des travaux remarquables, qui font bien augurer de son avenir et des services qu'elle est appelée à rendre.

Ce bulletin comprend :

1° Commentaires médico-légaux sur l'article 901 du Code Napoléon : Des conditions mentales requises pour faire une donation ou un testament, par M. Legrand du Saule, médecin de Bicêtre.

2° Rapport sur une question d'infanticide, par M. Stéph. Tarnier.

3° Rapport sur un cas de péricardite constatée chez un individu qui avait été soumis à des violences extérieures, par M. Béhier.

4° Rapport sur un cas de mort violente par coup de feu, par M. Paul Horteloup.

5° Rapport sur un cas d'empoisonnement par le phosphore, par M. Mialhe.

6° Le secret médical au point de vue de la révélation des crimes et des délits, par M. Hémar.

M. le Président annonce à la Société que M. Pétrequin, membre correspondant, assiste à la séance.

RAPPORTS

M. MOTTET, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Lunier et Voisin, lit le rapport suivant sur le travail présenté par M. Foville, à l'appui de sa candidature.

Vous avez chargé une commission composée de MM. Lunier, Voisin et Mottet, de vous rendre compte des titres scientifiques de M. le docteur A. Foville. Une fois déjà, notre honorable confrère a recherché vos suffrages; il n'a pas été découragé par une longue attente, elle n'a fait que stimuler son zèle, et, comme s'il eût voulu vous prouver mieux encore toute l'importance qu'il attache au titre qu'il vous demande, il vous apporte de nouveaux travaux. A la liste déjà longue de ceux que j'ai eu l'honneur de vous faire connaître, il ajoute aujourd'hui deux publications, l'une d'elles a paru dans les Annales médico-psychologiques, l'autre est un article du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, puis enfin une observation inédite, qui vous a été lue dans la séance du 19 février dernier, et sur laquelle j'appellerai tout d'abord votre attention.

Il s'agit d'un homme de 55 ans, dont les facultés intellectuelles étaient troublées depuis quinze ans; il vivait dans la maison de Charenton, tourmenté par des hallucinations, par des conceptions délirantes à forme mélancolique. Sa santé, bonne jusque dans ces dernières années, s'altéra tout à coup; les signes caractéristiques d'une tuberculisation pulmonaire furent reconnus; il succomba dans le marasme; mais, indépendamment des lésions appartenant à une tuberculisation généralisée, l'autopsie révéla l'existence d'une apoplexie capillaire de la substance cérébrale, consécutive à l'oblitération d'une veine méningienne.

Cette lésion, que rien pendant la vie n'avait pu faire soupçonner, était assez superficielle pour n'avoir compromis d'une manière appréciable aucune des fonctions de sensibilité générale ou spéciale; elle était d'origine assez récente pour que la substance cérébrale ne fût pas altérée, et qu'on ne rencontrât pas cette sorte de ramollissement rose, amarante, qui n'eût pas manqué de suivre de près l'apoplexie capillaire si la vie s'était prolongée.

L'intérêt réel que présente l'observation de M. Foville est surtout dans l'étude comparative à laquelle elle a donné lieu.

Ce n'est pas, en effet, un cas isolé dans la science. Il a des analogues, et M. Cruveilhier, dans son anatomie pathologique, Lancereaux dans sa thèse sur le thrombose et l'embolie cérébrale, Privort et Cotard, dans leurs études sur le ramollissement cérébral, en ont cité des exemples. A ces noms d'auteurs, on en pourrait ajouter d'autres dont les travaux récents n'ont pas moins d'importance. En effet, Messieurs, l'histoire des maladies de l'encéphale s'est enrichie, dans ces dernières années, de recherches, de découvertes du plus haut intérêt scientifique. Nous ne saurions, sans dépasser les limites d'un rapport, vous les rapporter toutes; mais permettez-nous de vous signaler en deux mots l'importance qu'a prise tout à coup l'école, qu'un peu trop pompeusement peut-être on a appelée l'école de la Salpêtrière, mais dont les services ont été assez nombreux, assez éclatants, pour qu'on lui reconnaisse du moins de sérieux mérites. Ses représentants, MM. Charcot et Vulpian, Bouchard, Poumeau, Privort, Cotard, Proust, se sont occupés avec le plus grand soin de l'hémorrhagie cérébrale et de ses suites; en présence de la doctrine ancienne, s'est édifiée une doctrine nouvelle, qui, sans avoir la prétention de faire rentrer dans l'explication qu'elle propose sur tous les faits de production du foyer sanguin, apporte cependant de nombreuses pièces de conviction. Les hémorrhagies par exhalation à travers les parois des vaisseaux sont devenues de plus en plus rares, et les ruptures de vaisseaux par suite d'une dégénérescence athéromateuse, d'une altération dans les parois, ou encore par suite d'une tension exagérée, consécutive, l'hypertrophie du cœur, ont été, à leur tour, considérées comme les causes les plus fréquentes des hémorrhagies. Puis viennent aussi les dégénérescences primitives ou secondaires des capillaires, altérations graisseuses qui s'observent aussi bien chez les vieillards que chez des individus plus jeunes, dans un état de cachexie profonde. L'athérome, n'est pas d'origine nouvelle, toutefois, et je ne saurais ne pas rappeler ici les travaux de notre savant confrère, M. Durand-Fardel. Ils n'ont pas vieilli, parce que la clinique et ses enseignements féconds restent toujours jeunes. Les statistiques de Durand-Fardel n'ont pas été contestées, et Bouchardat, qui les a dernièrement reprises, est arrivé à des résultats identiques. Ce qui a changé, c'est l'explication de la transformation du tissu cérébral après les hémorrhagies. Le microscope est loin encore d'avoir dit le dernier mot sur cette obscure question. Ce qui nous ramène à l'observation de M. Foville, ce sont les recherches qui tendaient d'ailleurs à nous rapprocher de la théorie ancienne et qui sembleraient faire revivre la doctrine des hémorrhagies par exhalation, que M. Jaccoud appelait dans sa thèse les pseudo-hémorrhagies. Recklinghausen admet, sur les capillaires, de petits pertuis, et Colinheim, en augmentant par une ligature la tension du sang veineux, a surpris des globules rouges sortant des capillaires sans qu'il ait pu constater de rupture. Il n'y a pas bien loin de là, messieurs, à la tache rosée, pourprée, amarante, à la stase sanguine périphérique, autour d'une veine oblitérée, et nul doute que si le malade de M. Foville avait vécu, l'infarctus veineux n'eût augmenté et amené des désordres étendus. A ce titre, cette observation est donc des plus intéressantes; elle montre une lésion en voie de formation, et elle est, d'un autre côté, confirmative des vues de MM. Cruveilhier et Calmeil, de Lamereaux, qui a formulé très-nettement l'évolution de ces apoplexies capillaires, si souvent suivies de ramollissements superficiels, dans l'épaisseur de la substance grise, se produisant presque toujours dans la période ultime des maladies chroniques. Le siége superficiel, la multiplicité fréquente des foyers hémorrhagiques, leur coloration lie de vin ou amarante, tels sont, en effet, les caractères habituels de ces ramollissements d'origine veineuse, en dehors de toute lésion artérielle, et les conclusions qui résumaient les considérations dont M. Foville faisait suivre son observation, sont de tous points conformes aux opinions récemment émises et presque généralement acceptées.

Vous vous souvenez, messieurs, de l'intéressante communication qui vous avait été faite l'année dernière par M. Foville. Il s'agissait de plusieurs cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme, et, n'admettant pas sans réserves le diagnostic porté, je m'étais attaché surtout à vous signaler l'importance d'une classification nouvelle que proposait M. Foville pour les convulsions. Le travail qu'il vous lisait alors a été développé, et nous le retrouvons complet dans l'article Convulsions, du Dictionnaire de médecine. La division ancienne des convulsions en toniques et cloniques ne paraît plus suffisante, et c'est là le côté vraiment original du travail de M. Foville, celui sur lequel j'appellerai de nouveau votre attention. Pour notre distingué confrère, les convulsions seraient : 1° toniques continues, avec roideur immobile du membre; 2° toniques rémittentes, avec roideur et relâchement alternatif, produisant les mouvements sur place, rhythmiques, limités et oscillants, et 3° en cloniques, avec mouvements tumultueux, expansifs, variables et antagonistes. Je n'insisterai pas, Messieurs, ce serait tomber dans des redites, et j'ai hâte d'arriver à un mémoire que ne vous a pas présenté son auteur, et qu'il est du devoir de votre rapporteur de vous signaler encore.

Il y a quelques mois, la Société médico-psychologique mettait à l'ordre du jour la question de la transmission héréditaire de l'épilepsie. Il ne s'agissait pas seulement de vérifier une fois de plus ce que tout le monde sait de cette terrible affection, on demandait à la clinique, à l'observation longtemps continuée, une formule qui répondît à ces questions : Peut-on déterminer dans quelle proportion la tranmission héréditaire de l'épilepsie a lieu? Quelles sont les principales conditions de cette transmission? Dans l'état actuel de nos connaissances, le médecin peut-il exprimer une opinion sur l'opportunité du mariage des épileptiques?

Vous exposer ce programme, c'est vous faire pressentir déjà toute l'importance d'un travail qui avait pour but, je ne dirai pas de résoudre du premier coup un problème aussi compliqué, mais d'apporter un contingent. M. Foville n'a pas failli à cette tâche, et rien n'est plus intéressant que le tableau qui résume ces faits d'épilepsie dans une série de familles observées. Voici des chiffres qui en disent plus que toutes les dissertations, et qui portent avec eux leur enseignement.

Sur 7 familles épileptiques :

A la 1re génération,	on trouve	8	épileptiques.
A la 2e	—	27	—
A la 3e	—	72	—
A la 4e	—	22	—
Total........		129	épileptiques.

soit, en moyenne, 18 par famille, et encore on n'a pas fait figurer au tableau toutes les personnes bizarres, excentriques, qui, pour n'être pas aliénées dans le sens absolu du mot, avaient certainement le cachet héréditaire. Cette effrayante proportion n'est-elle pas faite pour guider le médecin lorsqu'il est consulté dans les questions de mariage, et s'il est vrai que bon nombre d'enfants nés de père ou de mère épileptique, succombent en bas âge, la possibilité de la transmission de cette maladie, avec tous les désordres qui en sont la conséquence, devra toujours être présente à l'esprit de quiconque est appelé à donner un avis, et nous nous associons pleinement à cette conclusion si sage à laquelle M. Foville est arrivé : « Bien que le mariage des épileptiques, dit-il, ne puisse pas être proscrit par les lois, il présente de si grands inconvénients pour les conjoints eux-mêmes et pour leur postérité éventuelle, qu'il serait à désirer que les unions de ce genre fussent aussi rares que possible. Les médecins doivent donc s'appliquer à en détourner ceux qui les consultent à

cet égard, en leur faisant connaître les dangers auxquels ils s'exposent en se mariant.

Messieurs, nous aurions pu insister plus longtemps sur les travaux de M. le docteur Foville. Votre commission a pensé qu'une partie de sa tâche se trouvait accomplie, par le rapport qui vous a été soumis l'année dernière. Vous connaissez déjà celui qui revient de nouveau vers vous. Vous savez qu'en lui accordant l'honneur qu'il sollicite, vous vous adjoindrez un collègue laborieux, qui, interne, directeur d'asile, médecin-adjoint de Charenton, a marqué son passage par son travail, sa persévérance, qui de toutes parts a recueilli des témoignages d'estime et de sympathie. Vos suffrages seraient la récompense d'une vie déjà bien remplie, et seraient aussi un encouragement à continuer des travaux, qui, comme vous le voyez, ont un caractère élevé, profondément sérieux. Aussi votre commission est-elle unanime à vous prier d'accueillir favorablement la candidature de M. le docteur Foville; elle vous promet à la fois un excellent collègue, un savant laborieux, qui, placé dans des conditions toutes spéciales d'observation, saura nous faire profiter de tout ce que la clinique de la maison de Charenton fera passer d'intéressant sous ses yeux.

Le secrétaire annuel : Dr ANTONIN MARTIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un arrêté du 3 juin, de M. le ministre de l'instruction publique, institue agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de Strasbourg, à la suite du concours ouvert le 5 avril 1869, savoir :

1° Section des sciences anatomiques et physiologiques (pour l'histoire naturelle) : M. Mathieu-Félix-Eugène Fée, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, né à Strasbourg le 13 août 1833;

2° Section des sciences physiques : M. Charles-Frédéric Schlagdenhauffen, docteur en médecine, docteur ès sciences physiques, né à Strasbourg le 7 janvier 1830.

Ces agrégés stagiaires entreront en activité de service le 1er novembre 1871.

— Les élèves de M. Bouillaud, parmi lesquels on remarquait MM. Axenfeld, Béhier, Chauffard, Empis, Gubler, Potin, Tardieu, etc., etc., se sont rendus chez lui, il y a quelques jours, pour lui offrir une médaille d'or, en souvenir de sa nomination à l'Institut il y a un an. M. Bouillaud, profondément ému, leur a exprimé sa reconnaissance en termes on ne peut plus affectueux, et, après les avoir embrassés tous, les a conviés à un banquet de famille.

— Les sociétés médicales de Londres poursuivent le projet de se fusionner pour former une Académie de médecine.

Dans sa dernière séance, la Société obstétricale a adopté en principe ce projet de fusion, dont la Société médico-chirurgicale avait pris l'initiative.

— Un Congrès pharmaceutique, auquel toutes les nations civilisées sont invitées à se faire représenter, doit avoir lieu à Vienne au mois de septembre prochain.

Plusieurs grandes questions d'intérêt public y seront discutées. On devra s'y occuper, entre autres choses, d'un projet de pharmacopée universelle, dans le but de faire cesser les inconvénients graves qui résultent parfois de l'exécution d'une ordonnance de médecin étranger avec des médicaments préparés d'après une autre pharmacopée que celle de son pays.

— Le lundi 25 octobre prochain, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours public pour la nomination de quatorze élèves internes, appelés à faire le service dans les hôpitaux et hospices civils de Lyon.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel-de-Ville, à trois heures et demie très-précises, le 2 juillet.

Ordre du jour :

1° Discussion sur le rapport de M. Léon Gros;
2° Élection d'un membre titulaire;
3° Communications diverses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la Gazette, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapeutique médicale, par M. le docteur E. GINTRAC, directeur de l'École de médecine de Bordeaux, etc.
Tomes VIe et VIIe. 2 vol. in-8. 14 fr.
Prix des 5 premiers volumes, 35 fr.

Nouveaux éléments d'histoire naturelle médicale, comprenant des notions générales sur la zoologie, la botanique et la minéralogie, l'histoire et les propriétés des animaux et des végétaux utiles ou nuisibles à l'homme, soit par eux-mêmes, soit par leurs produits, par C. CAUVET, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg. — 2 vol. in-18 jésus, avec 790 figures. — Prix : 12 fr.

Les anomalies dans le parcours des nerfs chez l'homme, par N. KRAUSE et J. TELGMANN. Traduit par S. H. de La Harpe. — In-8° de 70 pages. Prix : 2 fr.

De la cantharidine, étude clinique et physiologique, par le docteur LAURENT LISSOUDE. — In-8°. Prix : 1 fr. 50.

Des signes de la mort et de la vérification des décès à Paris, par le Dr LOUIS DE SÉRÉ, inspecteur du service de la vérification des décès. — In-8°, Prix : 1 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur la vaccine sera certainement très-chaude, comme on en peut juger par le premier discours de M. Jules Guérin.

L'honorable académicien était très-pâle, et évidemment encore souffrant, lorsqu'il a pris place à la tribune; mais ses qualités oratoires nous ont paru plus brillantes que jamais. Nous avons admiré l'habileté rare avec laquelle il a su masser les arguments et grouper les faits. Voulant effacer toutes les impressions défavorables à la vaccine humaine, il a repris à son point de vue l'historique de la question. Pour mieux faire connaître à nos lecteurs les points sur lesquels devra porter la controverse, nous reproduisons, en grande partie textuellement, ce premier discours.

Parmi les idées originales qui y sont émises, il est une qui nous a semblé un peu subtile.

M. Jules Guérin, comparant la vaccine humaine à une espèce vivante, soit animale, soit végétale, veut qu'on développe ses qualités par la culture.

Le simple choix des vaccinifères ne représenterait, suivant lui, en aucune manière, cette méthode de culture, qui, appliquée en Angleterre aux animaux, en modifie si avantageusement les races.

Que la sélection simple des sujets les plus forts et les mieux portants ne puisse pas suffire pour changer les caractères actuels d'une race animale, nous le comprenons à merveille; pour lui donner des qualités artificielles, il faut agir avec persévérance, et par tous les moyens possibles, dans une direction déterminée. On peut accroître la vitesse du cheval de course, la toison des brebis, les muscles lombaires des bœufs destinés à la boucherie, la maigreur élégante du lévrier, etc. : que l'animal ainsi transformé soit devenu mal portant ou débile, qu'il résiste moins à toutes les causes de destruction, le résultat n'en sera pas moins obtenu.

Mais quant au germe vaccinal, nous ne voyons pas quelle qualité on pourrait développer en lui par la culture, s'il devenait moins sain, c'est-à-dire moins innocent, et moins énergique, c'est-à-dire moins efficace. La méthode de sélection appliquée aux vaccinifères et aux pustules vaccinales, le choix persévérant de belles pustules et de beaux sujets, nous semble donc être le procédé de culture le plus efficace et le plus facile à pratiquer en ce qui touche la vaccine.

Les considérations doctrinales de M. Guérin seront développées dans la troisième partie de son discours. Nous ne devons donc pas en parler aujourd'hui.

Il résulte d'un rapport lu par M. Marrote que l'on fera bien de rechercher s'il n'existe pas des ascites rhumatismales.

Deux faits, qui par eux-mêmes ne seraient pas probants, étant dépourvus des détails indispensables, et prêtant d'ailleurs à la discussion, ont le mérite d'attirer l'attention sur cette hypothèse.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL NECKER. — M. DELPECH.

Cas de rage

(Observation recueillie par M. MATHIEU, élève de service, le 7 juin 1869.

Au n° 11 de la salle Saint-Ferdinand se trouve un homme, le sieur X..., atteint de rage, mordu par un chien sur lequel les détails suivants nous ont été communiqués par M. G..., propriétaire de l'animal.

Ce chien, de grosse taille, race de montagne, lâché chaque jour dans la cour de l'établissement, ne sortait jamais; il était habituellement en rapport avec le sieur X..., concierge de la maison.

Cet animal, âgé de 15 mois, était excité par la présence d'une chienne en folie, trop petite pour que le rapprochement eût lieu et sur laquelle il s'acharnait; il la mordit même à la tête, et un mois et demi après, cette petite chienne mourait des suites de ces morsures, sans présenter, nous a-t-on dit, aucun symptôme de rage.

Une autre chienne, fille de la précédente, âgée de 8 mois, également en contact avec ce chien, se porte actuellement bien.

Quant au sieur X..., c'est en cherchant à éloigner le chien de la petite chienne poursuivie qu'il est mordu par celui-là à la main gauche.

Le même jour, M. G... veut corriger son chien, mais alors celui-ci se précipite sur son maître, dont il n'atteint que le vêtement.

Le lendemain, le charretier du même établissement, voulant à son tour corriger l'animal, le poursuit jusque dans sa niche, et c'est en voulant l'en tirer qu'il est mordu au bras; mais ce fut à travers ses vêtements, et l'on ne vit au niveau de la morsure qu'une légère ecchymose.

M. G... résolut alors de se défaire d'un animal qu'il considérait comme dangereux et alla lui-même, aidé du charretier, noyer le chien qu'il avait élevé.

Quant au sieur X..., concierge, il est âgé de 39 ans; il est grand, maigre, brun, d'une santé habituellement bonne. Il a été mordu, le 6 mars 1869, sur la face dorsale de la main gauche, très-près d'une plaie ouverte, assez profonde qu'il s'était faite avec un clou quelques jours auparavant. 92 jours se passent, pendant lesquels le malade affirme avoir joui d'une excellente santé, lorsque, presque tout à coup, le lundi 7 juin 1869 (93e jour après la morsure), à l'heure de midi environ, il est pris d'une douleur assez vive dans le coude, le bras et l'épaule gauches (côté mordu), puis de céphalalgie, d'inappétence et d'un sentiment de constriction légère à la gorge. Le soir arrive, il ne peut prendre aucune nourriture; la nuit se passe sans sommeil, pas de rêvasseries; ses douleurs le tiennent en éveil.

Le mardi 8 juin, il se lève avec de la dyspnée, ses douleurs persistent, elles sont cependant moins intenses. Il ne peut manger, ni boire; il n'essaye même pas d'approcher un verre de ses lèvres, cela lui répugne; il est inquiet, agité. La journée se passe sans qu'il ait pris la moindre nourriture; la nuit est encore sans sommeil.

Le mercredi 9 juin, à son lever, il est pris d'une constriction violente à la gorge qui rend la respiration d'une difficulté extrême. Il est inquiet, très-agité.

M. le docteur Salès, aussitôt appelé, questionne, presse, et bientôt convaincu de la nature de l'affection, conduit lui-même son malade à l'hôpital Necker.

Nous le voyons alors. Il est un peu inquiet, ses yeux brillent, il ressent peu de dyspnée; son pouls est à 80 pulsations. Il répond facilement aux questions qu'on lui pose et déclare qu'il éprouve des douleurs dans l'épaule gauche et surtout au niveau de l'épigastre, où elles s'accompagnent d'un sentiment d'anxiété.

Inappétence. Le malade dit qu'aucun aliment ne peut passer; qu'il étrangle dès qu'il *veut essayer d'avaler*.

Boire lui est également impossible, et de plus, il est visible que *l'idée seule* de boire le trouble et lui fait éprouver un sentiment de constriction à la gorge, constriction qui, du reste, est de peu de durée.

La vue d'un verre d'eau ne le trouble pas.

On l'engage à boire avec une cuiller; il s'agite alors, devient inquiet et refuse. Peu après on insiste; il prend un verre d'eau, mais à peine le tient-il dans sa main qu'il se trouble, sa gorge se resserre avec force, sa parole est brève; il veut se défaire du verre et semble prier qu'on l'en débarrasse, et quand il l'a quitté, tous ces troubles disparaissent en peu d'instants.

La vue d'un miroir brillant le laisse calme. Sa voix n'est pas sensiblement altérée. L'examen de la gorge ne fait rien découvrir; la face inférieure de la langue est intacte; pas de traces de lysses.

Une respiration plus ample se fait entendre à gauche dans toute l'étendue du poumon. A droite, faiblesse relative du murmure vésiculaire.

Au cœur, bruit de souffle à la pointe et au premier temps.

Des injections sous-cutanées avec 1 centig. de chlorhydrate de morphine sont ordonnées de quatre heures en quatre heures. Il est dix heures un quart, X... prend un bain de vapeur térébenthinée. Sa température est, avant celui-ci, de 37°,6. Une transpiration abondante s'ensuit. Il est calme, parle facilement et dit qu'il se trouve bien.

Sur les onze heures et demie on lui fait une première injection avec 1 centig. de chlorhydrate de morphine. Il reste au lit; on lui apporte une panade qu'il a demandée, mais il ne peut la manger; sa répugnance est telle qu'il n'essaye pas même d'en mettre dans sa bouche. Il prend néanmoins la valeur d'un demi-verre d'eau, mais goutte à goutte et avec une cuiller. Sur les cinq heures et demie, une vive excitation s'empare de lui; ses yeux hagards brillent et font saillie, sa face n'est pas congestionnée. Il tremble comme s'il était dans une violente colère. Sa respiration est sifflante. Il fait des efforts douloureux de déglutition; pas de sputation.

Il veut quitter l'hôpital, où on l'a amené, dit-il, pour le faire mourir.

On essaye de le calmer avec une seconde injection de chlorhydrate de morphine (1 centig.), mais il s'y prête avec peine, en disant: « C'est inutile, car dans quelques jours tout sera fini. »

Il faut noter ici que jamais il n'a parlé de sa morsure ni de rage.

Son pouls est faible, lent, et monte à peine à 60 pulsations.

On lui apporta de la glace qu'il avait demandée, mais il ne s'en servit pas. A six heures et quart, un infirmier venait de lui panser un vésicatoire qu'il portait au creux épigastrique, lorsque tout à coup il se précipita sur ce garçon, qui s'enfuit effrayé, tirant la porte à lui, en laissant derrière ce furieux. « Je n'ai pas peur de mourir, criait-il, je me tuerai, » et sur-le-champ il se précipita contre l'angle du mur, puis, étendu sur le plancher il frappait de sa tête sur cet angle avec une telle violence, que l'arête fut brisée, le mur lui-même dégradé, la peinture et le plâtre enlevés. A chaque moment il se frappait avec une violence extrême, son sang jaillissait sur tous les objets et sur les murailles de sa chambre. Il était à genoux, frappant sans cesse, à tel point que des personnes se tenant à l'étage inférieur montèrent, dans la pensée qu'on démolissait le mur à coups de marteau. Après l'accès, comme on lui faisait observer qu'il aurait pu casser les vitres dans le voisinage desquelles il se frappait, il répondit qu'il faisait attention, et qu'il ne voulait pas les briser.

Six à huit infirmiers accourent, lui lancent une alèse sur la tête, et, se précipitant sur lui, parviennent, malgré sa résistance désespérée, à lui mettre une camisole de force. Pendant cette lutte il criait au secours, et l'un des infirmiers se sentit mordre la main à travers l'alèse qui couvrait la face du malade. On constate alors qu'une large plaie occupe la partie latérale droite de la voûte crânienne, et que les tissus mous sont décollés et renversés dans une grande étendue. L'élève de garde fit un pansement.

Attaché dans son lit par les mains et les pieds, X... reprit du calme, il parla : « Bien, qu'ils fussent huit, disait-il, je les aurais repoussés si j'avais voulu, mais je ne voulais pas leur faire de mal, je ne voulais que me tuer. »

Dans les heures qui suivirent, il causa avec calme, disant *qu'il ne souffrait pas*, qu'il *ne s'était pas fait de mal*, et *il put boire* quelques gorgées d'eau. Ses yeux, hagards, avaient conservé de l'agitation. Sa face était cyanosée, et il était encore agité de mouvements spasmodiques.

A onze heures, crise nouvelle. Fixé dans son lit, il criait au secours, se débattait, voulait tout briser, ne cherchait pas à mordre. Cette crise dura dix minutes environ. On lui fit une troisième injection qui le calma un moment; mais l'agitation reparut; le malade voulait se livrer à de nouvelles violences; il se mit à crachoter, à tel point que, le matin, son menton et les objets environnants étaient couverts de salive. A minuit il commença à écumer; on lui offrit à boire, il accepta avec empressement de l'eau qu'il repoussa tout aussitôt. Sa face était cyanosée, il vomit de la bile, qui s'échappa par les commissures des lèvres. Sa parole était brève, il ne balbutiait pas. C'était sa dernière crise, elle fut courte. Le reste de la nuit se passa dans le calme; il ne criait plus, il parlait seulement, et, disant qu'on voulait le faire mourir, il demandait à être détaché. Il se plaignit aussi que le pansement appliqué sur sa tête le serrait trop : on le desserra.

A ce moment le calme était plus grand que celui qui avait précédé la première crise.

Vers quatre heures, sa face était cyanosée, pas d'oppression apparente. A cinq heures, il pria le garçon de service de lui détacher un bras pour manger, et promit de lui payer à boire. Un quart d'heure après il était mort.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort. — Une ecchymose énorme s'étend jusqu'à 6 centimètres au-dessus de la racine du nez et jusqu'au-dessous de la bosse occipitale.

Le pariétal droit est complétement dénudé sur un espace de 4 centimètres carrés.

A l'intérieur de la boîte crânienne, on ne constate aucune ecchymose entre la dure-mère et le crâne, lequel est d'ailleurs d'une épaisseur et d'une dureté considérables.

La dure-mère est plus mouillée que de coutume ; on l'incise, un épanchement liquide s'écoule. On constate une injection considérable à la surface des méninges. La pie-mère est fortement injectée sans épanchement sanguin interstitiel.

On enlève la masse cérébrale ; il s'écoule une grande quantité de sérosité très-sanguinolente.

Les artères de la base du cerveau sont d'un bleu très-foncé.

Le pédoncule cérébral gauche, à son émergence de la protubérance annulaire, semble ramolli et se déchire facilement. La partie postérieure des lobes cérébraux et le cervelet sont fortement injectés et colorés en rouge par simple imbibition.

La substance de la masse cérébelleuse paraît moins ferme qu'à l'état normal. Le cerveau est d'une bonne consistance.

La substance blanche des lobes cérébraux est sensiblement injectée. Le corps calleux se déchire avec une grande facilité, le plexus choroïde gauche est modérément injecté ; (petit kyste choroïdien).

La substance du cervelet est très-injectée, elle est couleur lilas foncé et très-ramollie, quand on la coupe. La moelle allongée est aussi moins ferme qu'à l'état normal.

La partie supérieure de la moelle ne présente aucune altération. Dans le voisinage de la partie inférieure on remarque une forte injection, et malgré un séjour de vingt-quatre heures dans l'eau, sa consistance est normale.

Poumons. — Le poumon droit adhère fortement à la paroi costale. On remarque quelques tubercules crus à son sommet. La marge du poumon présente des traces d'emphysème.

A la section il s'écoule des canaux bronchiques une écume blanchâtre mêlée de sang. On constate aussi dans toute son étendue une énorme congestion, touchant aux limites de l'apoplexie pulmonaire, bien qu'on n'y trouve pas les noyaux indurés caractéristiques de cette affection. Adhérences générales de la plèvre.

Le poumon gauche est aussi gorgé de sang et laisse suinter une écume sanguignolente. Pas de noyaux tuberculeux.

Les grosses bronches sont fortement colorées par du sang et la muqueuse est très-injectée.

Cœur. — Le péricarde adhère dans toute son étendue à la surface du cœur, dont le volume est normal. Le ventricule droit est ouvert et présente un caillot organisé, enchevêtré dans les colonnes charnues du ventricule, et pénétrant dans l'oreillette sous forme d'une membrane adhérente. Un prolongement de ce caillot se dirige dans l'artère pulmonaire, et se retrouve jusque dans la bifurcation de l'artère pulmonaire droite. Là ce caillot est noir, friable et non organisé.

Les parois de ce ventricule sont très-minces.

Quant au ventricule gauche, ses parois sont amincies, sa cavité est dilatée.

Les orifices et les valvules sont sains. Les fibres musculaires sont pâles, les colonnes charnues sont d'un volume moindre. La langue est sans altérations. L'intérieur du larynx est un peu injecté; le premier cerceau de la trachée l'est un peu plus encore.

Il résulte de cette autopsie que la mort n'a pas été déterminée par les violences que le malade avait exercées sur lui-même, pas plus que par asphyxie simple. Elle a été produite par cette énorme congestion des deux poumons dont nous avons parlé plus haut.

Le bruit de souffle attribué plus probablement au cœur gauche, dans un examen rapide que la mort si prompte du malade a empêché de renouveler, devait être rapporté au cœur droit, mais portait, comme cela avait été diagnostiqué, sur l'un des orifices auriculo-ventriculaires. Celui-ci, bien que non lésé, ne se fermait qu'incomplétement, en raison de la présence du caillot précité. Il est probable que cet état pathologique du cœur, aussi bien que les adhérences générales du péricarde, ont exercé une puissante influence sur la terminaison prématurée de la maladie.

L'homme dont l'observation vient d'être rapportée était certainement atteint de rage; mais quant au chien qu'on nous a dit être la cause de l'accident, nous ne pouvons l'affirmer, faute de preuves. Rien en effet de ce qui a été dit plus haut ne suffit pour démontrer chez lui l'existence de cette terrible affection, bien qu'il faille prendre en sérieuse considération l'excitation générale qu'il a présentée. Et d'abord, l'autopsie n'en a pas été faite; de plus, la voix de l'animal était-elle changée depuis quelques jours? Quelle était sa manière de vivre? Se précipitait-il pour les avaler sur des matières que les chiens n'ont pas l'habitude de rechercher? Toutes ces questions sont capitales. Le sieur X... pouvait y répondre, mais l'humanité nous interdisait toute espèce de recherche de ce côté.

L'animal ne sortait jamais; la rage a-t-elle donc *été spontanée?* Question bien importante, mais bien difficile à résoudre, car ce chien toujours captif dans sa cour, a pu être mordu au nez, qu'il pouvait passer sous la porte, par un chien errant. — Un chien a pu arriver jusqu'à lui et le mordre. — La petite chienne est morte un mois et demi après avoir été mordue sans présenter aucun symptôme de rage, dit-on. Mais cette bête, non furieuse, n'a-t-elle pas succombé à la rage mue? Le fait n'est pas impossible; la rage mue peut dériver par voie d'inoculation de la rage furieuse.

L'autre chien qui était en contact avec celui qui a été l'origine de la rage chez notre malade n'est pas encore enragé, dira-t-on. Cela est vrai. Mais d'abord a-t-il été mordu? A cette question, personne ne peut répondre. Et puis, aurait-il été mordu, attendons; d'ailleurs, tous les chiens mordus ne deviennent pas enragés.

Du triste spectacle que le sieur X... nous a présenté, que pouvons-nous conclure?

D'abord que son intelligence a été respectée en dehors des crises.

Puis, que sa sensibilité a été abolie pendant les accès et même longtemps après, puisqu'il avouait lui-même qu'il ne souffrait pas de ses cruelles blessures et qu'il ne s'était fait aucun mal. Cependant, quelques instants avant de mourir, la sensibilité reparut.

Nous insisterons surtout sur le fait des douleurs qu'il accusait dans tout le bras gauche, où il avait été mordu, et aussi dans l'épaule du même côté. Ces douleurs ne sont-elles pas le résultat d'une action locale persistante du virus rabique. Ce fait de localisation, se combinant avec la longue durée de la période d'incubation dans le développement de la rage, n'est-il pas un encouragement à cautériser, même tardivement, les plaies produites par la morsure des chiens enragés, dans la pensée que le virus rabique ne pénètre et n'agit pas avec la même rapidité que la plupart des autres liquides virulents.

Quant à l'absence des lysses, on sait que les observateurs n'ont constaté ce symptôme que dans les quinze ou vingt premiers jours qui ont suivi la morsure, et qu'ils ne les ont jamais vues à l'état des manifestations hydrophobiques ou rabiques (1).

HOPITAL DE GENÈVE. — M. Piachaud.

(Observation rédigée par M. Porte, interne).

Tumeur du sein. — Kyste séro-sanguin. — Ponction. Drainage. — Guérison.

Françoise E..., lingère, âgée de 64 ans, entre le 12 mai 1869 à l'hôpital de Genève pour une tumeur du sein dont le début remonte à deux ans. Elle est d'une constitution robuste et jouit d'une santé parfaite; embonpoint prononcé. Ses parents sont morts à l'âge de 70 ans; l'un d'une attaque d'apoplexie; l'autre d'une fluxion de poitrine. Aucun de ses frères et sœurs, cousins et cousines n'a présenté de signe de diathèse scrofuleuse ou cancéreuse. Sa mère, qui a nourri sept enfants, et ses autres parents du sexe féminin, n'ont jamais souffert d'affection du sein.

Notre malade est célibataire et n'a jamais été enceinte. La ménopause s'est établie très-naturellement entre 45 et 50 ans. Elle dit avoir eu beaucoup de chagrins qui ne paraissent pas avoir influé sur son caractère habituellement enjoué.

Il y a deux ans et trois mois environ, elle sentit pour la première fois, dans le sein gauche, un noyau induré gros comme une aveline, tout à fait indolent, et dont elle ne sait a quoi attribuer la production. Pendant dix-huit mois la tumeur augmenta petit à petit de volume sans amener aucune espèce de gêne. Ce n'est que depuis trois mois qu'elle devint le siége de douleurs continuelles, tantôt sourdes, tantôt lancinantes, variant d'intensité, mais limitées au sein seulement.

Depuis un an environ, la malade remarqua que sa chemise, au niveau du mamelon, était régulièrement souillée par quelques gouttes de sang, qu'elle attribua d'abord à la piqûre d'un insecte. Plus tard, de rouges qu'elles étaient, ces taches devinrent d'un brun-roux, et la malade aperçut un léger suintement par les orifices du mamelon.

L'affection locale n'a eu aucun retentissement sur l'organisme, et l'état général est aussi satisfaisant que possible.

Aujourd'hui, la tumeur a acquis le volume du poing d'un adulte; elle est fluctuante, bosselée. Elle est bien limité et occupe la partie externe du sein gauche en dehors du mamelon. Les téguments, d'une couleur noir bleuâtre adhèrent à sa surface. En exerçant une certaine pression sur la tumeur, on fait sortir, par le mamelon, quelques gouttes d'un liquide rouge-brun. La pression n'augmente pas la douleur.

13 mai. Une ponction exploratrice donne issue à 300 grammes d'un liquide analogue à celui qui s'écoule du mamelon, tout à fait liquide, composé en majeure partie de sang et ne contenant ni flocons, ni cholestérine. Le liquide écoulé, la tumeur s'affaisse complétement. Pas d'induration à la base.

20 mai. L'épanchement s'est reproduit; la tumeur a de nouveau acquis le volume qu'elle avait avant la ponction. On passe deux drains croisés dans ces deux diamètres transversal et vertical. Le limpide qui s'écoule est en tont semblable à celui fourni par la première ponction. Sa quantité est la même.

Dès le second jour, il s'établit une suppuration abondante et de même nature. Douleurs locales assez intenses.

2 juin. La suppuration diminue; ces tissus sont complétement dégorgés. On enlève un des drains.

8 juin. On retire le dernier drain. Suppuration presque nulle.

12 juin. Aujourd'hui, ces parois de kyste adhèrent complétement. Il ne reste plus que les orifices des drains, qui sont tout à fait rapprochés. La peau a repris sa couleur et sa consistance normales. Les douleurs ont disparu; mais si l'on presse le sein, on fait encore sortir, par ce mamelon, quelques gouttes de liquide séro-sanguinolent.

Les kystes sanguins sont assez rares pour que Velpeau n'ait eu l'occasion d'en rencontrer que sept ou huit cas seulement dans sa longue pratique. Il les a toujours observés chez des femmes non mariées et leur a reconnu pour cause ou une violence extérieure ou une perturbation dans les fonctions utérines. Ces kystes sont uni ou multiloculaires et sont ou non accompagnés d'hypertrophie du tissu avoisinant. Ils marchent lentement, sans douleur et sans altération de la santé générale.

Comme caractères physiques, ils présentent une saillie plus ou moins considérable, avec des bosselures variables et une fluctuation qui se perçoit lorsqu'ils ont acquis un certain volume. Cette fluctuation, du reste, peut induire en erreur, car on sait que certaines tumeurs encéphaloïdes et certains lipomes paraissent fluctuants et que la p onction exploratrice est seule capable de lever les doutes.

Plusieurs des signes donnés par Velpeau à ce genre de tumeurs font défaut chez le malade dont je viens de rapporter l'histoire. Elle n'a jamais reçu de coup sur le sein; ses règles ont toujours été régulières, et la ménopause s'est établie franchement sans amener de troubles fonctionnels. D'un autre côté, pendant les trois mois qui précèdent l'entrée de la malade à l'hôpital, elle ressentit des douleurs très-vives qui l'engagèrent seules à nous réclamer nos soins.

On peut traiter ces kystes par l'incision, l'extirpation, le séton et les injections iodées. Dans ce cas particulier, nous avons préféré traverser la tumeur par deux drains volumineux placés en croix de façon à provoquer la suppuration. Cette méthode, on le voit, a pleinement réussi.

NOTE SUR UN CAS D'EMBOLIES

Par le docteur Canuet.

Le fait que je vais rapporter, bien qu'il ne soit pas accompagné de la sanction donnée par l'anatomie pathologique, me paraît cependant mériter quelque attention, car, malgré cette lacune, il est un exemple assez rare de l'existence d'embolies, se révélant pendant la vie d'une manière certaine à la fois par l'ensemble et la singularité des signes auxquels elles donnèrent lieu. Je crois en effet qu'en face de ces signes le doute n'eût été possible pour personne, sinon dans la localisation précise, au moins quant à la nature de la maladie.

Une femme de 40 ans, régulièrement menstruée, rhumatisante, a eu une attaque de rhumatisme aigu, il y a quinze ans environ, à la suite de laquelle il est resté au cœur une altération notable du rhythme, mais pas de bruit anormal; le trouble le plus ordinaire est un dédoublement du deuxième temps; souvent aussi, après l'évolution régulière d'une dizaine de mouvements complets du cœur, surviennent des contractions tumultueuses et très-répétées, sans qu'on puisse distinguer de bruit de souffle; le pouls radical suit exactement les mêmes phases et est identique des deux côtés. Du reste, pas de signes rationnels d'affection du cœur.

Voilà quel est l'état habituel chez cette femme.

Tout à coup, une nuit (11 mars 1868), suffocation brusque, agitation nerveuse considérable, douleurs très-intenses dans les membres inférieurs; la malade les compare à des crampes; cependant il n'y a jamais eu de raideur musculaire, ni de rétraction tendineuse.

Appelé le lendemain matin, je trouve la malade encore en proie à une grande agitation; la position assise est la seule possible; le visage exprime une grande anxiété; les yenx saillants traduisent le grand trouble moral qui s'est emparé de la malade; la parole est saccadée, brève; la bouche s'ouvre à peine pour l'articulation des mots; l'intelligence est fort nette, seulement un peu surexcitée; la respiration est fréquente; l'ampliation thoracique n'est pas large; elle a cependant une étendue moyenne; l'air penètre à peu près partout; on trouve çà et là quelques râles sibilants peu nombreux, dus à un catarrhe léger préexistant; le sommet du poumon gauche présente toutefois en arrière des signes stéthoscopiques particuliers, qui sont un souffle tubaire et une résonnance de la voix très-prononcée. A côté du souffle, on trouve une crépitation assez fine et sèche; pas de matité. En l'absence de tout autre signe de pneumonie, je crois que l'on peut admettre un point de congestion pulmonaire.

En avant, la partie gauche de la poitrine située entre le cœur et la clavicule a une sonorité normale; elle est le siége d'un souffle qui coïncide avec le systole cardiaque, et qui prend quelquefois un timbre très-aigu et comme siflant; c'est évidemment un souffle vasculaire se passant à l'origine de l'aorte; il ne se prolonge pas dans les carotides.

Le tumulte des mouvements cardiaques est considérable; le pouls radial est parfois imperceptible, d'une irrégularité et d'une petitesse extrêmes.

M. Cerisé, venu, sur ma demande, quelques heures plus tard, trouve déjà les symptômes un peu atténués; l'anxiété surtout a diminué; mais les troubles cardiaques sont les mêmes; l'examen de l'organe donne tout à fait l'impression d'une lutte contre un obstacle situé à l'origine de l'aorte. Cet obstacle est-il une lésion valvulaire ou un caillot? L'absence de bruit anormal avant l'accident, et la soudaineté de celui-ci, me font supposer la présence d'un caillot; le bruit de souffle aortique, joint au souffle tubaire de la bronche gauche et au râle sous-crépitant sec du sommet du poumon gauche, me portent à admettre l'existence d'une dilatation de l'aorte, exerçant une compression sur la bronche gauche et une condensation avec œdème du tissu pulmonaire voisin.

Un vésicatoire est appliqué sur la partie antérieure de la poitrine.

Un mélange de sirop d'éther et de codéine, par parties égales, auquel on ajoute 2 grammes d'alcoolature d'aconit, est prescrit par cuillerée à café tous les quarts d'heure.

Depuis ce moment, les symptômes ont toujours diminué d'intensité, sauf les douleurs de jambes, qui reviennent très-violentes, séparées cependant par plusieurs heures de rémission.

La malade, priée de préciser le siége de ces douleurs, indique d'une manière très-positive et rigoureuse le trajet de l'artère tibiale antérieure et de la pédieuse.

Puis, au bout de trois jours, les choses rentrent dans le calme, excepté les douleurs, qui se font sentir aussi à la partie postérieure de la jambe, sur le trajet de la poplitée et du tronc tibio-péronier.

Les mouvements du cœur avaient repris leur régularité relative, c'est-à-dire qu'après une série de dix ou douze évolutions complètes et régulières, survenaient quelques mouvements tumultueux et un dédoublement du deuxième bruit.

Quinze jours après, le 2 avril, des accidents semblables aux premiers se manifestent subitement, ils étaient déjà un peu apaisés le lendemain; les douleurs qui ne se sont pas fait sentir dans les jambes, se sont manifestées au bras gauche; il y a une différence notable entre les deux pouls radiaux. Le gauche est presque insensible, par moment même il disparaît complétement. Le droit, très-précipité, donnant 125, est souvent inégal et mal rhythmé. La douleur du bras gauche porte à penser qu'il existe quelque caillot dans l'humérale. A la jambe, il existait hier une traînée rouge sur le trajet de la tibiale antérieure gauche; aujourd'hui, la rougeur est moins intense, mais la pression provoque un peu de douleur.

4 avril. Calme relatif; un peu de prostration des forces.

6 avril. Prostration, mouvements du cœur moins énergiques et moins tumultueux; on perçoit quelquefois un bruit de souffle au deuxième temps vers la base; le pouls est très-petit et irrégulier. Les aliments liquides, bouillon, extraits de viande, vin, sont seuls tolérés. La respiration est très-fréquente; l'oppression est permanente, avec des paroxysmes suivis de rémission.

Potion avec eau de laurier-cerise; vin de quinquina; eau de Vichy.

12 avril. Paroxysmes de suffocation terribles, face vultueuse, globes oculaires projetés hors de l'orbite, expression de terreur, cris étouffés, mouvements brusques du tronc en arrière, distorsion des bras, convulsions toniques des muscles fléchisseurs de l'avant-bras, les doigts fortement fléchis sur la paume de la main: durée, quelques secondes. Trois de ces attaques dans la journée.

Deux pilules d'extrait thébaïque de 2 centigrammes chacune.

13 avril. Depuis le dernier paroxysme, il y a un calme relatif, le cœur a repris le rhythme qu'il avait avant les accidents. Ortbopnée mais supportable; pouls plus développé; la malade a conscience d'une grande amélioration survenue dans son état; en montrant la région de l'origine de l'aorte, elle dit : « Je ne sens plus rien là. » Je pense que le caillot s'est divisé et que l'orifice aortique est plus libre.

15 avril. Tumulte du cœur.

2 milligrammes de digitaline.

16 avril. Sédation dans le tumulte du cœur. État général plus calme.

Digitaline, 2 milligrammes. Bouillon, œuf, vin de quinquina; extrait thébaïque, 4 centigrammes, nécessaires depuis quelques jours pour avoir un peu de sommeil.

26 avril. Pouls veineux dans les jugulaires, pouls radial très-petit,

(1) Voir le Mémoire lu à l'Académie de médecine par M. Auzies Turenne. 1869.

contractions cardiaques plus faibles, inégales; suffocation presque permanente.

Alimentation presque nulle.

29 avril. Congestion pulmonaire droite, respiration obscure à la base, soufflante au sommet; expectoration de sang pur noirâtre, ayant séjourné dans les bronches. La suffocation s'accroît de jour en jour, orthopnée continuelle; les contractions du cœur sont plus énergiques; on distingue nettement un bruit de souffle assez fort au premier temps à la base; le pouls a repris un peu de volume.

Le reste du caillot qui oblitérait en partie la lumière de l'orifice aortique a dû se déplacer et laisser le passage plus libre; une douleur vive est accusée dans le dos, entre les épaules, sur le trajet de l'aorte descendante: serait-elle produite par l'arrêt de ce caillot dans un autre point?

Mouvements du cœur tumultueux : 2 granules; bouillon, bière de malt.

2 mai. La suffocation augmente, cyanose faciale, gonflement des jugulaires, mouvements cardiaques moins énergiques; expectoration de sang pur, noir.

Potion avec acétate d'ammoniaque, 15 grammes, eau de menthe et de cannelle.

4 mai. Sédation marquée dans les troubles respiratoires et circulatoires; la suffocation est bien moindre, les contractions cardiaques sont plus énergiques, bien qu'inégales; le pouls a plus d'ampleur, il paraît sec et un peu barométrique; l'auscultation du cœur, plus facile, fait entendre un bruit de souffle distinct aux deux temps, avec maximum à la base; il est donc probable qu'il existe une induration de la valvule aortique, entraînant rétrécissement et insuffisance de l'orifice. Dans la journée, il y a un mouvement de spasme plus violent encore que les précédents.

Bière de malt, bouillon, vin de quinquina. 1 granule de digitaline; extrait thébaïque, 8 centigrammes.

9 mai. Dépression générale, petitesse du pouls, faiblesse des contractions cardiaques. Suppression de la digitale.

17 mai. Subdélirium. Oppression moindre.

24 mai. Sédation dans tous les symptômes.

26 mai. Agitation nerveuse, suivie de calme. Mort subite pendant ce calme.

Pas d'autopsie.

En résumé, voilà une malade rhumatisante à un degré léger, n'ayant présenté que des indices locaux d'affection cardiaque, qui est prise subitement de troubles considérables dans la circulation, amenant une perversion notable dans l'état physiologique d'une partie du système artériel. Cette perversion ne me paraît intelligible qu'en admettant une oblitération du calibre de l'artère par l'arrivée brusque d'un caillot lancé par le cœur. A l'appui de cette idée vient se ranger l'existence de ces douleurs vives sur le trajet de ces artères, symptôme déjà constaté par Legroux dans sa thèse sur les coagulations sanguines (1827). Je ferai remarquer seulement que cette douleur sur le trajet des artères paraît survenir instantanément et préexiste à l'état inflammatoire de l'artère. Les douleurs siégeant dans la poitrine ont été indiquées aussi par M. Vidal dans des cas d'embolies pulmonaires; enfin, je signalerai aussi la précision avec laquelle la malade a conscience de l'obstacle et du lieu où il est produit. Les phénomènes asphyxiques qui accompagnent le paroxysme, le besoin d'air qu'éprouve la malade, sont aussi des signes indiqués par Wirchow.

La marche de l'affection par accès séparés les uns des autres par une période d'intermission est parfaitement conforme aux données déjà posées par les auteurs allemands, anglais et français qui ont étudié la question, dont on trouvera du reste l'exposition pittoresque dans la remarquable thèse de M. Benjamin Ball sur les embolies pulmonaires.

J'ajouterai que les accidents convulsifs et l'exophthalmie ont été signalés aussi par Klinger et par Wirchow, qui les a produits sur des animaux.

Il semble y avoir eu, chez notre malade, à la fois coagulation sanguine à l'origine de l'aorte, puis migration des débris de ce caillot dans les artères de la jambe et du bras gauches, migration provenant du cœur droit dans l'artère pulmonaire, d'un ou de plusieurs caillots auxquels il faudrait rapporter les accidents les plus généraux d'asphyxie, les désordres nerveux et les phénomènes stéthoscopiques. Cependant je crois, avec M. Ball, que les mêmes symptômes peuvent être produits par les obstructions autochthones des vaisseaux du poumon. Il cite un fait dû au docteur Smith, c'est celui d'une jeune femme qui fut enlevée subitement. A l'autopsie, on trouva le sang noir et fluide dans toute l'étendue de l'arbre vasculaire, excepté dans les veines pulmonaires, qui se trouvaient remplies par des cylindres fibrineux.

La fin de notre malade a été analogue; c'est-à-dire qu'après un paroxysme de dyspnée, il y a eu un calme de quelques heures pendant lequel la malade s'est éteinte par syncope ou par asphyxie.

On voit que si la localisation précise de l'embolie est difficile et quelquefois impossible, pour le poumon par exemple, elle est plus aisée pour les artères des membres; et la constatation de l'état général qui préside à la coagulation sanguine dans le cœur et les vaisseaux est assez caractérisée pour nous permettre d'en tirer les indications thérapeutiques, trop précaires le plus souvent; cependant il est permis d'espérer que si les accidents ne se précipitent pas trop, les moyens propres à rendre le sang plus fluide, comme les alcalins, par exemple l'eau de Vichy, peuvent donner quelques bons résultats.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 29 juin 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Meuse et de la Haute-Savoie (Commission des épidémies).

2° Un rapport de M. le docteur Raynal de Tissonières sur le service médical des eaux de Bagnoles (Lozère) [Commission des eaux minérales].

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un rapport sur les épidémies de la commune d'Aubusson en 1868, par M. le docteur Legros.

2° La relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à Metz, en 1868, par M. le docteur Molard, médecin major (présenté par M. Larrey) [Commission des épidémies].

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Hardou qui fait hommage à l'Académie d'une médaille représentant l'image de Trousseau.

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

1° Par M. Gavarret, une brochure de M. le professeur Scoutteten sur la formation et la marche des orages;

2° Par M. Alphonse Guérin : une thèse inaugurale ayant pour titre : *De l'infection purulente*. M. le docteur Alfred Dibos;

3° Par M. Depaul, une thèse présentée au concours d'agrégation par M. le docteur Charpentier, et intitulée : des *Maladies du placenta et de ses membranes*;

4° Par M. Larrey : la *Relation d'une opération d'ovariotomie*, par M. le docteur Charles Isnard (de Marseille).

M. Larrey offre ensuite en hommage une *Étude sur la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques de la tête*.

RAPPORT

M. Marrote, au nom d'une commission dont il fait partie, avec MM. Bouillaud et Barthe, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Desclos (de Toulouse), concernant l'ascite rhumatismale.

Le travail de M. Desclaux repose sur deux observations. Dans la première, l'existence préalable d'attaques de rhumatisme articulaire aigu pendant plusieurs hivers consécutifs, et l'apparition de douleurs abdominales pendant l'existence de l'ascite, douleurs dont la cessation est bientôt suivie du retour de manifestations articulaires, lui paraissent des circonstances suffisantes pour établir la nature rhumatismale de l'épanchement péritonéal.

La nature rhumatismale de l'ascite lui semble démontrée chez la deuxième malade par l'existence antérieure de douleurs rhumatismales musculaires et surtout de migraines fréquentes, affection dont les rapports avec la diathèse rhumatismale sont admis par de nombreux médecins et confirmés par les recherches de M. Charcot.

Pour le clinicien, pour le médecin, qui sait deviner les maladies sous leurs formes larvées, les deux observations de M. Desclaux semblent probantes; mais elles manquent de détails précis, de discussions suffisantes, pour celui qui les soumet aux procédés rigoureux de la science moderne.

Ainsi, M. Marrote regrette que M. Desclaux n'ait pas donné avec détails, fussent-ils négatifs, les résultats de l'auscultation, de la percussion et de la palpation chez la première malade; qu'il n'ait pas spécifié si les douleurs étaient simplement spontanées ou si on pouvait les provoquer par la pression, si elles étaient superficielles ou profondes, dermiques ou péritonéales, etc.

Il est à regretter encore que l'auteur n'ait pas recherché si la sérosité de l'ascite contenait ou non de la matière fibrinogène.

N'aurait-il pas dû s'étudier enfin, à prouver par voie d'élimination que l'ascite ne pouvait pas être due à quelques lésions du cœur, du foie ou des reins, sous le rapport du début, de la marche et de la guérison définitive. Les recherches historiques, auxquelles s'est livré M. Marrote, lui ont appris qu'un seul auteur contemporain, Chaumel dans sa thèse inaugurale, a rapporté un fait d'ascite rhumatismale qui se rapproche de la deuxième observation de M. Desclaux. On doit donc savoir gré à l'honorable médecin de Toulouse d'avoir ouvert la voie.

La commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur, et de déposer son travail dans les Archives. (Adopté.)

Discussion sur la vaccine.

M. Jules Guérin. Quelque interprétation que je puisse donner à l'espèce de mise en demeure que l'Académie m'a adressée, — et qui ne m'est parvenue que par la voix publique, d'avoir à reprendre aujourd'hui la discussion sur la vaccine animale, sous peine de me voir priver de l'honneur d'exposer mes observations devant elle; quelque interprétation, dis-je, que je puisse donner à cet avertissement comminatoire, je me plais à n'y voir qu'un désir gracieux, un peu déguisé sans doute, de m'entendre une dernière fois avant la clôture du débat. Si telle a été la pensée de l'Académie, je me fais un devoir de l'en remercier très-sincèrement, et je ne saurais lui donner une meilleure preuve de ma respectueuse déférence qu'en venant, malgré un reste des souffrances qui m'ont retenu quelques temps loin d'elle, affronter une discussion pour laquelle j'aurais eu besoin de toutes les ressources de mon savoir et de ma santé. Mais qu'importe! si l'insuffisance de mes forces trahissait mon zèle, j'espère que l'Académie voudra me juger avec quelque indulgence.

Je reprends donc la discussion sur la vaccine animale au point où elle s'est arrêtée il y a bientôt deux ans.

C'est le 10 septembre 1867 que l'Académie a entendu la dernière partie du discours de M. Depaul en faveur de la nouvelle méthode. Mais avant d'entrer dans le cœur de la question, il n'est peut-être pas sans intérêt pour l'Académie, et pour la cause que je viens défendre devant elle, de connaître les circonstance qui m'ont porté à interrompre aussi longtemps cette discussion.

Eh bien, messieurs, c'est pour m'opposer à cette regrettable et j'ose dire désastreuse entreprise que je reprends aujourd'hui la parole.

Ce que j'ai à dire remplit tellement mon cœur et mon esprit, j'en suis tellement obsédé, que j'ai grand'peine à coordonner, pour vous les présenter dans toute leur valeur, les idées, les faits, les expériences que j'ai réunis pour mettre la vérité dans tout son jour, pour maintenir d'une part, l'autorité si légitime de la vaccine jennerienne contre les accusations si arbitraires et les prétentions si absolues de la vaccine animale. Si je m'exprime de la sorte, messieurs, c'est pour vous montrer tout d'abord à quel point de vue je me place en face de mon adversaire; je ne veux, en effet, lui laisser à lui-même aucun prétexte à croire désormais à de prétendus compromis, à de prétendus faux-fuyants, comme il me l'a reproché devant vous; compromis et faux-fuyants aussi contraires à mes convictions qu'à mon caractère.

Vous vous en souvenez, messieurs; à ce reproche, articulé en vue sans doute de diminuer l'autorité de mes jugements, j'ai déjà répondu une première fois par la déclaration énergique qui a suivi le dernier discours de M. le directeur de la vaccine. « Après avoir entendu, ai-je dit, les trois discours de M. Depaul, je reste convaincu « que la vaccine animale est une *mauvaise chose*. » Ce que je disais alors, je le proclame plus hautement encore aujourd'hui. C'est ce que j'espère bien démontrer jusqu'à l'évidence.

Pour que l'Académie puisse me suivre dans la longue exposition que j'ai à faire devant elle, pour qu'elle puisse entrer en quelque façon dans mon esprit et y lire ce que l'insuffisance de mes paroles n'arriverait pas à lui faire comprendre, je vais lui indiquer d'avance la marche que je me propose d'adopter.

Les conclusions du nouveau manifeste de M. le directeur de la vaccine, bien autrement arbitraires, bien autrement absolues que celles du rapport de la commission, se terminaient par une déclaration qui trahissait, de la manière la plus évidente, un but qu'il n'avait même pas osé indiquer dans son rapport. Ce but était de provoquer d'emblée le gouvernement à organiser, sous son patronage, la vaccination animale, au lieu et place de la vaccination humaine. « J'émets le vœu, disait notre collègue en terminant, que la vaccine animale s'organise parmi nous, et je ne doute pas que le Gouvernement, bien renseigné, ne la prenne sous son patronage. » Cette conclusion renfermait implicitement cette autre : que l'Académie, au nom de laquelle on parlait, était suffisamment renseignée par la discussion pour donner au Gouvernement le conseil d'adopter définitivement la nouvelle vaccine au détriment de l'ancienne.

Je n'ai pas besoin, messieurs, de faire ressortir la gravité d'une telle prétention ni la responsabilité dans laquelle elle engageait l'Académie. Quant à moi, malgré la fermeté de mes convictions contraires, malgré mes résolutions de m'opposer énergiquement à une telle entreprise, je n'étais pas suffisamment rassuré sur mes ressources pour balancer l'autorité de mon puissant adversaire et prévenir les dangereuses conséquences d'un entraînement provoqué par le miroitage des faits et encouragé par de nombreux imitateurs, plus ardents que réfléchis.

Ce sentiment de mon insuffisance augmenta davantage encore lorsque, à la place de trois discours improvisés de notre collègue, je vis imprimé ce volumineux factum dans lequel tous les faits, en apparence favorables à la vaccination animale, étaient venus se ranger en ordre de bataille, comme des recrues dissimulées jusque-là derrière une foule d'allégations hasardées, d'affirmations sans preuves et de critiques plus personnelles que scientifiques. Dès lors, je compris que les idées les plus droites, que les principes les plus sûrs, que les conclusions les plus motivées, ne suffisaient pas : qu'aux observations de détail il fallait opposer des observations de détail, des noms aux noms; en un mot, je compris la nécessité d'appeler au secours de mon jugement et de mon expérience personnelle les jugements et l'expérience du plus grand nombre.

Moins bien placé sous ce dernier rapport que mon adversaire, qui dispose tout à la fois de relations les plus étendues et du plus vaste laboratoire de vaccine, je crus donc prudent de demander au temps et au bon sens public les confirmations qui me manquaient pour remplir d'une manière digne de Jenner et de l'Académie la mission que je m'étais donnée.

Voilà, messieurs, le principal, je ne dis pas l'unique motif de mes temporisations. Moins que personne, le défenseur de la vaccine animale a le droit de se plaindre de mes retards; car si, comme il le proclame, sa thèse est souverainement vraie, souverainement fondée, elle n'a pu rencontrer, pendant les deux années qu'il lui a été donné de voir et de réfléchir, que de nouvelles raisons d'y persister et de nouveaux arguments pour nous convaincre. La vérité, qui ne doute plus d'elle-même, est moins pressée de se produire insuffisante aux yeux d'une minorité difficile que de compléter ce qui lui manque pour apparaître brillante et se faire acclamer par le plus grand nombre. Tel est du moins le sentiment qui m'a soutenu pendant ces deux années de silence.

Et maintenant que je crois avoir justifié aux yeux de l'Académie, si ce n'est aux yeux de mon savant adversaire, l'interruption qui a si fort exercé sa patience, je me sens obligé de dire quelques mots des motifs qui ont provoqué un peu brusquement la reprise de cette discussion.

C'est surtout, a dit M. Depaul, l'exemple des intallations de vaccination animale qui s'effectuent dans différents pays et à Paris même, alors qu'il voudrait conserver à l'Académie tout l'honneur de cette initiative.

Ainsi, messieurs, il n'y a plus à en douter, dans la conviction de mon ardent adversaire, la vaccine animale a fait ses preuves, l'ancienne vaccine reste convaincue de défaillance et d'impureté; il n'y a plus qu'à édifier sur ses ruines, au nom de l'Académie, et en particulier au nom de M. Depaul, le monument qui doit remplacer la glorieuse statue de Jenner.

Mon argumentation se composera de trois parties très-distinctes :

Dans la *première*, reprenant les principes et les faits, exposés dans mon premier discours, je les exonèrerai des critiques dont ils ont été l'objet de la part de M. Depaul; et j'en compléterai l'énoncé par de nouveaux développements et par de nouvelles considérations, qui les rendront clairs et probants pour tout le monde, même, je l'espère, pour M. Depaul.

Dans une *seconde* partie, reprenant tout à la fois le rapport de M. Depaul et ses trois discours postérieurs, je les mettrai en regard des résultats obtenus jusqu'ici par l'expérience de tous, opposant des observations aux observations qu'il a citées, des noms aux noms qu'il a invoqués.

Enfin, dans une *troisième* et dernière partie, cherchant à placer le débat au-dessus de ce conflit de noms et de faits particuliers, je ferai appel aux idées et aux principes généraux qui puisent leur force et leur autorité, non plus dans les contingences d'un empirisme plus ou moins personnel, mais dans l'esprit humain lui-même, dans la raison universelle, dont chacun porte en lui les éléments et le contrôle.

Partie *théorique*, partie *clinique* ou *pratique*, partie *dogmatique* telle sera l'économie de mon argumentation.

Ma précédente argumentation a été caractérisée par M. Depaul

comme il suit : « Je crois avoir démontré, a dit mon collègue en terminant, que les objections de mon contradicteur, qui reposent souvent sur des *erreurs matérielles ou sur des faits mal observés et surtout mal interprétés*, ne sont pas de nature à porter atteinte à la valeur de la vaccine animale. » C'est court, mais complet.

Voici comment je caractériserai, à mon tour, l'argumentation de M. Depaul.

Pour le fond, c'est une suite de négations des principes les mieux établis, d'allégations sans preuves contre la vaccine humaine, d'appréciations partiales, erronées, en faveur de la vaccine animale ; finalement, un plaidoyer adroit, mais passionné pour la vaccine animale au détriment de la vaccine humaine.

Voilà pour le fond.

Au point de vue de la forme, l'Académie ne l'a pas oublié, notre collègue a trouvé de mauvais goût, et en contradiction avec ma position de membre de la commission, les éloges que j'ai adressés à son talent et à son œuvre, et il m'a traité en conséquence. J'avais loué l'avocat et le plaidoyer, tout en trouvant la cause mauvaise.

Mais mon contradicteur est un peu de l'école d'Alceste, pour les formes au moins ; il n'aime pas les compliments, parce qu'il faut les rendre ; et non-seulement il ne les rend pas, mais aux compliments qu'on lui adresse, il répond par quelque chose qui n'y ressemble pas du tout.

C'est à en prendre son parti ; aussi, dans ce que j'ai à lui dire aujourd'hui, je tâcherai de me conformer à ses goûts.

Ma thèse d'aujourd'hui comprendra les quatre propositions qui suivent :

1° Il n'est pas démontré que la vaccine humaine ait dégénéré, au moins d'une manière générale et absolue ; il est démontré, au contraire, qu'il est possible de lui assurer la conservation des propriétés qu'elle avait à l'origine.

2° Il n'est pas démontré que la vaccination humaine produise la syphilis vaccinale ; il est démontré, au contraire, qu'il est toujours possible de prévenir cette fâcheuse adultération.

3° Il n'est pas démontré que la vaccine animale possède des éléments d'action et produise des effets physiologiques identiques à ceux de la vaccine humaine ; il est démontré, au contraire, que les deux vaccines possèdent des éléments d'action et produisent des résultats physiologiques tout à faits différents.

4° Enfin, il n'y a jusqu'ici que des présomptions en faveur de l'action préservatrice de la vaccine animale ; il est prouvé, au contraire, de la manière la plus évidente, que la vaccine humaine reste toujours un préservatif à peu près absolu de la variole.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 juin 1869, l'Empereur, sur la proposition du maréchal ministre de la guerre, a promu ou nommé dans la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent, savoir :

Au grade d'officier. — Arnaud (Quirin-Joseph), médecin major de 1re classe au 18e régiment d'artillerie. Chevalier du 16 avril 1856, 32 ans de service, 8 campagnes.

Sonvier (Joseph-Eugène), médecin principal de 2e classe. Chevalier du 2 août 1858, 30 ans de service, 10 campagnes.

Au grade de chevalier. — Didion (Claude-Eugène), médecin aide-major de 1re classe. 23 ans de service, 10 campagnes.

Blanc (Jean-Antoine), vétérinaire en 1er. 23 ans de service, 2 campagnes.

— Le *Moniteur universel* annonce que le typhus a fait de grands ravages pendant trois mois à Erzeroum. Les représentants de la France en Arménie, le vice-consul, M. Haineau, et le médecin sanitaire, le docteur Delort, se sont signalés par leur courage et leur humanité, allant porter des soins et des secours dans les habitations les plus sales et les plus misérables. Ce dévouement a été fatal au docteur Delort : il a été emporté par l'épidémie, au milieu des regrets de toute la population.

— On signale la mort du docteur Stovell, principal inspecteur général du service médical, qui, après trente-huit ans de services publics, dont la plus grande partie passée dans l'Inde, venait de prendre sa retraite avec une pension de 22,500 francs. Il a succombé dans un accès d'épilepsie le 8 mai, âgé de 62 ans.

— M. le baron Rothschild, de Vienne, fait ériger dans cette ville un hôpital de 100 lits, pour les malades israélites.

— Dans une discussion qui vient d'avoir lieu au Parlement anglais il a été constaté que nos voisins d'outre-Manche dépensent par an en spiritueux près de 2 milliards et demi de francs.

— M. le docteur Verrier vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand (ordre pontifical).

— M. le docteur Cramoisy vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Charles III d'Espagne.

— On désirerait, dans un chef-lieu de canton important du département de l'Eure, qu'un médecin vint s'y établir. Il y trouverait une clientèle nombreuse. Cette localité est à quarante lieues de Paris, sur une ligne de chemin de fer.

— *Erratum.* — Le déplacement d'une virgule a décuplé l'épaisseur du levier dont se sert le docteur Marchand dans les accouchements difficiles.

Dans la note de ce médecin, publiée par la *Gazette des hôpitaux*, page 274, 5e alinéa, il faut remplacer le chiffre de 37 millimètres par le chiffre suivant : 3m,7.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des difformités congénitales et acquises des doigts, et des moyens d'y remédier, par le docteur J. A. Fort. — 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. Prix : 4 fr.

Traitement contre la phthisie pulmonaire, ou maladie de poitrine, par le docteur Arthuis. — 1 vol. in-12 de 72 pages. Prix : 1 fr.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Polyurie simple avec anthrax.

En ce moment, dans le service de M. Bourdon, à la Charité, se trouve un malade chez lequel une polyurie insipide s'est compliquée de furoncles et d'anthrax, comme aurait pu le faire un diabète sucré.

Voici, en peu de mots, l'histoire de cet homme. Il était depuis quelque temps infirmier dans les hôpitaux de Paris, lorsqu'il tomba au sort et fut, comme soldat, envoyé en Algérie, où il séjourna près de 14 ans. Puis, de retour à Paris, il servit les maçons jusqu'à cette année : il a trente-six ans. Sauf quelques fièvres intermittentes durant son séjour en Afrique, il se porta toujours très-bien, quoiqu'il fît de nombreux excès, soit vénériens, soit alcooliques. Il ne sait à quelle cause attribuer l'origine de la maladie dont il souffre depuis six ou sept mois, et qui débuta par une série ininterrompue de furoncles. Ces furoncles siégeaient au cou, et le malade ne s'en préoccupait en aucune manière. Il continuait donc son travail comme à l'ordinaire, lorsqu'il s'aperçut que ses forces diminuaient visiblement, en même temps que ses urines étaient devenues plus abondantes; il éprouvait des maux de tête.

Sur ces entrefaites, un anthrax, situé sur le cou, comme les furoncles, obligea cet homme à se faire soigner à l'hôpital. Il entra dans le service de M. le professeur Gosselin, et y séjourna jusqu'après la guérison de son anthrax. Les urines restaient toujours très-abondantes; leur quantité variait entre neuf et douze litres dans les vingt-quatre heures, et en présence de ce diabète on fit passer le malade dans une salle de médecine.

M. Bourdon fit rechercher le sucre avec grand soin dans les urines; mais on n'en trouva pas la moindre trace, non plus que d'albumine. La densité était de 1,005 en moyenne. La quantité de matières solides contenues dans les urines de 24 heures s'élevait à 113 grammes; elle était donc plus élevée que la normale; malheureusement la proportion d'urée n'a pas été déterminée isolément, et l'on ne peut dire s'il y avait ou non azoturie.

L'état est resté à peu près le même, malgré l'emploi de la valériane, qu'il a fallu bientôt cesser, parce qu'elle était mal tolérée par l'estomac. Le malade ne se plaint d'aucune douleur, mais il s'affaiblissait toujours, et maigrit, bien que mangeant beaucoup.

Ce fait est très-exceptionnel, car M. Lancereaux, après avoir analysé toutes les observations connues de diabète insipide, a pu écrire dans sa thèse de concours (1) : « Les furoncles de la peau, les anthrax, les gangrènes, affections assez communes dans le diabète sucré, et dont Marchal (de Calvi), Charget et Fritz nous ont fait connaître l'importance et la gravité, font totalement défaut dans les observations de simple polyurie. » Et plus loin : « Or, tandis que ces troubles : affections furonculeuses de la peau ou du tissu cellulo-cutané, pneumonies, gangrènes, etc., ne se rencontrent jamais dans la polyurie, ils se voient assez communément dans le cours du diabète sucré. »

Aussi M. Lancereaux ne veut-il pas admettre que le diabète sucré spontané puisse se transformer en polyurie, ou succéder au diabète insipide, comme l'avaient prétendu Eliotson Watts Traube, Ben Jones, Trousseau, Reith, etc. Suivant lui ces deux genres d'affection sont très-distincts, notamment au point de vue de leur retentissement sur l'organisme.

Dans le fait qui nous occupé, la densité de l'urine ne s'est jamais élevée très-haut; elle n'a jamais été de 1,020, 1,025, 1,030 et au delà, comme dans certaines observations de diabète insipide publiées sous le nom d'*azoturie* ou *polypissurie*. Cependant les matières solides s'y élèvent au delà de la normale, pour la quantité excrétée dans les vingt-quatre heures. Certains auteurs, entre autres le docteur Kien, isoleraient ce cas de ceux où, les matières solides étant diminuées, il y a simplement *hydrurie*.

M. Lancereaux n'admet pas comme légitimes ces distinctions. Il ne croit pas qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, de déterminer nettement plusieurs espèces de diabète insipide. Que l'eau seule se trouve augmentée, ou que les substances extractives de l'urée le soient également, l'affection, suivant lui, n'en est pas moins la même, pouvant résulter des mêmes causes et conduire aux mêmes terminaisons.

En ce qui touche l'étiologie, ce savant auteur a analysé 72 observations, et, en écartant 21, dans lesquelles la polyurie n'a pas de cause connue, il a trouvé qu'elle résultait :

11 fois de l'hérédité;

7 fois d'excès alcooliques antérieurs ou immédiatement précédents;

7 fois d'un état hystérique ou névropathique ;

7 fois de lésions non traumatiques de l'encéphale ;

5 fois d'un traumatisme ayant porté sur la tête ;

5 fois de maladies aiguës, fébriles ou inflammatoires ;

3 fois d'un refroidissement subit ;

3 fois d'une contusion n'affectant pas la tête, ou d'efforts ;

2 fois d'une émotion vive ;

1 fois d'insolation.

Toutes ces causes ont cela de commun, qu'elles peuvent agir sur le système nerveux; aussi M. Lancereaux considère-t-il la polyurie comme étant essentiellement liée à un désordre nerveux.

Après avoir montré qu'aucune lésion locale véritablement caractéristique n'a été trouvée dans les autopsies, actuellement au nombre de neuf, il rappelle les expériences de M. Claude Bernard, sur les effets de la lésion du quatrième ventricule. « Quand on pique sur la ligne médiane, dit M. Claude Bernard, le plancher du quatrième ventricule, exactement au milieu de l'espace compris entre l'origine des nerfs acoustiques et l'origine des nerfs pneumogastriques, on produit à la fois l'exagération des deux sécrétions hépatique et rénale. Si la piqûre atteint un peu plus haut, on ne produit très-souvent que l'augmentation dans la quantité des urines, qui sont alors souvent chargées de matières albuminoïdes; au-dessous du point précédemment signalé, le passage du sucre seulement s'observe, et les urines restent troubles et peu abondantes; il nous a donc paru qu'il pouvait être possible de distinguer là deux points correspondants, l'inférieur à la sécrétion du foie, le supérieur à celle du rein. »

Dans une autopsie de polyurique, M. Lancereaux a trouvé toute la surface du quatrième ventricule *vivement affectée, grisâtre par points, et comme œdématiée*. Une autre fois, M. le docteur Lhuys a constaté, à l'examen microscopique, *la dégénérescence graisseuse des cellules nerveuses de la substance grise, en certains points du plancher du quatrième ventricule*.

Mais ces deux faits sont isolés; le plus souvent, le quatrième ventricule a paru sain; et comme on a pu produire également le diabète sucré ou non sucré en blessant sur des animaux les ganglions du grand sympathique, les cordons postérieurs ou antérieurs de la moelle épinière, le pont de Varole, les pédoncules cérébraux, etc., M. Lancereaux conclut avec raison que toute localisation anatomique du diabète serait au moins prématurée. « La polyurie, dit-il, est un symptôme sous la dépendance d'affections diverses du centre nerveux. »

Les ouvrages de M. Lancereaux se distinguent toujours par une érudition vaste et solide. Quand on les a lus, on est parfaitement au courant de la science actuelle sur les points qu'il traite.

Peut-être pourrait-on lui reprocher d'avoir négligé dans sa thèse les polyuries momentanées et transitoires, qui se produisent chez les personnes nerveuses à la suite d'émotions vives.

Ces polyuries sont purement hydriques et ne se rattachent à aucune atteinte profonde du système nerveux; tandis que l'urine était souvent chargée d'albumine chez les animaux que M. Claude Bernard rendait polyuriques par une lésion du plancher du quatrième ventricule.

Il est évident que l'histoire de la polyurie est encore à tracer. Les faits ne sont pas assez nombreux ni assez complets pour qu'on puisse aujourd'hui décrire séparément des variétés bien établies; mais il est probable qu'on en viendra là. Il serait étonnant que les causes, les symptômes, la marche et la terminaison fussent identiquement les mêmes chez des malades dont les uns filtreraient de l'eau, pour ainsi dire, tandis que les autres perdraient des matériaux solides et des substances qui se rattachent à l'accomplissement des fonctions vitales.

(1) *De la polyurie* (diabète insipide), thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de médecine), par le docteur E. Lancereaux, ancien interne, lauréat des hôpitaux, etc. — Paris, 1869.

FEUILLETON

L'ÉCOLE NORMALE DE CLUNY

AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE

Avant de parler du service de santé de l'École et de son collége, qu'il me soit permis de présenter quelques considérations topographiques sur la petite ville de Cluny, siége de cette école, redevenue après quelques siècles le centre d'un enseignement tout moderne, tendant à envahir, dans un bref délai, la majeure partie des établissements universitaires communaux, et à y substituer son enseignement professionnel.

Cluny est situé sur la rive gauche de la Grosne, dans un des plus gracieux sites de cette pittoresque vallée, limitée au matin et au soir par d'assez hautes montagnes, dont les cimes sont couronnées de forêts de chênes d'une vigoureuse végétation.

Cette vallée, ouverte du nord au midi, est continuellement balayée par un courant d'air dirigé tantôt du nord, tantôt du midi.

L'excellent état sanitaire habituel de ce pays me paraît être dû à cette configuration géographique exceptionnelle; peut-être aussi à l'ozone que nous envoient les forêts qui nous entourent, et qui ne sont qu'à une petite distance de la ville.

Les épidémies ne peuvent s'y développer : nous n'avons pour ainsi dire, pas de maladies dominantes; à part quelques fièvres paludéennes endémiques, mais qui tendent chaque année à disparaître, depuis trente ans d'exercice, je n'ai eu à constater qu'une épidémie *vraie* d'angine de phtisitique, à l'époque (1857) où cette affection était à peu près générale en France. Quatre à cinq fièvres typhoïdes en même temps, voilà nos grandes épidémies.

Les vents qui prédominent sont ceux de l'ouest et du midi ; la température y est très-mobile : la chaleur moyenne est de 13 + 0, le froid moyen de 2 — 0.

Dans quelques années exceptionnelles, l'hiver y est plus rude que dans la plupart des pays à même latitude. Souvent les chaleurs des mois de juin et juillet étonneraient les habitants des pays chauds. Les automnes y sont le plus souvent délicieux; on observe à cette époque de l'année des brouillards très-épais le matin, qui se dissipent au milieu du jour, sous l'influence d'un soleil bienfaisant.

L'École normale est établie dans les vastes bâtiments et jardins appartenant à l'ancienne abbaye des Bénédictins. La façade principale est exposée en plein matin, et se trouve à peu près au centre du vallon, dans la direction du courant atmosphérique dont nous avons parlé précédemment; les jardins qui étaient contigus à l'abbaye ont été transformés en un jardin botanique des plus complets, et conforme au Jardin des Plantes de Paris : elle est donc, comme exposition, dans les meilleures conditions de salubrité.

Aucun édifice extérieur ne domine les bâtiments ; l'air et le soleil arrivent largement et sans encombre dans toutes les pièces ; elles en sont comme baignées ; nous avons donc toute la quantité d'air pur et de soleil si nécessaire à la jeunesse.

L'établissement possède, en quantité plus que suffisante, une eau de bonne qualité pour l'alimentation et les besoins de la propreté des élèves de la maison. Une salle de bains (grands bains et bains de pieds), très-ingénieusement agencée, permet aux élèves de se baigner très-fréquemment.

Les dortoirs, qui sont la partie la plus essentielle des établissements universitaires à pensionnat, sont vastes, bien aérés, à bonne ventilation, bien supérieurs à tout ce qui existe dans les autres établissements de l'État même ; le soleil et l'air y entrent par de larges ouvertures; les calorifères d'un mécanisme ingénieux et tout nouveau, reçoivent par leur extrémité inférieure l'air extérieur, qui s'échauffe en parcourant les conduits ou tuyaux placés dans son intérieur, sort chaud par des bouches de chaleur, et se mêle alors à l'atmosphère de la pièce, dont il contribue aussi à élever la température. On réunit donc par ce procédé les conditions les plus satisfaisantes, et de salubrité et d'échauffement; on obtient de plus une ventilation puissante.

Les salles d'études et les classes sont chauffées au moyen de ces calorifères. Une ventilation naturelle s'opère, en outre, par de larges ouvertures placées vis-à-vis les unes des autres, prenant jour et sur les jardins et sur les vastes corridors qui coupent l'édifice en plusieurs sens et à ses divers étages.

Les salles d'études et les classes sont plafonnées et parquetées, spacieuses, largement éclairées; l'air y circule facilement.

Mais où l'administration a fait des prodiges en architecture et en hygiène, c'est dans l'installation des dortoirs, qui réunissent au plus haut degré toutes les conditions de salubrité désirables. Les dortoirs, il est vrai, sont les pièces qui doivent être le plus particulièrement surveillées, parce que c'est là où les élèves passent le plus de temps et où l'air s'altère le plus facilement, et partant une des causes les plus puissantes de développement des maladies infectieuses, et dont les effets sont souvent si terribles dans les maisons d'éducation. L'aération et l'éclairage s'y opèrent de la manière la plus heureuse.

A la rentrée du mois d'octobre 1867, les constructions étaient à peine commencées; les dortoirs, déjà insuffisants pour contenir les

L'urée dans le sang et dans les urines.

On s'occupe beaucoup, depuis quelque temps, des substances extractives du sang et de l'urine, et particulièrement de l'urée.

Dans le dernier volume des *Mémoires de la Société de biologie*, nous venons de relire un travail de M. le docteur Chalvet sur ce sujet (1), et nous nous hâtons de réparer une injustice involontaire.

Nous nous rappelons que M. Chalvet prenait en général ses dosages de l'urée en en rapportant la proportion au kilogramme d'urine, sans indiquer toujours les quantités d'urine émises dans les vingt-quatre heures. Sur cette impression, et d'après une citation de lui dans une thèse, nous lui avons reproché l'emploi de cette méthode d'évaluation dans un cas où précisément il ne l'avait pas employée.

Lorsqu'il s'est agi de convalescents, M. Chalvet a tenu compte des quantités absolues; et les différences de résultats étaient moins importantes que ne nous le faisaient croire des chiffres qui avaient été reproduits inexactement. Nous nous en sommes assuré par la comparaison des textes.

Du reste, le dosage de l'urée dans l'urine des convalescents était un point bien accessoire dans les recherches de M. Chalvet. L'essentiel était de montrer que l'urée n'était pas, comme on le supposait, accumulée dans le sang des albuminuriques, soit pendant les attaques d'éclampsie, soit dans leurs intervalles.

Récemment encore, on expliquait par l'urémie le plus grand nombre des accidents qu'on observait dans la maladie de Bright.

Le rein, fonctionnant mal, éliminait une moindre quantité d'urée, et l'urée en excès dans le sang agissait comme subtance toxique. Les centres nerveux étaient affectés, ce qui produisait des attaques épileptiformes. Les sécrétions se chargeaient d'urée qui, se transformant dans le tube digestif en carbonate d'ammoniaque, troublait les fonctions et amenait la diarrhée. L'urée pouvait subir la même transformation, soit dans les poumons, soit dans le sang, et alors son action toxique était indirecte, etc.

Toute la théorie de la maladie de Bright reposait sur cette hypothèse, et on y recourait encore dans un grand nombre d'autres cas.

M. Chalvet soutient, au contraire, que l'urée ne s'accumule jamais dans le sang des albuminuriques, qu'elle n'y atteint pas la normale dans l'intervalle des accès éclamptiques, et qu'elle y diminue encore pendant leur durée.

Lorsque la sécrétion urinaire n'est pas supprimée, comme elle l'est dans le choléra asiatique, les quantités d'urée dans le sang et dans l'urine restent proportionnelles, quel que puisse être l'état des reins. Si l'on en trouve moins dans l'urine, il faut conclure qu'il doit y en avoir moins dans le torrent circulatoire.

On voit que les analyses de M. le docteur Chalvet sont en contradiction formelle avec les théories régnantes.

Suivant lui, l'urée est un diurétique; et il n'est pas même certain qu'elle prenne naissance ailleurs que dans le rein.

Ce doute est exprimé avec réserve dans une note ajoutée récemment au texte primitif. S'il est fondé, si l'urée ne se forme pas dans l'intimité des tissus, si elle ne résulte pas de la combustion moléculaire, tout est encore à recommencer, à ce point de vue, dans les études sur la nutrition.

On n'aura plus à chercher de rapport entre l'urée et le calorique produits.

Dr Victor Revillout.

(1) *Note sur les altérations des humeurs par les matières dites extractives*, lue à la Société de biologie, par le docteur Chalvet. — *Mémoires de la Société de biologie.* Année 1867, Paris, 1869.

ÉCLAMPSIE ALBUMINURIQUE PUERPÉRALE GRAVE

GUÉRIE PROMPTEMENT, DE MÊME QUE L'ALBUMINURIE ELLE-MÊME APRÈS L'ADMINISTRATION DU BROMURE DE POTASSIUM

Par le docteur A. Raciborski, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine.

On aurait tort de considérer toujours la guérison comme le résultat de l'action des médicaments employés dans le cours des maladies. Pour que l'on puisse être autorisé à conclure de la sorte, il faut d'abord que l'état pathologique dont il est question soit d'habitude rebelle à d'autres moyens, tandis qu'il se dissiperait, au contraire, facilement, après l'application du remède auquel reviennent les honneurs de la cure. Il faudrait, en outre, que les faits qui constatent cette corrélation fussent suffisamment nombreux pour qu'on ne fût pas exposé à prendre pour la règle ce qui ne serait qu'un pur effet du hasard. Toutes les fois que l'on s'écarte de ces principes, on ne fait qu'enfler inutilement le catalogue des ressources thérapeutiques par des étiquettes trompeuses, qui séduisent malheureusement trop souvent des crédules, mais que des hommes sérieux ne prendront jamais pour des richesses réelles.

Cette profession de foi nous a paru nécessaire, de peur qu'on ne suppose un seul instant qu'en publiant le fait thérapeutique dont il va être question et qui, à ce que nous croyons, est encore unique dans son genre, nous prétendions de suite proclamer un nouveau remède contre l'éclampsie puerpérale. L'avenir seul peut décider ce qu'il y a de fondé dans nos espérances. D'après tout ce que nous savions déjà des propriétés sédatives et amyosthéniques du bromure de potassium, son indication nous a paru assez rationnelle dans l'éclampsie. Ayant eu l'occasion de l'administrer une fois chez une femme en couches atteinte de cette affection, sous une forme des plus graves, nous fûmes assez heureux pour voir cesser les attaques convulsives qui s'étaient répétées jusqu'à vingt fois en vingt-quatre heures, puis l'albuminurie elle-même diminuer progressivement, et même disparaître complétement. Ce résultat nous a paru très-encourageant, et nous nous empressons d'appeler sur lui l'attention des praticiens. Voici l'observation rédigée d'après les détails consignés par nous-mêmes dans le cours de cette maladie.

Mme R..., âgée de 24 ans, d'une assez bonne santé habituelle, quoique pâle et maigre, mariée depuis quelques mois et enceinte. Pendant les premiers mois, la grossesse n'avait rien offert de particulier, malgré des émotions vives auxquelles Mme R... était assez souvent exposée. En effet, son père, qu'elle aimait beaucoup, était devenu depuis trois ans épileptique. Cette maladie, qui avait d'abord débuté sous forme de vertiges de quelques minutes de durée, avec perte de connaissance, avait pris, depuis quelque temps, la forme convulsive, et se termina par la mort, après avoir revêtu pendant huit jours les symptômes d'une encéphalite aiguë avec coma, hémiplégie et contracture des muscles du côté paralysé.

Au moment de la mort de son père, Mme R... était au sixième mois de grossesse; elle a très-courageusement supporté ce douloureux événement, sans éprouver aucun trouble remarquable dans sa santé. Ce n'est que vers la fin du septième mois qu'elle s'était aperçue d'un peu d'œdème autour des malléoles; mais elle ne s'en préoccupait pas beaucoup, vu qu'elle savait par sa mère qu'il en était ainsi très-souvent à la fin de la grossesse.

Vers le milieu du huitième mois, l'œdème avait gagné les cuisses; bientôt après, il en est survenu un peu à la figure et aux mains. Consulté pour cela et ayant constaté un dépôt albumineux abondant dans les urines, par l'action de la chaleur et de l'acide azotique, nous n'avons pas dissimulé un instant la gravité de la situation à la mère et au mari de la malade. A notre avis, on était d'autant plus en droit de redouter dans ce cas l'arrivée des attaques convulsives, que, malgré la différence qui existe au fond entre la nature de l'épilepsie et celle de l'éclampsie, on ne pouvait pas s'empêcher de craindre chez la malade quelques dispositions héréditaires aux convulsions. Quoi qu'il en soit, nous avons été assez heureux pour ne pas être troublé par rien de semblable jusqu'au moment du travail. La malade fut soumise à un régime tonique, composé en grande partie de viandes rôties; nous avons prescrit des préparations de fer et de la décoction de quinquina.

Cependant l'œdème gagnait de plus en plus les parties supérieures des cuisses, et devint considérable. La malade comptait accoucher le 31 décembre ou le 1er janvier. Le 27 décembre, les organes sexuels externes étaient à tel point œdématiés, que la malade ne pouvait plus s'asseoir et ne marchait qu'avec la plus grande difficulté. Des mouchetures pratiquées sur les grandes lèvres donnèrent issue à une abondante sérosité et désenflèrent les parties. Les deux derniers jours, la malade éprouvait beaucoup de malaise et des suffocations telles qu'elle ne pouvait guère rester couchée. Le 30 décembre au soir eut lieu le commencement du travail. Les contractions étaient assez énergiques et rapprochées. Étant venu auprès de la malade à deux heures du matin, nous avons trouvé la tête de l'enfant déjà dans l'excavation, dans la position occipito-antérieure. La malade venait d'avoir, pour la première fois, une attaque éclamptique assez forte; mais à notre arrivée elle avait repris toute sa connaissance, demandait à être délivrée le plus vite possible, et poussait énergiquement. Dix minutes après eut lieu une seconde attaque très-forte. Les eaux qui s'écoulaient alors par les parties avaient une teinte brunâtre, quoique sans odeur; ce symptôme, qui semblait provenir du mélange d'une certaine quantité de *méconium* avec les eaux amniotiques, a dû être provoqué par la pression de l'utérus, qui devait participer à l'état convulsif des muscles extérieurs de la mère sur l'enfant. Celui-ci était encore vivant, mais sa vie était évidemment en danger. L'idée d'appliquer le forceps et de déterminer l'accouchement le plus promptement possible, a été pour nous l'affaire d'un instant. Tout se passa on ne peut plus heureusement; nous délivrâmes aisément un garçon assez fort, qui poussait des cris aigus. La mère avait à ce moment parfaitement connaissance de ce qui venait de se passer, puisqu'elle reprochait, en souriant, à son enfant qu'elle entendait crier, de troubler ainsi le repos dont elle avait besoin. La délivrance n'a rien offert de particulier. A peine a-t-elle été portée dans son lit, que des attaques convulsives ont recommencé, et dans leur intervalle, état comateux dont on ne pouvait tirer la malade que difficilement et pour quelques secondes seulement, en lui criant aux oreilles.

Dans une situation aussi grave, il n'y avait pas beaucoup à compter sur les moyens ordinairement employés, et notre attention a pu se tourner facilement vers le bromure de potassium, dont les nombreux succès dans l'épilepsie obtenus précédemment en Angleterre, venaient d'être proclamés de nouveau en France par MM. Legrand du Saule et Auguste Voisin, et dont nous-même nous venions d'obtenir d'excellents effets dans un cas de chorée chez une jeune femme de 19 ans. Cependant, nous n'étions pas sans savoir qu'il y avait une grande différence entre l'épilepsie et l'éclampsie (1); mais pour l'instant, l'analogie qui existe entre ces affections quant à leur caractère convulsif, nous suffisait pour justifier le choix de ce remède, dont les vertus amyosthéniques ne nous semblaient pas douteuses (2).

Nous avons prescrit, dans ce cas, le bromure de potassium parfaitement pur, à la dose de 2 grammes par jour, dans 60 grammes d'eau de tilleul; 15 grammes de sirop d'écorce d'orange et 8 grammes de sirop de laurier-cerises, à prendre par cuillerées à bouche. Des compresses trempées dans une solution de bromure de potassium étaient maintenues constamment au front. Notre honorable confrère, le docteur Tarnier, qui a été déjà très-avantageusement connu de quelques personnes de la famille de mon client, a bien voulu venir la voir en consultation avec nous. Dès neuf heures du matin, il avait jugé également sa position comme étant fort grave, et tout en n'ayant aucune objection à faire contre l'emploi du bromure de potassium, il n'en espérait pas grand chose. On a ajouté à ce traitement 10 centigrammes de calomel, à doses fractionnées; un lavement purgatif avec le séné et des sinapismes aux jambes. Nonobstant ce traite-

(1) Le docteur Lafargue (*Revue médicale de Toulouse* de 1867, et *Journal de médecine mentale*, rédigé par le docteur Delasiauve, tome XI), a très-bien prouvé que l'épilepsie n'a aucune influence sur la grossesse, ni sur le travail de l'accouchement, pas plus que sur l'état des enfants pendant le travail. D'un autre côté, d'après cet honorable confrère, la parturition ne produit pas d'attaques chez les femmes épileptiques, et l'épilepsie ne semble pas du tout disposer à l'éclampsie.

(2) Voyez l'intéressant travail de MM Damourette et Pelvet : *Étude expérimentale sur l'action physiologique du bromure de potassium*, 1867, et dans notre *Traité de la menstruation*, le chapitre *Dysménorrhée*.

200 élèves de la première année, ne pouvaient suffire à une population presque doublée; il fallait de toute nécessité caser les 200 nouveaux élèves. M. Roux, l'éminent directeur de l'école, eut une idée heureuse, en enfermant avec quelques planches le grand corridor central du premier étage. On improvisa un vaste dortoir, et en vingt-quatre heures les élèves furent installés dans un local très-sain. Dans l'hygiène des habitations, on doit tout accorder à l'espace et à la plus grande quantité d'air respirable, au détriment des autres éléments de salubrité; la température ne vient qu'en second ordre, le froid étant toujours assez bien supporté par les jeunes gens, l'air vicié par l'encombrement ne l'étant jamais impunément.

Malgré un froid de 14° à 15° — 0, que nous avons eu à subir pendant l'hiver 1868, le chiffre des malades n'a pas augmenté sensiblement; les affections qui accompagnent d'habitude les températures extrêmes ont fait à peu près défaut.

Ainsi, pas d'affections aiguës des voies respiratoires; pas une seule pleuro-pneumonie; une seule pleurésie aiguë avec épanchement; pas un cas de rhumatisme articulaire ou musculaire aigu. Il faut cependant excepter les angines toussillaires, inflammatoires, l'apanage morbide des jeunes gens. Elles ont été assez fréquentes, mais, à peu de chose près, en proportions égales en hiver et en été, comme le constate le mouvement de l'infirmerie en 1868. Les phlagoses pharyngiennes n'ont pas atteint plus particulièrement les enfants couchés dans le dortoir improvisé dont nous venons de parler que ceux couchés dans les autres dortoirs.

Cette année, 1869 (février et mars), le chiffre de ces affections a été bien supérieur à celui des années précédentes. Il est vrai que l'établissement compte aujourd'hui une population de 600 personnes, élèves et maîtres résidants.

Nous avons eu, à la fin de mars dernier, quelques cas d'angine couenneuse; deux ont revêtu un caractère diphtéritique grave. Tous deux ont guéri. Nous avons dû faire précéder les cautérisations profondes d'une forte application de sangsues; nous avons obtenu un résultat inespéré. Dans la pratique civile, ce moyen ne nous avait jamais réussi.

Dans la première installation, par des circonstances indépendantes de l'administration supérieure, l'entreprise n'avait pas achevé les travaux d'appropriation au terme fixé par le cahier des charges. D'ailleurs, notre infatigable ministre de l'instruction publique avait hâte de voir fonctionner cet enseignement moderne, si conforme aux besoins de l'époque, et qui était son œuvre et un de ses titres à la reconnaissance publique. L'installation s'était donc faite, il faut l'avouer, dans de mauvaises conditions de salubrité. Les dortoirs laissaient beaucoup à désirer sous ce rapport; les plâtres étaient frais; le nombre des lits dépassait le chiffre réglementaire. Nous avions à redouter des accidents rhumatoïdes de diverse nature, des rhumatismes généraux, si communs chez les jeunes gens de cet âge. Nous redoutions surtout une épidémie typhoïde. Eh bien, à part quelques douleurs névralgiques fugaces, quelques bronchites légères, l'état sanitaire a été très-bon pendant la première année.

Dans les premiers jours, quelques cas de fièvre muqueuse nous avaient donné quelque inquiétude. Il est probable que ces dérangements intestinaux, qui n'étaient en réalité que des indispositions, s'étaient développés du changement radical opéré dans le régime et les habitudes de ces jeunes gens. C'était la période difficile de l'acclimatement.

Ces jeunes gens, que j'ai dû visiter avec le plus grand soin à leur entrée à l'École, nous ont donné les résultats les plus satisfaisants, soit sous le rapport de la constitution physique, qui a toujours été au-dessus de la moyenne, soit sous celui des antécédents héréditaires, que nous avons reconnus, en général, excellents.

L'état moral, chez ces jeunes gens, ne laisse rien à désirer : intelligents, honnêtes, studieux, disciplinés.

L'alimentation, qui intéresse à un si haut degré la santé des jeunes gens, et sur laquelle M. le directeur a dirigé d'une manière toute spéciale sa sollicitude éclairée, est conforme aux sages dispositions réglementaires de l'arrêté ministériel du 1er septembre 1853, concernant le régime alimentaire des lycées, rendu sur le savant rapport de notre illustre et regretté professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, M. Bérard aîné.

Chaque élève de l'École normale reçoit une part des maîtres répétiteurs des lycées, c'est-à-dire 100 grammes de viande désossée par repas. C'est très-suffisant. La quantité de vin alloué à chaque élève est bien supérieure, en quantité et en qualité, à celle qui est donnée à l'École polytechnique, à l'École normale supérieure, etc., aux différentes autres écoles de l'État. La ration de vin est de 90 centilitres d'un vin pur et de bonne qualité.

La nourriture y est très-variée et saine. Chaque jour ramène de nouveaux aliments, et surtout des aliments sains et nourrissants. Le vendredi, le seul jour maigre de la semaine, des légumes autant que possible, du poisson de mer le plus souvent. La variété dans l'alimentation est tellement nécessaire que l'usage persistant et invariable des mêmes préparations alimentaires, fussent-elles les plus réparatrices, amènent graduellement, dans les organes digestifs, un état de langueur ou d'irritation, et toujours de la satiété ou du dégoût, qui nuit à la bonne élaboration des aliments, et par suite, à la nutrition et à l'entretien des forces.

Je suis persuadé qu'avec une alimentation substantielle et bien préparée, on préviendrait souvent le développement de ces épidé-

ment, la malade a eu vingt nouvelles attaques d'éclampsie pendant les vingt-quatre heures qui ont suivi l'accouchement. Quoi qu'il en soit, on a continué le même traitement, moins le calomel. Le lendemain, il n'y a plus eu que six attaques dans toute la journée, et le troisième jour, trois. Du reste, même état comateux dans l'intervalle des attaques. Quand on parvenait à la tirer pour un instant de son sommeil, et quand on demandait à la malade où elle souffrait plus particulièrement, elle indiquait invariablement sa tête en y portant ses mains. Chaleur modérée et environ 100 pulsations par minute. Du reste, l'anasarque diminuait sensiblement à partir de l'accouchement.

Le quatrième jour, nous avons trouvé la malade parfaitement réveillée; elle reconnaissait tout le monde et répondait raisonnablement à toutes les questions; mais, chose remarquable, lorsque nous lui avons demandé des nouvelles de son enfant, qu'on avait transporté chez sa belle-mère avec la nourrice pour éviter le bruit, elle nous regardait tout étonnée et ne semblait pas comprendre la question. C'est alors que la mère de la malade nous a appris que sa fille ne se rappelait pas du tout d'être accouchée. Interrogée de nouveau par nous si elle savait qu'elle avait un fils très-bien portant, elle a déclaré ne se rappeler en rien son accouchement, et elle a ajouté, en se tâtant le ventre, que ce qui l'étonnait, et dont elle ne savait pas se rendre compte, c'était le changement qu'elle trouvait dans le volume et la dureté de son ventre. Du reste, elle accusait toujours un très-fort mal de tête. Pour qu'il ne lui restât aucun doute sur l'heureuse issue de sa grossesse, nous fîmes venir l'enfant, et elle a témoigné beaucoup de joie à le voir. Au bout de dix jours, tout allait si bien que nous avons supprimé l'usage du bromure de potassium, *intus et extra*. On a repris seulement la décoction de quinquina, le vin de quinquina et une nourriture substantielle. Au bout de quinze jours, la malade a pu commencer à se lever. A la fin du premier mois, les urines étaient assez claires, mais elles déposaient encore un peu en les faisant bouillir et par l'addition de l'acide azotique. Point d'attaques convulsives nouvelles; cependant, au commencement du second mois, le mari est venu nous dire que plusieurs fois déjà il s'était aperçu chez sa femme d'un singulier phénomène, qui se manifestait à différents moments de la journée, tantôt lorsqu'elle était couchée dans son lit, tantôt étant assise dans son fauteuil. « Je la voyais, disait-il, avoir tout à coup les yeux fixes, comme dans une extase. Si je lui demande alors ce qu'elle éprouve, elle me donne des réponses vagues et insignifiantes, comme quelqu'un qui ne sait pas ce qu'il dit. Si, dans cet état, je lui parle des choses qui se sont passées la veille et dont elle a eu parfaitement connaissance avant la crise, elle semble ne pas s'en rappeler. Au bout d'une minute ou deux, elle sort de cet état, et le plus souvent, lorsque je lui demande ce qu'elle venait d'éprouver, elle me répond d'un air mystique : *Je l'ai vu.* — Qui? lui dis-je : *Mon père*, répond ma femme. » Il est encore à remarquer que la malade ne se rappelait jamais d'avoir eu de ces crises et qu'elles passaient toujours inaperçues.

Comme ce singulier symptôme indiquait encore une profonde perturbation cérébrale, nous avons prescrit de nouveau le bromure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour, et cette fois-ci la malade en a continué l'usage pendant environ un mois. Dès le cinquième jour après la prise de ce médicament, les accidents nerveux que nous venons de décrire avaient presque complétement cessé, du moins on ne les voyait paraître qu'à de très-longs intervalles. Ils ont été remplacés pendant quelque temps par une profonde somnolence, qui se manifestait surtout après les repas. La malade avait beau lutter contre ce besoin de dormir, il est devenu irrésistible. Mais de même que la céphalalgie, les convulsions et l'anasarque, ce dernier vestige de perturbation cérébrale finit aussi par se dissiper. Nous avons peut-être contribué à le faire disparaître plus vite, en donnant satisfaction au sentiment maternel un peu froissé, en ordonnant que l'enfant rentre auprès de sa mère, qui s'était plainte à nous de ne pas le voir assez, tant que la nourrice restait chez sa belle-mère. Les règles, qui avaient reparu deux mois après ses couches, reviennent depuis tous les mois. Les urines, dès le quatrième mois ne se troublaient plus du tout par la chaleur. Aujourd'hui, la malade a repris tout à fait sa vie habituelle. Nous nous sommes attaché à faire sentir au mari la gravité qu'il pourrait y avoir pour sa femme si elle redevenait grosse immédiatement; que les mêmes accidents pourraient se reproduire, sans qu'on puisse répondre que leur issue serait également aussi favorable que cette fois.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Journal de médecine et de chirurgie pratique.* — La *Revue d'hydrologie médicale.* — Le *Montpellier médical.*

Une lettre imprimée, adressée à M. Boinet, par M. le docteur Peruzzy, de Lugo, intitulée : *Aperçu historique sur l'origine et les progrès de l'ovariotomie en Italie.*

M. Giraldès offre à la Société le 5e fascicule de ses *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants.* — Remerciments.

M. Larrey offre ses *Recherches et observations sur la hernie lombaire*, communiquées à l'Académie de médecine. — Remerciments.

M. Duplay présente le 2e fascicule du tome III du *Traité élémentaire de pathologie externe*, par Follin et S. Duplay. — Remerciments.

M. Verneuil présente deux thèses inaugurales :

1° *Essai sur les complications et le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme*, par S. Ferrand;

2° *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques et de l'adénite suppurée retro-pharyngienne chez les enfants*, par L. A. Roustan.

Discussion sur les fractures compliquées de la jambe au tiers inferieur.

M. Léon Le Fort. Il y a un mois, M. Labbé nous a communiqué l'observation d'un malade, lequel, atteint de tétanos à la suite d'une fracture compliquée du tiers inférieur de la jambe, avait succombé assez brusquement, quelques heures après avoir été soumis à la chloroformation. Il avait du reste éprouvé, pendant le sommeil anesthésique, des accidents qui avaient présenté un caractère de gravité considérable.

La question était complexe. Ce qui avait trait à la chloroformation et au tétanos fut immédiatement discuté ; vous avez cru devoir reporter à cette séance la discussion que pouvait susciter la question de savoir quelle était la thérapeutique à suivre dans les cas de fracture compliquée au tiers inférieur de la jambe. C'est cette question que je veux examiner.

Je laisserai de côté ce qui a trait aux plaies par armes à feu.

Différant par leur causes, ces fractures diffèrent aussi par la dispotion, le nombre, la mobilité des fragments; mais elles diffèrent surtout en ce point que la plaie est faite par un corps étranger venu de l'extérieur et non par le tibia s'ouvrant un passage au travers de la peau, de sa partie profonde vers sa partie superficielle.

Il en est de même lorsque la fracture et la plaie sont dues à la chute d'une pierre, d'une poutre, d'un corps dur et pesant. On verra tout à l'heure pourquoi je crois devoir faire cette distinction. Pour le moment, je me borne à dire que, dans ces circonstances, sauf des particularités variables à l'infini et qu'on ne peut spécifier d'avance, la conservation me paraît être la règle de conduite à suivre, nonseulement au point de vue de la conservation du membre, mais encore et surtout au point de vue de la conservation de la vie.

Les seules fractures dont je veuille m'occuper sont celles qui, à l'exemple de la fracture observée par M. Labbé, se sont compliquées de plaie par suite du passage du tibia au travers de la peau. Dans cette forme de fracture, deux circonstances principales peuvent se présenter : la plaie est petite, très-petite, causée par une sorte de piqûre faite par la pointe d'un fragment, et l'on peut espérer la voir se cicatriser ; ou bien, la plaie est assez large, plus ou moins déchirée, contuse, et la réunion ne saurait être espérée.

Dans le premier cas, l'application d'une plaque de baudruche, comme le faisait M. Laugier, mais en employant, comme le pratique avec raison M. Verneuil, le collodion au lieu d'une solution de gomme, est le traitement qui paraît devoir être employé. Sous cette sorte de peau artificielle, les téguments divisés se réunissent assez souvent; le travail d'organisation se fait dans la profondeur de la blessure. Pendant le temps qu'il met à s'opérer, la fracture est soustraite au contact de l'air, et si la réunion des parties superficielles n'a pas lieu, presque toujours elle s'effectue dans les parties les plus profondes, et la fracture compliquée se trouve bientôt transformée en une fracture simple. J'ai employé, depuis quelques années et plusieurs fois, cette méthode, et je n'en ai jamais retiré que des avantages.

La seconde classe de fractures est beaucoup plus importante, et surtout beaucoup plus grave. Elle a lieu presque toujours dans des chutes plus ou moins violentes. Par le mécanisme même de la fracture, le fragment supérieur du tibia fracturé, fragment comprenant toute ou presque toute la diaphyse tibiale, tend à pénétrer dans l'épiphyse, à la faire éclater et à produire une fracture multiple qui, quelquefois, par plusieurs fissures, pénètre jusque dans l'articulation tibio-tarsienne. Les fractures en V, ces fractures spiroïdes si bien décrites par M. Gosselin, ont, lorsqu'elles se compliquent de plaie produite par l'os lui-même, une gravité extrême. Or, dans ces circonstances de production, les probabilités sont pour l'existence d'une pénétration articulaire. Que faut-il faire ? Faut-il tenter la conservation sans intervention opératoire ? Faut-il faire la résection du fragment sorti ? Faut-il amputer de suite ? Tel est le grave problème qui se pose au chirurgien. C'est au chirurgien d'apprécier, avec sa sagacité aidée de l'expérience, ce qui convient le mieux dans le cas qui s'offre à lui; mais je crois que si, dans les autres fractures, la règle générale doit être la conservation, dans ces sortes de fractures la règle générale doit être l'amputation : et ce seront les circonstances particulières qui décideront à tenter exceptionnellement la conservation.

Après avoir montré deux pièces anatomiques, toutes deux présentant un exemple de fracture spiroïde avec pénétration et plaie faite par issue de l'os, pièces recueillies, l'une sur un malade mort d'infection purulente après qu'il eut tenté la conservation, l'autre sur un blessé qu'il a amputé et qui est aujourd'hui guéri, M. Le Fort ajoute : Chez le premier malade, je me suis laissé aller à espérer que la fracture ne s'accompagnait pas de l'éclatement de l'épiphyse articulaire ; ne pouvant constater l'existence de la longue pointe osseuse détachée à la face postérieure du tibia, j'ai cru à une fracture transversale. L'autopsie m'a montré que j'avais bien affaire à une fracture spiroïde.

Dans un troisième cas, observé également cette année à l'hôpital Cochin, je tentai la conservation, parce que la fracture était directe, la cassure irrégulièrement transversale. Cette fois, le pus qui se forma autour des fragments décolla le périoste et pénétra ultérieurement dans l'articulation. Je perdis également ce malade. J'ai regretté de n'avoir pas amputé de suite. En résumé, lorsque, par une cause *directe*, il s'est produit une fracture au tiers inférieur de la jambe, que, par suite de la flexion de l'os fracturé, le tibia a fait ou fait issue au travers des téguments, on peut tenter la conservation; mais, très-souvent alors, il vaut mieux réséquer le fragment ayant fait saillie s'il fait obstacle à la sortie du pus et à la réseetion.

Lorsqu'au contraire la fracture a lieu par cause *indirecte*, lorsque le mécanisme, l'aspect de la fracture, laissent soupçonner qu'elle est spiroïde, lorsqu'elle a les caractères de pénétration comme dans la fracture du radius et certaines fractures du col du fémur, et qu'il y a lieu de penser à la possibilité de l'éclatement de l'épiphyse, l'amputation est la règle générale de laquelle on s'écartera seulement dans les cas exceptionnels. L'amputation me paraît moins dangereuse peut-être que la conservation, et quoique je sois partisan énergiquement déclaré de la chirurgie conservatrice, je n'oublie pas que rien ne peut remplacer le bras amputé, tandis que la prothèse permet de donner à l'amputé de la jambe une base solide de sustentation.

M. Panas. Si d'une manière générale je partage les opinons émises par M. Le Fort, j'en diffère cependant sur la question de l'amputation, considérée comme règle générale, dans les cas de fracture compliquée de la partie inférieure de la jambe. J'ai eu cinq fois à traiter de pareilles fractures : siégeant à trois travers de doigt audessus de l'articulation, et s'accompagnant de plaies communiquant avec le foyer de la fracture, sur ces cinq cas, trois fois j'ai tenté la conservation, après avoir fait toutefois la résection du fragment supérieur, trois fois j'ai mis à nu le foyer, trois fois j'ai enlevé des esquilles, trois fois j'ai enlevé de quatre à cinq travers de doigt du tibia, parce qu'il existait des fêlures osseuses partant de la fracture et remontant à une certaine hauteur.

Comme moyen de contention, j'ai employé les gouttières, de manière à assurer une immobilité complète, et j'ai eu recours comme pansement, soit à l'alcool pur, soit à l'eau chlorurée. J'ai obtenu un succès à l'Hôtel-Dieu ; j'ai eu deux insuccès : l'un à Saint-Antoine,

---

mies, quelquefois si meurtrières, de fièvre typhoïde qui dépeuplent les établissements où se trouvent réunis un grand nombre de jeunes gens.

Aussi suis-je porté à croire que la bonne santé de nos élèves est due, en grande partie, à la nouriture abondante et de bonne qualité qui leur est donnée.

L'infirmerie ne laisse rien à désirer sous le rapport de la salubrité, du confortable et même de l'élégance. Au commencement de cette année, l'infirmerie de l'école a été rendue indépendante de celle du collége; elles donnent toutes deux sur un des grands corridors latéraux du 1er étage, mais sont entièrement séparées.

Je doute qu'il existe, dans aucun lycée, un local mieux approprié pour une installation d'infirmerie, et surtout plus sain.

La population de l'établissement, qui avait été, en 1867, en moyenne, de 236 (école et collége), a été, en 1668, de 385, est aujourd'hui de 580 en moyenne :

École (élèves)...............	146
Collége (élèves)...............	185
Fonctionnaires résidants.....	12
Gens de service.............	42
En 1868...	385

124 malades ont été admis à l'infirmerie :

École............................	50
Collége..........................	74

Le nombre des consultants, 281 :

École............................	153
Collége..........................	128

Tous nos malades ont guéri.

L'amygdalite aiguë a été la maladie dominante de l'année dernière, et presque exclusive comme maladie aiguë. Elle a frappé à peu près également les élèves de l'école et du collége :

Ecole..........................	15
Collége..........................	20

Elles ont été bénignes; quelques-unes cependant ont nécessité l'intervention chirurgicale. Les scarifications ont été nécessaires. Nous obtenions ordinairement de bons résultats, dans les angines franchement inflammatoires même, des cautérisations légères avec le crayon d'azotate d'argent.

Cet hiver (1869), le nombre des angines aiguës a été bien plus considérable. Quelques-unes ont revêtu le caractère diphthéritique; mais elles ont été rapidement enrayées. Nous en rendrons compte dans notre prochain rapport, en août prochain, à M. le ministre de l'instruction publique.

Les bronchites ont éte assez rares l'année dernière, malgré un hiver des plus rigoureux ; pas un seul rhumatisme aigu parmi les élèves campés dans le dortoir du corridor central.

La petite épidémie de rougeole n'a fait que passer; les enfants examinés n'ont pas eu d'accidents consécutifs, souvent si fréquents à la suite de cet exanthème fébrile.

Les mois de juillet et d'août nous ont donné un assez grand nombre de dérangements intestinaux, qui cédaient le plus souvent à un ou deux purgatifs salins.

Dans le premier et le deuxième trimestre, nous avons eu à traiter quelques fièvres muqueuses bénignes, qui cédaient promptement aux purgatifs, associés à quelques doses de sulfate de quinine.

Nous n'avons eu que deux cas de fièvre typhoïde, mais graves, à forme adynamique, se succédant à peu de distance. Le premier entrait en convalescence lorsque survenaient les premiers symptômes chez le second. Ces deux cas nous ont donné beaucoup d'inquiétude; nous avons redouté une épidémie typhique.

Le sulfate de quinine Allermand, avec les purgatifs, font merveille. L'association de ces deux agents thérapeutiques nous paraît indispensable dans notre localité, autrefois si essentiellement paludéenne; c'est probablement à cette cause miasmatique, qui persiste encore aujourd'hui, que nous devons les heureux résultats obtenus dans le traitement de cette pyrexie si redoutable dans les lycées et les colléges. Les accidents traumatiques ont été généralement légers, à l'exception de deux cas assez sérieux, tous deux terminés d'une manière heureuse :

1° Une rupture du tympan, produite par un soufflet donné vigoureusement à un élève par son camarade, sur une des régions latérales de la face (accident que je n'avais pas encore observé);

2° Une entorse de l'articulation coxo-fémorale, chez un élève du collége, doué très-heureusement d'une constitution saine, guérie en quelques jours par une large émission sanguine et le repos absolu du membre.

Malgré les circonstances les plus défavorables de température et d'installation, nous constatons avec la plus grande satisfaction l'excellent état sanitaire de l'établissement, et le petit nombre de malades relativement au chiffre de la population qui, cette année, s'élève à plus de six cents personnes.

Dr A. Simyan.

l'autre à Saint-Louis. Ces deux derniers malades ont succombé, et il est bon de remarquer que ces trois observations proviennent de trois hôpitaux différents.

Deux fois j'ai cru devoir recour'r à l'amputation primitive. Mes deux malades sont morts : l'un d'infection purulente, l'autre avec des accidents dus à l'alcoolisme. Il en était de même pour un de mes blessés, chez lequel j'ai tenté la conservation, et peut-être faudrait-il le classer à part, aussi bien que mon dernier amputé, car on sait que les blessés présentant des accidents d'alcoolisme sont presque fatalement voués à la mort, lorsqu'il s'agit d'accidents aussi graves que des fractures compliquées.

Dans ces cinq cas, ou plutôt dans quatre de ces cas, puisque l'un des malades est guéri, j'ai pu constater à l'autopsie qu'il y avait une fêlure pénétrant dans l'articulation, fêlure qui avait séparé un ou plusieurs fragments de la surface articulaire tibiale, fêlure qui ne pouvait qu'être soupçonnée pendant la vie, et qui, suivant les idées défendues par M. Le Fort, eussent indiqué formellement l'amputation. Il faut bien savoir toutefois que la difficulté de les constater est extrême ; que cette constatation même est le plus souvent impossible, car on trouve assez souvent, comme sur la pièce anatomique que vient de nous montrer notre collègue, une cassure irrégulièrement transversale sur la face antérieure du tibia, et une pointe osseuse assez longue, remontant plus ou moins haut sur la face postérieure de cet os.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

PAR MINISTÈRE D'HUISSIER.

Monsieur,

Dans le numéro du 22 juin de la *Gazette des hôpitaux*, et avant de donner, après vingt-cinq jours expirés, contraint que vous étiez, ma réponse à M. Liégeois, vous vous étiez permis trois réflexions à mon sujet; les voici :

« 1° Dans une lettre déjà publiée, M. le docteur Abeille avait voulu prouver que la part de mérite ne lui avait point été faite assez grande par M. Liégeois, dans son rapport sur les expériences de MM. Legros et Ouimus, et il a rappelé ses travaux antérieurs.

« 2° Aujourd'hui il veut établir que M. Liégeois, après avoir eu le tort de ne les point citer avec les éloges qu'ils méritent, n'estime point encore assez ses travaux, maintenant connus.

« 3° Quand des réponses sont devenues aussi complétement personnelles, quand on ne peut plus y chercher la discussion d'un point de science, sur lequel les deux adversaires étaient d'accord, c'est avec regret que nous les plaçons sous les yeux de nos abonnés.

« 4° Nous comprenons, pour notre part, autrement l'esprit scientifique. Il nous semble qu'on devrait mettre une certaine pudeur à parler de soi, quand on se trouve seul en cause. Dans un journal de médecine, les lecteurs aiment les questions d'un intérêt plus général. »

Pour les trois premiers paragraphes, je vous les abandonne. J'aime à croire que les lecteurs de la *Gazette* qui ont lu, et que mon contradicteur, qui a écrit, sauront assez à quoi s'en tenir aujourd'hui pour être fixés sur tous les points.

Au sujet du quatrième paragraphe, je vous fais cette laconique et méritée réponse :

Celui qui doit le premier avoir de la pudeur, c'est le journaliste, qui fait un métier qui l'expose à des inconvénients, s'il lui procure quelque avantage.

Il serait étonnant qu'un journal qui ne paye ni timbre ni cautionnement, en qualité de journal scientifique, pût se permettre de laisser passer dans ses colonnes des attaques directes ou indirectes contre un tiers, sans qu'il fût loisible à ce tiers de se défendre, lui, comme ses écrits, pièces en main, contre son adversaire, et de l'acculer définitivement. La défense est le droit strict de la science comme de la personne, quand l'une et l'autre sont mises en jeu; *et*, forcer quelqu'un à parler de lui, quand une seule citation mise pouvait couper court à tout, c'est donner le droit de retourner au journaliste la malencontreuse observation qu'il fait. Vous devriez, monsieur, mettre une certaine pudeur à ne point laisser passer les anachronismes scientifiques préjudiciables à autrui, et avoir ensuite le bon goût de rester neutre dans une pareille question.

Dr Abeille.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, a été promu au grade de chevalier de la Légion d'honneur :

M. Labitte, médecin en chef de la maison d'aliénés de Clermont.

— Le choléra s'est déclaré, avec tous les caractères d'une épidémie, à Nuevitas, et dans le pays environnant. Les attaques sont très-violentes, et, dans la plupart des cas, elles sont suivies de mort.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Des luxations coxo-fémorales, soit congénitales, soit spontanées, au point de vue des accouchements, par le docteur Guéniot, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, etc. — In-8 de 150 pages, avec 12 figures dans le texte. Prix : 3 fr.

De l'urticaire. Ses causes, sa pathogénie et son traitement par le docteur Falin, de Paris. Ouvrage couronné (médaille d'or), par la Société de médecine d'Anvers. Prix : 1 fr. 50.

Vomissements incoercibles de la grossesse, guéris par les cautérisations du col utérin, par le docteur E. Maunoury (de Mortagne-sur-Gironde). — In-8. Prix : 1 fr.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

N° 77. — MARDI 6 JUILLET 1869. 42e ANNÉE. MARDI 6 JUILLET 1869. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Le *Conseil médical* de Londres vient de commencer sa session annuelle. Depuis longtemps il demandait au gouvernement de la reine une révision du *medical act*, c'est-à-dire des dispositions législatives qui sont spécialement relatives au corps médical. Rien n'avait été obtenu jusqu'à présent; mais cette année une lettre du Conseil privé promet toute satisfaction, particulièren ce qui touche l'enseignement médical, la délivrance des grades et la composition du conseil supérieur.

Société médico-chirurgicale de Glascow. — M. Gairdner a lu un travail sur le timbre et la note des sons que l'auscultation peut révéler dans les affections de poitrine, sur les conditions physiques qui produisent le retentissement de la voix dans ces deux genres de pectoriloquie que Laënnec nommait *parfaite* et *imparfaite*, dans la bronchophonie proprement dite, etc.

Sur bien des points il se sépare de l'immortel auteur de *l'auscultation mediate* et s'associe aux critiques de Scoda.

Il croit que Laënnec expliquait trop facilement par leur transmission plus facile à travers des tissus indurés, l'intensité de certains sons vocaux perçus par l'oreille du médecin, alors qu'il fait parler le malade en l'auscultant.

Cette bronchophonie ou pectoriloquie peut tenir à des causes diverses. D'abord les bronches constituent un système de tuyaux semblables aux tuyaux d'un orgue. La colonne d'air contenue dans chaque tuyau peut renforcer une note lorsqu'elle vibre à l'unisson, et cette note est précisément celle qu'elle produirait si elle vibrait isolément.

La note renforcée variera donc toutes les fois que la colonne d'air contenue dans le tuyau bronchique n'aura plus la même hauteur, par suite de la présence de sécrétions tenaces, ou pour toute autre cause. Si cette note correspond au timbre de la voix, il pourra se produire alors une espèce de brouchophonie parfaitement indépendante de toute induration pulmonaire.

En cas de cavernes pulmonaires, la pectoriloquie est encore plus facile à expliquer par la théorie de la consonnance; et à vrai dire, dès le principe on l'interprétait à peu près ainsi.

En effet, dès l'antiquité, lorsqu'on disposait sur les théâtres, autour des acteurs, des amphores de tailles diverses, afin de renforcer leur voix, on n'ignorait pas en pratique quelles étaient les lois de la consonnance; on en pouvait juger par l'effet obtenu. Ainsi la vibration de l'air dans les cavernes enfle la note et fait entendre les sons vocaux correspondants.

Le renforcement des sons vocaux par la consonnance ayant eu lieu, la transmission de ces sons renforcés à travers la poitrine peut être aidée ou entravée par un grand nombre de circonstances qui ne sont pas toujours faciles à analyser. Les parties qui se trouvent placées entre la caverne, par exemple, et l'oreille de l'observateur, peuvent être complétement solides et pleines, ou au contraire, creusées de cavités. De là, des nuances infinies dans l'intensité, dans le timbre et la note des sons transmis; en effet, les parties solides peuvent être ellesmêmes le siége de vibrations consonnantes à une note déterminée, et qui la renforcent aux dépens de toute autre note. Les cavités pleines d'air, cavernules, vésicules, divisions bronchiques, ont elles-mêmes leurs consonnances. De là cette extrême difficulté que l'on rencontre quelquefois à déterminer le sens clinique des phénomènes physiques révélés par l'auscultation.

La communication de M. Gairdner est surtout remarquable par une analyse minutieuse des faits observés et des difficultés qu'ils soulèvent. Le *Glascow medical Journal* en a publié une analyse.

— C'est principalement sur le timbre des bruits obtenus par la percussion, qu'à l'Hôtel-Dieu M. Guéneau de Mussy attire habituellement l'attention de ses élèves.

Au début d'une tuberculisation pulmonaire, alors qu'on ne trouve pas encore de matité franche vers les sommets des poumons affectés, on constate souvent une élévation de tonalité parfaitement nette.

Les bruits produits par le choc sont plus aigus, et quelquefois plus retentissants, de telle sorte que si l'on tenait compte de la seule sonorité, on pourrait croire à une matité relative du côté sain.

Comment expliquer cette élévation de tonalité dans un poumon qui contient déjà des granulations tuberculeuses?

Il nous semble que la théorie de la consonnance pourrait fournir une interprétation plausible.

Les tuyaux bronchiques et les vésicules sont moins au large qu'à l'ordinaire. Il sont comprimés, rapetissés, raccourcis, par les dépôts qui se sont formés dans leurs parois et la congestion concomitante. Chaque petit tube envisagé isolément, contient une colonne d'air moins considérable, et renforce, par conséquent, un son plus aigu; il en est de même des cavités vésiculaires, qui se trouvent diminuées.

Ces actions partielles ont pour résultat forcé un effet d'ensemble, qui se manifeste par l'acuité des bruits obtenus.

Quant à la matité, elle survient plus tard, alors que, le nombre des vésicules et des tuyaux pleins d'air ayant diminué trèsnotablement, le renforcement se produit dans un nombre moindre de cavités, et que, par conséquent, son intensité est beaucoup moins grande. Les corps solides sont loin d'avoir une résonance comparable à celle de l'air en vibration.

Ainsi, toute diminution dans le volume des vésicules et des tuyaux bronchiques élèverait la tonalité; toute diminution dans leur nombre affaiblirait la sonorité. Mais comme les notes plus élevées semblent parfois *plus pénétrantes*, pour ainsi dire, la sonorité s'apprécie mal lorsque le timbre est différent.

— Rappelons, en terminant, que les applications d'éther camphré donnent en général de très-bons résultats dans les érysipèles. M. Delpech, qui depuis longtemps emploie cette médication d'une manière presque exclusive, lui trouve, entre autres avantages, celui de ne causer ni douleur ni gêne.

Les malades, au contraire, s'en trouvent soulagés, tandis qu'ils craignent les applications de collodion élastique, bien moins efficaces.

Nous avons vu cette semaine, à l'hôpital Necker, une malade chez laquelle un érysipèle de la face avait été arrêté et guéri en quelques heures par l'éther camphré.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Luxation scapulo humérale. — Fracture du col anatomique de l'humérus.

(Leçon clinique recueillie par M. DUBREUIL, agrégé de la Faculté).

Nous allons faire venir dans l'amphithéâtre un malade, que depuis quelque temps déjà vous voyez dans nos salles, et qui offre un cas difficile comme diagnostic, embarrassant comme thérapeutique. C'est un homme très-vigoureux, dans la force de l'âge, qui, il y a aujourd'hui trente-cinq jours, au milieu d'une rixe survenue dans un cabaret, tomba sur l'épaule gauche. Il éprouva une vive douleur qui ne tarda pas à s'accompagner d'un gonflement de l'épaule, lequel, ajouté à la saillie des muscles très-développés chez ce blessé, formait une saillie considérable.

Bientôt aussi, sur la région contuse, apparaissait un ecchymose, que l'on voyait s'étendre rapidement à la partie interne du bras et descendre jusqu'au coude.

A quelle lésion avions-nous affaire? Il était facile de constater l'intégrité de la clavicule et de ses articulations.

C'était sur l'épaule même que siégeait la maladie.

Mais le traumatisme pouvait ici avoir produit isolément ou simultanément les trois lésions suivantes : simple contusion, luxation scopulo-humérale, fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Or, voici les signes que nous a fournis l'examen attentif du malade et qui nous ont permis d'établir un diagnostic sinon assuré, du moins réunissant une somme de probabilités très-suffisante.

Le moignon de l'épaule était plus saillant que celui du côté sain; mais en pressant avec l'extrémité des doigts sur le deltoïde, on ne percevait pas cette sensation de résistance que donne la tête de l'humérus demeurée en place, et en agissant plus fortement, on arrivait à constater l'existence d'une dépression située au-dessous de l'acromion, dépression qui, vous le savez, indique d'une façon très-nette l'absence de la tête humérale, qui a dû abandonner sa position normale. Ce premier temps de l'examen permettait donc de conclure que la tuméfaction était due à un épanchement sanguin, à l'engorgement des parties molles, et que l'extrémité supérieure de l'humérus était luxée.

En portant la main dans le creux de l'aisselle, on arrivait à sentir, profondément, une tumeur osseuse, paraissant arrondie, et qui ne pouvait être formée que par les côtes ou la tête en question; la forme de cette tumeur faisait fortement pencher vers cette dernière solution.

De plus, en imprimant au bras des mouvements de rotation, on avait la sensation simultanée de deux crépitations parfaitement distinctes par leurs caractères; l'une, peu rude, sèche, analogue à celle que produit le frottement de deux surfaces osseuses saines, mises anormalement en contact; l'autre, plus rude, vraie sensation de collision de parties osseuses inégales, caractéristique des fractures.

Ajoutez à cela une abolition complète de tous les actes fonctionnels du membre lésé et vous reproduirez le tableau symptomatologique que nous offrait le malade à son entrée à l'hôpital.

Me fondant sur les signes que je viens d'énumérer, je crus devoir porter, comme très-probable, le diagnostic suivant :

Fracture du col anatomique de l'humérus, coïncidant avec une luxation de l'épaule de la variété sous-coracoïdienne.

A quelle thérapeutique devait nous conduire ce diagnostic? Sans contredit, quand, dans un cas pareil, on peut suivre la règle de conduite indiquée et mise en pratique par notre collègue Richet, cela simplifie singulièrement la question.

Vous savez que Richet, en présence d'une fracture du col de l'humérus accompagnée de luxation de l'épaule, anesthésia son malade et fit rentrer la tête humérale dans la cavité glénoïde, en agissant directement sur elle par dépression (procédé auquel il a donné le nom de refoulement); puis la lésion se trouvant ainsi réduite aux proportions d'une simple fracture, il ne lui resta qu'à traiter cette dernière.

Mais pour notre blessé, des motifs multiples, se prêtant un appui réciproque, nous ont engagé à recourir à une autre méthode.

D'abord, pour employer le procédé du refoulement de Richet, il faut être parfaitement sûr de son diagnostic, sans quoi son application pourrait avoir de sérieux inconvénients. Or ici, bien que nous ayons établi le diagnostic comme très-probable, nous n'étions nullement certain de son exactitude.

Puis, anesthésier un malade pour réduire une luxation, est aujourd'hui chose qui répugne aux chirurgiens prudents, et à laquelle ils n'ont recours qu'en dernier ressort; car une expérience malheureuse a permis d'établir que c'est surtout dans leur application à la réduction des luxations que les agents anesthésiques ont produit de funestes résultats.

Le refoulement ne compte, en somme, qu'un succès, et je pense que cette manœuvre ne peut que très-difficilement faire rentrer dans la cavité articulaire une tête aussi courte que dans le cas en question.

D'autre part, il existe dans la science un certain nombre de faits dans lesquels on a réduit des luxations déjà anciennes; je vous citerai, entre autres, celui de Waren, qui a réduit une luxation de l'épaule datant de 35 jours. Aussi, je préfère me conformer aux conseils de J.-L. Petit, donner à la fracture le temps de se consolider et réduire ensuite la luxation.

En examinant aujourd'hui le malade, on voit qu'il n'y a plus de gonflement de l'épaule, et que la dépression sous-acromiale, toujours persistante, augmente quand on écarte le coude du tronc. On ressent encore dans l'aisselle cette saillie anormale dont nous avions constaté l'existence lors de l'arrivée du malade; mais quand on imprime à l'humérus des mouvements de rotation, on ne sent plus la crépitation que nous avions signalée au début.

Nous allons chercher à obtenir la réduction, en pratiquant l'extension, la contre-extension et la coaptation, comme nous le faisons habituellement. Seulement, nous y ajouterons une serviette, dont le plein portera sur la partie supérieure et interne du bras, et dont les deux bouts seront confiés à un aide, qui exercera des tractions unilatérales propres à aider l'action de nos mains quand elles refouleront la tête humérale en haut et en dehors.

Affection singulière du maxillaire supérieur, caractérisée surtout par la disparition du bord alvéolaire.

(Séance de la Société de Chirurgie du 12 mai. — M. Dolbeau.)

Le nommé G... (Jules), âgé de 50 ans, égoutier, entre à l'hôpital le 12 mars 1869, pour une kérato-conjonctive ulcéreuse rebelle, à gauche.

Il est atteint d'une altération singulière du maxillaire supérieur, qu'il n'a jamais soignée et sur laquelle il attire à peine l'attention.

Il raconte qu'il est né de parents bien portants : son père travaillait dans une officine de pharmacien, et serait mort d'une dyssen-

terie; il était très-sobre. Sa mère, dont la santé était bonne également, est morte asphyxiée par le charbon.

A partir de 13 ans, il fit le métier d'imprimeur en taille-douce pendant 3 ans; puis il travailla au chemin de fer comme homme de peine.

Vers l'âge de 22 ans, il eut sur la verge de petites ulcérations dont il précise mal le nombre, la forme, la marche et la durée. Le malade affirme n'avoir jamais eu sur la peau d'éruption, de croûtes ou d'ulcérations; il ne prit aucun traitement anti syphilitique, et continua son travail sans interruption.

Il était d'un tempérament très-ardent, et avant son mariage, aussi bien que depuis, il a satisfait sans relâche et sans fatigue à ses appétits génésiques. Il a eu 14 enfants.

A l'âge de 23 ans, il prit une place de balayeur public qu'il garda 10 ans; sa santé était excellente. A 33 ans, il entra comme égoutier dans les aqueducs de Paris. Malgré le froid, l'humidité, le travail pénible jour et nuit dans les égouts, il ne contracta jamais de maladie sérieuse. Quelques douleurs rhumatismales qui lui reviennent encore de temps en temps, quelques légères ophthalmies à répétition, sont les seuls accidents qu'il ait éprouvés.

Il n'a jamais eu mal aux dents. Ses dents étaient bien constituées et fort solides. Le malade se rappelle avoir cassé un jour 150 noyaux d'abricot.

Il y a sept ans, ses dents commencèrent à s'ébranler à la mâchoire supérieure. Il n'avait en ce moment ni puanteur d'haleine, ni puanteur du nez; il a remarqué que la sécrétion du nez a toujours été sèche chez lui. C'est une molaire du côté droit qui s'ébranla la première. Le malade se l'arracha lui-même avec les doigts, et cette extraction s'opéra sans douleur, sans suppuration, et presque sans écoulement de sang. Le malade ne donne que des renseignements incomplets sur la marche qu'aurait suivie cette dégradation, et ne peut préciser par quelle dent la maladie débuta. Les dents qu'il cueillait ainsi n'étaient pas altérées en apparence; elles étaient blanches et sans aucun point de carie. Les dernières paraissaient être tombées il y a trois ans; cependant le malade est loin d'être précis pour affirmer cette date.

A une époque qu'il ne détermine pas, il aurait enlevé du côté gauche, avec la pointe de son couteau, un petit fragment d'os qui branlait. Ce petit fragment était gros comme une dent ordinaire, « mâchuré, » arrondi. Le malade l'a jeté aussitôt. Un léger écoulement sanguin s'ensuivit.

Il y a deux ans, panaris gangréneux du pouce droit, causé par une arête de poisson, traité par M. Richard à l'hôpital Beaujeon.

Il y a trois mois, il attrapa un coup d'air; et croyant que c'était un accident analogue aux coups d'air qu'il avait souvent eus déjà, il n'y fit pas grande attention, mais le soigna cependant avec l'eau de Mélilot.

État actuel. C'est un homme de taille moyenne, solidement bâti; les diverses parties de son squelette semblent assez volumineuses. Il est bien musclé, bien portant et très-fort pour son âge.

La face paraît bien conformée.

Les yeux sont extrêmement saillants. Kérato-conjonctivite et ulcération de la cornée à gauche. L'examen ophthalmoscopique montre une atrophie choroïdienne double avec disparition du pigment par places. Cependant la vision n'est pas troublée.

Les pommettes ont une saillie normale, peut-être un peu plus accusée.

La lèvre supérieure est affaissée, et reportée en arrière sur sa partie médiane.

Le son de la voix n'est pas naturel, et se rapproche du nasonnement, circonstance qui tient évidemment à une altération de l'os maxillaire, car le voile du palais fonctionne bien.

En ouvrant la bouche, ce qui frappe d'abord, c'est que le bord alvéolaire supérieur manque dans toute son étendue, si bien que la surface totale de la voûte palatine affecte la forme d'un triangle, dont la base postérieure correspond à l'insertion du voile du palais, et dont le sommet est situé sur la ligne médiane à 3 centimètres en arrière des alvéoles incisives.

En examinant plus profondément, on est frappé de l'existence de deux cavités symétriques, de forme triangulaire, tapissées par une membrane muqueuse de couleur différente de celle de la membrane muqueuse de la bouche; elle est plus rouge. Ces deux cavités sont évidemment les deux sinus maxillaires; et en effet, leur situation, leur forme triangulaire, rappellent celle de ces organes. De plus, ces cavités communiquent manifestement avec les fosses nasales, ainsi que cela est démontré par le passage des liquides, et bien que le cathétérisme ne puisse préciser le siége de cette communication.

Si l'on introduit le doigt dans ces cavités, on arrive à toucher le plancher de l'orbite; les deux doigts étant introduits dans ces cavités, si l'on essaye d'imprimer divers mouvements à la voûte palatine qui les sépare, on constate que l'os est normalement uni au reste de la face. A gauche, le doigt s'enfonce plus profondément, en sorte qu'il est impossible également d'abaisser en bas le triangle osseux.

On peut donc admettre que le reste du maxillaire supérieur est intact sur tous les points qui se rattachent à la face.

Le voile du palais est normal et peu vascularisé; la luette est longue et touche la base de la langue.

La mâchoire inférieure a perdu du côté gauche ses trois dernières molaires; les deux dernières sont tombées après s'être ébranlées sans douleur, et le malade les a cueillies. L'antérieure, qui est la deuxième molaire, est cariée, et l'on voit encore le chicot. Du côté droit, la dernière molaire est actuellement ébranlée; le malade n'en souffre pas. Les autres sont saines, ainsi que les canines et les incisives, qui tiennent bon.

Rien de particulier au pharynx.

La mastication est gênée et ralentie.

Pas de signes de lésion au cœur ni au poumon.

L'urine, analysée, ne contient ni sucre ni albumine.

11 *mai*. — La kérato-conjonctive, traitée par le collyre au sulfate de zinc et au laudanum, a disparu; le malade conserve toujours un peu de photophobie et de larmoiement. Il reste sur la cornée de l'œil gauche une tache assez transparente, du volume d'un grain de millet, et située en dedans et au-dessous de l'axe de l'œil.

L'altération osseuse du maxillaire supérieur est restée la même.

EXAMEN DE LA NOUVELLE MÉTHODE DU Dr MANRIQUE

POUR L'ABLATION DES TUMEURS PAR LE CAUTÈRE ACTUEL.

Par le Dr MARTINEZ DEL RIO.

Depuis les temps les plus reculés, le cautère actuel a été considéré à juste titre comme l'un des moyens les plus puissants qu'il soit possible d'employer pour combattre certaines maladies. Les anciens avaient pour maxime que rien ne saurait guérir ce qui résiste à l'action du feu; et nous-même, comme tant d'autres praticiens, nous avons constaté plus d'une fois les prodigieux effets de ce grand moyen; car c'est à lui que nous devons d'avoir obtenu la parfaite guérison dans quelques cas très-graves de maladies des articulations, qui avaient résisté jusque-là à toute espèce de traitement, et qui semblaient vraiment incurables.

L'emploi du galvano-cautère est sans contredit une des belles inventions de la chirurgie moderne; mais ne nous arrêtons pas aujourd'hui aux bienfaits que la science recueille déjà de cette application de l'électricité : nous voulons seulement appeler la sérieuse attention des hommes de l'art sur une nouvelle méthode pour l'ablation des tumeurs, imaginée par le docteur Manrique.

Cette méthode, aussi simple et facile qu'elle est sûre quant aux résultats, consiste dans l'emploi de cautères tranchants en forme de gouge, de différentes grandeurs : un clamp, dont la forme varie selon les cas particuliers, saisit la tumeur par sa base en son pédicule, et, une fois étranglée, le cautère, chauffé au rouge, en opère l'ablation, en traversant la base ou le pédicule; la tumeur est ainsi enlevée avec une admirable rapidité, et sans courir aucun risque d'hémorrhagie, d'infection purulente, etc. Cette méthode s'applique également à l'excision du col de la matrice, et même à certaines tumeurs dans la cavité du rectum. Pour ce cas-ci, le docteur Manrique emploie un clamp très-ingénieux qui permet d'isoler complétement la tumeur avant de l'attaquer par le fer rouge.

La méthode du docteur Manrique a été appliquée récemment avec un brillant succès dans un cas de tumeur hémorrhoïdale. Il y avait sept ans que M. X... était tourmenté par des hémorrhoïdes; il portait une tumeur qui ne lui laissait pas un instant de repos, et c'est en vain qu'il avait essayé toute espèce de traitement. Sa marche était pour lui tellement pénible qu'il était obligé de se priver d'exercice. La défécation était accompagnée de très-vives douleurs; enfin, ses souffrances étaient telles qu'il se décida à subir l'opération qui lui était conseillée par le docteur Manrique.

La tumeur, complétement irréductible, était située au côté gauche : elle avait environ 5 centimètres de longueur et 3 de hauteur. Étant cernée par le clamp, qui était appuyé lui-même sur des compresses mouillées, la tumeur fut fortement étranglée par sa base, et puis enlevée par un large cautère-gouge rougi avec une rapidité incroyable. Il en résulta une plaie très-nette; point d'hémorrhagie, ni d'accident d'aucune espèce. Cette plaie cicatrisa rapidement; l'anus reprit son aspect normal. Après quelques jours de constipation, due aux purgatifs qui avaient précédé l'opération, et aux opiacés qui avaient été administrés ensuite, la défécation put s'accomplir d'une manière tout à fait naturelle; en un mot, la guérison fut prompte et complète, et M. X..., débarrassé d'une infirmité si douloureuse et si gênante, se félicite tous les jours d'avoir eu recours à la méthode d'ablation du docteur Manrique.

Ce nouvel emploi du cautère actuel permet donc l'ablation de toutes les tumeurs susceptibles d'être isolées par un clamp, quelles que soient d'ailleurs leur nature et leur situation. Déjà l'éminent chirurgien de l'hospice de Lourcine, le docteur Péan, a employé plusieurs fois cette méthode dans son service, pour l'ablation de grosses végétations, pour une petite tumeur hémorrhoïdale, et même dans un cas d'éléphantiasis de la vulve. Tous les hommes de l'art qui ont assisté à ces opérations ont été frappés de la rapidité avec laquelle elles ont été exécutées, de l'absence de tout accident, et de la parfaite guérison.

De son côté, une des sommités de la chirurgie, le docteur Maisonneuve, vient d'employer à l'Hôtel-Dieu, avec un plein succès, cette méthode pour l'extirpation d'un testicule.

Depuis longtemps, M. Manrique s'était déjà servi de ce procédé en Amérique pour l'excision du col utérin; il employait des cautères en forme de cuiller à bords tranchants, plus ou moins courbés, et de dimensions variables, selon les cas particuliers.

Tout récemment encore, M. le docteur Péan a employé cette méthode pour enlever une énorme végétation de la vulve; et comme le clamp de M. Manrique n'était pas assez grand pour embrasser cette végétation, ce médecin distingué, qui se trouvait présent, en improvisa un avec deux planchettes convenablement échancrées : étant donc cernée par ces deux planchettes, qui furent rapprochées de manière à contenir la base de la végétation dans leurs échancrures, cette végétation monstre fut enlevée par le cautère tranchant d'une manière si rapide, qu'on ne voyait sur les planchettes aucune trace de feu. On peut déduire de ce fait que les clamps métalliques peuvent être remplacés avantageusement par des clamps en buis, qui seraient à la fois moins dispendieux et non conducteurs de la chaleur.

Cette nouvelle manière d'appliquer le cautère actuel à l'ablation des tumeurs et des tissus dégénérés, présente donc de tels avantages sur les autres méthodes, que nous croyons remplir un devoir envers l'humanité et rendre un service à la science en cherchant à répandre cette heureuse idée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 29 juin 1869. — Présidence de M. BLACHE.

(SUITE ET FIN.)

M. GUÉRIN. Dans ma précédente argumentation, j'avais déjà insisté sur la nécessité de ne pas accepter sans examen et sans réserves les deux grandes accusations dirigées contre la vaccine humaine, à savoir la dégénérescence de la vaccine et sa contamination par la syphilis. J'avais reproché à M. le directeur de la vaccine de s'en être trop facilement rapporté, sur ces deux points, aux apparences, au lieu de s'enquérir des réalités, non pas telles qu'on les articule vaguement, mais à fond, dans leurs moindres détails, dans leur origine, leurs degrés; car je ne saurais trop le répéter, ces deux griefs reprochés à la vaccine humaine forment la pierre angulaire, la raison d'être de la vaccine animale. Je vais donc examiner ce qu'il faut penser réellement de la dégénérescence de la vaccine et de la syphilis vaccinale.

1° *Dégénérescence de la vaccine.* — J'avais accepté, avec beaucoup de personnes, la possibilité du fait, mais sous toutes réserves, et en me demandant s'il était *absolu, général;* si on l'avait constaté dans *tous les temps*, dans *tous les pays,* dans *toutes les contrées*. Les épidémies varioliques n'avaient-elles pas, dans certaines circonstances et par leur surcroît de virulence, en répandant leurs effluves dans les organismes qu'elles imprégnaient, n'avaient-elles pas, dis-je, augmenté les dispositions à la variole, et réduit d'autant la puissance préservatrice de la vaccine?

On possède une foule de documents sur les variations temporaires et locales de la vaccine. Il a été remarqué que la température, les saisons, certaines constitutions atmosphériques et médicales influent singulièrement sur le développement de la vaccine; et à tel point que plusieurs ont suspendu temporairement les vaccinations, qui ne réussissaient pas, ou qui offraient une marche insolite, pour les reprendre plus tard. Quant à une dégénérescence générale, absolue, elle n'existe certainement pas; et, ainsi que je le montrerai dans la seconde partie de mon argumentation, il est des départements, des localités, où les résultats des vaccinations sont tels, qu'ils n'ont, à aucune époque, été plus complets, plus concluants en faveur de la vaccine actuelle. Mais à supposer, ainsi que j'en ai fait la concession, qu'il y ait eu dans certaines parties de la France, par suite de l'incurie des vaccinateurs, par suite de la mise en circulation d'un vaccin de mauvais choix, une dégénérescence qui s'est transmise et perpétuée par voie d'hérédité, il y avait un remède à tirer du fait même de cette dégénérescence par transmissions successives, qui dût conjurer le mal en agissant en sens inverse, c'est-à-dire en perpétuant, par voie d'hérédité ou de transmissions successives, le bon vaccin et les conditions qui le rendent invariablement bon. J'ai développé cette idée dans ma précédente argumentation, et j'ai donné à la méthode qui la mettrait en pratique le nom de *culture de la vaccine*, c'est-à-dire l'analogue pour la vaccine de ce qui se fait pour la création et le perfectionnement des races animales et végétales. Cette proposition a été traitée avec dédain par mon contradicteur. « C'est ce que tout le monde fait depuis bien longtemps, c'est ce qui se professe et ce qui se pratique partout, qu'on retrouve dans les ouvrages élémentaires qui traitent de la vaccine : ce précepte, par exemple, qu'il vaut mieux prendre du vaccin sur un enfant fort et vigoureux que sur un enfant malingre. Il invite la science à tirer parti de ce fait et il ne nous en apprend pas davantage. La science lui répond qu'elle n'a cessé de faire cela et autre chose, ce qui n'a pas empêché le vaccin de dégénérer. » J'en demande bien pardon à notre collègue, mais il ne paraît pas se douter de ce qu'il faut entendre par la culture de la vaccine. Il confond le fait avec la méthode, et le particulier, accidentel, avec le résultat général et permanent. La culture des animaux, qui s'appelle la *zootechnie*, celle des végétaux, la *phytotechnie*, dont je voudrais appliquer les principes et les procédés à la création d'une race de vaccin, si je puis m'exprimer ainsi, consiste à choisir les meilleurs types et à les perpétuer au moyen de la *sélection* et de l'*hérédité*, c'est-à-dire en choisissant toujours la graine et le terrain propres à reproduire et à fixer la vaccine de race. Voilà ce que notre collègue n'a sûrement pas compris. Que dirait-on aujourd'hui d'un critique qui, ayant à juger l'œuvre de Bakewell et de ses continuateurs, de cet homme qui, suivant l'heureuse expression de notre regretté collègue Hip. Royer-Collard, a appris à sculpter la vie, à modeler dans le sang, alléguerait qu'avant cet initiateur de la zootechnie, on choisissait pour étalons les plus beaux sujets, et que Bakewell n'a fait ainsi que tout ce que le monde faisait avant lui? On lui répondrait, avec Pascal, « qu'avant de critiquer, il faut d'abord comprendre. »

En ce qui concerne la diminution de la faculté préservatrice de la vaccine par suite de plus grandes dispositions à la variole, créées par ces épidémies varioliques, il suffirait d'appliquer d'une manière énergique les procédés prophylactiques qui ont si bien réussi à notre judicieux collègue, M. Boulay, contre le typhus de la race bovine, non pas en tuant les malades, mais en les dispersant, en provoquant des mesures propres à prévenir la formation des foyers épidémiques.

J'arrive à un point beaucoup plus important, beaucoup plus grave, parce qu'à lui seul revient le triste privilége d'avoir ébranlé la confiance publique dans la vaccine, et d'avoir servi de prétexte à cette prétendue restauration par la vaccine animale.

2° *Syphilis vaccinale.* — Ce n'est pas la première fois que l'Académie est saisie de cette grave question de la syphilis animale. En 1865, lorsque notre savant collègue M. Depaul nous présenta l'historique des faits connus jusqu'alors, elle devint l'occasion d'une discussion approfondie, à laquelle prirent part plusieurs de nos collègues les plus autorisés. Je puis donc, pour abréger mon examen, me prévaloir des jugements portés à cette époque, et les considérer comme une première étape, comme un point de départ de la discussion d'aujourd'hui. Or, si vous vous en souvenez, un de nos nouveaux collègues, M. Blot, dans un début qui a été remarqué, a résumé comme il suit l'état de la question : « Jusqu'à présent, pas plus M. Depaul qu'aucun autre n'a encore produit un *seul* fait bien détaillé et bien probant, capable de démontrer que le virus-vaccin à lui seul ait pu inoculer la syphilis. La plupart des faits publiés jusqu'à ce jour sont incomplets, ils manquent de détails nécessaires pour entraîner la conviction. Quelques-uns d'entre eux peuvent trouver leur explication toute naturelle dans plusieurs états pathologiques, tels que : 1° les éruptions vaccinales généralisées; 2° le phagédénisme vaccinal; 3° une foule d'éruptions vulgaires qui auraient pu se développer sans la vaccine. » (*Académie de médecine,* séance du 17 janvier 1865.) Je me borne à cette citation, parce qu'elle me paraît être la formule exacte de ce qu'on pouvait penser des documents fournis jusqu'alors. J'aurais pu y ajouter les lumineux aperçus présentés alors par notre savant collègue et ami M. Ricord, si on ne lui avait pas fait dans ce débat une position personnelle.

Il ne me reste donc plus qu'à examiner les faits produits depuis cette époque.

Les faits en question forment deux groupes : ceux observés par

MM. Bodello, Clausmadeuc et Denis, et qui ont été l'objet des appréciations de MM. Depaul et Roger; ceux communiqués plus tard par M. le docteur Fouquet : les premiers observés dans l'arrondissement de Lorient, les seconds dans l'arrondissement de Vannes; les premiers, auxquels M. Depaul attribue une origine syphilitique; les deuxièmes, auxquels on ne peut attribuer aucune origine impure, et tous également présentant les mêmes symptômes : pustules très-enflammées, volumineuses, excavations profondes, éruptions énormes, etc. M. Depaul, qui m'a accusé de confondre ces faits, aurait pu voir, dans la *Gazette médicale* du 2 mars 1867, que je ne les confondais pas, mais les comparais au grand détriment de sa thèse.

Les cas de prétendue syphilis vaccinale observés à Auray étaient au nombre de 127; tous avaient complétement guéri : 30 au moyen du traitement spécifique, et 97 sans aucun traitement. Dans ma première argumentation, j'avais signalé cette circonstance d'une bénignité aussi exceptionnelle, aussi inouïe, de la maladie, et j'avais fortement insisté pour connaître l'opinion de M. Depaul à cet égard : notre collègue a bien dit : « Je répondrai, » et il a ensuite gardé un complet silence. Mais quelqu'un a parlé pour lui. M. le docteur Bodelio, après avoir signalé les 127 guérisons, dont 97 sans traitement, ajoute : « J'ai visité, soixante-dix jours après l'insertion vaccinale, une vingtaine d'enfants à Lorient; ils ne m'ont présenté aucun signe d'accident consécutif... Je ne puis encore m'expliquer comment, sans l'emploi d'aucun traitement que des soins de propreté, les enfants ont guéri. Ce serait *à faire douter de la nature syphilitique* de cette déplorable vaccination. » On avait observé à la même époque, sur d'autres points du même département, une sorte de constitution érysipélateuse. Cette disposition m'a paru être le lien entre les faits de l'arrondissement de Lorient et ceux de l'arrondissement de Vannes, et mettre sur la voie de leur véritable nature. L'Académie verra bientôt cette conjecture prendre avec les faits la consistance d'une vérité, et, dès à présent, je conclus que tous les faits du Morbihan n'ont été que des cas de pseudo-syphilis vaccinale.

M. le directeur de la vaccine a enrichi son manifeste imprimé de plusieurs autres faits qu'il a introduits, croyant sans doute suppléer à la qualité par la quantité. Pour ne pas abuser de l'attention de l'Académie, je ne m'occuperai que de ceux qui ont plus particulièrement arrêté notre collègue, de ceux qui ont été observés dans le service même des vaccinations de l'Académie.

Suivant le narré de notre collègue, un jour qu'il était retenu, deux vaccinifères qui ont servi aux vaccinations de l'Académie auraient transmis la syphilis vaccinale à bon nombre de sujets vaccinés en son absence par l'employé principal des bureaux, initié depuis longtemps à cette pratique. Dès que M. Depaul eut connaissance des cas réputés de syphilis vaccinale, il s'enquit de l'état des vaccinifères. Voici ce qu'il en rapporte lui-même : « L'un, le nommé R..., fut trouvé vivant et très-bien portant. Sa mère se souvient parfaitement que le vaccin pris sur lui a servi à vacciner presque tous les militaires (trois de ceux réputés atteints de syphilis vaccinale)... L'autre vaccinifère, C..., ne put être examiné; il était mort le lendemain du jour où il avait fourni du vaccin à l'Académie. La mère me dit aussi qu'il avait été pris brusquement d'une diarrhée cholériforme à laquelle il avait succombé. Voici, ajoute M. Depaul, les renseignements qu'elle m'a fournis en même temps. Il était né dans un département du Midi. Il fut mis en nourrice. Mais quelque temps après, sa mère fut prévenue qu'elle ne pouvait laisser son enfant chez cette femme... On alléguait que sa nourrice avait une mauvaise conduite, on la *supposait* atteinte d'une affection *suspecte*. Elle partit... trouva son enfant en très-mauvais état, couvert de taches et de boutons; il avait quelques ulcérations aux aines et aux parties génitales (c'est la mère qui a vu tout cela)... De retour à Paris, elle le fit vacciner à l'Académie, le 12 août 1865, et c'est le 19 qu'il fournit du vaccin. Au dire de la mère et de l'employé, les pustules qui s'étaient développées *très-régulièrement* n'offraient *aucun* caractère qui pût les faire suspecter, et quand on les ouvrit, on s'arrangea de façon à ce qu'il ne s'écoulât pas de sang. »

Voilà textuellement, messieurs, quels étaient les deux vaccinifères : l'un très-bien portant, l'autre mort d'une crise cholériforme. La vaccination avait bien réussi, et les résultats ne laissaient rien à désirer. Je le demande, quel fonds faire sur de pareils renseignements? Et cependant notre collègue s'en contente. C'est sur la santé parfaite du premier vaccinifère et sur les on dit (traduction libre) de la mère du décédé, que l'on pose hardiment l'étiologie de ces cas malheureux. Que penser d'une théorie qui accepte de tels faits, que dis-je? qui s'en prévaut, qui en grossit son bagage? Ne sont-ils pas bien propres à compléter ceux qui sont contenus dans la formule de M. Blot?

Mais avant de passer à un autre ordre de faits, je ne puis me dispenser de relever une imputation peu confraternelle que M. le directeur de la vaccine a pris à cœur de m'adresser. M. Depaul m'accuse de m'être entendu avec les employés des bureaux de l'Académie pour me faire délivrer des documents. Ceci est faux. A l'époque dont il s'agit, j'étais rédacteur en chef d'un journal de médecine et membre de l'Académie. Comme rédacteur, je recevais, dès le premier jour, communication de toutes les pièces. Comme académicien, je pouvais les consulter quand il me plaisait.

Depuis que la doctrine de la syphilis vaccinale a donné l'éveil à la profession, bon nombre de nos confrères, moins facilement convaincus que M. le directeur de la vaccine, ont communiqué des cas de vaccination avec des vaccinifères atteints de syphilis, sans accidents aucuns pour les vaccinés. M. Depaul fait bon marché de ces cas, en disant que ce sont là des faits négatifs sans importance devant des faits positifs. Mais notre collègue n'y a pas assez réfléchi : cette fin de non recevoir n'est de mise que quand il y a véritablement des faits posititifs. Or c'est ce qu'on lui conteste, ce que nous lui contestons plus que jamais.

Aussi, jusqu'à ce que la syphilis vaccinale soit réellement et rigoureusement démontrée, l'Académie fera bien d'encourager la communication des cas de vaccinations syphilitiques non suivis de syphilis vaccinale. C'est pourquoi je crois utile de lui signaler deux de ces cas emprunté à un excellent mémoire de M. le docteur Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital de Rodez (Aveyron).

M. Bourguet, dans un travail entièrement consacré à combattre la doctrine de la syphilis vaccinale, cite deux exemples de vaccinifères syphilitiques bien et dûment constatés, qui ont servi à pratiquer l'un 5, l'autre 15 vaccinations, dont aucune n'a été suivie du moindre accident.

M. Bourguet fait remarquer que, dans ces quinze inoculations, on a pris indistinctement du virus et du sang des pustules, par la raison qu'on ignorait, lors de l'opération, que les vaccinifères fussent contaminés.

Les cas de cette sorte ne sont donc pas des faits négatifs, mais des expériences positives témoignant directement que, dans les vingt vaccinations dont il s'agit, l'inoculation du virus-vaccin seul ou uni a du sang de vaccinifère syphilitique n'a pas produit la vérole.

Mais admettons pour un instant que ces faits d'observation soient réellement contredits par d'autres faits d'observation dans lesquels l'induction conduise à des conclusions opposées, dans lesquels le virus-vaccin ait paru s'associer au virus syphilitique pour produire les deux effets corrélatifs. Que faire en pareil cas, et comment conclure? Évidemment on aurait recours à cette méthode, que l'on considère aujourd'hui, à très-juste titre, comme le juge, l'arbitre des observations litigieuses, à la méthode expérimentale. Par elle, en effet, on sait ce qu'on fait, on met la cause en expérience avec toutes les conditions capables d'en faire varier les effets. Eh bien! c'est ce qui a été fait un très-grand nombre de fois depuis la découverte de la vaccine. Depuis Husson jusqu'à nos jours, des inoculations de vaccin provenant de sujets vérolés ont été répétées à plaisir.

M. Delzenne a publié tout récemment, dans sa thèse, 55 observations de ce genre, comprenant les expériences qu'il fit à Saint-Lazare de 1864 à 1866. Il poussa même le dévouement à la science jusqu'à renouveler trois fois sur lui-même l'inoculation du virus prétendu vaccino-syphilitique.

Et pourtant voilà ces 55 expériences réunissant tous les caractères d'expériences scientifiques, qui toutes répondent négativement à la provocation artificielle de la syphilis vaccinale. Rapprochées de celles qui existaient dans la science, ne deviennent-elles pas un témoignage écrasant contre la doctrine de la contamination de la vaccine par la syphilis, de l'inoculation de la syphilis par la vaccine, qu'il ne faudrait pas confondre avec la syphilis par la vaccination, ainsi qu'un des honorables correspondants de l'Académie, M. le docteur Leduc (de Versailles), le propose judicieusement pour distinguer les cas d'intoxication, non pas avec le virus-vaccin, mais développé par la vaccination.

On peut donc caractériser cette opposition constante des résultats de l'observation et de l'expérimentation, en disant, avec un homme d'esprit, que la syphilis vaccinale vient toujours quand on ne l'attend pas, et qu'elle ne vient jamais quand on l'appelle. Mais que faire et que croire en présence de ce conflit entre les deux ordres de faits, les deux méthodes, entre l'observation et l'expérimentation? Il faut nécessairement qu'il y ait d'une part ou d'une autre quelque méprise; que cette méprise ait, au moins dans le plus grand nombre des cas, empêché de discerner la cause restée cachée jusqu'ici de cette opposition. Cette cause, messieurs, je crois l'avoir trouvée.

Déjà, dans beaucoup de mes écrits, j'avais, à l'occasion même des faits du Morbihan, émis, dans la *Gazette médicale* et ailleurs, des considérations propres à mettre en garde contre les fausses apparences de certaines complications de la vaccine, et en particulier contre leur ressemblance matérielle avec des caractères anatomiques de la syphilis. J'ai à cette occasion, insisté sur l'incertitude du diagnostic anatomique (1) et sur l'indispensable nécessité de l'éclairer et de le compléter par le diagnostic étiologique : l'Académie verra, par ce qui va suivre, combien ces vues sont fondées, et quels services elles étaient destinées à rendre à l'élucidation de la grave question qui nous occupe.

Préoccupés des incertitudes et des contradictions que présentaient la plupart des faits d'observations invoqués à l'appui de la doctrine de la syphilis vaccinale, plusieurs praticiens se sont mis à la recherche des cas de vaccinations dans lesquels de fausses apparences de syphilis ne pouvaient, sous aucun prétexte, être rattachés à une véritable intoxication vaccinale. L'habile chef des vaccinations du département de Seine-et-Oise est entré dans cette voie. « Il ne faut pas être chargé pendant un grand nombre d'années d'un service de vaccinations, dit M. Leduc, pour être plusieurs fois témoin du fait suivant : on nous apporte un enfant de quelques semaines ou de quelques mois, bien dodu, bien potelé; ses joues, ses bras sont d'une superbe apparence; la chair semble belle, mais elle est pâle, transparente. Huit jours après avoir été vacciné, au lieu d'une pustule bien développée, entourée d'une auréole rouge, on voit une ulcération profonde, d'un jaune blafard : stupéfaction de la mère, accusation contre le médecin et la vaccine... sur 10 ou 12 inoculés le même jour, il est le seul qui présente un pareil phénomène; il faut donc s'en prendre à autre chose qu'au virus, à la constitution lymphatique et même scrofuleuse de l'enfant. »

Depuis trois ans, M. Leduc a rencontré huit fois des cas de ce genre.

D'après ces faits, la vaccination serait donc susceptible de provoquer un mouvement de manifestation des ferments morbides, restés jusque-là à l'état latent. A ce point de vue, la vaccination ne serait pas une porte d'entrée de la syphilis, mais une porte de sortie. Pour les scrofules, cette doctrine que nous avons soutenue dès longtemps nous-même, trouverait, dans les faits qui se passent tous les jours sous nos yeux, de nombreuses et d'éclatantes confirmations.

M. Mordret, vaccinateur de la Sarthe, nous fournit un cas très-accentué de ce genre. Il s'agit d'un enfant qui eut le bras couvert d'ulcères grisâtres et indurés, tandis que les enfants qui avaient reçu le vaccin de lui n'avaient pas le moindre mal, non plus que ceux qui l'avaient reçu en même temps que lui. L'enfant succomba au progrès de son entérite, qui était probablement de nature tuberculeuse.

Enfin, M. Lalagade, vaccinateur du Tarn, et plusieurs fois lauréat de l'Académie, indique, dans un remarquable mémoire, l'une des autres causes capables de produire les pseudo-syphilis vaccinales.

Le 25 mai 1868, M. Lalagade vaccina 95 enfants. Le vaccinifère, âgé de 25 mois, présentait toutes les apparences de la plus parfaite santé : les boutons de vaccin sont magnifiques, ils ne laissent rien à désirer. Les renseignements sur les parents sont des meilleurs. Point de maladies antérieures chez les père et mère. Le vaccinateur s'entoure de toutes les précautions imaginables.

Cependant le 6 juin, deux de ses vaccinés se présentent dans une position triste et grave. Deux médecins sont appelés avant M. Lalagade : l'un d'eux déclare que les symptômes offerts par une des vaccinées sont de nature syphilitique; le second médecin fait des réserves. M. Lalagade convoque les autres enfants vaccinés et constate chez plusieurs des accidents analogues à la première examinée :

« La peau est d'un rouge foncé, à aspect érysipélateux; les pustules vaccinales sont très-larges; il y en a qui mesurent 2 centimètres; elles sont d'un *blanc grisâtre*; quelques-unes, phylicténoïdes, donnent une suppuration séroso-purulente à leur circonférence. Nous voyons des ampoules remplies de sérosité, des croûtes grisâtres, noirâtres dans toutes les parties du corps, sauf à la plante des pieds et aux parties génitales. Une des vaccinées est couverte de plaques rouges, semblables à des plaques de rougeole. Une autre, au dire des parents, aurait eu, le surlendemain de la vaccination, sur chaque piqûre une grande vessie remplie de sérosité.

« Les autres enfants vaccinés le même jour offrent des boutons magnifiques. »

M. Lalagade s'empressa de s'enquérir de la santé publique, des maladies régnantes, et il s'assura que ces plaques prétendues syphilitiques n'étaient autre chose que la manifestation d'un germe diphthéritique alors régnant, manifestation qui se produisait également dans des cas où la vaccine n'avait absolument rien à faire.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir conclure :

1° Que les observations de syphilis vaccinale recueillies jusqu'ici manquent pour la plupart des renseignements qui pourront légitimer l'origine à laquelle on les rapporte;

2° Que les expériences instituées pour préciser l'inoculation possible de la syphilis vaccinale sont toutes contraires à la doctrine de l'intoxication vaccino-syphilitique;

3° Enfin, que parmi bon nombre de faits allégués de syphilis vaccinale, il en est qui, malgré une apparence de symptômes et de caractères propres à cette maladie, appartiennent évidemment à un autre ordre d'influences pathologiques, parmi lesquels le pemphigus prend place dès aujourd'hui.

Dans la prochaine séance, j'aborderai les caractéristiques comparées de la vaccine animale et de la vaccine Jennérienne, à la lumière de l'observation anatomique, physiologique et clinique, c'est-à-dire avec le concours de tous les observateurs qui se sont occupés de la question.

La séance est levée à 5 heures et quart.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai 1869. — Présidence de M. Verneuil.

(SUITE ET FIN)

M. DEMARQUAY. J'aurais voulu trouver une indication précise dans la communication que nous a faite M. Le Fort. La question grave, celle qui importe avant tout au chirurgien, est la question de pratique, et quelles que soient les théories, on en arrive toujours à se demander : Que faut-il faire? L'éclatement de la partie inférieure du tibia, éclatement qui transformerait la lésion en une fracture communiquant avec l'articulation, d'une part, et d'autre part avec l'air extérieur, peut, je le reconnais, engager à revenir à l'amputation immédiate; mais comment reconnaître que cette pénétration existe? Je suis de l'avis que M. Le Fort a raison de conseiller l'amputation, mais il ne nous donne aucun signe qui puisse nous mettre sur la voie, et nous faire reconnaître que nous avons affaire à une fracture spiroïde.

M. LE FORT. Je n'ai pas voulu donner de signes qui n'existent pas dans l'état actuel des choses, j'ai seulement voulu attirer l'attention sur le point suivant : Lorsqu'une fracture de la jambe siégeant à proximité de l'articulation tibio-tarsienne, a été produite par une cause indirecte, par une pression agissant suivant l'axe longitudinal du membre, et que cette fracture se complique d'une plaie causée par l'issue au dehors d'un des os fracturés, les probabilités sont pour l'existence d'une fracture par pénétration, d'une fracture avec éclatement de la surface articulaire, et dans le doute, au lieu de tenter la conservation, il faut, au contraire, amputer.

M. TRÉLAT. Si le diagnostic anatomique devait entraîner avec soi un traitement rigoureusement déduit, M. Le Fort aurait raison; mais on ne peut pas dire que telle nature de lésion doit entraîner telle nature d'accidents. Une lésion donnée peut, chez un malade, amener des accidents formidables et même la mort, tandis que chez un autre elle n'aura pas de conséquences fâcheuses. Ce qui doit décider le chirurgien à pratiquer une amputation, c'est le pronostic qu'il porte sur l'issue de la lésion traitée par la conservation du membre; il préfère l'amputation s'il croit que la vie est mise en péril plus grave, beaucoup plus grave par la conservation; il conserve, s'il pose un pronostic différent. Il s'agit donc ici d'une question de pronostic, qu'il est toujours fort difficile de résoudre.

M. Demarquay a dit : Si je savais qu'il y a pénétration de la fracture jusqu'à la surface articulaire, je pratiquerais l'amputation; j'espère prouver que même cette circonstance ne suffit pas pour entraîner l'emploi de ce moyen radical de traitement.

J'ai observé cinq cas de fracture compliquée de la jambe à la partie inférieure, cinq fois j'ai tenté la conservation. Voici quels ont été les résultats :

Je fus appelé au village Le Vallois pour voir un cocher qui, dans une rixe, avait été atteint d'une de ces fractures. Il avait été transporté à l'hôpital Beaujon, dans le service de Jarjavay, et notre collègue voulut pratiquer l'amputation. Le blessé s'y refusa et quitta l'hôpital. Lorsque je le vis, il existait une vaste plaie au côté externe de l'articulation; au dedans, une autre plaie laissait à découvert plusieurs fragments, dont l'un comprimait la malléole interne. Un vaste phlegmon remontait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

(1) En ce qui concerne l'importance accordée par les syphilographes, et par M. Depaul après eux, à la forme de l'ulcération chancreuse, à l'engorgement consécutif des ganglions, nous pensons que plus de réserve serait nécessaire; il y a beaucoup d'ulcérations à pic, indurées, reposant sur une base dure, qui ne sont pas nécessairement syphilitiques; et quant à l'engorgement des ganglions du cou et de l'aine, qui accompagne la vaccination suspecte, il n'est que la conséquence fréquente de la plupart des irritations et suppurations qui siégent au voisinage des engorgements. L'inflammation vaccinale a, comme toutes les inflammations, toutes les lésions traumatiques, la propiété de réveiller chez l'homme les éléments morbides cachectiques qui dorment chez lui en puissance; c'est la tumeur blanche provoquée chez le scrofuleux par la simple contusion du genou (*Gazette médicale*, 2 mars 1867, p. 134 et 135).

Je reséquai la malléole, j'ouvris les foyers purulents, j'eus recours au drainage; le malade guérit.

L'année dernière, je fus appelé par un avocat, âgé de 34 ans, lequel pris entre deux voitures et voulant les éviter, se retourna vivement, ce moment de rotation brusque, exécuté probablement au moment où le pied était fixé, détermina une fracture de la jambe, qui fut considérée par tous les médecins et chirurgiens qui l'examinèrent comme une fracture spiroïde. Le fragment supérieur du tibia, très-aigu, avait perforé la peau; le pied tombait du côté externe. Je tentai cependant la conservation. J'employai un appareil à extension, qui me permit de réduire une pointe d'os saillante, et j'obtins une guérison complète.

J'observai mon troisième malade à l'hôpital Saint-Louis. La fracture se compliquait d'ouverture et de suppuration de l'articulation tibio-tarsienne. Je nettoyai le foyer, je fis des injections, et après quatre ou cinq mois, j'obtins la guérison.

J'ai en ce moment à la Pitié un homme de 46 ans, atteint d'une fracture compliquée de la jambe à son extrémité inférieure. C'est le fragment inférieur du péroné qui faisait issue au travers de la peau, je l'ai reséqué, et aujourd'hui le malade est presque guéri.

Enfin, chez mon cinquième malade, la fracture, de cause directe, existait à cinq ou six travers de doigt au-dessus de l'articulation. Je fis la résection des deux extrémités fracturées. Après onze mois de séjour à l'hôpital, le malade sortit guéri.

Comme on le voit, même en éliminant ce dernier cas, j'obtins par la conservation quatre succès; on ne peut donc pas poser l'amputation comme une règle générale.

Tumeur congénitale (embryoplastique) adhérente à la partie supérieure du coccyx. Opération 48 heures après la naissance. Guérison. — M. Depaul. (*Sera publié.*)

Cette observation a été rédigée par M. Martel, externe attaché à mon service, qui a suivi la petite malade avec le plus grand intérêt.

Affection singulière du maxillaire supérieur caractérisée surtout par la disparition du bord alvéolaire. — M. Dolbeau. Voir plus haut.)

Luxation sous-astragalienne antérieure externe. — Ablation de l'astragale. — Infection purulente. — Mort. — Observation recueillie par M. G. Boyron, externe du service. — M. Demarquay. — M. Frédéric R..., marchand de vin, âgé de 56 ans, entre le 5 avril 1869 à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay. Il se promenait avec sa femme au bois de Boulogne, dans une voiture qu'il conduisait lui-même, lorsque tout d'un coup, son cheval, effrayé par le nombre et la variété des voitures, s'emporte, renverse la voiture, et femme et mari s'en vont rouler sur la voie publique. Dans cette chute, la femme en a été quitte pour la frayeur et une légère contusion à l'œil droit; M. R... n'a pu se relever; il s'était cassé la jambe.

Un médecin, témoin de l'accident, l'envoie immédiatement à la Maison de santé, après lui avoir pansé provisoirement la jambe.

Aussitôt après son arrivée, nous constatons une plaie ovale de la largeur d'une pièce de deux francs, située sur la partie antérieure de la malléole externe gauche. De cette plaie proémine une saillie osseuse, rugueuse à son sommet et lisse sur ses bords. On reconnait facilement la tête de l'astragale. La rugosité que l'on sent à l'extrémité de la tête a été produite par le frottement de cette partie sur le sol. Le pied est fortement déjeté en dedans, la plante regarde en bas et en dedans.

La tête de l'astragale est donc sortie de l'articulation en déchirant les téguments. Elle fait saillie en haut et en dehors du scaphoïde; le corps de l'os tout entier semble avoir perdu ses rapports avec les surfaces articulaires qui l'environnent; car sa face inférieure est presque devenue externe, l'externe supérieure, etc., et l'os tout entier a accompli un quart de rotation sur lui-même. Nous pouvons donc, avec les auteurs, diagnostiquer une luxation sous-astragalienne antérieure externe.

Pour attendre la visite du lendemain, le pied est mis dans une gouttière. Le malade passe une assez bonne nuit. Le lendemain, à la visite, M. Demarquay pense qu'il est opportun de lui enlever l'astragale, qui, n'ayant plus de rapports exacts avec les surfaces articulaires, jouerait dans l'articulation le rôle d'un corps étranger. On endort M. R... au moyen du chloroforme. M. Demarquay agrandit la plaie avec le bistouri, saisit avec un davier l'astragale, coupe les quelques attaches ligamentaires qui retiennent encore cet os, et l'enlève facilement. L'opération faite sans hémorrhagie, la plaie est pansée avec de la charpie sèche, et la jambe du malade est mise dans un appareil de Scultet. On prescrit au malade, qui par profession buvait beaucoup, une potion avec 40 gouttes de laudanum. Avant l'opération, le malade éprouvait de temps en temps des crampes dans la jambe blessée; crampes qui le faisaient beaucoup souffrir.

L'opération une fois faite, il ne s'en plaignit plus, mais ressentit pendant toute la journée des douleurs atroces.

A la visite du soir, la peau est chaude, le pouls fort, 92 puls. Temp. atm. 39°, pas d'appétit, il vomit la potion.

7 avril, matin. A dormi à peu près deux heures, frisson très-intense, suivi de sueurs abondantes; puis tout s'est calmé; la douleur de la jambe a un peu diminué. Temp. 39° 2/5.

Soir. Il a vomi tout ce qu'il a pris pendant la journée. Il est assoupi, les traits sont profondément altérés. Constipation, lavement glycériné. Pas d'appétit, soif vive. Pouls 98, temp. 39°.

8 matin. Les vomissements continuent. Pouls 104, temp. 39°.

Soir. Même état. Pouls 108, temp. 39° 2/5.

9 matin. La plaie est pleine d'un pus noirâtre fétide, on met dessus un large cataplasme. Le même état général persiste. Temp. 39°.

Soir. Il n'y a plus de vomissements, la fièvre continue et la température reste à 39°.

10 matin. Fièvre très-intense, 116 puls.; les traits s'étirent, le malade est fortement agité. De temps en temps il est pris de frissons excessivement violents, ses dents claquent, et l'agitation est si vive qu'il fait trembler son lit. Temp. 39°.

Le même état continue, le malade s'assoupit, devient indifférent à tout ce qui l'entoure, et meurt dans la nuit des suites d'une infection purulente.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

N° 78. — JEUDI 8 JUILLET 1869. 42e ANNÉE. JEUDI 8 JUILLET 1869. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Décidément M. Jules Guérin est un orateur des plus habiles. On est sous le charme en l'écoutant, et l'on se sent prêt à accepter ses arguments comme indiscutables.

Il a traité d'abord les points de fait dans deux séances qu'il a occupées presque en entier, sans que l'attention des auditeurs se fatiguât. Mardi prochain, il doit développer les points de doctrine, et chacun sait combien est grande sa supériorité comme théoricien.

Nous nous attendons à voir alors se dissiper les quelques doutes que nous ont laissés les premiers discours, et à comprendre enfin comment le cowpox peut acquérir plus d'énergie par l'élément *humain*, tandis que la variole est affaiblie, ou même anéantie, par l'élément *bovin*.

Les principes généraux ne sont-ils pas les mêmes dans les deux cas? Comment, en logique, peut-on déduire deux conclusions contradictoires des mêmes prémisses?

C'est le changement de terrain qui fait dégénérer la variole humaine transmise à la race bovine, et qui en détruit bientôt le principe virulent. La variole en effet est une maladie spéciale à l'homme, et qui a besoin du terrain humain pour prendre un développement complet. Elle n'est jamais anéantie par l'inoculation d'homme à homme, parce qu'alors elle reste dans ses conditions originaires de localité, pour ainsi dire.

Le cowpox, au contraire, originaire de la race bovine, aurait besoin d'être transmis à l'homme et cultivé sur le terrain humain pour acquérir toute son énergie. Inoculé de vache à vache, il s'affaiblirait beaucoup plus vite et perdrait plus facilement ses propriétés.

Je ne conteste pas les faits. Il est possible qu'il en soit ainsi. L'expérience seule peut nous éclairer à cet égard. Ce qui m'inquiète, c'est de savoir comment une même généralisation pourra servir pour expliquer des résultats si dissemblables.

Je me demande, en second lieu, pourquoi l'influence du terrain serait nécessairement bornée à l'influence de race.

Certainement, comme le dit M. Guérin, les sécrétions, les productions, les affections ne sont point identiquement les mêmes dans toutes les races animales; elles se modifient de l'une à l'autre.

Mais est-ce que la syphilis ne modifie jamais les sécrétions, les productions, les affections du syphilitique? Et si l'on reconnaît l'influence du terrain sur le germe, faut-il, *à priori*, repousser comme inadmissible l'influence de la syphilis sur le vérolé, et de celui-ci sur la vaccine?

Ici encore je laisse de côté la question de fait. M. Guérin n'admet pas qu'il y ait de syphilis vaccinale. Aux observations déjà produites, il oppose cette objection : « Tous les enfants considérés comme syphilisés ont guéri, et la plupart sans traitement; ils n'avaient donc pas la syphilis. » Puis il explique de la manière la plus ingénieuse les phénomènes considérés comme suspects. Les uns étaient dus à des influences épidémiques, à la constitution médicale régnante; d'autres se rattachaient à un état constitutionnel, à une diathèse jusqu'alors larvée, et que la vaccination avait mise en mouvement, comme un traumatisme provoque telle ou telle manifestation de la scrofule.

L'enquête serait donc à recommencer.

Mais M. Guérin annonce d'avance que ses résultats devront être éternellement négatifs. Pourquoi cela?

Probablement M. Guérin suppose que la vaccine, transformable par l'influence du terrain, est incapable du métissage.

Mais en dehors de tout métissage, pourquoi deux germes ne pourraient-ils pas se développer parallèlement l'un contre l'autre, de manière à se trouver unis dans la même pustule, sur la même lancette?

Si le traumatisme vaccinal peut éveiller la syphilis sur le point blessé, pourquoi ne l'éveillerait-il pas tardivement, alors que la pustule aurait déjà des caractères qui la feraient considérer comme parfaitement et exclusivement vaccinale?

M. Guérin n'a-t-il pas démontré lui-même que les caractères apparents de la pustule ne prouvaient rien sur la qualité du virus qu'elle contenait?

Nous soulevons toutes ces questions dans l'espoir que M. Guérin les éclairera pleinement dans son troisième discours, tout dogmatique.

Dr VICTOR REVILLOUT.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Des fractures du corps du tibia, le péroné restant intact.

Par M. GEORGES BOYRON.

Nous avons l'intention d'étudier ici les fractures du corps du tibia, sans nous préoccuper de celles des extrémités supérieure ou inférieure de cet os. Nous passerons en revue tous les genres de fractures auxquelles cette portion du tibia est exposée, qu'elles aient été produites par un choc direct ou par un choc indirect. Nous insisterons surtout sur les fractures indirectes, c'est-à-dire celles qui sont produites par contre-coup, après une chute sur les pieds.

Le squelette de la jambe est, comme chacun le sait, constitué par deux os : le tibia et le péroné. De ces deux os, celui qui nous occupe, le tibia, est à la fois le plus long, le plus fort et le plus volumineux. Vers son tiers inférieur, le tibia se rétrécit et prend la forme d'un prisme triangulaire, puis il se renfle de nouveau vers l'extrémité inférieure. Ainsi la partie la moins volumineuse du tibia correspond au point de réunion des trois quarts supérieurs avec le quart inférieur. C'est dans ce point que les fractures ont lieu le plus souvent, car c'est là que le tibia offre le moins de résistance : « Sur trente cas, dit Malgaigne, où le siége de la fracture était indiquée, vingt et une fois elle divisait le tibia dans son quart inférieur, en se rapprochant plus ou moins des malléoles; trois fois elle montait au tiers inférieur, six fois à la partie moyenne. » Cette statistique vient donc confirmer ce que nous avons avancé.

Placé superficiellement sous la peau, et recevant du fémur tout le poids du corps qu'il transmet au pied par l'astragale, le tibia semblerait devoir être atteint et facturé facilement par les violences extérieures et les chutes sur les pieds; mais ces conditions défavorables sont contrebalancées par les suivantes :

1° L'astragale, auquel le tibia s'articule inférieurement, est placé plus près de la partie interne du pied, relevé en voûte, que de l'externe, appliquée contre le sol. Cette voûte, légèrement élastique, protége un peu cet os contre la violence de la commotion à laquelle donne lieu la chute sur les pieds;

2° Les chocs extérieurs, à moins qu'ils soient très-violents, ne peuvent l'atteindre que par sa face interne, les deux autres faces étant protégées contre les chocs extérieurs par les muscles de la jambe, qui amortissent la violence du coup.

Il résulte de ces différentes conditions que, selon le genre des causes qui tendent à le rompre, le corps du tibia est, d'un côté, très-exposé à céder à l'action de ces causes, et de l'autre, plus ou moins capable de leur résister. Il peut, jusqu'à un certain point, résister aux chocs indirects; mais, aux chocs directs, la face interne du tibia se présente sans défense. « Tout choc direct en avant, dit Malgaigne, porte d'abord sur le tibia. » Si une roue de voiture, par exemple, vient à passer sur la jambe d'un homme étendu par terre, le tibia en supportera seul le poids, et, quoique plus fort que le péroné, il se fracturera plus souvent que lui. Les fractures du corps du tibia sont donc plus fréquentes que celles du corps du péroné, mais moins que celles des deux os de la jambe réunis, car la fracture du péroné est souvent consécutive à celle du tibia.

En effet, si le corps du tibia se fracture obliquement, le péroné est, le plus souvent aussi brisé, non par le choc qui a cassé le tibia, mais parce que, une fois brisé, il a été incapable de supporter le poids du corps; ou bien encore, un peu plus tard, les efforts qu'a faits le malade pour se relever et pour marcher ont suffi pour le fracturer. C'est pour cette raison que les fractures de jambe sont plus fréquentes que celles du péroné et même que celles du tibia.

Pour qu'une fracture du corps du tibia se produise, il faut une de ces deux causes :

1° Un choc extérieur;

2° Une chute sur les pieds.

De là deux sortes de fracture : fracture par choc direct; fracture par choc indirect.

Quelques auteurs ont dit que l'action musculaire pouvait suffire pour fracturer le tibia; mais, malgré les observations rapportées par Leveillée, observations relatées plus loin, nous ne pouvons croire que l'action musculaire soit assez puissante pour briser un os sain.

Le choc direct brise le tibia à l'endroit même où agit la force extérieure qui le produit; cependant l'on peut comprendre que le tibia soit quelquefois brisé un peu plus haut ou un peu plus bas que le lieu frappé. En effet, supposons la jambe appuyée horizontalement, la face postérieure sur un plan solide; une roue de voiture passe sur elle, et comme le tibia, dans cette position, ne porte sur le sol que par ses deux extrémités, il est facile de comprendre que la fracture devra se produire au point de moindre résistance, c'est-à-dire au tiers inférieur, lors même que la roue passerait sur la partie supérieure de la jambe; car celle-ci, forte et volumineuse, pourra résister et transmettre une partie de la force qui agit sur elle au point le plus faible de l'os. Cette fracture, qui se produit sous l'influence d'une pression extérieure, ailleurs qu'au point d'application de la pression, n'est, en réalité, autre chose qu'une fracture indirecte.

Les fractures directes ou indirectes présentent entre elles des différences qui sont relatives :

1° A la partie fracturée;

2° A la direction, au nombre et au déplacement des fragments;

3° A l'état des parties molles environnantes.

1° Le tibia peut être brisé à son extrémité supérieure, à son extrémité inférieure et dans son corps. Comme nous l'avons déjà dit, nous ne nous occuperons pas ici des fractures des extrémités de cet os.

Le corps du tibia se brise souvent par contre-coup, à la suite d'une chute sur les pieds, et presque toujours, dans ce cas, il se brise dans son quart inférieur.

2° Les fractures du corps du tibia peuvent être transversales, obliques ou longitudinales. Ces dernières sont très-rares, mais on en trouve un exemple dans Leveillée.

Ce chirurgien (1) nous dit que « en 1800, il a amputé la cuisse d'un soldat autrichien qui avait reçu, à la bataille de Marengo, une balle à la partie inférieure de la jambe. Ce projectile, après avoir frappé le tibia, l'avait fendu longitudinalement et dans toute son épaissseur, depuis son tiers inférieur jusqu'à son extrémité supérieure. » Ce fait met hors de doute la possibilité des fractures longitudinales du corps du tibia.

La fracture *transversale* du corps du tibia, appelée par Velpeau *fracture en rave*, a presque toujours lieu dans le casde contre-coup.

Malgaigne, dans son *Traité des fractures* (2), nie l'existence de la fracture en rave décrite par Velpeau. Suivons l'explication donnée par le célèbre professeur, et cherchons à saisir ce qui a pu l'induire en erreur. « Il n'est pas rare, dit-il, en explorant la face interne d'un tibia fracturé, de reconnaître, en effet, une solution de continuité nette, transversale, sans dentelure, et de là, sans doute, l'assertion de Boyer (relative à la fracture en rave). L'expérimentation rectifie toutes choses. J'ai, en effet, obtenu plus d'une fois de ces fractures purement transversales sur la face interne du tibia, au point que, dans le commencement, je crus tenir enfin un exemple de cette fracture introuvable; mais en isolant l'os de toutes parts, et en séparant les fragments, j'ai toujours trouvé des dentelures multipliées sur les autres faces et dans l'épaisseur de l'os. La prétendue fracture en rave n'existait qu'à la surface, et je note ceci comme d'autant plus remarquable, que je n'ai jamais pu obtenir de semblables apparences sur aucune autre diaphyse, ni même sur les deux autres faces du tibia. » Pour nier ces sortes de fractures, les raisons alléguées par Malgaigne nous paraissent insuffisantes. Il a, nous dit-il, expérimenté et essayé de produire de semblables lésions. Mais ces expériences n'ont pu être faites avec suffisamment de soins; il lui a été impossible de remplacer dans un cadavre l'action musculaire, qui joue assurément un rôle considérable dans la production des fractures transversales. Le tibia a pu être brisé par contre-coup; mais, si la fracture a été plus ou moins oblique, ne sommes-nous pas en droit de supposer qu'elle aurait pu se faire autrement si l'action musculaire était intervenue. Pour trancher cette question, l'expérimentation ne peut suffire, car ici l'expérience est en défaut; on ne peut produire le phénomène dans les mêmes conditions que l'on trouve dans la nature; une condition manquant, l'expérience ne peut être concluante; il faudrait une autopsie pour vérifier si la solution horizontale se borne à une face seulement, ou si elle comprend tout le corps de l'os; mais heureusement la fracture en rave du tibia n'est jamais suivie de mort.

On ne pourra de longtemps lever les doutes qui règnent sur cette question. Du reste, Malgaigne semble avoir joué sur les mots, en n'admettant que les *fractures dentelées*, et c'est avec raison, dit Follin, que Gerdy s'est élevé contre ces subtilités, car c'est la direction générale d'une fracture plutôt que l'inégalité particulière de ces fragments qui permet de classer cette lésion.

Du reste, nous pouvons, avec Velpeau, donner le nom de fracture en rave à toutes celles qui, sur la face interne du tibia,

(1) Leveillée, *Nouvelle doctrine chirurgicale*.
(2) Malgaigne, *Traité des fractures*, tome II.

présenteront au toucher une solution de continuité nette, transversale, sans dentelures. Et toutes les fois que le chirurgien se trouvera en présence d'une semblable lésion, il saura que, de toutes les fractures du tibia, c'est la plus facile à guérir, et celle sur laquelle il pourra porter le pronostic le plus certain au point de vue de la progression du malade.

Les fractures obliques du tibia sont ordinairement produites par un choc direct, pour certains auteurs, indirect pour d'autres. Ces deux moyens peuvent les produire ; nous les admettrons tous les deux.

Elles sont plus graves que les fractures transversales, à cause des déplacements qu'éprouvent les deux fragments. Ces deux fragments, ordinairement en bec de flûte, ont leurs pointes dirigées, l'inférieure en haut et en avant, la supérieure en bas et en arrière. Il est commun de voir une disposition tout à fait inverse ou une déviation en dehors du fragment inférieur, l'autre conservant sa position naturelle. L'intégrité du péroné empêche d'observer le contraire.

Ambroise Paré avait déjà signalé ce fait (1) : « L'os de la gréne seulement rompu se trouve au dedans de la iambe, pourceque le petit estant entier ne le laisse jeter en dehors. »

Quand, dans une fracture oblique du tibia, le fragment inférieur présente sa pointe en haut et en avant, malgré le péroné qui sert d'attelle, la fracture a de grandes chances d'avoir ses fragments déplacés, et la pointe du fragment inférieur pourra faire saillie sur la peau. Les muscles postérieurs, plus nombreux et plus forts, agissant par l'intermédiaire du calcaneum, sur un os rompu, finissent, malgré les attaches du fragment inférieur avec le péroné, par l'attirer en arrière et en lui faisant former avec l'autre fragment un angle plus ou moins saillant en avant. Le fragment supérieur est tiré dans le même sens, par les mêmes muscles, qui s'insèrent à l'extrémité supérieure du tibia ; du reste, quel que soit le sens de la cassure, on comprend que, dans les fractures obliques, l'angle que forment les deux fragments soit presque toujours en avant, et que le membre tende à se fléchir dans le lieu de la brisure. Une observation empruntée à M. Campaignac (2), concernant une jeune fille de douze ans, dont le tibia avait été rompu dans sa partie moyenne par la roue d'un cabriolet, vient confirmer ce fait. Le fragment inférieur faisant saillie en avant et en dedans, on ne put ramener qu'incomplètement la jambe à sa direction naturelle, et le cal se fit avec un léger angle dans ce sens. La mort étant survenue plus tard, la dissection révéla une fracture incomplète du péroné avec courbure de cet os. Il est bien évident qu'ici le déplacement angulaire, déterminé dès l'abord par la cause fracturante, ensuite par le poids du membre, a été entretenu et augmenté par l'action musculaire, après que la position et le pansement de la fracture eurent fait disparaître ces causes. Cette action des muscles postérieurs de la jambe, qui tend à fléchir l'os en avant, est surtout manifeste chez certains enfants rachitiques, qui, sans avoir jamais marché, ont cependant leurs membres inférieurs fortement tendus ; cette courbure ne pouvant dépendre de la pression exercée par le poids du corps et de la résistance du sol, puisque l'enfant n'a jamais marché, ne peut être attribuée qu'à l'action des muscles postérieurs, qui, plus forts et plus nombreux que les muscles antérieurs, ont, par leur force, augmenté la courbe naturelle du tibia.

L'action des muscles postérieurs peut bien produire les effets de flexion que nous venons de signaler ; mais malgré l'opinion de Leveillée (3), nous ne pouvons croire que leur contraction, agissant dans le sens de l'os, soit assez puissante pour fracturer le tibia. Les deux observations qu'il donne à l'appui de son assertion, nous semblent faciles à réfuter.

« Un homme, âgé de 45 ans, descendait très-vite un escalier; son talon étant pris dans une ouverture, il fit un violent effort pour éviter une chute qui n'eut pas lieu ; mais le tiers inférieur du tibia se trouva fracturé. »

Leveillée qui rapporte ce fait, met la fracture sur le compte de la contraction musculaire. Mais il nous semble beaucoup plus naturel de croire que la fracture a été produite par la forte impulsion imprimée au corps tout entier, et subitement réprimée par un effort violent auquel tout le corps a contribué. L'action instantanée de ces deux mouvements opposés suffit parfaitement pour expliquer cette cassure.

L'autre observation que rapporte Leveillée nous semble, au premier abord, beaucoup plus sérieuse, car ici on ne peut nier l'action musculaire ; mais en la lisant jusqu'au bout, on voit que l'action des muscles a puissamment été aidé par l'état général de friabilité des os (4).

« Un enfant âgé de 10 ans se fractura, dans un violent accès d'épilepsie, l'humérus et le tibia gauche. Mais à l'ouverture de son cadavre, on trouva de nouvelles solutions de continuité. » Outre la rupture du tibia, il y avait plusieurs autres os fracturés, ce qui semble indiquer que le système osseux, dans ce cas, était grandement altéré. L'ostéomalaxie dont était atteint le sujet explique donc comment la contraction des muscles a pu fracturer le tibia, qui, comme le reste du squelette, partageait la friabilité générale.

Chez l'homme sain, une pareille chose ne nous paraît pas possible ; du reste, il n'y a pas d'exemple de fracture unique du tibia, produit par la contraction musculaire.

---

(1) Amboise Paré. Œuvres complètes. Vol. II, cap. XXIII. Ed. Malgaigne.
(2) *Journal hebdomadaire*, t. IV, p. 100.
(3) *Nouvelle doctrine chirurgicale*, t. II, p. 165.
(4) Leveillée. *Nouvelle doctrine chirurgicale*, t. II, p. 166.

Dans la fracture oblique, il peut exister encore un autre déplacement ; nous voulons parler du déplacement par rotation ou suivant la circonférence.

A quoi attribuer ce déplacement? A trois causes : 1° au choc extérieur ; 2° au renversement du pied en dedans par son propre poids ; 3° aux mouvements inconsidérés du malade ou au poids des couvertures. Ce déplacement se fait presque toujours en dedans, car le péroné intact empêche le pied de s'infléchir en dehors.

Ce déplacement par rotation n'empêche pas le déplacement angulaire d'avoir lieu ; au contraire, on remarque le plus souvent ces deux déplacements ensemble dans les fractures obliques. Dans les fractures en rave, le déplacement par rotation peut exister seul, car le pied peut tourner sur son axe sans être entraîné par derrière.

Toutes les fois que le tibia sera brisé, soit par choc direct, soit par choc indirect, la fracture pourra se faire sur tous les points de l'os ; mais lorsqu'elle aura lieu par choc indirect, il est évident, d'après la forme, la courbure et les dimensions du tibia, qu'elle sera plus fréquente dans le point où cet os présente le moins de force, le moins d'épaisseur, c'est-à-dire, comme nous l'avons vu plus haut, à la réunion des trois quarts supérieurs avec le quart inférieur. Les fractures du tibia, par contre-coup, auront donc lieu presque toujours en cet endroit. C'est ce que les trois observations suivantes, recueillies dans le service de M. Demarquay, viennent confirmer.

Avant de les rapporter, comment expliquer le mécanisme de ces fractures en rave ? Il est assez difficile, au premier abord, de comprendre comment un choc de haut en bas, un choc vertical peut amener une cassure de l'os qui sera horizontale. Mais si l'on veut réfléchir, on verra que tout se résume à une simple question de décomposition de forces. La pression verticale qui résulte du poids des parties supérieures du corps, peut se décomposer en deux pressions élémentaires : l'une, dirigée suivant la longueur même de l'os, dont l'effet sera annulé ou déterminera un tassement dans la partie la plus faible, c'est-à-dire vers le quart inférieur ; l'autre, perpendiculaire à la direction de l'os, tendant à l'entraîner latéralement. C'est du conflit de cette force latérale avec la résistance qu'elle éprouve de la part du sol, lequel s'oppose au déplacement de la portion inférieure du tibia, c'est de ce conflit de deux forces latérales que doit résulter le brisement au point de moindre résistance. Ce résultat sera favorisé par le tassement que tend à produire la composante verticale du poids, puisque la résistance du point le plus faible ne peut qu'en être encore diminuée. La décomposition de force dont nous parlons, explique aussi bien la fracture oblique que la fracture en rave. L'existence plus spéciale de cette dernière ne peut tenir qu'au tassement ou au mouvement élastique ondulatoire dû à la composante verticale, que tous les auteurs, Malgaigne entre autres, ont eu le tort de négliger dans leurs explications.

TUMEUR CONGÉNITALE EMBRIOPLASTIQUE

ADHÉRENTE A LA PARTIE SUPÉRIEURE DU COCCYX.

Opération 48 heures après la naissance. — Guérison.

(Observation communiquée par M. Depaul à la Société impériale de Chirurgie. — Séance du 12 mai).

Antécédents. — La mère de l'enfant qui va faire le sujet de cette observation, est une femme de 35 ans, jouissant d'une bonne santé. Elle accoucha pour la première fois il y a dix-sept ans, et a eu successivement sept enfants, tous très-gros à leur naissance, et dont trois seulement sont en vie ; deux sont morts assez avancés en âge ; le sixième est mort à quatre ans, sans avoir jamais pu marcher, et il a fallu employer le forceps pour l'accoucher de son septième enfant, qui était, lui aussi, énorme et qui a été mort-né.

Accouchement. — Cette femme est redevenue enceinte pour la huitième fois, il y a neuf mois environ. Le lundi 19 avril, à sept heures du matin, ressentant quelques douleurs lombaires, elle fit appeler une sage-femme, qui constata tout d'abord une infiltration assez marquée au bas des jambes, aux grandes lèvres et au bas du ventre. Cette femme ne se plaignait pas trop et n'avait aucun commencement de travail. Cependant les contractions se firent bientôt sentir; le col se dilata rapidement, et à dix heures du matin on constata une dilatation complète. La sage-femme toucha à ce moment et ne sentit aucune partie. Embarrassée, et craignant de donner lieu à quelque accident, la sage-femme ne rompit pas la poche des eaux, mais cette rupture se fit spontanément à trois heures et demie du soir (la quantité de liquide amniotique écoulée a été évaluée à cinq litres environ); c'est beaucoup peut-être, mais cela prouve au moins qu'il y avait beaucoup de liquide. On procéda à un autre examen par le toucher, mais sans aucun succès ; on ne pouvait atteindre la partie placée au-dessus du détroit supérieur.

Par le palper, on sentait deux tumeurs : l'une dans la fosse iliaque droite, et l'autre un peu au-dessous de l'ombilic; cette sensation était cependant un peu confuse, à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale.

A l'auscultation, on entendait les battements du cœur, très-distincts et très-réguliers dans la région droite inférieure de l'abdomen.

A quatre heures, comme rien ne s'engageait, la sage-femme introduisit la main dans l'utérus, et trouva une tumeur un peu flasque, charnue, qu'elle reconnut tout de suite pour ne pas être la tête. Elle contourna la tumeur, sentit un pédicule implanté entre les deux fesses, et avançant un peu plus, sa main passa entre les deux cuisses de l'enfant. Dirigeant ensuite la main du côté droit de la femme, elle sentit le sternum et les côtes, bientôt ensuite la tête de l'enfant dans la fosse iliaque droite. Elle put se rendre compte ainsi de la présentation et de la position; c'était une présentation de l'épaule droite en position céphalo-latérale droite, dos en arrière.

La sage-femme se décida alors à faire la version; elle alla trouver un pied au fond de l'utérus et fit quelques tractions légères. Voyant qu'il y avait un peu de résistance, elle prit l'autre pied, qu'elle amena sans trop de difficultés à la vulve, où on le retint par un lacet. L'autre jambe fut prise ensuite, et entraîna avec elle la tumeur que l'on avait déjà sentie. Quelques tractions, les douleurs aidant, ont fait sortir le tronc et la tête à quatre heures et demie du soir.

L'enfant, du sexe féminin, était très-infiltré, avait rendu du méconium, n'avait pas crié tout de suite, mais il a été vite ranimé.

La délivrance fut naturelle ; on trouva un placenta très-volumineux, mais n'offrant rien de particulier.

Mercredi 21 avril, on apporta cet enfant à la clinique. Je pus alors constater l'existence d'une grosse tumeur implantée à la pointe du coccyx par un pédicule gros comme l'extrémité du pouce et long de 1 centimètre et demi. Cette tumeur était enflammée; des phlyctènes en grand nombre la couvraient, et l'enfant criait dès qu'on la touchait.

Je fis placer l'enfant sur le dos, les jambes en l'air, lier le pédicule. Après cette ligature très-solide, le pédicule fut coupé entre la ligature et la tumeur; mais dès que la tumeur eut été enlevée, la ligature tomba et un jet de sang assez fort jaillit; je liai immédiatement cette artère, dont le calibre peut être évalué à celui d'une très-petite ficelle. Après la constatation d'un autre jet de sang, je dus lier une autre petite artériole. Du sang coulait encore en petite quantité; je pris la peau en haut et en bas, je rapprochai les deux bords de la plaie, je piquai une épingle dans l'axe du sillon des fesses et je fis une suture entortillée, sur laquelle j'appliquai un peu de perchlorure de fer. On peut évaluer la quantité de sang que cette enfant a perdue à une cuillerée à peu près. Depuis ce moment l'hémorrhagie cessa, et après une heure de surveillance on pansa l'enfant, qui fut emporté chez lui.

Le 22, on a rapporté l'enfant. Sa plaie va très-bien; il n'y a eu aucune hémorrhagie.

Le 24, on apporte de nouveau le petit malade. La suture ayant de la tendance à tomber, je coupai l'épingle pour faciliter son extraction, et la suture tomba. De nombreux bourgeons charnus apparaissent sur les bords de la plaie. L'état général de l'enfant est excellent, il tette et digère très-bien.

Le 27 avril, la plaie est presque guérie.

Examen de la tumeur. — Cette tumeur ovalaire, grossièrement conique, se terminant en pointe du côté du pédicule, ressemblant assez à une grosse pomme de terre, est applatie d'avant en arrière, mais a des bords larges. Suivant son diamètre antéro-postérieur dans le sens du pédicule à la base, elle mesure 30 centimètres de tour; suivant son diamètre transverse, 29 centimètres de tour. Suivant un de ses diamètres obliques, elle a 29 centimètres; suivant l'autre, 30 centimètres de tour. Elle pèse 470 grammes. Sur une des faces et le bord opposé au pédicule, on remarque des cheveux assez longs et assez nombreux, au milieu desquels on observe une dépression, que l'on peut estimer à un demi centimètre de profondeur, et une saillie assez notable, qui ressemble à un rudiment d'oreille. Sur un des bords latéraux, on trouve une petite ouverture dont les bords sont rouges et froncés, dans lesquels un stylet pénètre sur une longueur de 5 à 6 centimètres, et qui paraît être un anus. Sur une autre face on observe un cordon à l'état rudimentaire.

On incise la peau de cette tumeur sur un des bords, cette peau est fixe et transparente; au-dessous de la peau se trouve du tissu adipeux, amassé en gros peloton, renfermant dans ses mailles une quantité assez grande de sérosité, de 80 à 100 grammes. On dissèque la peau tout autour, et on voit le tissu adipeux, plus dûr en certains endroits que dans d'autres : ici d'un blanc mat et très-infiltré, là un peu rosé et non infiltré. Cette graisse forme une couche extérieure de 4 à 5 centimètres. L'incision pénétrant plus avant dans la tumeur, on rencontre le conduit qui fait suite à ce qui extérieurement paraît être l'anus, conduit aplati et qui aboutit au centre de la tumeur. Ce conduit ressemble à un intestin; après l'avoir incisé dans le sens longitudinal, on voit des fibres longitudinales lisses, et on remarque qu'il est, à 3 ou 4 centimètres, assez notablement rétréci; il y a là comme une espèce de bourrelet; la sonde cannelée pénètre dans ce petit orifice sur une longueur de 2 centimètres. Un muscle assez volumineux part du pédicule et va se terminer au centre de la tumeur ; tout à côté de lui et se dirigeant dans le même sens, on aperçoit un vaisseau. Le centre de la tumeur est formé par des parties ossiformes, cartilagineuses, assez confuses, au milieu desquelles on sent très-bien quatre petits os ; deux paraissent être des os longs et sont munis d'une tête encroûtée de cartilage, les autres paraissent être des os plats.

Examen microscopique. — La tumeur, portée chez M. Maron, interne des hôpitaux, a été examinée par lui au microscope, et il a eu l'obligeance de remettre la note suivante :

Le tissu adipeux est identique à la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée.

Dans les portions musculaires, on trouve des fibres de deux à trois centièmes de millimètres ; quelques-unes sont manifestement striées, mais la plupart paraissent altérées, et présentent un état granulo-graisseux sans striations.

Les éléments cartilagineux, capsules de cartilages, protoplasma et noyaux, sont très-nets. Les cellules, rapprochées les unes des autres dans la partie centrale, sont à peine séparées par une substance fondamentale hyaline ; à la périphérie elles sont plus écartées, et la substance intermédiaire offre une striation fibroïde.

Les portions ossiformes ne présentent au microscope ni ostéoplastes, ni canalicules s'anastomosant les uns avec les autres. En réalité, elles sont constituées par des lamelles d'un tissu ancien infiltré de sels calcaires ; au milieu de ces lamelles on voit de nombreux orifices analogues aux canaux de Havers.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 6 juillet 1869. — Présidence de M. BLACHE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné

en 1868 dans les départements du Tarn, du Cher, de l'Ardèche, de Tarn-et-Garonne, de la Lozère, des Basses-Pyrénées, de la Charente, de la Côte-d'Or, du Puy-de-Dôme (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire sur une nouvelle méthode du traitement de la goutte, par M. le docteur Fontaine (de Marseille) [Commissaires : MM. Beclard, Bourchardat et Vulpian].

2° La relation d'une épidémie de fièvre typhoïde dans le canton de Mont-Moran, par M. le docteur Bonaston.

3° La relation d'une épidémie de variole qui a sévi à Alleras (Haute-Loire), en 1868, par M. le docteur Cambassédes.

4° L'exposé de la situation sanitaire de l'arrondissement de Cherbourg pendant l'année 1868, par M. le docteur Loisel. (Commission des épidémies).

5° Une note sur la mortalité des nourrissons, par M. Marbeau, président de la société des Crèches. (Commissaires : MM. Guérard et Delpech.)

6° Une note de M. Achille Brachet sur l'application des corps incolores, fluorescents et liquides au dermotoscope, à l'ophtalmoscope et au microscope dioptique composé.

M. ROBINET présente une brochure de M. Mayet, relative à l'alimentation des glycosuriques.

M. JULES GUÉRIN présente, au nom de M. le docteur Delzenne, une thèse inaugurale sur les doctrines et les connaissances nouvelles en syphiliographie.

M. GUBLER dépose sur le bureau une note manuscrite de M. Derlon, interne des hôpitaux, concernant le réactif de Schoënbern pour l'acide cyanhydrique.

Suivant l'auteur, ce réactif (papier à filtrer blanc imprégné de teinture de Gayac et trempé dans une dissolution de sulfate de cuivre), prendrait une coloration bleue très-intense, non-seulement au contact de l'acide cyanhydrique, mais encore avec les liqueurs et les vapeurs ammoniacales, avec l'albumine, avec le gaz nitreux et l'acide azotique, avec les vapeurs émanées de l'eau Régale, avec le chlore, les hypochlorites et l'iode.

M. GAVARRET présente, au nom de M. Trouvé, fabriquant d'instruments de chirurgie, un petit appareil portatif destiné à découvrir, au moyen des courants électriques, les corps métalliques enfoncés dans les veines. Cet appareil est une modification ingénieuse de l'appareil primitif de M. le docteur Favre, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Marseille.

M. Gavarret pense que l'instrument de M. Trouvé peut rendre de grands services à la chirurgie, notamment à la chirurgie militaire.

RAPPORT

M. GAVARRET lit ensuite, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Berthaud et Regnault, un rapport sur un nouvel optomètre de MM. Maurice Perrin et Mascart, destiné à faire reconnaître et à mesurer les vices de réfraction de l'œil. M. le rapporteur donne la description de l'instrument et en expose le mécanisme. Il termineainsi :

« Le mémoire de MM. Perrin et Mascart prouve qu'ils ont approfondi toutes les questions relatives aux diverses amétropies par réfraction. L'optomètre qu'ils ont soumis au jugement de l'Académie est d'un maniement très-simple, et permet de déterminer rapidement et avec une exactitude suffisante, la nature et le degré des vices de réfraction en même temps que les puissances des verres correcteurs employés dans chaque cas particulier. Cet optomètre est appelé à rendre de grands services aux praticiens. Votre commission a l'honneur de vous proposer de voter des remerciments à MM. Maurice Perrin et Mascart et de renvoyer leur mémoire au comité de publication. » (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Davaine, membre associé libre. M. Husson a prononcé un discours sur sa tombe et s'est fait l'interprète des sentiments et des regrets de l'Académie.

Discussion sur la vaccine.

M. GUÉRIN. Dans la dernière séance, je vous ai parlé des objections que l'on adressait à la vaccine humaine : sa *dégénérescence* et la syphilis animale.

Il faut aujourd'hui que j'entre dans le fond même du sujet et que je compare les deux vaccines, l'ancienne et la nouvelle. Mais avant de le faire, avant de parler des deux vaccines, parlons des vaccinateurs. Car il faut connaître le passé des hommes pour en connaître aussi la pensée intime.

M. Depaul nous a dit dernièrement : « Personne plus que moi n'est dévoué à la vaccine. » Il y a quelques années il disait : « La vaccine n'existe pas. »

De quelle vaccine s'agit-il donc dans le premier cas. Ce n'est pas évidemment de la vaccine jennerienne, car il l'a d'abord considéré comme une variété de la variole. Il abandonna plus tard cette opinion devant les espérances faites depuis par M. Chauveau (de Lyon) et autres, et cependant je crois pouvoir affirmer que mon honorable contradicteur n'est et n'a jamais été *dévoué* qu'à la vaccine animale.

Pour moi, je suis et j'ai toujours été l'apôtre de la vaccine. Tous mes écrits et tous mes actes le prouvent.

J'avais d'abord proposé une triple distinction :

1° La vaccine jennerienne;

2° La vaccine humaine;

3° La vaccine animale.

Mon contradicteur l'attaque et j'y renonce. Je pose donc nettement la question entre la vaccine jennerienne et la vaccine animale. Dans l'un et l'autre cas, la maladie des animaux, le cowpox sert de base; c'est la source des deux procédés. Mais d'un côté il est inoculé, de l'autre il est spontané. La vaccine animale est inoculée directement de la bête à l'homme. C'est ce que Jenner n'a jamais fait. Il a pris seulement occasion du cowpox spontané et de l'exception analogue qui s'était produite sur l'homme, pour s'emparer de *cet élément devenu tout humain*, et l'inoculer à d'autres hommes.

Ainsi, messieurs, il ne faut pas confondre la cowpox avec la vaccine animale. Le cowpox est spontané, tandis que l'autre affection est inoculée. Or il faut bien savoir que la succession des inoculations diminue toujours la virulence. C'est là une règle générale. Je l'ai démontré autrefois à propos de la morve.

M. Depaul a reconnu lui-même cette vérité, à propos de la vaccine jennerienne qui, dit-il, s'est atténuée, affaiblie et presque anéantie par la suite des inoculations. Enregistrons cette donnée vraie et appliquons la à la vaccine animale.

Mais, messieurs, le cowpox inoculé de génisse à génisse, de bête à bête, ne peut que s'affaiblir. La vaccine, telle que Jenner l'a inoculée, a acquis, au contraire, un élément tout nouveau, l'*élément humain*. Chaque race a, en effet, sa nature et sa constitution spéciale. Tout ce qui en sort prend un caractère générique à part; ses maladies, comme ses sécrétions sont à son image. Les différences deviennent alors capitales.

On a contesté que l'élément humain jouât un certain rôle dans la vaccine. On m'a dit que j'avais fait là des théories de cabinet, qui ne reposaient sur aucun fait. M. Depaul a déclaré ne m'avoir pas compris. Je reprends donc ma démonstration, et cette fois j'espère la rendre assez claire pour être comprise par tous. Je prouverai l'influence de l'élément humain par les différences qui séparent les deux vaccines, par les symptômes de ces deux affections, par leur durée et par leurs résultats.

Il ne faut pas croire que l'affection qui s'est produite une première fois d'elle-même chez l'homme et qui est devenue humaine soit la même chose que la maladie spéciale à la race bovine. La vaccine n'est pas la variole humaine d'une espèce spéciale comme on l'a dit. Mais ce n'est pas non plus la variole de la vache. C'est une éruption à part, qui, causée d'abord par le *voisinage* et non par l'*inoculation* du cowpox *spontané*, est devenue quelque chose d'essentiellement *humain*.

L'influence du terrain où on sème les *virus* est telle que la variole humaine, transplantée chez les animaux, s'éteint et ne se transmet plus au bout de trois ou quatre inoculations.

Mais si l'élément humain a vraiment cette importance, s'il donne à la vaccine un cachet spécial, entraîne-t-il aussi des différences pratiques qui le séparent réellement et profondément de la vaccine animale? Cette distinction que nous prétendons établir retentit-elle sur l'évolution et la marche des deux vaccines? M. Depaul affirme le contraire. Il ne sait pas où j'ai pris mes descriptions. Il proteste vivement contre elles. Examinons et prouvons les grandes différences des deux affections, qui sont dans la nature même des choses; elles sont dans l'ensemble beaucoup plus que dans les détails où M. Depaul se complaît.

L'inoculation, l'incubation, sa durée, sa terminaison, la virulence, l'époque de la virulence, le transport du virus et enfin les effets réels et comparatifs de l'innoculation, voilà les grandes lignes qu'il ne faut jamais perdre de vue. C'est là que sont aussi les bases de nos distinctions.

Pour moi, j'avoue franchement que j'avais cru que tout le monde était d'accord sur ces faits, et s' ce n'est sur leurs conclusions légitimes, au moins sur leurs natures et leurs modalités diverses. Il n'en est pas ainsi.

Examinons, spécifions et prouvons donc ce que nous ne croyons nié par personne.

1° Et d'abord la vaccine animale est *très-lente* pour aboutir. Elle met cinq, six, sept, huit, neuf et jusqu'à *douze* jours parfois pour produire son éruption. La vaccine jennerienne en met *trois*.

2° Quant à la *marche*, « la vaccine humaine lève plus vite et dure plus longtemps. »

3° *L'époque de la virulence* est bien plus éphémère, dans la vaccine animale. Quelqu'un que je pourrais citer, et qui fait autorité en pareille matière, disait : « Prenez du vaccin du 5e ou 6e jour, autrement je ne réponds de rien. » Il faut de plus que l'humeur soit excessivement limpide, tandis que pour la vaccine humaine on employe même les croûtes. M. Depaul donne lui-même tous ces détails.

4° Il faut aussi remarquer une grande différence dans la *résistance du principe virulent* des deux vaccines. On ne peut employer ni plaques, ni tubes pour la vaccine animale. On veut la bête. Il n'en est pas de même pour le virus jennerien.

5° Un dernier point se présente à notre examen, c'est le degré comparatif de *préservation* des deux vaccines contre la variole. Tout le monde connaît depuis longtemps les résultats de la méthode de Jenner. Quant au nouveau procédé nous ne sommes pas aussi riches en documents à beaucoup près. M. Depaul nous en promet toujours, mais ils ne sont pas encore venus.

Tout cela, messieurs, ne repose pas sur des distinctions *à priori* ou des conclusions métaphysiques. Ce sont des faits et des *faits positifs*, bien que M. Depaul prétende ne pas savoir où nous les avons pris.

Ces faits, la nature elle-même nous les a fournis, et nous les avons observés maintes fois avec une scrupuleuse attention. Mais si cela ne suffit pas à l'honorable conservateur de la vaccine, je lui donnerai d'autres preuves et d'autres autorités qui toutes ont été choisies dans son camp.

M. Millet, dans un mémoire dont les conclusions sont pourtant favorables à la vaccine animale, dit que celle-ci met 6, 7, 8, 10 jours à se montrer, et que tout se termine en trois ou quatre jours. Un autre partisan de la vaccine animale, M. Monot, dit aussi que : « la vaccine animale est plus lente à se produire et va plus vite. » Je pourrais citer bien d'autres autorités du même genre si le temps ne me manquait.

Ajoutons seulement qu'un homme à qui la vaccine animale doit beaucoup, donnait les mêmes détails, aussi nettement affirmés, il n'y a pas bien longtemps. Cet homme est M. Depaul, et le travail auquel nous faisons allusion est son *Rapport officiel de* 1864.

Quand aux *phénomènes généraux* des deux vaccinations, il y a eu à ce sujet trois éditions successives dans les idées de M. Depaul, et en conséquence il a raconté ces faits, d'abord d'une manière, puis d'une autre manière, et enfin d'une troisième manière. En 1864 : « Nous n'avons pas remarqué, dit-il, de phénomènes généraux plus marqués dans la vaccine animale... La peau est quelquefois chaude, mais le pouls reste calme. Il n'y a pas de fièvre. »

Deuxième édition : « Il nous a paru cependant que parfois les phénomènes généraux étaient plus marqués. Il y avait alors de la fièvre. »

Troisième et dernière édition : « Les réactions locales sont plus tranchées, les cicatrices plus larges, plus profondes. La fièvre vaccinale, presque oubliée depuis Jenner, reparait enfin dans toute sa force. »

Messieurs, il est bien possible que les faits aient changé du tout au tout depuis 1864. Il y a de si singulières *constitutions médicales*... Mais, messieurs, laissez-moi vous le dire, s'il y a des constitutions médicales, il y a aussi parfois des *constitutions cérébrales*, et pour ma part, je crains bien que de telles corrections *dans les faits*, arrivant si à propos, ne nous en dénotent une.

Quoi qu'il en soit de toutes ces éditions, je préfère la première et je m'en tiens là. Permettez-moi donc de conclure, avec tant d'autorités inattaquables pour moi, et avec celle de M. Depaul lui-même, qu'il existe bien réellement des différences essentielles dans la nature et la marche des deux vaccines.

Quant aux conclusions à tirer de *ces faits*, elles sont toutes naturelles et bien simples :

1° La vaccine animale est plus lente à se produire, la période d'incubation est plus longue. Donc le virus est moins énergique ou trouve un terrain trop mal préparé pour y pouvoir germer. C'est un principe général. M. Chauffard et M. Hervieux l'affirment avec moi. (*Société médicale des Hôpitaux*.)

C'est ainsi qu'il en est pour le choléra : au commencement de l'épidémie, il n'y a presque pas d'incubation. Le choléra est foudroyant. Quand le choléra devient plus faible, quand on peut le guérir, l'incubation devient assez longue. L'épidémie est épuisée.

2° La marche est plus courte; par conséquent le virus est moins fort. Ce qui est faible ne vit pas longtemps.

3° La période de la virulence est *éphémère* dans la vaccine animale. Il faut la saisir diligemment pour qu'elle ne vous échappe point. Donc, encore une fois, la vitalité du virus est moins grande.

4° Quand à la *conservation* du vaccin, elle est très-difficile, pour ne pas dire impossible, dans la vaccine animale. Il faut recourir à la bête. Donc le virus est moins actif, moins puissant que dans la vaccine jennérienne, qui se conserve indéfiniment.

Ce sont là des données de bon sens. Je n'insisterai donc pas.

Reste la question importante, la question de *préservation* comparative contre la variole.

Nous avons déjà demandé à notre collègue s'il avait observé d'une façon nette les résultats obtenus par le nouveau système. Il nous a dit : « C'est fait, » mais nous n'avons encore rien vu venir. Nous attendons.

Quand aux bons résultats de la vaccine jennérienne, ils sont connus de tout le monde.

Cependant, avant d'aller plus loin, il importe que nous revenions sur une distinction déjà faite par nous. Nous avons dit qu'il existait deux variétés dans la vaccine humaine : la vaccine jennérienne et la vaccine hybride, si je puis m'exprimer ainsi.

Cette seconde méthode consiste à transporter la vaccine humaine sur la bête et à la reprendre ensuite pour l'inoculer à l'homme.

Les résultats en sont très-curieux. Je les indique d'après les fauteurs de la vaccine animale. Selon l'éminent rapporteur de la vaccine à l'Académie de Belgique, la vaccine hybride produit des éruptions plus belles que la vaccine animale pure et simple. « Il semble même, ajoute-t-il, que son action est plus puissante. » Eh bien, messieurs, s'il en est ainsi, l'*élément humain* dans la vaccine n'est point à dédaigner, c'est quelque chose, quelque chose d'actif, enregistrons cet aveu.

Cependant notre honorable contradicteur émet, pour la vaccine animale, un argument fondamental. Il s'attache à démontrer la supériorité de la pustule produite par le nouveau procédé sur celle de l'ancienne.

Or, *en fait*, la pustule est-elle plus grande? Je trouve précisément le contraire dans le rapport à l'Académie de Belgique. Il faut l'*élément humain*, la méthode hybride, selon le rapporteur précité, pour que la pustule soit pleinement belle.

Dans une expérience comparative, faite ici devant la commission de l'Académie, on a obtenu le même résultat ou à peu près, en inoculant les deux virus, l'un au bras gauche, l'autre au bras droit d'un même sujet. Les pustules étaient aussi belles d'un côté que de l'autre. M. Depaul dit au sujet de cette expérience que c'était sans doute la vaccine animale qui avait donné un coup de fouet à l'autre vaccine. L'hypothèse contraire me semblerait toute aussi probable, et, pour ma part, je dirai que c'est la vaccine humaine qui a donné un coup de fouet à l'autre virus.

Mais que veut dire la pustule? C'est un phénomène de réaction purement local qui ne préjuge en rien l'énergie du virus. C'est par les résultats et non par la pustule que l'on doit juger la vaccine. M. Bucquoy cite l'exemple d'un médecin qui s'inocula lui-même, avec le virus d'une superbe pustule, sans rien obtenir. Un autre inocula 118 enfants avec le vaccin d'une pustule non moins belle, et cela sans obtenir le moindre résultat. Ce médecin est M. Lavedon, deux fois lauréat de l'Académie, et habitant le Morbihan.

Tous ces caractères objectifs de la pustule ne prouvent donc rien du tout sur sa virulence.

Il me reste à demander à l'expérience générale ses résultats.

Ces résultats sont jusqu'à présent assez négatifs pour la vaccine animale; cependant, je veux aller très-loin dans la voie des concessions. J'admets donc qu'avec de grandes précautions, avec un talent et une habileté semblables à celle de M. Depaul, on arrive à quelque chose d'un peu mieux que ce qu'on a produit jusqu'ici. Personne ne doute de la science de mon honorable contradicteur; il peut donc obtenir beaucoup... mais alors la vaccine est perdue.

Comment voulez-vous donc que les médecins de campagne aient toute la science et l'habileté de M. Depaul? S'il n'en faut pas moins pour pouvoir vacciner, renonçons à tout jamais à la vaccine.

Je n'ai assisté qu'à une seule des expériences comparatives de M. Depaul. C'était le 13 mai 1868. Je n'ai entendu aucune réserve faite avant l'expérience, mais beaucoup après. Car il faut bien le dire, cette expérience fut complétement défavorable à la vaccine animale; aucun de ceux qui avaient été inoculés avec le cowpox pris sur la vache ne portait de pustules. On m'a dit ensuite qu'on avait voulu voir si le cowpox réussissait encore lorsqu'on l'employait à une période tardive, passé le 7e jour : si rien n'avait été produit, on ne pouvait rien en conclure puisque le virus était avarié. Telles sont les explications que j'ai entendues après que l'insuccès eût été

constaté. On n'en avait rien dit avant, et certes je n'eusse pas supposé qu'en nous convoquant, M. Depaul ait eu d'avance l'intention de ne pas réussir dans son expérimentation de la vaccine animale.

En revanche les résultats, obtenus par notre collègue, furent magnifiques pour la vaccine humaine. On inocula 68 personnes, on en revit 60, et sur ces 60 cas on compta 60 succès. Le nombre total des pustules fut de 168, près de trois par bras. Devant des résultats pareils peut-on dire que la vaccine ait dégénéré ?

J'ai cité précédemment 8 médecins des hôpitaux de Paris, MM. Empis, Moutard-Martin, Ferréol, etc. Tous ont apporté au moins un élément de conviction constituant un ensemble défavorable à la vaccination animale. Ils avaient vu les inoculations ne pas réussir.

Qu'a répondu notre collègue?

Il a dit que c'étaient là des *conversations* et non des preuves.

Eh bien, je repondrai que quand tout le monde converse ainsi, ces conversations constituent ce que l'on appelle le sentiment public et général.

Quoi qu'il en soit, j'ai tâché de connaître les *conversations* plus récentes des médecins des hôpitaux de Paris depuis la dernière discussion. Je dois dire qu'elles sont rares depuis quelque temps dans ces sociétés. Il semble que M. Depaul tienne en échec les autres médecins. On attend, pour parler, la fin de la discussion qui commence. Cependent M. Lallier est venu confirmer ce qui avait été dit précédemment. Il a engagé ses confrères, pendant une épidémie de variole, à ne pas trop se fier à la vaccination animale, qui échoue le plus souvent dans les hôpitaux.

Les rapports des vaccinateurs sont pleins de résultats magnifiques obtenus par le vaccine humaine.

M. Leduc (de Seine-et-Oise), n'a eu qu'un insuccès sur 354 inoculations. M. Ancelin (de Seine-et-Oise), a déclaré qu'entre ces résultats de la vaccine animale et ceux de la vaccine humaine, la proportion est de 10 à 30. M. Liouville dit que sur 137 inoculations avec la méthode jennérienne, il a eu 130 succès, etc..

Quant aux résultats obtenus par la vaccine animale, ils sont bien moins beaux. M. Chevandier (de la Drôme) dit que le cowpox est tardif et éphémère.

M. Simonin (de la Meurthe) affirme que dans les trois quarts des cas le cowpox n'a pas réussi. Mais en revanche, ajoute-t-il, quand il réussissait, les résultats étaient magnifiques, et ce qu'il y a de curieux à noter, c'est que ces résultats superbes et ces insuccès complets ont toujours été produits par le même vaccin, par le même virus extrait des mêmes pustules. Il faut donc reconnaître qu'il existe une grande irrégularité dans les effets produits par la vaccine animale.

Quant à la question la plus importante au degré de préservation contre la variole, tout le monde connaît les résultats obtenus par le virus jennerien. Il n'en est pas de même pour la nouvelle vaccine.

M. Depaul a essayé des revaccinations; il a d'abord inoculé de nouveau le virus à une vache. Cette vache est malheureusement morte... de maladie. Il a ensuite expérimenté sur trois enfants, un mois, un mois et demi et deux mois après la promière vaccination. Il n'a rien obtenu, ce qui n'a, semble-t-il, rien de bien étonnant.

Enfin, des enfants sont restés *quelques jours* après la vaccination au milieu d'un foyer de variole sans être gagnés par la contagion. La chose peut encore s'admettre sans être pour cela bien probante.

M. Depaul conclut en terminant que de *telles observations* sont inutiles. Je le crois bien, et je suis, pour ma part, entièrement de son avis.

Nous attendrons donc que la vaccine animale ait reçu, comme celle de Jenner, la sanction du temps et de l'expérience pour croire pleinement à son efficacité.

La séance est levée à 5 heures et quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 28 mai 1869, M. Alcantara, docteur en médecine, suppléant pour les chaires d'accouchement et de chirurgie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est chargé du cours de pathologie interne à ladite école, eu remplacement de M. Frison, démissionnaire.

Par arrêté du même jour, M. Stéphann, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'accouchement et de chirurgie à ladite école.

— Par délibération de la commission administrative des hospices de Marseille, MM. les docteurs Roux (de Brignolles) et Villard ont été promus médecins en chef des hôpitaux. Par la même délibération, M. le docteur Van-Gaver est chargé du service de l'hospice de La Charité en remplacement de M. Roux (de Brignolles). Ces trois médecins avaient été nommés au concours *médecins-adjoints des hospices*, le premier en 1856, les deux autres en 1857.

— Un prix de 3,000 roubles (12,000 fr.) est fondé par le Conseil de médecine de Russie, et sera décerné, le 12 octobre 1871, au meilleur ouvrage sur la vaccination.

— Le gouvernement espagnol a concédé aux médecins portugais la faculté d'exercer dans toute la Péninsule, en assimilant ces titres et diplômes portugais à ceux des médecins espagnols, et en leur reconnaissant les mêmes droits.

— La Société de médecine de Paris, dans sa séance du 2 juillet, a déclaré vacantes deux places de membre titulaire.

Pour être admis il faut : 1° être docteur en médecine; 2° adresser au président une demande écrite, accompagnée d'un exemplaire ou de l'indication des travaux antérieurs; 3° faire, à une séance de la Société, la lecture d'un travail inédit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recueil de questions posées aux examens de médecine et aux accouchements. Prix : 1 fr. 50 le volume. — Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tumeurs du cervelet.

En ce moment se trouve dans le service de M. le professeur Richet un homme de 32 ans, que l'on considère comme atteint d'une tumeur du cervelet.

Cet homme est malade depuis le mois de décembre 1868. Il a eu d'abord des vomissements, et de grands maux de tête, qui siégeaient principalement en avant et à gauche. Sa démarche devint moins assurée, et il s'aperçut que sa vue baissait rapidement. L'œil gauche se perdit dans le courant de janvier, et dès le mois de mai la cécité devint complète. Les pupilles, très-dilatées, étaient immobiles, et l'examen ophthalmoscopique, pratiqué par M. le docteur Galezowski, révéla une névrite optique dans les deux yeux.

Les papilles des nerfs optiques étaient fortement gonflées et saillantes, leurs contours étaient en partie masqués par des exsudations blanchâtres, qui recouvraient les vaisseaux sur plusieurs points. Les vaisseaux veineux, très-développés, devenaient tortueux au sortir de la papille. Dans l'œil droit, on apercevait sur leur trajet quelques petits foyers hémorrhagiques.

Depuis ce premier examen, les choses sont restées à peu près dans le même état, sauf que les foyers hémorrhagiques ont disparu.

Voyons maintenant comment l'ensemble des symptômes a pu conduire au diagnostic d'une tumeur cérébelleuse.

La névrite optique par elle-même n'indiquerait rien sur la nature de la maladie encéphalique qui l'a causée ; du moins telle est l'opinion soutenue par M. le docteur Galezowski dans un mémoire récemment publié par les Archives de médecine, et, journellement, à la clinique ophthalmologique de M. Richet.

Toute espèce d'irritation portant sur les nerfs optiques ou sur leurs enveloppes, sur leur chiasma, sur les couches optiques ou même sur les tubercules quadrijumeaux, peut provoquer une périnévrite et une névrite optiques.

Que cette irritation soit véritablement inflammatoire et ait son point de départ dans une méningite, ou qu'elle soit mécanique et due à la pression d'une tumeur, elle n'en amène pas moins le gonflement des fibres nerveuses, leur étranglement dans une gaîne inextensible ; par suite, la diminution du volume des artères, et parallèlement, la dilatation et un état variqueux des veines qui traversent le point comprimé.

Le gonflement œdémateux de la papille, les exsudations et les ruptures vasculaires, se produisent alors par un même mécanisme ; et toutes les données fournies directement par l'examen ophthalmologique se résument donc en un seul grand fait : étranglement du nerf optique par suite de son gonflement, gonflement qui, lui-même, est dû à quelque influence de voisinage.

Pourtant, si la névrite optique, une fois confirmée, n'indique rien sur la nature de l'affection qui en a été le point de départ, si les caractères objectifs en sont les mêmes ou à peu près, en cas de méningite et de tumeur cérébrale ou cérébelleuse, son évolution plus ou moins rapide ou plus ou moins régulière peut fournir des indications utiles pour le diagnostic différentiel.

Comme le fait remarquer M. Galesowski, l'affaiblissement progressif de la vue amenant une cécité complète, est le plus souvent la conséquence d'une tumeur ; si, au contraire, la vue s'affaiblit et s'éclaircit alternativement, si l'on constate des exacerbations et des rémittences dans la maladie oculaire, on est en droit de supposer une méningite.

Quand il y a tumeur, reste à savoir quel en est le siége. Est-elle cérébrale ou cérébelleuse, ou même osseuse ? est-elle plus ou moins rapprochée de la base du crâne ? etc. L'étude des symptômes généraux peut seule fournir la réponse à toutes ces questions.

C'est principalement par des caractères négatifs que se distinguent les tumeurs du cervelet.

Elles ne produisent pas, en général, la paralysie de la 6e, ni de la 3e, ni de la 7e paire, comme les tumeurs siégeant vers la base du crâne ; pas d'hémiplégie, ni de phénomènes cérébraux, comme les affections du corps strié, des couches optiques et des hémisphères. Les nerfs optiques sont à peu près les seuls qui soient altérés et paralysés secondairement en pareil cas.

M. Macabiaux, dans une thèse toute récente (1), a analysé soixante observations de tumeurs du cervelet, et en a publié deux autres recueillies dans le service de M. Guéneau de Mussy.

Voici à quoi se réduisent à peu près les symptômes positifs que révèle l'étude de ces faits.

Toutes les fois que l'on a pratiqué l'ophthalmoscopie, on a trouvé de la névrite, ou de la périnévrite optique ; généralement les pupilles étaient dilatées ; la vue était soit affaiblie, soit abolie entièrement.

Dans presque tous les cas, il y avait de la céphalalgie ; mais le siége, l'intensité, la persistance et la forme de cette céphalalgie ont beaucoup varié. Souvent elle était intermittente ; parfois elle se bornait à un sentiment de gêne, de pesanteur ou d'étourdissement : chez quelques malades, tel ou tel mouvement de la tête était nécessaire pour la provoquer.

Les vomissements, plus ou moins fréquents, ont été notés dans plus de moitié des cas (33 sur 63). Quelquefois, comme chez le malade de M. Richet, ils se sont produits vers le début de l'affection, mais plus fréquemment lorsqu'elle approchait de sa terminaison fatale.

Les troubles de la locomotion les plus habituels ont consisté dans une difficulté de la marche, qui ne tenait pas à une paralysie proprement dite. M. Duchenne, de Boulogne, a décrit cette démarche particulière des malades atteints de tumeurs du cervelet : démarche titubante, incertaine, comparable à celle des ivrognes.

Dans plusieurs cas, les malades trébuchaient au point de ne pouvoir faire quelques pas sans tomber, dans d'autres ils ne pouvaient pas même se tenir debout ; et cependant, lorsque les phénomènes furent analysés avec soin, on reconnut presque toujours qu'il n'y avait ni paraplégie ni hémiplégie. Quelquefois seulement les membres ont semblé un peu affaiblis, mais sans qu'il y eût de paralysie proprement dite. Souvent la force musculaire était complétement intacte, et la seule chose qui manquât était la faculté de coordonner les mouvements d'ensemble, et surtout ceux de progression.

La sensation de vertige était des plus marquées chez quelques malades, principalement lorsqu'on les faisait tenir debout ou marcher, ou surtout tourner dans un sens ou dans l'autre. Ils avaient alors des nausées, quelquefois même des vomissements, et se laissaient tomber si on ne les soutenait.

En général, l'appetit restait bon, et, sauf les vomissements, qui paraissaient produits par une action reflexe, on n'a pas remarqué de troubles digestifs.

Il n'y avait pas non plus de douleurs, sauf les maux de tête, dans la majorité des cas.

L'excitation des organes génitaux, les érections ou éjaculations fréquentes ne se sont produites que lorsque le bulbe rachidien était comprimé par la tumeur. Il ne semble donc pas que le cervelet lui-même soit, comme on l'avait dit, le centre génital.

Plusieurs fois déjà le diagnostic a été posé pendant la vie, à l'aide des signes ophthalmoscopiques ou autres, et il a été vérifié à l'autopsie.

C'est ce qui est arrivé notamment chez un malade de M. Guéneau de Mussy, que M. Galezowski avait examiné à l'ophthalmoscope, et dont l'observation se trouve rapportée avec détails dans la thèse de M. Macabiaux.

(1) *Quelques considérations sur les tumeurs du cervelet*, — thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue le 25 juin 1869, par M. Macabiaux.

De la mort subite.

Avaler un morceau trop gros, qui s'arrête dans le pharynx, et être étouffé, cela n'a rien en soi de bien extraordinaire.

Mais mourir sans effort, sans mouvement convulsif, sans contraction des muscles inspirateurs, sans lutte aucune, comme foudroyé, voilà ce que n'explique pas suffisamment la présence d'un corps étranger vers l'orifice du larynx.

Un infirmier de l'hôpital Necker vient de mourir ainsi en déjeunant. Ses camarades l'ont vu pâlir et se renverser sur sa chaise : il ne vivait plus. L'interne de garde, appelé à la hâte, ne put que constater la mort.

A l'autopsie, on trouve un bol alimentaire volumineux, composé de bœuf et de pain, arrêté dans le pharynx et empiétant sur l'orifice du larynx. Aucune altération du reste dans les or-

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments d'anatomie chirurgicale

Par M. B. ANGER, ex-prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris (1).

Ecrire un nouveau traité d'anatomie chirurgicale après les œuvres magistrales de Velpeau, de Malgaigne, de Jarjavay, de Richet, est chose fort difficile, et il y aurait eu quelque témérité pour tout autre que M. B. Anger à entreprendre une pareille tâche. Sans cesse entraîné vers les études anatomiques par sa position officielle et par ses goûts, le jeune chirurgien, qui s'est déjà fait une place hors ligne dans le monde savant par sa remarquable *Iconographie des fractures et des luxations*, n'a pas craint de s'engager dans la voie que lui ont frayée ses illustres devanciers. Il a pensé, non sans raison, que l'anatomie chirurgicale, étudiée depuis quarante ans à peine, pouvait encore offrir de riches filons à exploiter et que le perfectionnement incessant de la chirurgie imposait à l'anatomiste le devoir de remanier sans cesse cette base indispensable de notre art, pour la tenir à la hauteur du mouvement scientifique de notre époque.

Velpeau avait trente-cinq ans lorsqu'il publia la première édition de son *Anatomie chirurgicale* (1825). « Cette œuvre première, disait M. Trélat dans un éloge lu naguère à la Société de chirurgie, était défectueuse en plus d'un point. Mais des modifications et des additions considérables effectuées dans la deuxième et dans la troisième édition, de 1833 à 1837, la placèrent au rang des livres classiques. » Elle a servi de base à tous les traités du même genre, et laissé bien loin derrière elle, par l'importance des déductions pratiques, l'anatomie topographique de Blandin, aujourd'hui bien rarement consultée. Mais la science a marché rapidement, et si les grands principes de la chirurgie n'ont pas changé, une foule d'opérations nouvelles ont surgi ; le perfectionnement des moyens d'investigation a ouvert à l'art des horizons indéfinis ; aussi le livre de Velpeau, qui figure encore avec honneur dans la bibliothèque de tous les praticiens, ne répond-il plus aux exigences du moment.

L'anatomie générale y est décrite dans une langue que ne parle plus la génération actuelle. Nous pouvons, à plus forte raison, en dire autant de plusieurs autres traités fort recommandables dus à Malgaigne, à Pétrequin, à Jarjavay. Tous ont perdu la faveur du public médical depuis l'apparition du traité si complet d'anatomie médico-chirurgicale de M. Richet. Le livre de cet éminent chirurgien restera longtemps un modèle difficile à surpasser. Remarquons toutefois qu'il s'adresse autant à ceux qui se destinent à l'exercice de la médecine qu'à ceux qui veulent se livrer exclusivement à la chirurgie ; et ce n'est certes pas un reproche que nous voulons lui faire ; le seul qu'il puisse encourir à nos yeux, c'est d'être un peu parcimonieux de planches explicatives. Nous voulons seulement signaler les différences qui distinguent l'œuvre nouvelle de celles qui l'ont précédée, et marquer nettement la voie suivie par M. B. Anger : présenter l'anatomie au point de vue exclusif de la clinique externe ; offrir au lecteur, tant dans le volume du texte que dans l'atlas qui l'accompagne, un nombre considérable de figures, afin de parler aux yeux en même temps qu'à l'esprit ; enfin, mettre au courant des découvertes histologiques modernes la partie qui traite de l'anatomie générale : tel est le triple but que s'est proposé le jeune lauréat de l'Institut.

M. B. Anger ne s'est pas écarté du plan adopté par ses prédécesseurs, et, comme eux, il a divisé son ouvrage en deux parties bien distinctes : la première traite de l'anatomie générale chirurgicale, la seconde de l'anatomie chirurgicale spéciale ou des régions. Il a cru devoir faire précéder la première partie d'un précis d'embryologie, sans lequel il ne lui paraissait pas possible d'étudier et de faire comprendre l'origine et le développement de nos tissus. Quatre périodes successives, très-judicieusement établies, lui permettent d'exposer, avec autant de précision que de clarté, tout ce qui se rattache au développement de l'œuf, de l'embryon et de ses annexes : ce sont les périodes *vitelline, ombilicale, allantoïdienne* et *placentaire*. Sans contester, au point de vue chirurgical, l'importance de cette étude préliminaire, qu'il nous soit permis de nous étonner que M. Anger ne lui ait accordé, comme complément pratique, qu'un chapitre de quelques lignes sur les principes de tératologie générale. L'étude particulière qu'il a faite des malformations, des anomalies et des monstruosités, à propos de chaque région, ne comble qu'imparfaitement cette lacune regrettable.

L'anatomie générale était, de toutes les parties de l'ouvrage, la plus difficile à exposer simplement, nous dirions volontiers la plus ingrate. L'étude des éléments anatomiques et des tissus soulève à chaque pas des problèmes dont la micrographie n'a point encore donné de solution bien nette, et l'histologie, qui tend de jour en jour à se constituer comme science, repose encore sur des bases assez mal définies. Il fallait bien pourtant, sans se noyer dans des questions de doctrine, sans faire déserter l'anatomie visible pour une anatomie quelque peu nébuleuse, profiter de toutes les conquêtes définitivement acquises, et faire apprécier par des développements suffisants

(1) Un vol. in-8, avec 1079 figures et un atlas in-4 de 12 planches dessinées d'après nature, gravées sur acier, et imprimées en couleur. — Paris, 1869, J.-B. Baillère et fils.

ganes ; point d'embolie, rien qui permît de supposer une coïncidence fortuite. La présence du corps étranger dans le pharynx était seule en cause.

On avait déjà observé des cas de mort instantanée produite par le passage subit des aliments dans les voies aériennes. M. le docteur Foville, a publié, dans le dernier numéro des *Archives de médecine*, un mémoire sur ce sujet.

Mais, dans toutes les observations réunies par lui, l'instantanéité du décès s'expliquait par la quantité considérable d'aliments à demi digérés qui étaient venus remplir les bronches.

Ici les circonstances sont autres. En admettant que l'occlusion du larynx ait été complète, cet obstacle momentané à l'entrée de l'air dans les poumons ne devait pas directement produire une sidération immédiate.

Malgré cet agent matériel, on est presque aussi embarrassé pour expliquer la mort soudaine, en pareil cas, que dans la fièvre typhoïde.

— La mort subite n'est pas rare durant la fièvre typhoïde, et surtout au moment de la convalescence.

M. le docteur Dieulafoy, interne lauréat des hôpitaux de Paris, en a recueilli par lui-même, en quelques mois, trois observations, et en a réuni treize autres dans sa thèse (1).

Douze fois l'autopsie a été faite avec le plus grand soin et n'a révélé aucune lésion capable d'expliquer la mort.

Dans un cas que nous avons signalé, il y a deux ans, dans une Revue des hôpitaux, M. le docteur Cornil avait pratiqué l'ouverture du corps, et s'était assuré de la non existence de toute embolie.

D'ailleurs, le malade n'est pas foudroyé par une embolie, sauf lorsqu'il se fait des embolies capillaires très-étendues, produites en un instant par le morcellement d'un caillot préexistant : et de telles embolies passent difficilement inaperçues.

Il faut donc chercher autre chose, et c'est par une action reflexe que M. Dieulafoy explique la soudaineté de la mort.

Chacun sait qu'on peut arrêter les battements du cœur, en même temps que les mouvements respiratoires, par une excitation puissante des nerfs pneumogastriques.

C'est même ainsi qu'on a expliqué l'effet d'une section portant sur le bulbe, près de l'origine des pneumogastriques, vers le point que Flourens avait nommé « le nœud vital. »

Les origines des pneumogastriques seraient excitées par cette section, et la vie cesserait par syncope et par asphyxie.

Une fois donc ayant atteint les pneumogastriques, une action excitante peut très-bien avoir les résultats que M. Dieulafoy lui attribue. Les expériences sur les animaux ont prouvé ce fait surabondamment.

Mais si cette action excitante est une action reflexe, d'où vient-elle ? Ici commence la difficulté.

On peut croire que l'intestin en a été le point de départ, lorsqu'il s'agit de fièvre typhoïde, même dans la convalescence la plus avancée.

Mais lorsqu'il s'agit de typhus ; mais lorsque surtout la mort subite survient quelques jours, quelques semaines après la guérison d'une angine diphthéritique, comme je me rappelle parfaitement en avoir lu des observations, il faut bien avouer notre ignorance sur le premier terme de la question, sur l'irritation primitive qui a donné naissance à l'action reflexe.

Du reste, les actions reflexes sont quelque chose de tellement individuel, pour ainsi dire ; leur intensité dépend si bien de la constitution de l'état de santé, de la résistance nerveuse, de la composition du sang, qu'il n'y a pas à s'étonner de les voir ainsi s'exagérer après une maladie grave.

Les causes qui dans ce cas ébranlent l'organisme, excitent les pneumogastriques et peuvent amener la mort, ces causes rentreraient sans doute dans les causes banales, et seraient peut-être parfaitement innocentées si la mobilité nerveuse n'avait pas d'abord été accrue.

Ne craignons donc pas de tomber dans un excès de pusillanimité ridicule, si nous admettons la théorie de la mort subite par action reflexe.

Dr Victor Revillout.

(1) Paris, 1869, Victor Masson et fils.

SAINTE-ANNE (bureau central d'examen).—M. Magnan.

Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses : alcoolisme, — Alcool et absinthe, — Épilepsie absinthique.

(Leçons recueillies par M. Langlet, interne des hôpitaux de Paris.)

Avant de nous livrer à l'étude purement clinique de l'intoxication alcoolique soit aiguë, soit chronique, il est nécessaire de nous rendre compte de la manière d'agir du poison sur l'économie.

Pendant longtemps on a pensé, et l'on croit encore généralement aujourd'hui que les boissons spiritueuses : vins, eaux-de-vie, liqueurs, cidres, bières, agissent sur l'organisme, grâce à l'alcool qu'elles renferment et proportionnellement à la quantité de cette substance.

Sans parler des matières étrangères, telles que les sels de plomb, de cuivre, la strychnine même, introduite par la fraude dans ces breuvages, il est nécessaire de connaître la part d'action qui revient à chacune des substances entrant dans la composition régulière des boissons.

Je suis en mesure, dès à présent, de vous donner des détails précis sur l'un des liquides spiritueux les plus employés, je veux parler de la liqueur d'absinthe. Divers procédés sont mis en usage dans la fabrication de ces produits. Après avoir fait macérer, pendant un temps plus ou moins long, diverses substances dans l'alcool, on peut distiller la masse et obtenir ainsi la partie essentielle du liquide ; mais, aujourd'hui, la plupart des fabricants préparent leur liqueur à froid, sans distillation. Ils se contentent de mettre en présence certaines essences qu'ils mélangent dans une quantité plus ou moins considérable d'alcool. Je me suis procuré les formules de diverses maisons, et j'ai pu m'assurer ainsi de l'emploi assez uniforme des mêmes substances par la plupart des fabricants. Les différences portent plus particulièrement sur les doses et les qualités de l'excipient alcoolique. Les substances qui, en outre de l'alcool et de l'absinthe, entrent dans la composition de la liqueur d'absinthe sont la badiane, l'anis, l'angélique, le *calamus aromaticus*, l'origan, quelquefois la mélisse, le fenouill et la menthe. Ces trois dernières substances sont ajoutées par quelques fabricants seulement.

Maintenant, messieurs, examinons ce que devient l'alcool dans l'organisme et quels sont ses effets.

L'alcool, dans la théorie de Liébig, considéré comme un aliment respiratoire, subirait dans l'économie des métamorphoses, des oxydations successives qui aboutiraient, en dernier terme, à la production d'eau et d'acide carbonique.

MM. Bouchardat et Sandras (1), en appuyant cette doctrine, l'avaient rendue classique ; aussi, en 1860, lorsque parut le travail remarquable de MM. Lallemand, Perrin et Duroy (2), on disait généralement que l'alcool est un aliment et qu'il est assimilé. Ces auteurs, vous le savez, attaquent de front l'opinion classique, enlèvent à l'alcool son rôle alimentaire, mais ils lui attribuent une action directe et primitive sur l'organisme et plus particulièrement sur les centres nerveux. Ils admettent que l'alcool pénètre dans l'économie, y séjourne en nature, et s'élimine sans subir la moindre modification ; qu'il sort, en un mot, comme il entre, à l'état d'alcool.

(1) *Annales de chimie et de physique*. 1847.

(2) Lallemand, Perrin et Duroy. 1860. *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme.*

En présence de deux doctrines aussi opposées, et étayées toute deux sur des études sérieusement conçues, il devient nécessaire de rechercher de quel côté se trouve la vérité, ou bien de déterminer la part qu'il faut faire à chacune de ces opinions, d'autant mieux que des notions précises sur l'alcool nous seront plus tard d'un grand service pour poser les indications thérapeutiques. Permettez-moi donc de m'y arrêter un instant et de les discuter.

Il n'y a pas, on peut le dire, en faveur de la théorie ancienne, de démonstration directe. Cette manière de voir répondant à ce que l'on admettait sur les phénomènes chimiques de la digestion, il semblait qu'il devait en être ainsi. On a cherché à retrouver dans l'économie les produits des différentes transformations subies par l'alcool sous l'influence des oxydations successives ; mais les résultats n'ont pas été bien concluants. C'est avec la plus grande peine que MM. Bouchardat et Sandras ont pu noter l'existence d'un des produits intermédiaires, l'acide acétique, dans le sang des animaux alcoolisés ; ils l'ont reconnu à son odeur et à une très-légère réaction acide.

D'autre part, Duckel, de Prague, avait avancé qu'on retrouverait de l'aldéhyde dans le sang ; que l'aldéhyde se transformait rapidement et donnait lieu à la reproduction d'acétates et d'oxadates ; que l'on arrivait ainsi, par une série de dédoublements, à la formation d'eau et d'acide carbonique ; mais ces recherches isolées n'ont pas eu, que je sache, l'appui de nouvelles analyses. Toutefois, comme les quantités d'alcool éliminé donnent toujours un chiffre très-éloigné de la dose ingérée, les partisans de la théorie de Liébig s'autorisent de ce fait connu ; nous verrons ce qu'il faut en penser.

Examinons d'abord les preuves avancées par MM. Lallemand, Perrin et Duroy, à l'appui de leur théorie. Ces auteurs démontrent, d'une part, la présence en nature de l'alcool dans l'économie ; d'autre part, son élimination par les diverses voies d'excrétion, les reins, les poumons, la peau.

MM. Bouchardat et Sandras, qui avaient aussi constaté la présence de l'alcool dans le produit de l'exhalation pulmonaire, n'en avaient point trouvé dans les urines ; mais la plupart des autres expérimentateurs l'y ont observé ; M. Baudot (1), en particulier, l'un des défenseurs les plus fervents de l'ancienne théorie, déclare, dans une de ses analyses, qu'un homme ayant ingéré 305 centimètres cubes d'alcool, en avait rendu 10 centimètres cubes dans 2 kilogrammes d'urine recueillie en 20 heures environ. Il se fonde même sur cette élimination si faible par les urines, pour arriver à cette conclusion, qu'une grande partie de l'alcool doit nécessairement être détruite.

On a dit : Pesez avant, pesez après, et concluez. Cet argument par la balance, messieurs, est plus spécieux que solide. On peut, sans doute, déterminer d'une façon assez exacte la quantité d'alcool éliminée par les urines, mais on ignore quelle est la puissance et surtout la durée d'élimination par les voies pulmonaires et cutanées.

Vous avez devant vous un chien plongé en ce moment dans l'ivresse alcoolique ; approchez-vous de ses narines, vous recevrez, à chaque expiration, des bouffées de vapeurs alcooliques. Cette élimination va se continuer avec la même intensité pendant trois ou quatre heures ; puis elle diminue ; mais on peut souvent, dix ou douze heures après le début de l'expérience, constater par l'odorat la présence de l'alcool dans l'air expiré ; et ce n'est pas là, certainement, le dernier terme de l'élimination, puisqu'on peut trouver, nous l'avons constaté nous-même, de l'alcool dans les organes et dans le sang d'individus morts trois ou quatre jours après les derniers excès de boisson.

Très-active d'abord, l'élimination se ralentit peu à peu, et finit par devenir presque insensible, mais elle n'en continue pas

(1) *Union médicale*, 1863, 1864. De l'alcool, de sa destruction dans l'organisme.

---

les transformations qui se sont opérées, sous l'influence de l'histologie, soit dans l'anatomie normale, soit dans l'anatomie pathologique. M. Benjamin Anger a abordé résolûment et sans parti pris cette tâche difficile ; il a puisé largement dans les travaux les plus autorisés, et il en a exposé les résultats avec une sage réserve, pour en tirer les déductions chirurgicales qu'ils comportent. Esprit méthodique, mais indépendant, trop sévère pour attacher une grande importance aux classifications qui ne survivent peut être, surtout par le temps qui court, qu'un procédé de la méthode, il a adopté, pour la description des éléments anatomiques, l'ordre suivi par MM. Beaunis et Bouchard dans leur *Traité d'anatomie descriptive*, et, pour les tissus, les organes et les systèmes, un arrangement un peu artificiel au premier abord, mais qui, au fond, diffère peu de celui de Kolliker : *tissu cellulaire, adipeux, cartilages* et *os, tissu fibreux, articulations, muscles* et *nerfs, vaisseaux, glandes, membranes* et *viscères*. Cette division a le mérite de ne laisser échapper aucune des notions importantes acquises à l'anatomie générale.

Toujours ennemi des opinions hasardées ou exclusives, nous le voyons, à propos du cancroïde, du cancer, du tubercule, se garder d'un enthousiasme exagéré pour les résultats des observations microscopiques. C'est ainsi qu'au sujet des tumeurs fibreuses et de leur diagnostic d'avec les tumeurs cancéreuses, il formule très-catégoriquement la loi suivante, à laquelle nous souscrivons sans réserve : « L'anatomie pathologique d'une production morbide isolée ne dit rien sur sa nature cancéreuse ou non cancéreuse ; ce qui fait qu'une tumeur est innocente ou toxique (cancéreuse), ce sont des conditions spéciales qui ne peuvent être connues que par l'examen complet du malade. » On ne saurait trop méditer ce précepte en présence des tristes résultats de la chirurgie des cancers ; il est bien fait pour réprimer l'ardeur des débutants.

Signalons, en passant, ne pouvant mieux faire dans les limites restreintes d'une analyse, l'opinion que professe l'auteur sur la vitalité propre des cartilages articulaires, ce qui le conduit fatalement à admettre, contrairement aux idées de M. Richet, que ces corps peuvent s'enflammer, fournir les éléments d'une cicatrice, s'ossifier même. Le chapitre qui traite des os et des articulations mérite une attention toute spéciale : on y trouve à chaque pas des idées originales sur la formation du cal, qu'il attribue à l'ostéo-périostite ; sur les pseudarthroses du corps du fémur, pour lesquelles il ne voit guère de moyen efficace à proposer en dehors de la résection, opinion peut-être un peu absolue sur le rôle que jouerait l'ostéo-périostite dans la réparation des luxations non réduites. L'observation d'un fait tout récent nous a permis de vérifier à cet égard l'exactitude des assertions de M. B. Anger. L'autopsie d'une ancienne luxation huméro-cubitale non réduite montrait des traces évidentes d'ostéo-périostite. Ce chapitre tout entier est partout semé de larges emprunts faits au *Traité iconographique des maladies chirurgicales*, dont nous nous surprenons à regretter l'interruption, tout en espérant bien qu'elle ne sera que momentanée.

On nous pardonnera sans doute d'enjamber en courant tous les chapitres de l'anatomie générale, et de passer sous silence une foule de faits importants et de théories intéressantes. Recommandons surtout à nos collègues le mode de réunion des tendons, la théorie des rétractions aponévrotiques, la classification originale que propose l'auteur, au point de vue chirurgical, dans l'étude des articulations. Selon qu'elles permettent ou non des mouvements, il les divise en *acinésies* ou *cinésies* : les premières comprennent toutes les sutures ; dans les cinésies sont groupées tous les autres genres de jointures. En traitant des maladies des articulations, M. Anger propose de remplacer par la dénomination nouvelle d'arthrisme le nom d'*arthrite sèche* qui est, d'après lui, doublement défectueux, puisque dans cette maladie l'origine inflammatoire est contestable, et que, de plus, les articulations atteintes offrent souvent une hydarthrose. Les pages écrites sur la contractilité et sur la rétractilité des muscles, sur l'excitabilité des nerfs ; les expériences contradictoires instituées en vue de contrôler la théorie de Weber sur le rôle de la pression atmosphérique dans le rapprochement des surfaces articulaires, offrent un puissant intérêt ; mais il faut renoncer à extraire des fragments incohérents d'un livre où tout est à lire à tête reposée. Partout nous y retrouvons la même mesure dans la critique, la même ligne de conduite entre les doctrines extrêmes, et les mêmes aspirations pratiques. Notre tâche devient plus facile pour l'anatomie chirurgicale spéciale ou anatomie des régions. Il n'y avait point lieu de déroger ici à l'ordre généralement adopté pour les grandes divisions ; aussi M. Anger l'a-t-il respecté, en se bornant à rapprocher l'étude du membre supérieur de celle de la poitrine, à cause des rapports intimes qui l'unissent à la cage thoracique.

Chaque région est présentée d'après un plan uniforme et méthodique : c'est d'abord, dans un premier paragraphe, la limitation exacte de la région et l'anatomie des formes extérieures, complétée par des considérations intéressantes sur les parties accessibles à la palpation ; puis vient la description des plans successifs que rencontre l'anatomiste, depuis les parties superficielles jusqu'aux organes profonds, description scrupuleusement exacte, toujours faite d'après les préparations cadavériques.

Les éléments vasculaires et nerveux sont l'objet d'une étude particulière qui permet d'en rappeler la distribution d'une manière plus complète et plus pratique. La région une fois étudiée à fond, ses rapports avec les régions voisines sont indiqués avec le plus grand soin pour faire comprendre le mode et la voie de propagation des mala-

moins, quoique on ne soit guère à même d'en apprécier l'intensité.

A ces preuves directes en faveur de la persistance de l'alcool en nature dans l'économie, nous ajouterons des preuves indirectes tout aussi importantes. Si l'alcool était transformé, des oxydations successives ne s'accompliraient point sans amener des changements dans la calorification et dans la formation de certains produits; en d'autres termes, nous devrions trouver une élévation de la température, une augmentation de l'acide carbonique, une augmentation aussi de durée; la clinique et l'expérimentation nous démontrent tout le contraire.

MM. Lallemand, Perrin et Duroy mentionnent l'abaissement d'un degré à peine de la température des animaux soumis à l'action des alcooliques. Edward Smith indique aussi un refroidissement du corps dans les mêmes circonstances; mais déjà, en 1848, MM. Duméril et Dumarquay (1) avaient signalé un abaissement considérable de la température chez les animaux soumis à l'action de l'alcool; et dans l'une de leurs expériences, ils ont pu noter, au bout de trois heures, un différence de 9°,6 chez un chien auquel ils avaient fait prendre 125 grammes d'alcool. C'est un refroidissement plus considérable qu'avec l'éther et le chloroforme.

Nous avons nous-même, dans nos expériences, noté jusqu'à 3°,5 d'abaissement chez des animaux plongés dans l'ivresse alcoolique d'intensité moyenne et insuffisante pour entraîner la mort.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 19 mai 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : *Le Bulletin de thérapeutique*; — *La Gazette médicale de Strasbourg.*

— *Ovariotomie. Guérison*; par le professeur Sédillot, de Strasbourg.

— Observation de guérison à l'hôpital.

— *Rapport à S. Exc. le ministre de l'instruction publique sur l'enseignement de la gymnastique dans les lycées*, par le docteur Hillairet, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

— *Leçons sur la réfraction et l'accomodation*, par le docteur Ed. Meyer.

— *Kyste de l'ovaire pesant 20 livres chez une enfant de 12 ans; ouverture du kyste par la méthode de Récamier; ovariotomie consécutive; guérison*; par le docteur Jouon (de Nantes).

— *Étude sur les fractures compliquées et leur traitement par l'occlusion collodionnée.* — Thèse inaugurale contenant 19 faits, dont 17 de guérison; par le docteur Ad. Bertrand. Paris, mai 1869.

M. Giraldès présente, au nom de M. Prescott Hewet, membre correspondant étranger, le tome XIX des *Transactions of the pathological Society of London.*

M. Fleury, chirurgien de l'hôpital de Clermont, adresse à la Société l'observation suivante :

Hernie crurale volumineuse étranglée depuis trois jours. — Opération suivie de succès. — Gangrène des parois abdominales survenue sans cause connue au bout de six jours. — Mort prompte. — Le nommé B..., âgé de 42 ans, cultivateur, sans paraître bien vigoureux, n'a jamais été malade. Il a remarqué, depuis cinq ans, une petite tumeur au pli de l'aine droite. Comme elle était indolente et facilement réductible, il la maintenait avec un bandage, mais la pelote mal appliquée la laissait souvent glisser sous elle; il a bien éprouvé parfois quelques difficultés à la réduire; mais avec des bains, une pression un peu énergique, il parvenait à la faire rentrer.

Le 18 avril de cette année, la tumeur sortit pendant la nuit et offrit cette fois un volume plus considérable qu'à l'ordinaire. C'est en vain que le malade eut recours aux moyens qui lui réussissaient ordinairement, tout fut inutile.

C'est à la visite du 23 que l'opération fut pratiquée.

Une incision cruciale parut nécessaire pour mettre convenablement à découvert les parties malades; le sac contenait de la sérosité sanguinolente; il y en avait même plus que l'on n'en observe ordinairement dans cette variété de hernie. L'anse intestinale, étranglée, était masquée par une couche de fausses membranes assez épaisse pour simuler l'épiploon, mais la pression exercée avec une éponge suffit pour l'enlever. Le débridement dut être porté assez loin pour faciliter la rentrée de la tumeur. (Pilules d'opium de 3 centigr., à prendre d'heure en heure.)

L'intestin réduit, tous les symptômes de l'étranglement cédèrent, le cours des selles se rétablit, mais les matières rendues étaient claires et diarrhéiques, ce qui pouvait faire croire à l'existence d'une entérite légère.

La nuit fut bonne néanmoins; l'amélioration persista le lendemain.

Le 24, le pouls, sans être aussi dur que la veille, conservait de la fréquence; la soif était vive.

Le 25, les symptômes sont les mêmes; le ventre, qui est un peu tendu, est recouvert d'un cataplasme émollient; il n'y a plus d'évacuations, mais elles avaient été assez abondantes le premier jour pour que ce fait n'offrit rien d'anormal; la tympanite paraissait due à la distension gazeuse déterminée par l'entérite.

Le pouls était assez dur et fréquent; mais l'inflammation de la muqueuse rendait compte de ce phénomène; il n'y avait donc rien jusque là qui pût préoccuper.

Les journées du 26 et du 27 ont été, à peu de chose près, semblables à celle du 25.

Le 28, la distension gazeuse est portée assez loin pour fatiguer le malade *à qui il semble que rien ne peut sortir de son corps.*

Dans la pensée qu'il existe un peu d'inertie à l'intestin grêle, je prescris 40 grammes d'huile de ricin, et, comme il n'en résulte aucun effet, on y ajoute le soir un lavement purgatif, qui provoque des selles abondantes; dans la soirée, cependant, il y a eu un vomissement et quelques hoquets; la soif est toujours vive, mais l'indolence du ventre exclut l'idée d'une péritonite.

A la visite du 29, l'abdomen est moins tendu, ce qui paraît d'un bon augure. Le malade accuse une légère douleur à l'épaule droite; il s'en plaint depuis la veille, mais il n'en a parlé à personne.

Quel fut notre étonnement en l'examinant d'observer, au flanc droit, des vésicules contenant une sérosité sanguinolente, et, en les déchirant, de trouver le derme violacé et exhalant une odeur manifeste de gangrène. La peau qui recouvrait l'épaule était tendue, résistante, et offrait cette élasticité que l'on observe à la suite du sphacèle, qui succède à une pustule maligne ou à un traumatisme violent.

A 2 heures, tout le côté droit était envahi, le pouls n'était déjà plus sensible, la peau se refroidissait, et, à 5 heures, le malade succombait.

A quoi pouvait donc tenir cette gangrène foudroyante qui s'était développée d'une manière aussi imprévue? Le malade n'a fait aucune chute, déclare son voisin; il n'a reçu aucun coup, n'a été exposé à l'action d'aucun principe septique; il était même en voie de guérison lorsqu'elle s'est manifestée. On ne peut certainement pas l'attribuer au sphacèle de l'intestin qui, de proche en proche, aurait gagné les parois de l'adomen. La mort serait survenue plus tôt et avec d'autres symptômes.

L'autopsie pouvait-elle nous en rendre compte? Les signes fournis par elle ont été négatifs. Il n'existait pas la moindre trace de péritonite; les anses intestinales étaient distendues par des gaz; la muqueuse qui en tapissait la face interne est congestionnée, sans offrir néanmoins les traces d'une inflammation bien intense.

L'anse intestinale étranglée, que l'on reconnaît à une coloration plus foncée, est vide et suffisamment dilatée, pour que les matières aient pu s'échapper librement.

La portion du mésentère qui lui correspond présente une exsudation purulente qui, plus tard, aurait pu avoir des suites fâcheuses; mais on ne doit pas évidemment lui attribuer la gangrène qui s'est manifestée dans les parois de l'abdomen, sa cause reste donc inconnue.

Un fait semblable a-t-il été observé par quelques-uns de nos honorables collègues? Je ne puis en donner une explication satisfaisante, et je cherche en vain dans mes souvenirs une observation qui offre quelque analogie avec celle-ci.

M. Vedrenne, médecin-major à Fort-Napoléon (Algérie), adresse une observation de gangrène par congélation de deux pieds et de la partie inférieure des deux jambes, jusqu'au-dessus des malléoles, observé chez un Arabe. Trois mois après l'accident, la séparation des parties sphacelées était fort avancée; mais, pour éviter la conicité des moignons, M. Vedrenne se décida à pratiquer l'amputation dans la portion saine du membre, sans attendre l'élimination spontanée. La jambe droite fut amputée le 13 février 1869, à trois travers de doigt au-dessous du lieu d'élection. Du côté gauche, l'amputation fut pratiquée un mois plus tard, au lieu d'élection. L'autopsie des membres amputées a permis de constater que les extrémités nerveuses, et notamment celles des nerfs tibiaux postérieurs, étaient renflées et présentaient des tumeurs arrondies, identiques à celles que l'on désigne sous le nom de *névromes d'amputation.*

Discussion sur les fractures compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe. (Suite.)

M. Labbé. Je n'avais pas l'intention de prendre part à cette discussion, mais dans ces derniers jours, j'ai observé dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, quatre cas de fractures compliquées de la jambe.

Chez le premier malade, vieillard âgé de 72 ans, je crus pouvoir tenter la conservation, mais vers le septième ou le huitième jour, les accidents se montrèrent tels que je fus obligé de recourir à l'amputation. L'opéré succomba dans les vingt-quatre heures.

Chez le second malade, âgé de 37 ou de 38 ans, la fracture s'accompagnait d'issue des fragments, mais elle avait pour cause un mode de production différent. Elle résultait du choc éprouvé dans une collision d'un train de chemin de fer. C'était une fracture de cause directe. Le malade se refusa à l'amputation; à ce moment, le pouls était calme, régulier. Le lendemain, le pouls était à 150; des accidents se montraient; le blessé accepta l'amputation. Comme le précédent, il succombait vingt-quatre heures après l'opération.

Chez le troisième malade, du même âge que le précédent, la fracture était due à une chute d'un lieu élevé. Cette fois, on put intervenir presque aussitôt après l'accident; on fit la réduction, on appliqua une couche solide de collodion; le malade n'est pas guéri, mais il paraît être en bonne voie de guérison.

Enfin, chez le quatrième malade, bien que les choses fussent dans le même état que chez les deux premiers, influencé par l'opinion d'un de nos confrères de province, très-opposé à l'amputation dans ces circonstances, je tentai la conservation. Dès le lendemain, je fus forcé d'y renoncer; l'amputation de la cuisse fut pratiquée. Jusqu'aujourd'hui, l'état de l'opéré est très-satisfaisant. Comme on le voit, le malade chez lequel j'ai eu recours à l'occlusion est celui chez lequel les meilleurs résultats ont été obtenus.

M. Léon Le Fort. M. Labbé ne nous dit pas quelle conclusion il tire des résultats fâcheux obtenus par l'amputation; toutefois, je crois devoir présumer de l'esprit général qui semble dominer dans sa communication, qu'il nous signale ces faits comme un exemple des dangers de la conservation et de la temporisation, plutôt que comme une preuve contre l'utilité de l'amputation. En effet, nul n'ignore que les amputations faites dans la période de réaction, de fièvre traumatique, sont extrêmement dangereuses et trop souvent mortelles. Si donc les tentatives de conservation ne doivent avoir en général d'autre résultat que de laisser passer le moment où l'amputation peut être faite avec le plus de chance de succès; si les tentatives, comme dans les cas signalés par notre collègue, doivent être abandonnées après un ou plusieurs jours, il paraît évident que, pour M. Labbé comme pour moi, il faut dans ces cas de fractures spiroïdes avec plaie, savoir se décider de suite pour l'amputation.

M. Labbé. Je me rallie sur ce point à l'opinion de M. Le Fort. Je crois aussi qu'il faut intervenir complétement et rapidement. Je suis arrivé à Saint-Antoine avec des idées largement conservatrices. Je ne les abandonne pas, mais je crois qu'il faut, surtout à l'hôpital, savoir prendre énergiquement son parti dès le début et faire l'amputation avant l'apparition de la fièvre traumatique. Le cas le plus favorable que j'ai observé jusqu'à présent, est celui d'une femme de soixante et quelques années, chez laquelle j'ai voulu tenter la conservation; au bout de six à sept semaines, elle s'éteignit épuisée par la suppuration. Comme on le voit, ce n'est que d'une manière malheureusement relative qu'on peut considérer ce cas comme favorable.

M. Tillaux. Nous nous trouvons ici en présence d'un des cas les plus difficiles de la chirurgie pratique. J'étais heureux de voir s'éle-

dies chirurgicales, soit en suivant les vaisseaux, soit le long des muscles. M. Anger a été heureusement inspiré en imposant à l'élève l'obligation d'acquérir sans cesse, à propos de chaque région, l'intelligence complète de ces rapports, sur lesquels repose une grande partie de la chirurgie. Deux paragraphes, consacrés aux déductions pathologiques et opératoires, ainsi qu'à l'étude du développement, complètent la description topographique de chaque région. Près de 1,100 figures explicatives ont été intercalées dans le texte, soit pour faciliter l'intelligence des faits anatomiques, soit pour reproduire les exemples les plus saillants des maladies chirurgicales. Jamais ouvrage scientifique n'a poussé plus loin la profusion en ce genre. Nous serions loin de nous en plaindre, si l'exécution matérielle était toujours irréprochable; malheureusement, à côté de figures originales, exécutées avec une grande netteté, il en est un certain nombre qui, empruntées à une foule d'auteurs, laissent à désirer. Ce reproche ne s'adresse point au magnifique atlas de planches gravées sur acier et imprimées en couleur qui accompagne le livre de M. B. Anger. Il ne lui donne même que plus de valeur et en rend l'acquisition pour ainsi dire indispensable.

Vivement appréciés dans les écoles de médecine navale, les *Nouveaux éléments d'anatomie descriptive* de MM. Beaunis et Bouchard sont aujourd'hui dans toutes les mains. Entrepris dans la même direction, les *Nouveaux éléments d'anatomie chirurgicale* viennent heureusement les compléter; ils méritent de la part des médecins de la marine le même accueil, et nous n'hésitons pas à leur prédire.

Docteur Duplouy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition de l'Académie impériale de médecine, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient de décerner des récompenses honorifiques aux médecins qui se sont le plus particulièrement distingués dans le service des eaux minérales en 1866, savoir :

1° *Médailles d'argent*, — M. Armieux, médecin-major à l'hôpital militaire de Baréges, pour son rapport sur cette station thermale, rapport qui ne contient pas moins de 340 observations, et qui fournit des enseignements pratiques importants.

M. Crouzet (Auguste), médecin-inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault), pour son excellent rapport sur les eaux confiées à ses soins. Ce rapport contient de nombreuses observations tendant à préciser leur application.

M. Dimbarre, pour son très-bon rapport sur les eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées), lequel contient un grand nombre d'observations recueillies avec le plus grand soin.

M. Garrigou, médecin consultant à Ax (Ariége), pour son travail intitulé : *Observations sur les eaux sulfureuses des Pyrénées; causes de leur formation, etc.*

M. Raoult-Deslonchamps, médecin-major à l'hôpital thermal d'Hammam-Meskoutine (Algérie), pour son rapport tout à fait exceptionnel sur la station qu'il dirige.

2° *Rappel de médailles d'argent.* — M. Batbédat (François), médecin-inspecteur des eaux de Préchacq (Landes), pour son intéressant travail sur cette station.

M. Caillat, médecin-inspecteur à Contrexéville (Vosges), pour son mémoire sur les effets consécutifs des eaux de cette station.

M. Doyon, médecin-inspecteur à Uriage (Isère), pour son travail sur les maladies constitutionnelles et sur les effets des eaux d'Uriage dans le traitement des maladies de la peau.

M. Durand (de Lunel), médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Vichy (Allier), pour son intéressant travail contenant 707 observations, classées par catégories de maladies, à l'appui des assertions qu'il a émises.

M. Foubert, médecin-inspecteur communal à Villers-sur-Mer, pour son mémoire intitulé : *Observations météorologiques; emploi et effets de l'hydrothérapie à l'eau de mer.*

M. Niepce, médecin-inspecteur à Allevard (Isère), pour son mémoire sur l'emploi du laryngoscope dans le diagnostic des diverses natures d'angines laryngées.

3° *Médailles de bronze.* — M. Bourquillon, médecin principal de 1re classe, chef de service à l'hôpital thermal militaire de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), pour son rapport bien ordonné et très-détaillé sur tout ce qui intéresse cette station.

M. Gay, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Alban (Loire), pour son mémoire contenant un grand nombre d'observations tendant à démontrer l'influence qu'exercent ces eaux sur les maladies de l'appareil digestif et respiratoire.

M. Jaubert, médecin-inspecteur à Gréoulx (Basses-Alpes), pour son mémoire sur les maladies auxquelles s'appliquent principalement les eaux de Gréoulx, et sur leur mode d'administration.

M. Nogaret, médecin-inspecteur à Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées), pour son travail sur le traitement des névroses par les eaux de cette station.

4° *Mentions honorables.* — M. Privat, médecin-inspecteur des eaux de la Malou (Hérault), pour son mémoire intitulé : *Quelques mots sur la coxalgie. — Observations cliniques des années 1864, 1865 et 1866.*

ver cette discussion, car j'espérais qu'il en sortirait pour nous une règle de conduite; or, jusque-là je ne vois qu'incertitude.

D'un côté, M. Le Fort conseille d'amputer; de l'autre, M. Trélat conseille de conserver, et cite cinq succès à l'appui de son opinion; M. Demarquay, sur des points du reste différents, donne raison à l'un et à l'autre.

Je voudrais voir discuter ce point précis; qu'y a-t-il à faire quand il y a fracture pénétrant dans l'articulation; lorsque, par exemple, la fracture et la plaie portant au niveau de la malléole, il y a ouverture de l'articulation tibio-tarsienne.

Il est une question incidente que je voudrais adresser à mes collègues : Ont-ils constaté que les fractures compliquées de la jambe ont une gravité plus grande quand elles sont occasionnées par des accidents de chemins de fer. J'ai cru remarquer, pour ma part, que les grands traumatismes sont plus graves quand ils sont dus à cette cause.

M. PERRIN. Je partage l'opinion de M. Tillaux sur la nécessité de circonscrire le sujet. Il y a, entre telle et telle fracture, des différences telles qu'on ne peut utilement s'en tenir à une discussion générale. Tout le monde s'accorde sur la gravité de ces fractures et sur la nécessité de prendre de bonne heure un parti, si on croit devoir recourir à l'amputation. Ainsi que je le disais il y a quelque temps, j'ai vu six de ces cas, les six malades sont morts, soit parce qu'on avait tenté la conservation, soit parce qu'on avait fait l'amputation dans la période de fièvre.

Il n'y a pas, en effet, de comparaison à établir entre les amputations absolument primitives, et celles qui sont pratiquées le lendemain de l'accident, car ces dernières sont très-graves.

M. TRÉLAT. M. Tillaux a parlé de la gravité exceptionnelle des accidents de chemins de fer; cette gravité me paraît due à ce que les désordres sous forme de déchirures musculaires, des fissures des os, d'arrachement de nerfs ou de vaisseaux, remontent beaucoup plus haut que le point où a eu lieu l'application directe de la force vulnérante. Il m'est arrivé plusieurs fois de pratiquer dans ces cas des amputations, et de les voir suivies de gangrène du moignon ou du lambeau, d'accidents de nature à me faire penser que j'avais eu le tort d'être trop conservateur et de faire l'amputation trop bas, quoique je l'ai faite en un point semblant exempt de toute lésion appréciable.

La série de faits que vient de nous présenter M. Labbé n'a que peu ou pas d'importance pour la solution de la question, car les amputations n'ont pas été tout à fait immédiates; d'ailleurs, ils ne sont pas probants, si nous voulons revenir au point de départ de la discussion. L'amputation donne-t-elle de meilleurs résultats que la conservation? Telle est la véritable question.

M. GUYON. Je n'ai pas présent à l'esprit dans tous leurs détails les faits sur lesquels je m'appuie pour dire que je partage l'opinion de M. Trélat. Il faut cependant écarter le plus possible une cause d'erreur. La plupart des fractures compliquées de la jambe que j'ai traitées l'année dernière ont guéri; cette année, dans le même hôpital, dans les mêmes salles, j'ai été malheureux.

Quant à la question posée par M. Tillaux, la plupart des médecins des chemins de fer croient à l'extrême gravité de ces sortes d'accidents.

M. TILLAUX Je ne parle pas de la violence du choc, ce n'est pas à cette cause que j'attribue la gravité des accidents des chemins de fer; qu'un homme soit frappé par un tampon, par un boulet, par un corps lourd, pesant et mû avec force, les conséquences pour une même lésion paraissent devoir être les mêmes. Je parle de ceux qui sont blessés par le passage d'un train en marche, qui sont écrasés sous les roues d'un vagon; il semble que la gravité de l'état général dépende de la trépidation à laquelle ils ont été soumis.

M. LÉON LE FORT. Les faits rapportés par M. Labbé peuvent être invoqués à l'appui des dangers de la conservation, puisque notre collègue a dû y renoncer par l'apparition d'accidents graves, et qu'il s'est trouvé ainsi dans la nécessité d'amputer dans de mauvaises conditions.

Lorsque je me fais le défenseur de l'amputation immédiate, je n'ai en vue qu'une classe spéciale de fractures compliquées de la jambe, les fractures spéroïdes et non les fractures compliquées en général. Je n'ai parlé de ces dernières que pour dire que la règle doit être au contraire la conservation. Les statistiques anglaises et américaines, celle de M. Chenu, pour la Crimée, montrent que la conservation donne, pour les fractures de jambe par coup de feu, de meilleurs résultats que l'amputation. Le compte rendu de la campagne d'Italie, qui sera rendu public dans quelque temps, montrera mieux encore la nécessité de conserver autant que possible. C'est la règle que je suis pour les fractures compliquées.

La thèse que je défends est celle-ci : les fractures *spéroïdes* ou, mieux, *fractures par pénétration* de l'extrémité inférieure de la jambe, toujours très-graves, réclament l'amputation immédiate lorsqu'elles sont compliquées de plaies. Les signes physiques, contestables au lit du malade, manquent pour nous donner la preuve que la fracture qui se présente à nous est bien une semblable fracture; mais ces fractures, amenées par cause indirecte, par pression suivant l'axe de la jambe, ont leur physionomie propre comme les fractures du radius à la partie inférieure, comme celle du grand trochanter par pénétration du col du fémur.

Si donc une fracture de la jambe siégeant à deux ou quatre travers de doigts au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne a été produite par un mécanisme qui laisse supposer la pénétration; si la plaie a été faite par l'issue du tibia, chassé au dehors par la continuité de l'action fracturante ou par le poids du corps, il y a presque certitude de l'existence d'une fracture pénétrante se prolongeant sous forme de fissure ou de fente jusqu'à la surface articulaire, et, dans ce cas, bien qu'on possède peut-être des exemples avérés de guérison par la conservation, la règle générale doit être l'amputation immédiate.

M. GUERSANT. J'ai été témoin de la pratique que suivait Dupuytren : il insistait sur la nécessité d'amputer de bonne heure dans les cas de fracture compliquée de l'extrémité inférieure de la jambe; mais il voulait être prévenu aussitôt qu'un blessé atteint d'une telle lésion était amené à l'Hôtel-Dieu, et il l'amputait dès que la stupeur qui suit l'accident avait cessé, c'est-à-dire après quelques heures.

(*Sera continué.*)

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

N° 80. — MARDI 13 JUILLET 1869. 42e ANNÉE. MARDI 13 JUILLET 1869. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX

Société pathologique de Londres. — M. Bastian a examiné le sang dans un très-grand nombre d'états morbides, pour voir s'il n'y trouverait pas ces spores qui, suivant certains auteurs anglais, seraient l'origine des bacteries. Il s'est convaincu qu'il n'y existait jamais rien qui ressemblât à une spore.

Seulement quelquefois, particulièrement dans le typhus et dans la chlorose, il a aperçu, au microscope, certaines particules douées de mouvement. Dans un cas de chlorose, ces particules lui ont paru naître aux dépens des globules rouges, et dans le typhus, aux dépens du plasma du sang. Chez un malade, elles étaient très-nombreuses dans la pie-mère.

Société obstétricale d'Édimbourg. — Une discussion assez vive s'est élevée entre le docteur Cairns et plusieurs autres accoucheurs, sur les accidents provoqués par la dentition chez les enfants, et sur l'utilité de fendre la gencive pour faciliter la sortie de la dent.

M. Cairns s'oppose à toute scarification de la gencive. Il considère cette pratique comme inutile et dangereuse. Il n'est pas convaincu qu'elle produise jamais aucun soulagement de la douleur, puisque l'enfant qui la subit ne parlant pas encore, ne peut dire à quel point il souffre avant et après l'opération. Le seul témoignage bien certain qu'ait pu recueillir M. Cairns est le sien propre. Il se fit scarifier la gencive lorsqu'apparut la dernière dent de sagesse, et à partir de ce moment, pendant plusieurs jours, il éprouva des douleurs très-vives.

Il ne croit pas non plus qu'en ouvrant les gencives on puisse prévenir ou arrêter les convulsions qu'on attribue à la dentition. D'abord, rien ne prouve que ces convulsions ne se rattachent pas le plus souvent à quelque autre cause. Comme la première dentition se fait à un âge où le système nerveux a une grande mobilité, où toute excitation un peu vive, toute affection commençante peut amener des mouvements convulsifs, il arrive souvent qu'on cherche une relation de cause à effet lorsqu'il existe en réalité seulement une simple coïncidence.

Non-seulement les scarifications de la gencive n'arrêtent pas toujours les convulsions ; mais, suivant M. Cairns, il est probable que quelquefois elles les provoquent. Il n'est pas rare de rencontrer des mères de famille qui s'opposent à ce qu'on scarifie les gencives de leurs plus jeunes enfants, parce que, disent-elles, les aînés ont été pris de convulsions aussitôt après qu'on leur eut fendu la gencive.

Ce n'est pas, du reste, le seul danger que cette pratique fasse courir à ceux qui la subissent. Parfois la blessure de la gencive cause une formidable hémorrhagie. Plusieurs enfants sont morts de cette manière, à la connaissance du docteur Cairns.

On objectera que ces enfants étaient sous le coup d'une diathèse hémorrhagique ; mais comme la diathèse hémorrhagique ne se manifeste que par ses effets, on ne peut pas savoir d'avance si elle existe ou non. On doit d'autant plus redouter de tels accidents, que l'évolution naturelle ne les provoquerait jamais.

Enfin, l'ouverture de la gencive ne peut pas aider la dentition, mais seulement y mettre obstacle et la retarder.

Si l'on a fait une incision linéaire ou cruciale, la cicatrisation a lieu le plus souvent par première intention, le premier jour, et le résultat est par conséquent nul.

Si la perte de substance est étendue, elle peut encore se combler par un travail de cicatrisation; alors la cicatrice produite est plus résistante que la gencive; elle se resorbe plus difficilement devant la dent qui cherche à sortir : on a donc compliqué les choses.

Si la plaie est restée béante, l'action de l'air et des corps étrangers devient nuisible pour la dent qui se trouve ainsi prématurément à découvert.

La plupart des confrères de M. Cairns sont d'une opinion diamétralement opposée.

Quelques-uns seulement ont admis qu'on abusait un peu des scarifications ; qu'il ne fallait pas les faire trop tôt, ni d'une manière préventive, contre les convulsions possibles, chez des enfants qui se portaient bien.

On voit, d'après cela, que la pratique d'ouvrir la gencive est très-générale en Écosse.

Société de médecine de Nantes. — Dans un travail de M. Malherbe, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Nantes, nous avons trouvé des réflexions très-judicieuses sur les indications du sulfate de quinine dans les affections pulmonaires.

Le quinquina peut être utile, d'abord et surtout lorsque le malade a subi une influence paludéenne, alors même qu'il s'agit d'une maladie franchement inflammatoire en apparence, et continue, telle qu'une pneumonie.

Les médecins qui pratiquent dans les contrées marécageuses de nos départements de l'Est partagent sur ce point les convictions de M. Malherbe.

Il est très-vrai que : « dans toutes les contrées où l'air est imprégné à un degré quelconque par le principe paludéen, sa présence exerce une influence marquée sur le génie des maladies; que cette influence, tantôt prédominante, tantôt subordonnée, ne se dégage pas toujours pour l'observateur par son expression syptomatique la plus habituelle : les accès intermittents ou remittents; mais que souvent sa spécialité n'est dévoilée que par le succès de la médication quinique. »

Ce premier point étant posé, et il ne nous paraît pas discutable, reste à savoir s'il faut toujours soupçonner l'intervention du miasme paludéen pour prescrire le quinina dans une maladie aiguë et grave des organes respiratoires.

Les toniques diffusibles, tels que l'alcool, sont bien indiqués dans certaines pneumonies asthéniques ; suivant M. Malherbe, le quinquina est un tonique fixe, qui agit un peu dans le même sens que l'alcool, et doit trouver aussi ses indications dans des cas semblables.

— *Hôtel-Dieu.* — M. Guéneau de Mussy emploie depuis longtemps le sulfate de quinine contre les catarrhes suffocants, soit des enfants, soit des vieillards. Il considère le catarrhe suffocant comme produit par une espèce de paralysie pulmonaire, et le quinquina comme un tonique qui agit puissamment sur les pneumo-gastriques et le grand sympathique.

Il administre, en ce moment, par jour, 35 centigrammes de sulfate de quinine à un enfant atteint de catarrhe suffocant, et qui paraît aller beaucoup mieux depuis le commencement de cette médication.

— En général, dans toutes les affections qui amènent des vomissements, quelle que soit leur nature, M. Guéneau de Mussy fait mettre en permanence sur la région épigastrique un emplâtre ainsi composé :

Emplâtre adhésif.	5	parties
Thériaque.	5	—
Extrait de belladone	1	—

Des vomissements opiniâtres, causés par une péritonite tuberculeuse, ont été calmés par ce moyen, tant que le malade a conservé l'emplâtre ; mais celui-ci s'étant détaché, il y a trois jours, les vomissements ont reparu de plus belle.

— Les modifications du pouls dans les changements de position permettent d'apprécier la force du malade de deux manières : par l'effort et par la tendance syncopale.

1° Par l'effort : ceci est connu depuis longtemps. Lorsqu'un convalescent se met sur son séant, le nombre de pulsations augmente, comme il augmente chez un homme robuste lorsqu'on le fait courir.

2° Par la tendance syncopale : ce signe, sur lequel M. Guéneau de Mussy insiste avec raison, a été signalé par lui pour la première fois dans ses leçons cliniques de 1859. Si dans le cours d'une maladie aiguë, le pouls, fort et plein lorsque le malade reste couché, devient petit, filiforme, et fuit sous le doigt lorsque le malade est sur son séant, il en faut conclure que l'asthénie est considérable; et, en général, les toniques francs, tels que l'alcool, sont indiqués.

Hôpital des cliniques. — Pour obtenir la guérison de la tumeur lacrymale, la grande difficulté est de maintenir la dilatation du canal nasal, tout en laissant libre le cours des larmes. Pour arriver à ce résultat, on laisse en place, soit une petite canule, soit un corps plein en forme de clou. La canule d'argent finit toujours par se remplir de sulfure et de concrétions de divers genres. Le clou, s'il est assez étroit pour laisser les larmes glisser entre lui et les parois du canal nasal, est exposé à se déplacer et à tomber dans les fosses nasales. Si on le surmonte d'une partie renflée, cette tête, en jouant l'office d'un obturateur, arrête les larmes.

Telles étaient les difficultés que M. Richet a voulu vaincre.

Le clou qu'il vient d'imaginer est bien surmonté d'une tête ; mais cette tête est creuse et percée à jour suivant des arcs verticaux; ou pour mieux dire, elle se compose d'une série d'arcs qui s'unissent d'une part sur le clou, d'autre part, sur le point diamétralement opposé.

Ainsi, les larmes ne trouvent aucune difficulté à pénétrer à travers cette tête et à glisser le long du clou, qui doit ne pas remplir exactement le canal nasal. La présence de la tête dans le sac lacrymal en conserve les dimensions, tandis que celle du clou dans le canal nasal en maintient la dilatation.

Il faudra longtemps pour savoir quelle sera l'efficacité définitive de ce moyen ; mais les résultats obtenus au premier moment sont très-bons. Le cours des larmes s'est rétabli régulièrement chez un jeune homme qui avait été opéré pour une tumeur lacrymale, et chez lequel M. Richet a introduit ce nouveau clou, qui portera son nom sans doute.

Dr VICTOR REVILLOUT.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Des fractures du corps du tibia, le péroné restant intact.

Par M. GEORGES BOYRON.

(SUITE ET FIN.)

M. Émile S..., docteur en médecine, nous raconte qu'à l'âge de 27 ans, en jouant avec ses amis à la campagne, il fut, par l'un d'eux, soulevé de terre à environ un demi-mètre et lâché brusquement. Il tomba sur les pieds, et, en touchant le sol il éprouva la sensation de quelque chose qui se serait brisé dans sa jambe droite, et en se soutenant sur l'autre, il s'écria : « J'ai la jambe cassée. » Ses amis le couchèrent sur un lit, et un médecin fut appelé. Il constata une fracture simple transversale du quart inférieur du tibia.

M. Demarquay confirma ce diagnostic, et pendant huit jours appliqua au malade l'appareil de Scultet, et plus tard l'appareil dextriné. La jambe se consolida parfaitement; deux mois après, le malade pouvait marcher. Pas de raccourcissement. Cependant, depuis dix ans que cet accident est arrivé, le malade retrouve encore la place de la fracture; on sent, en effet, une légère dépression qui, avec les variations de température, devient douloureuse; les muscles de la plante du pied sont légèrement atrophiés, la flexion du pied est difficile, par suite d'un peu de contracture dans les muscles jumeaux, et après une marche forcée le malade claudique un peu.

Un fait sur lequel il est bon d'insister, parce que nous le retrouverons dans les deux autres observations, est la sensation que le malade éprouve au moment de la fracture. Il en a conscience.

2° Un petit garçon de cinq ans, fils d'un ingénieur distingué, descendait avec sa grand'mère l'escalier de leur habitation, lorsqu'il fit un faux pas et tomba en s'écriant : « Bonne maman, j'ai la jambe cassée. » La grand'mère crut d'abord qu'il plaisantait, et voulut le faire relever; mais bientôt persuadée que son petit-fils s'était pour le moins fait mal à la jambe, elle le prit dans ses bras, l'emporta dans sa chambre, et envoya chercher immédiatement M. Demarquay. Le chirurgien constata facilement une fracture en rave du quart inférieur du tibia, et installa le malade dans un appareil inamovible. L'enfant guérit parfaitement, et bientôt ne ressentit plus aucune gêne. Quelque temps après, le père fit examiner son fils par un autre chirurgien, qui affirma que jamais la jambe n'avait été cassée, et qu'au lieu de la fracture, soignée intempestivement, il n'y avait eu qu'une simple contusion. Malgré l'opinion de ce chirurgien, qui ne veut pas reconnaître les fractures transversales du tibia, nous restons persuadé de l'authenticité de la fracture de ce jeune enfant, surtout quand M. Demarquay nous affirme avoir senti tous les signes particuliers à cette affection. Du reste, l'observation suivante, pour laquelle nous avons été à même de reconnaître les signes essentiels des fractures, lève pour nous tous les doutes, et nous permet d'affirmer avec exactitude l'existence des fractures transversales du quart inférieur du tibia.

Théophile A..., entre le 18 avril 1869 à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay. Ce malade ne peut s'appuyer sur sa jambe gauche, qui, au premier abord, ne présente rien de particulier; le pied n'est dévié ni à droite ni à gauche; on remarque un point bleuâtre vers le quart inférieur. La veille, il luttait dans une chambre avec un de ses camarades; poussé un peu fort par ce dernier, il fit, pour éviter une chute, un effort avec son talon, et au même moment il sentit un craquement qui se produisait dans sa jambe; pour ne pas tomber, il fut obligé de s'appuyer sur un meuble. Le lendemain, il entre à la Maison de santé. Deux jours après l'accident, sa jambe est dans une rectitude parfaite; il se plaint d'une douleur fixe qui siége vers le tiers inférieur du tibia. Cette douleur s'exaspère

par la pression, et, depuis l'accident, est restée toujours aussi vive. Il y a très-peu d'empâtement dans les tissus de cette région ; si l'on pousse en sens contraire les deux fragments présumés du tibia, on perçoit facilement la crépitation, et l'on parvient à faire exécuter aux fragments un léger mouvement. Le doigt, promené le long de la crête et de la face interne du tibia, sent une légère dépression horizontale. Il est évident que nous avons affaire à une fracture en rave du tibia. Le péroné n'est pas brisé, car la pression sur le côté interne de la jambe ne détermine aucune douleur, et le malade peut, quoique avec peine, soulever un peu sa jambe, ce qui serait impossible si le péroné était fracturé en même temps que le tibia.

Le quatrième jour après l'accident, le lieu de la fracture se reconnaît par une légère ecchymose bleue ; le cinquième jour, M. Demarquay applique un appareil silicaté, pour immobiliser la jambe, et surtout pour contenter le malade, qui trouve trop simples les soins qu'on lui donne, alors qu'autour de lui tout le monde reconnaît une fracture.

Pendant quinze jours il garda le lit ; le seizième jour on lui enlève son bandage et l'on sent au toucher une légère saillie sur la face interne du tibia, saillie parfaitement horizontale et formée par le cal qui réunit les deux fragments. La jambe paraît solidement consolidée ; cependant le 12 mai, le malade n'a pas encore osé se risquer à marcher seul. Le mieux continue, et quelques jours après, le malade peut nous quitter en se soutenant avec un bâton.

Ces trois observations mettent hors de doute le peu de gravité de ce genre de fracture. L'observation suivante, empruntée à De La Motte, vient nous prouver une fois de plus combien sont difficiles à reconnaître les fractures transversales du corps du tibia ; ici elle est produite par un choc.

« Au mois de juillet 1694, dit-il (1), on me vint chercher pour aller voir un serrurier de cette ville, que je trouvai sur son lit à cause des grandes douleurs qu'il me disait souffrir à la jambe droite, qui, par malheur, s'était trouvée prise sous un éboulement de terre et de pierres. J'examinai cette jambe avec beaucoup d'attention, afin de reconnaître le lieu précis où la douleur se faisait le plus vivement sentir ; après quoi j'appuyai la jambe en tant de manières sur ma main, pendant qu'une partie plus ou moins considérable avec le pied était en l'air sans être soutenue, que cette façon d'agir me fit conaître à la fin, mais très-difficilement, qu'il y avait fracture au tibia, en sa partie moyenne; que cette fracture étant faite transversalement, soutenue d'un côté par le péroné et par les téguments, et de l'autre par les muscles, la grande enflure que cette jambe avait déjà contractée rendait cette fracture fort obscure et difficile à connaître ; mais l'ayant connue, je la pansai. Je trempai la première compresse dans l'eau-de-vie et les autres bandes dans le vin. Je lui mis quatre attelles seulement, puisque le péroné servit de deux, et le malade guérit parfaitement. »

Les fractures transversales du tibia se trouvent très-rarement citées dans les auteurs ; cependant elles ne sont pas des plus rares, et s'ils en parlent aussi peu, c'est qu'à notre avis ils n'ont pas su les reconnaître. Le malade a pu parfaitement s'en guérir sans accident et sans difformité, s'il a gardé le lit pendant quelques jours; car le péroné, servant d'attelle, a suffi pour maintenir le membre dans sa rectitude. Cette fracture peut guérir sans appareil.

Avant d'aborder le traitement et le diagnostic des fractures simples du tibia, nous croyons ne pas sortir de notre cadre en disant quelques mots des fractures en V du tibia.

Cette fracture en V, si bien décrite par M. Gosselin, ne peut avoir lieu sans être accompagnée de celle du péroné. C'est pour cette raison que nous serons bref sur ce sujet; mais comme ce que nous pourrons en apprendre pourra nous être utile plus tard pour le diagnostic et le pronostic, nous nous y arrêterons un moment. Toutes ces fractures en V ou en coin sont très-graves, car presque toujours elle communiquent avec l'articulation.

Les pièces, concernant cette fracture, qui se trouvent au musée Dupuytren, et la description si complète qu'en donne M. Gosselin, suffisent pour en faire comprendre le mécanisme. On remarque, sur le fragment supérieur, un V saillant dont la pointe est formée par le tissu compacte et résistant qui occupe la face interne du tibia, à la jonction de son tiers inférieur avec le tiers moyen. Sur le fragment inférieur existe un V rentrant, du sommet duquel part une fissure qui longe la face interne, puis la face postérieure de l'os, et qui pénètre dans l'articulation. Ces pièces expliquent facilement comment le fragment supérieur, en agissant sur l'inférieur à la manière d'un coin, le fait éclater et amène des fissures et des brisures comminutives allant jusqu'à l'articulation. Pour que ce fragment supérieur s'enfonce jusque dans l'articulation tibio-tarsienne, il faut qu'il ne soit retenu en aucune façon; et si le péroné n'est pas fracturé, nous aurons simplement une fracture en pointe du tibia, mais jamais une fracture *cunéenne*, si grave pour les raisons indiquées plus haut (1). Aussi, quand le péroné ne sera pas brisé, nous pourrons être certain du peu de gravité de la fracture du tibia, et, malgré sa forme en V, nous n'aurons pas à redouter les terribles effets des fractures cunéennes. L'intégrité du péroné sera ainsi le garant du peu de gravité d'une semblable fracture.

Diagnostic. — Le diagnostic de la fracture du tibia est le plus souvent d'une grande simplicité, quand la fracture est oblique ; mais dans certains cas, et surtout lorsqu'elle est transversale, on peut éprouver, pour la reconnaître, les plus grandes difficultés, et dans quelques circonstances les signes de cette fracture sont si peu prononcés, que bien souvent d'éminents praticiens n'ont pu la reconnaître. Cependant il est des signes certains pour diagnostiquer ce genre de fracture.

Presque toujours le malade dira spontanément, qu'au moment de l'accident, il a entendu et senti un craquement dans sa jambe. Il éprouve, sur la fracture, une douleur fixe qui augmente par la pression et se prolonge au delà du terme ordinaire de celle qui est produite par une simple contusion ; ordinairement il survient aux parties molles, à l'endroit de la fracture présumée, une tuméfacfion plus ou moins considérable. En promenant le doigt le long de la crête et de la face interne du tibia, on sent des inégalités, des dépressions dans le sens de la fracture ; les fragments de l'os, poussés en sens contraire, pourront exécuter certains mouvements; il y aura, comme dans toutes les fractures, de la crépitation, qu'il sera plus ou moins facile de percevoir ; enfin, pendant son sommeil, le malade éprouvera dans le membre des secousses accompagnées d'assez vives douleurs.

Si le praticien tient compte de tous ces signes, il arrivera bientôt à diagnostiquer avec certitude toutes les fractures du corps du tibia, quelque difficiles qu'elles soient.

Pronostic. — Le pronostic des fractures du corps du tibia est en général peu grave. Dans les fractures en rave, on n'aura point de raccourcissement, parce que le péroné sert en quelque sorte d'attelle et que les fragments ne peuvent chevaucher. Dans ce cas, le pronostic ne sera sérieux que lorsque des délabrements considérables des parties musculaires viendront les compliquer.

Dans les fractures obliques, le pronostic sera toujours un peu plus grave, à cause du déplacement qui peut exister ; mais ici, comme dans les fractures en rave, tout se guérira parfaitement si les parties molles ne sont pas lésées.

Traitement. — Le traitement des fractures du tibia est des plus simples ; il pourrait consister en une bonne position donnée au membre et en un repos au lit pendant plusieurs jours. Les bandages ne sont d'aucune utilité dans les fractures en rave ; on met le plus souvent un appareil pour contenter le malade. Le péroné, comme nous l'avons déjà dit, sert d'attelle et suffit pour maintenir la jambe dans une rectitude parfaite.

Dans les fractures obliques, un bandage est nécessaire ; il faut en effet lutter contre la contraction des muscles postérieurs, et la demi-flexion de la jambe sur la cuisse est la meilleure position qu'il convient de donner à la jambe.

L'observation suivante nous prouve l'opportunité de cette flexion dans le pansement et la réduction des fractures du tibia.

Un militaire (1) reçut à la jambe droite un coup de pied de cheval qui lui fractura le tibia 3 pouces au-dessous de l'attache des muscles extenseurs de la jambe. Cette fracture, qui avait été réduite à Spire depuis quinze jours, fut dérangée par le transport du malade. Je la trouvai tout à fait dérangée, la portion supérieure du tibia étant totalement enfoncée du côté du mollet. Je fis faire des extensions, d'abord avec les mains, puis avec les lacs, sans succès ; j'employai ensuite le mouffle, et quelque effort que je puisse faire, il me fut impossible de réduire cette fracture. En remportant le malade dans son lit, je tenais la jambe fracturée pour la conduire le plus doucement qu'il était possible. Ceux qui étaient chargés du corps l'ayant levé tout à coup trop haut, la jambe fut fléchie, et dans l'instant la fracture se remit de niveau, ce qui fut annoncé par un craquement qu'on entendit, et qui fit faire de grands cris au malade.

La flexion sera donc très-utile dans le traitement des fractures du tibia ; mais à elle seule elle ne suffirait pas, et toujours on devra avoir recours au bandage de Scultet dans les premiers jours, afin de pouvoir panser la plaie ou l'ecchymose qui se produit à l'endroit de la fracture, et d'attendre que le gonflement de la jambe ait diminué. Alors on mettra le membre malade dans un appareil inamovible dextriné ou silicaté. Après quinze ou vingt jours d'immobilité, le malade pourra essayer progressivement de se servir de sa jambe.

Un grand nombre de moyens et d'appareils ont été inventés pour guérir la fracture du tibia ; nous n'en parlerons pas. La flexion, le bandage de Scultet, le bandage inamovible, peuvent remplir toutes les conditions désirables ; il nous semble donc puéril d'insister sur des moyens dont l'utilité et l'efficacité peuvent être contestées.

(1) De La Motte, *Traité de chirurgie.*

(1) M. Demarquay prétend que les fractures cunéennes sont graves, non pas parce qu'elles pénètrent dans l'articulation, mais parce que, en lésant gravement la moelle, elles déterminent de l'ostéo-miellite qui emporte le malade. Assurément l'ostéo-miellite est une conséquence fâcheuse de la fracture en V; mais pourquoi cette inflammation n'existerait-elle pas dans les autres fractures ? L'ostéo-miellite étant une complication qui peut arriver dans toutes les fractures des os à moelle, ne sera donc pas particulière à la fracture en V du tibia; et la lésion de l'articulation, qui dans cette fracture ne peut pas manquer, nous semble devoir préoccuper plus spécialement le praticien, qu'un accident commun à tous les os à moelle. Assurément, si cette inflammation survient, le malade sera gravement compromis, et c'est pour cette raison qu'il est bon d'appeler l'attention sur la possibilité de cet accident.

(1) *Traité des plaies d'armes à feu*, par Ravaton.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
Sur les opérations de la cataracte.

Par le Dr Xavier Galezowski (2).

Il y a peu d'opérations qui aient subi plus de perfectionnements dans ces dernières années que l'opération de la cataracte. Grâce aux nouvelles recherches et aux progrès accomplis dans les manœuvres et les procédés opératoires, nous sommes arrivés aujourd'hui à des résultats inespérés.

(2) Galezowski, *Union méd.*, 1860, Nos 126 et 149.

Quelle différence, en effet, entre le nombre des succès que nous obtenons aujourd'hui et ceux qui étaient obtenus il y a peu de temps.

Justement émus du nombre considérable d'accidents qui survenaient après l'opération de l'abaissement, quelques chirurgiens français ont rejeté cette méthode comme dangereuse. Les recherches statistiques de Roux, qu'il a résumées dans un mémoire lu à l'Institut en 1836, ont démontré l'avantage incontestable de la méthode de David sur l'abaissement, quand il a annoncé qu'il a obtenu par l'extraction à lambeau 3 succès sur 5 pour les yeux, et 7 succès sur 10 pour les individus.

Les résultats obtenus par MM. Nélaton, Desmarres père, Makensie et autres chirurgiens de notre époque, ont donné des résultats bien plus satisfaisants encore. Ainsi, dans un compte rendu de la clinique de M. Desmarres, que j'ai publié en 1860, j'ai démontré qu'il obtenait 86 guérisons sur 100. D'autre part, M. Nélaton nous disait, dans ses leçons cliniques, en 1862, que les succès pouvaient être exprimés dans la proportion de 85 à 90 pour 100. Les statistiques des auteurs allemands, selon M. Knapp (2), démontraient qu'il y avait 10 pour 100 de perte totale des yeux.

Mais les insuccès devenaient beaucoup plus nombreux, lorsqu'on tombait sur une série de sujets vicieux, cachectiques, atteints de toux ou de maladies du cœur et des gros vaisseaux, ou qui souffraient des paupières, des voies lacrymales, etc. Il était de règle, dans ces cas, de faire l'abaissement, afin de prévenir la suppuration de la cornée ; mais les résultats définitifs de l'abaissement étaient encore plus désastreux, et on a dû l'abandonner, à cause d'accidents graves qui se déclaraient souvent, même après quelques années, du côté des membranes internes de l'œil, tels que décollement de la rétine, irichoroïdites, excavation de la pupille, etc.

C'est au moment où cette réaction se produisait contre la méthode d'abaissement, que MM. Desmarres père, Bournan, Cricket et Graefe, ont cherché chacun à leur tour à perfectionner la méthode d'extraction, pour assurer plus de succès à la réunion de la plaie. Les modifications qui ont été adoptées par ces éminents chirurgiens ont fait naître de nouvelles méthodes et de nouveaux procédés, dont le nombre est aujourd'hui considérable.

On serait aujourd'hui très-embarrassé dans le choix de la méthode d'extraction de la cataracte, si l'on n'avait pas des règles et des indications bien précises. Chaque méthode a ses avantages, si on sait l'appliquer à des cas appropriés. Nous n'hésitons pas, au contraire, à blâmer la conduite de tous ceux qui ont préféré adopter une seule méthode pour toutes les cataractes, et ont la hardiesse de vouloir soumettre tous les malades, soit à l'extraction à lambeau, soit à la méthode de Graefe, soit enfin à l'abaissement, sans se préoccuper de la nature et de la variété des cataractes.

Quatre méthodes opératoires doivent être appliquées dans les différentes formes des cataractes : 1° Extraction à lambeau, 2° Extraction linéaire sclérotico-cornéenne de Graefe ; 3° Extraction linéaire cornéenne simple ou avec incision de l'iris ; et 4° la méthode mixte de l'auteur.

A. Extraction a lambeau.

Parmi toutes les méthodes opératoires de la cataracte, celle de l'extraction à lambeau est incontestablement la plus jolie et la plus brillante qu'on puisse imaginer. C'est la plus belle conquête de la chirurgie moderne, et les résultats définitifs, dans les cas de succès, sont bien supérieurs à ceux que nous donnent d'autres méthodes. La conservation de la pupille normale contribue pour beaucoup à rendre ces résultats plus complets.

Mais, à côté des avantages, elle présente aussi des inconvénients qui peuvent devenir un danger réel pour le malade. Un des plus grands, c'est *une plaie trop grande*, s'étendant presque à la moitié de la circonférence cornéenne, et *la forme de la plaie en lambeau*.

Une étendue trop grande de la plaie peut, en effet, interrompre la nutrition pendant longtemps dans le lambeau cornéen et amener son sphacèle bien avant qu'un travail de réunion commence à se faire. Un autre inconvénient non moins grand dans cette méthode est la facilité avec laquelle la hernie de l'iris peut se produire dans toute l'étendue de la plaie.

Pour obvier à ces inconvénients, M. Desmarres père a eu une heureuse idée de détacher un lambeau conjonctival au sommet du lambeau cornéen. Une fois l'extraction de la cataracte accomplie, le lambeau conjonctival reprenait sa position primitive et ne tardait pas à se réunir par première intention, ce qui assurait la nutrition du lambeau cornéen pendant tout le temps qui était nécessaire pour la cicatrisation de la plaie cornéenne. Par ce même procédé, on évite la formation d'une trop grande hernie de l'iris.

La méthode d'extraction à lambeau pourra être appliquée avec succès dans les cas suivants :

1° Les cataractes dures et mixtes, libres de toute adhérence, et qui ne sont pas compliquées d'altérations profondes de l'œil, ni de ramollissement du corps vitré. Les cataractes molles, liquides et adhérentes seront opérées par d'autres procédés.

2° Les personnes jeunes, robustes et bien portantes. Tout au contraire, les malades qui sont âgés au delà de 45 ou de 50 ans, qui souffrent des affections du cœur et des poumons, chez lesquels les cornées présentent à la périphérie des cercles séniles (gérontoxou), tous ces malades, dis-je, devront être opérés par l'extraction linéaire sclérotico-cornéenne.

3° Les résultats de l'opération seront d'autant plus satisfaisants, que le lambeau cornéen sera plus large, et que la cornée et l'iris n'auront pas subi pendant l'opération de pression trop grande au moment de la sortie du cristallin.

En me conformant à ces prescriptions, j'ai pu obtenir 14 succès sur 17 extractions à lambeau. Une seule fois la cornée s'est totalement sphacélée, et je n'ai pu attribuer cet accident qu'à l'existence du gérontoxou sénil, qui, d'après M. Hasner, empêche la réunion de se faire. Dans un autre cas, il y a eu une hémorrhagie interne et la perte de l'œil ; dans un troisième, la pupille s'était complétement obstruée par suite d'une irisis, et la malade n'est plus revenue me voir.

M. Wolfe (2) a adopté une autre modification pour l'extraction à

(1) Knapp, *Archiv. f. Ophthalmologie*, 1868, t. XIV, Abth. I, p. 288.
(2) Jacobson. — *Ein neues operations Verfahren zur Heilung des grauen Staares*. Berlin, 1863.

lambeau, qui lui assure le succès presque certain. Il soumet tous ses malades à l'opération d'iridectomie, et, six semaines plus tard, il fait l'extraction à lambeau cérato-conjonctival. Sur 107 opérations pratiquées par ce procédé, il n'a eu que 4 fois la perte de l'œil.

MM. Pagenskcher et Jacobson (1) ont apporté à leur tour une autre modification, en faisant leur lambeau tout entier dans la sclérotique, près de l'attache de l'iris; l'iris est immédiatement excisé, et le cristallin extrait comme d'habitude. Les résultats obtenus par ce procédé sont si heureux, qu'ils ne comptent que 2 ou 3 p. 100 de perte.

M. Williams (2), de Boston, cherche à assurer la réunion du lambeau cornéen, au moyen de sutures en fil de soie, sur les deux bords de la plaie.

Mais toutes ces modifications ne nous paraissent pas présenter des avantages suffisants pour remplacer la méthode à lambeau ordinaire; c'est peut-être aussi la raison pour laquelle elles n'ont pu se vulgariser.

C'est à M. de Graefe que revient l'honneur d'avoir inventé la méthode qui remplace avec succès l'extraction à lambeau. C'est son *extraction linéaire modifiée*, et que j'appelle *l'extraction linéaire scléro-tico-cornéenne*, modifiée d'après les indications de MM. Crisohett et Bowmann : elle assure les succès les plus complets.

Voici en quoi consiste cette méthode, telle que nous la pratiquons :

B. Méthode d'extraction linéaire sclérotico-cornénene.

Premier temps. — Avec un couteau de Graefe, droit et fin, ayant la forme d'un canif, on fait la ponction dans la partie la plus périphérique de la chambre antérieure, par conséquent dans la sclérotique, à peu près à 2 millimètres de la circonférence de la cornée. Le couteau parcourt ensuite toute la chambre antérieure au-devant de l'iris, et ressort du côté opposé, sous le bord sclérotical. La ponction et la contre-ponction une fois faites, on tourne le tranchant en avant, et, après quelques mouvements de va-et-vient, on incise la cornée. La plaie ainsi obtenue aura nécessairement la forme linéaire, et la plus grande partie de son trajet se trouvera dans la cornée.

Le *deuxième temps* consiste dans l'excision de l'iris, qui se trouve projeté dans la plaie.

Dans le *troisième temps*, on fait une large discision de la capsule.

Et enfin, dans le *quatrième temps*, on fait sortir le cristallin, en exerçant une légère et méthodique pression sur la partie du globe de l'œil opposée à la plaie cornéenne.

L'incision sclérotico-cornéenne peut être faite, dans la partie, soit supérieure, soit inférieure de l'œil, selon que celui-ci est plus ou moins enfoncé, que le malade est plus ou moins docile, et que le corps vitré est ou n'est point ramolli.

Le grand avantage de cette méthode repose sur la forme linéaire de la plaie, dont la réunion par première intention se fait presque toujours sans aucune difficulté.

L'excision de l'iris prévient le développement d'irisis ou d'iridochoroïdite; et quand même cette dernière se déclare, elle est beaucoup moins grave, et ne compromet presque pas la vue du malade.

Sur 23 malades opérés par cette méthode, j'ai obtenu les résultats suivants : Dans 18, les résultats ont été complétement satisfaisants, soit dès le premier coup, soit après une opération accessoire d'excision de l'iris ou d'extraction de la cataracte secondaire. Une fois seulement nous avons eu un phlegmon de l'œil, et quatre fois une irisis plus ou moins violente. Le prolapsus du corps vitré est survenu six fois, mais jamais au point que cela ait pu compromettre le résultat définitif.

Les avantages de l'extraction linéaire sclérotico-cornéenne sont incontestables, et la pratique journalière de tous les ophthalmologistes modernes démontre surabondamment sa supériorité sur les autres; et cela s'explique facilement lorsqu'on veut analyser plus attentivement les principes sur lesquels repose cette opération. D'abord la forme de la plaie est linéaire, ou à peu près; par conséquent, les bords restent en coaptation dès que l'extraction du cristallin est terminée, ce qui facilite naturellement la réunion par première intention. D'autre part, l'excision de l'iris prévient le développement de l'irisis, complication si fréquente et si grave après l'extraction à lambeau, et qui n'est qu'exceptionnelle dans l'opération dont nous nous occupons.

La hernie de l'iris compromet aussi bien souvent et pendant longtemps le résultat définitif de l'extraction à lambeau; après l'excision de cette membrane, dans la méthode de Græfe, cet accident n'est plus à craindre. Quelquefois une petite portion en est pincée dans la plaie, mais sans aucun danger pour l'œil.

La suppuration et la destruction n'est pas très-rare dans l'extraction à lambeau. Dans l'extraction linéaire scléro-cornéenne, cet accident appartient à des cas tout à fait exceptionnels, et n'est dû qu'aux fautes commises par l'opérateur lui-même, lorsque l'ouverture de la cornée était trop petite, et que le cristallin, volumineux en sortant, a produit la déchirure de la plaie dans ses angles. C'est à la suite de ces mêmes accidents que le phlegmon de l'œil peut se déclarer.

Parfois il arrive pourtant que les bords de la plaie ne se réunissent point par première intention, malgré leur coaptation permanente. Mais alors, ce n'est pas la faute du procédé opératoire, mais plutôt de la disposition particulière de la cornée à la suppuration. On trouve dans ces cas, soit tout le long de la plaie, soit dans un de ses angles, une tache blanchâtre dès le cinquième ou sixième jour après l'opération, accompagnée d'une forte injection péritonéenne, de la photophobie, et d'un larmoiement continuel. C'est une vraie suppuration de la cornée accompagnée de vascularisation nécessaire à la cicatrisation, qui se fait, dans ce cas, par seconde intention. Voici un cas de ce genre qui m'est arrivé tout récemment.

Observation. — M. M..., âgé de 60 ans, me fut adressé, au mois de mai dernier, par M. le docteur Peter, professeur distingué à la Faculté de Paris, pour être opéré d'une cataracte. M. M... est myope, et il portait toujours les lunettes n° 6 concaves. Depuis plusieurs années, il voyait de plus en plus trouble de l'œil droit. La cataracte nucléolaire se formait dans les deux yeux, mais de préférence dans l'œil droit. L'examen m'a permis de diagnostiquer une cataracte dure nucléolaire, presque noire et complète à droite, et moins avancée à gauche. Assisté de mon ami, le docteur Paul, j'en pratique l'extraction sur l'œil droit par la méthode scréro-kératique linéaire inférieure, sans aucun accident, le 15 mai 1869. Les premiers quatre jours se passent sans douleurs, la plaie est en coaptation, la chambre antérieure est rétablie. Le cinquième jour, des douleurs apparaissent dans la direction du nerf sous-orbiculaire, et la joue est enflée; l'œil est rouge et excessivement larmoyant. Un point blanchâtre apparaît au centre de la plaie, qui n'est autre chose que l'abcès en suppuration.

Je fais appliquer, à deux reprises, des sangsues dans la région temporale, et j'emploie des collyres et des lotions narcotiques, pendant que l'œil est constamment maintenu sous un bandage compressif. Ce traitement a réussi à amener la guérison de l'abcès et la cicatrisation de la plaie. Pendant tout ce temps, la cornée est restée complétement transparente, et aujourd'hui le malade voit parfaitement de façon à lire de cet œil avec des lunettes.

Un accident non moins grave est le prolapsus du corps vitré pendant ou après la sortie du cristallin. Il s'observe bien plus souvent dans la méthode telle que la pratique M. de Græfe lui-même, que dans le procédé modifié tel que nous l'avons décrit. L'éminent professeur pratique en effet son émission tout entière dans la sclérotique, et, une fois l'iris enlevé, le corps vitré n'est protégé, dans toute l'étendue de la plaie, que par la zonule de Zinn, qui se rompt facilement sous l'influence de la pression qu'on est forcé d'exercer pour faire sortir le cristallin. En introduisant la modification décrite plus haut, on évite forcément cet accident.

A la suite de cette opération, on a très-souvent des cataractes secondaires; et, il faut le dire, ces opérations secondaires sont relativement beaucoup plus rares dans une extraction à lambeau. Dans un bon nombre de cas, ces cataractes secondaires sont le résultat inévitable de nombreux débris corticaux qui se détachent de la masse cristallinienne, au moment où ce dernier franchit la plaie linéaire, quelquefois trop petite relativement au volume de la cataracte. Bien des fois elles sont aussi produites par l'épanchement de sang qui suit l'excision de l'iris, ou par des exsudations plastiques qui se forment à la suite d'une irisis.

Mais disons de suite que cet accident n'est point dangereux, que souvent ces sortes de cataractes s'absorbent toutes seules, et que, dans tous les cas, leur extraction peut être pratiquée au bout de six semaines, par la méthode linéaire simple que nous décrirons à son tour.

(1) Wolfe. — *An improved method of extraction of cataract with results of 107 operations.* London, 1868. (*The Lancet*, 1868).

(2) Williams, of Boston. — *Suture of the Wound of cornea after Flah Extraction.* (Transactions of the american ophthalmological Society New York, 1869, p. 58).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 juillet 1869. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le président annonce à la Société la mort de M. Davenne, l'ancien directeur de l'Assistance publique. M. Moissenet, ajoute M. le président, a prononcé un discours au nom des médecins des hôpitaux, discours qui a été publié dans l'*Union médicale*.

La parole est à M. Besnier pour la lecture du rapport sur les maladies régnantes.

Il paraîtrait, d'après ce rapport, que les affections puerpérales ont été beaucoup plus rares à l'hôpital Lariboisière que dans certains autres hôpitaux.

M. Renauld fait remarquer à ce sujet que l'hôpital Lariboisière lui semble jouir d'une véritable immunité par rapport à ces affections. M. Renauld a été chargé pendant quelque temps du service des femmes en couches, et sur 600 accouchements qui ont été faits pendant ce temps, il n'y a eu que 3 morts.

M. Dumont-Pallier qui a été interne de M. Hervé de Chégouin, à une époque où ce service lui était confié, a observé, au contraire, qu'il y avait à cette époque une grande mortalité, ce qui prouve une fois de plus que ce qui est vrai pour une année ne l'est pas pour une autre.

M. Isambert. Depuis la discussion qui s'est élevée ici au sujet de la variole rash, il s'en est montré plusieurs cas. Pour ma part, j'en ai un cas dans mon service, que j'ai montré à M. Chauffard. La maladie a bien débuté par l'éruption scarlatiniforme autour du bassin, sur laquelle j'ai particulièrement insisté dans mon observation. Il y avait déjà près de trois jours que l'éruption avait paru quand cette malade entra dans mon service. Pendant quarante-huit heures, elle est restée la même, avec un état fébrile très-modéré. Mais après quarante-huit heures, la fièvre a très-fortement augmenté, la malade s'est trouvée dans un état de délire assez intense. Un instant j'ai cru que la variole allait devenir hémorrhagique, ce qui aurait donné raison à M. Chauffard : j'ai aperçu, en effet, du sang sur la lèvre supérieure, mais cela venait tout simplement de ce que la malade s'était mordue pendant son délire, et sa variole n'est, par le fait, nullement hémorrhagique. La malade va bien pour le moment : du reste, j'en donnerai l'observation dans la prochaine séance.

M Guérard s'asssocie pleinement au regret exprimé par M. Besnier, au sujet de l'insuffisance des bulletins hebdomadaires fournis par les médecins des hôpitaux, ce qui rend toute statistique presque impossible, ou du moins très-difficile. Il est déjà bien regrettable, ajoute M. Guérard, que l'on ne puisse pas avoir des renseignements plus précis sur les décès qui ont lieu en ville. On ne saurait donc trop engager les médecins des hôpitaux à apporter le plus grand soin dans la rédaction des feuilles hebdomadaires, afin de pouvoir au moins établir une statistique sérieuse des hôpitaux.

M. Labbé. Voilà trois mois que je suis chargé du service des femmes en couches de la Pitié. Il n'y a toujours pas plus de mortalité qu'auparavant; toutes les malades y guérissent. Il n'y a eu qu'un seul cas particulier; c'est une malade morte de la variole, mais elle n'est pas morte dans ce service; elle avait été transportée dans le service des maladies aiguës, et c'est là qu'elle est morte. Sans vouloir expliquer comment cette salle se trouve indemne de toute épidémie, je ferai remarquer que les fenêtres y sont constamment ouvertes, jour et nuit, ce que permet l'heureuse disposition de la salle, car il n'y a qu'un seul rang de lits, et en face de chaque lit se trouve une fenêtre. En outre, les malades se trouvent dans de très-bonnes conditions morales, ce qui, je crois, n'est pas sans influence.

M. Champouillon. Voilà près de quinze ans que je vais, chaque année, accompagné de l'ingénieur, conduire les élèves du Val-de-Grâce à Lariboisière, pour leur faire connaître les différents systèmes de ventilation qui s'y trouvent. Il y a pour moi une différence très-sensible de degré de salubrité entre les deux principaux pavillons : il y en a un qui est ventilé par l'ancien système de Léon Duvoir, et l'autre qui est ventilé par le nouveau système, que je préfère de beaucoup. Je demanderai donc à M. Dumont-Pallier dans lequel des deux pavillons se trouve la salle des femmes en couches.

M. Dumont-Pallier répond que la pavillon occupé par les femmes en couches a été toujours le même depuis la fondation de cet hôpital, ce qui enlève toute valeur à l'observation de M. Champouillon, bien que la ventilation y soit obtenue par le système Léon Duvoir.

M. Hérard croit que l'un ne ventile pas mieux que l'autre, et qu'en fait d'aération, rien ne vaut le système des fenêtres et des cheminées.

M. Moutard-Martin demande à compléter les renseignements qu'il a donnés pour le rapport sur les maladies régnantes, en disant qu'il y a un très-grand nombre de varioles dans la partie qui se trouve entre l'hôpital Beaujon et les Ternes, ainsi qu'à la butte des Moulins.

La séance est levée à 5 heures un quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 16 avril 1869. — Présidence de M. Lagneau.

Lecture est faite du procès-verbal de la précédente séance.

M. Géry père. Je ferai observer, à propos du procès-verbal, qu'en ville, bien que les accouchements soient souvent confiés à des mains moins expérimentées que dans les hôpitaux, la mortalité des accouchées y est encore bien inférieure à celle que l'on constate dans ces établissements. Néanmoins, j'ajouterai que la mortalité des femmes accouchées à domicile, à Paris, est supérieure à celle de Lyon. La mortalité en ville est souvent le résultat d'accidents de dystocie, tels que : hémorrhagies utérines, suite d'implantation vicieuse du placenta, versions ou applications de forceps trop longtemps différées, etc.

....

M. Charrier. M. Géry confirme ce que j'ai avancé, à savoir que la mortalité a été bien plus grande à Paris qu'à Lyon dans les accouchements à domicile, puisqu'on a constaté ici 1 décès sur 110, sur 120 accouchements pratiqués en ville.

M. Perrin. Je partage complétement les opinions de M. Charrier. Je regretterais que la discussion si intéressante et si pleine d'enseignements, de la dernière séance n'aboutît pas à une déclaration solennelle de la part de la Société de médecine de Paris, sur les dangers tant de fois signalés des maternités. Nous l'affirmons : c'est un crime de lèse-humanité que de continuer, comme on le fait tous les jours à recevoir *une mère de famille* dans de pareils établissements, où la mort vient trop souvent l'atteindre, et parfois, du même coup, rendre orphelins un ou plusieurs enfants laissés par elle à la maison. Il dépend, je le répète, d'une société comme la nôtre de profiter de cette douloureuse discussion pour protester avec tout le corps médical entier contre les errements actuels, en appelant de tous ses vœux une réforme radicale et protectrice.

M. Charrier. J'ai un mémoire tout prêt dans lequel sont résumées toutes les opinions émises par les accoucheurs qui ont pris part aux discussions sur ce sujet, tant à la Société de chirurgie qu'à l'Académie de médecine. Je me mets à la disposition de la Société si elle désire en prendre connaissance.

M. Boinet..

M. Richard................................Non-seulement les maternités, mais toutes les salles des malades, fiévreux ou blessés, laissent à désirer. En ce moment, à Beaujon, l'hôpital le plus sain, à mon avis, toutes les salles de blessés sont infectées d'érysipèle et d'infection purulente. Les lits sont trop rapprochés, les salles sont combles; je demande depuis quatre ans qu'on enlève huit lits par salle; je n'ai jamais rien obtenu.

M. Charrier. La lecture de mon mémoire aurait peut-être son utilité. La Société, après l'avoir entendu, pourrait décider s'il ne serait pas opportun qu'une démarche fût faite par le bureau près de M. le sénateur préfet de la Seine, pour lui en donner connaissance, ainsi que de la résolution prise par la Société.

M. le Président. Le travail de M. Charrier sera mis à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Le procès-verbal est adopté.

La correspondance comprend :

1° Une lettre par laquelle M. le docteur Tissier annonce se porter candidat à la place déclarée vacante dans la Société de médecine. M. Tissier aura la parole dans la prochaine séance pour lire, à l'appui de sa candidature, une *Observation de gangrène partielle du vagin à la suite du tamponnement par le perchlorure de fer.*

2° *De la cure thermale du Mont-Dore dans le traitement des affections chroniques du larynx, et en particulier de l'aphonie*, par M. Richelot.

L'auteur divise en six groupes distincts les cas de laryngo-pharyngite chronique que l'on observe à la station thermale du Mont-Dore et qui, en général, se trouvent bien de la cure faite à cette station :

1er groupe : Excès de parole ou de chant, fatigue du larynx.

2e groupe : Susceptibilité particulière; le moindre refroidissement amène l'aphonie.

3e groupe : Nervosisme, hystéricisme, aphonie hystérique.

4e groupe : Herpétisme.

5e groupe : Diathèse rhumatismale.

6e groupe : Dans ce dernier groupe, l'affection morbide du larynx et du pharynx a son point de départ dans une tuberculose pulmonaire.

M. Boinet, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Léon Labbé et Giraldès, lit un rapport sur le travail présenté à la dernière séance par M. Delpeuch, à l'appui de sa candidature.

M. Forget. Le rapport de M. Boinet présente des considérations très-importantes; il y a matière à une très-longue discussion sur le mode de rapprochement d'anévrysmes et de plaies artérielles au point de vue d'un traitement identique. Je ne saurais laisser passer sans protester la conclusion de M. Boinet, lorsqu'il désira voir se généraliser la compression digitale et indirecte dans les hémorrhagies compliquant les plaies. Pour M. Boinet, cette méthode serait un

progrès; je crois, au contraire, qu'elle serait un danger, dans l'état actuel de nos connaissances. Pour moi, ce qu'il y a de plus sûr dans un cas de plaie artérielle, c'est de rechercher et de lier les deux bouts de l'artère dans la plaie. C'est là ce que l'on doit tenter de faire lorsqu'on est appelé dans les premiers moments, et non la compression artérielle.

Dans un cas où l'hémorrhagie est secondaire, consécutive, quand il y a suppuration, état tomenteux de la plaie, qu'il existe des caillots, que les rapports sont changés, c'est alors que, la ligature dans la plaie étant difficile, sinon impossible, on devra tenter la compression digitale. Si le temps le permettait, je démontrerais que quand même la compression digitale formerait des caillots dans une plaie primitive d'artère, il y aurait encore un danger plus ou moins éloigné à l'employer.

M. BOINET. Ma conclusion n'est pas absolue. J'ai dit que j'espérais que cette compression serait un progrès pour l'avenir. J'admets comme vous qu'il faut aussi chercher et lier les deux bouts de l'artère; mais si vous agissez toujours de la sorte, vous n'arriverez jamais à juger l'autre méthode. Si je conclus à l'adoption de la compression digitale, c'est qu'elle a déjà donné de nombreux succès à des chirurgiens éminents. Vous me dites que la compression n'oblitère pas l'artère; mais la ligature ne l'oblitère pas davantage. Les expériences de Hunter, de Jones, de Smith, de Béclard, ont démontré qu'après la ligature l'oblitération ne se fait pas par occlusion vitale de l'artère; il n'y a pas réunion, mais diminution du calibre du vaisseau. Si vous arrivez à empêcher le sang de passer par une artère, celle-ci se rétracte latéralement et dans sa longueur. Or la compression peut déterminer la formation d'un caillot permettant à l'artère de se rétracter. Depuis les expériences de Béclard, les idées fausses sur les obturations artérielles ont disparu. Dans un anévrysme, vous obtenez la guérison, parce que l'artère s'oblitère même au-dessous de cette poche; elle ne redevient perméable que bien longtemps après.

Un tailleur, atteint de bubon, eut, quelque jours après l'incision, une hémorrhagie saccadée sortant par arcades de la plaie faite au pli de l'aine. Il avait perdu à peu près un litre et demi de sang lorsque je fus appelé. N'ayant pas sur moi les instruments nécessaires, j'introduisis une épingle; je réunis par une suture les deux lèvres de la plaie, et ordonnai la compression directe, en même temps que la compression digitale sur le trajet de l'iliaque pendant toute la nuit. Le lendemain rien n'avait bougé. Les battements ont diminué, puis cessé dans la fémorale et dans la poplitée.

Est-ce la fémorale ou la honteuse interne qui avait été lésée? Le jet était gros comme une plume de corbeau. Il y a de cela quinze jours; je ne perds pas le sujet de vue. Je comptais faire la ligature de l'iliaque; elle n'a pas été, fort heureusement, nécessaire jusqu'à présent. En présence de ce fait et d'autres semblables, où la compression digitale a été suivie de succès, je crois à l'avenir de cette méthode. La flexion devra être combinée à la compression directe et indirecte; vous arrêterez ainsi sûrement la circulation, et vous aurez l'espoir d'un caillot.

M. FORGET. Je ferai observer que j'avais bien circonscrit mon observation sur ce seul point : De l'opportunité d'appliquer cette méthode aux plaies d'artères immédiatement faites, je n'ai pas voulu étendre la discussion, M. Boinet dit : Une artère est divisée; je comprime au-dessus de la plaie, pendant un, deux ou trois jours...

M. BOINET. Pendant huit jours s'il est nécessaire.

M. FORGET. Pendant huit jours, soit. Durant tout ce temps, vous laisserez une porte ouverte. S'il'aide est inintelligent, vous exposez la vie du malade. Cette méthode est un attentat à des choses excellentes; ce n'est pas un progrès, c'est un attentat au progrès. Vous comptez sur des théories physiologiques. Avec la ligature, au contraire, j'ai une colonne de sang qui n'est plus en circulation; je suis désormais tranquille, tandis qu'avec la compression confiée à des parents ignorants, inexpérimentés, votre malade peut mourir subitement.

Je n'accepte donc pas comme un progrès ce qui est une négation du progrès.

M. BOINET. Avant d'arriver à la ligature, il est permis d'employer un moyen plus innocent; car la ligature, elle aussi, a ses dangers, ses accidents: des hémorrhagies, une nouvelle plaie, de la pyohémie quelquefois.

M. FORGET. Au point de vue où j'ai placé la question, celle d'une plaie artérielle immédiatement faite, ce n'est pas la ligature du tronc, c'est celle des deux bouts de l'artère dans la plaie que je recommande.

M. BOINET. Elle n'est pas toujours facile, et bien souvent l'on est forcé de recourir à la ligature du tronc.

M. LE PRÉSIDENT. Vu l'heure avancée, la suite de cette discussion est remise à la prochaine séance.

M. JULES WORMS présente un myome utérin expulsé à peu près spontanément par une femme de 47 ans.

L'exposition et la discussion de ce fait pathologique très-intéressant sont également réservées pour la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire : ANTONIN MARTIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons avec douleur la mort de notre ami M. le docteur Galligo, l'un des représentants les plus distingués de la presse italienne, fondateur de l'*Imparziale*.

— Un concours, pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris, sera ouvert le lundi 2 août 1869, à 2 heures précises, à la Pharmacie centrale de l'Assistance publique, quai de la Tournelle, 45.

Les personnes qui voudront prendre part au concours pourront se faire inscrire au secrétariat de ladite administration, jusqu'au samedi 24 juillet, à 3 heures précises.

Seront admis à ce concours les élèves en pharmacie qui ont exercé en cette qualité pendant trois ans au moins dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Le directeur de l'Administration peut, en outre, et par des décisions spéciales, autoriser à concourir les pharmaciens de 1re classe qu'il juge présenter les garanties convenables.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Jules Guérin semble certain de la victoire ; aussi a-t-il été d'une grande modération dans son dernier discours.

Du moment où il n'a plus pensé que la vaccine Jennérienne était menacée dans son existence, il a perdu son attitude énergiquement aggressive ; et maintenant la vaccine animalelui semble bonne à conserver, au moins à titre d'expérience. Il paraît même disposé à l'accepter comme un moyen d'améliorer la vaccine Jennérienne, en y fortifiant l'élément animal, alors que l'élément humain y deviendrait trop prépondérant.

Cette atténuation des propositions trop absolues est manifeste dans leurs dernières formules et dans les conclusions de M. Jules Guérin.

Nous félicitons surtout l'orateur d'avoir, jusqu'au bout, conservé leur importance capitale aux faits d'observation.

Il ne subordonne les faits particuliers à certaines lois que parce que ces lois représentent un très-grand nombre de faits particuliers, généralisés, c'est-à-dire groupés. Ainsi comprises, les lois sont quelque chose de très-respectable. C'est la somme des observations antérieures à l'aide desquelles une nouvelle observation peut être contrôlée. Ce qui se fait le plus souvent « *quod plerumque fit* » devient règle aussi bien en science qu'en droit.

L'argumentation de M. J. Guérin est donc excellente, lorsqu'il met en doute la nature syphilitique d'ulcérations qui ont guéri en quelques jours, sans traitement, et sans provoquer l'apparition de toute une série d'accidents secondaires, tertiaires, etc.

Ce n'est pas ainsi que d'ordinaire se comporte la syphilis; les faits vaccinaux sont bien nombreux pour être tous exceptionnels; et il n'est pas toujours prudent de s'en tenir aux premières apparences, surtout lorsque ces apparences peuvent être interprétées de diverses manières, comme un incident l'a démontré.

Après le discours de M. J. Guérin, à la fin de la séance, M. Alphonse Guérin avait présenté une petite fille qui, suivant lui, était atteinte de syphilis vaccinale.

Un chancre induré se serait montré, le huitième ou neuvième jour, à la place d'une des piqûres; il se serait accompagné de roséole et d'un engorgement ganglionnaire encore apparent; puis l'induration aurait disparu en quelques jours, sans laisser de traces; mais en même temps il se serait formé des plaques muqueuses sur la vulve.

M. Alphonse Guérin, dont chacun connaît les belles leçons sur les accidents vénériens primitifs et secondaires, leçons professées à Lourcine il y a quelques années, était certainement une autorité très-compétente, lorsqu'il affirmait que c'était là, sans aucun doute, de la syphilis.

Eh bien ! un grand nombre d'académiciens et de médecins étrangers à l'Académie, MM. Vigla, Bergeron, Ausias-Turenne, etc., ont protesté immédiatement contre cette interprétation de ce qu'ils voyaient et des antécédents.

Ils ne voyaient que des érosions par malpropreté et des exulcérations sans importance, où M. Alphonse Guérin leur montrait des plaques muqueuses.

Ils disaient que souvent le vaccin le plus pur produisait, chez des lycéens par exemple, des ulcérations taillées à pic, à bases indurées, des *pseudo-chancres*, qui n'avaient rien de syphilitique et disparaissaient en quelques jours.

Quant à la roséole, M. Auzias-Turenne rappelait qu'il avait décrit une *pseudo-roséole* vaccinale.

Jusqu'alors l'enfant n'avait subi aucun traitement autre que des bains simples. Les opposants de M. Alphonse Guérin étaient tellement convaincus, qu'ils insistaient pour le maintien de cette abstention, et prédisaient la guérison prochaine et complète de la petite malade.

On voit combien les faits de cette nature prêtent aux objections par eux-mêmes, sans qu'il soit besoin de leur opposer des théories transcendantales.

Aussi M. Jules Guérin a-t-il fait très-peu de théories, deux ou trois à peine, en passant. Ce ne sont pas les points les plus solides de son discours.

Est-il bien vrai que la syphilis ou la variole ne puisse jamais se transmettre que par le moyen d'un produit spécial, sécrété par un *organisme* spécial, pour ne pas dire par un organe supplémentaire? que le virus syphilitique réside uniquement dans le chancre dur, comme le virus variolique dans la pustule ?

Toutes plausibles qu'elles paraissent, ces hypothèses sont démenties par la transmission héréditaire de la syphilis, et par la variole de l'enfant renfermé dans le sein de sa mère atteinte de variole. Evidemment, dans ces deux cas, la contagion s'est faite indépendamment d'un produit spécial et d'une organisme spécial.

Est-il bien vrai que la vaccine Jennérienne soit le résultat d'un métissage ? qu'elle tienne à la fois de la variole animale et de la variole humaine ?

S'il en était ainsi, la vaccine, en se dépouillant de l'élément animal, en devenant de plus en plus humaine, finirait par se rapprocher de la variole proprement dite, et, se confondant avec elle, pourrait la reproduire. Or, bien loin de là, la vaccine peut s'affaiblir en s'éloignant de l'animal ; mais elle n'en devient que moins semblable à la variole humaine.

Est-il bien vrai que la *maladie* des jeunes chiens soit la variole du chien, analogue dans sa nature à toutes les autres varioles?

Nous avons demandé à MM. Bouley et Leblanc si elle était inoculable ; et il paraît qu'elle ne l'est pas.

Est-il bien vrai que, pour la culture de la vaccine, il faille employer tous les procédés dont on se sert pour créer une race, lorsqu'il s'agit d'êtres vivants : et notamment faire des croisements de vaccinifères ?

J'avoue ne pas encore comprendre ce que peut être un *vaccin de race*, ni quel avantage il peut y avoir à inoculer successivement des sujets sanguins et lymphatiques, des hommes du Nord et du Midi, des êtres à prédominence toute physique ou toute intellectuelle.

Même alors qu'il s'agit de races proprement dites, humaines ou animales, je ne crois pas à la nocuité des unions consanguines entre des êtres qui n'apportent pas en commun des germes morbides. J'ai déjà souvent rappelé l'exemple des paludiers du bourg de Batz, qui, se mariant toujours entre eux depuis des siècles, ont constitué la tribu villageoise la plus vigoureuse et la plus belle qu'il soit possible d'imaginer.

Les germes morbides peuvent être accrus suivant une puissance géométrique, lorsqu'ils sont communs aux deux générateurs. Voilà la notion qui doit conduire à croiser les races. Comment donc en faire l'application à la culture du virus vaccinal ?

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Cancer des ganglions lombaires.

(Observation recueillie par M. DIEULAFOY, interne des hôpitaux).

Le 12 du mois de janvier, un homme, âgé de 53 ans, entre dans le service de M. Potain, à l'hôpital Necker. Ce malade est sans fièvre, mais son teint jaunâtre et son amaigrissement, qui frappe dès qu'on s'approche de son lit, semblent indiquer, avant tout examen, l'existence d'une cachexie.

Interrogé d'abord sur ses antécédents, cet homme raconte qu'il a subi, il y a huit ans, l'ablation du testicule droit; opération nécessitée par la présence d'une tumeur douloureuse, du volume du poing, mais dont il n'a pas su nous dire le nom.

Depuis cette époque, il n'avait éprouvé dans sa santé aucun dérangement, quand il s'aperçut, il y a deux mois, que ses forces diminuaient; il n'était plus apte à faire son métier, assez fatigant du reste, de journalier; il éprouvait dans l'abdomen des douleurs peu vives et sans siége précis; les digestions se faisaient mal, d'autant plus mal, sans doute, que, privé d'argent, sa nourriture était plus que médiocre.

L'examen de l'abdomen fait reconnaître, à la palpation, une induration plutôt qu'une tumeur, située au-dessus de l'ombilic et empiétant de chaque côté de la ligne blanche.

Quant aux autres organes abdominaux ou thoraciques, ils paraissent exempts de lésions.

Cette induration, mal délimitée, paraissant assez profonde, sans battements, n'est pas douloureuse à la pression.

Avec de tels renseignements, il était difficile de poser un diagnostic; il était permis de penser à une tumeur, mais sans pouvoir préciser son siége et sa nature. La vésicule biliaire, le foie, l'estomac, pouvait être mis en cause, mais il fallait attendre de nouveaux symptômes, ictère, ascite, ou vomissements.

Or, quelques jours se passèrent, rien de cela ne parut, et le volume de la tumeur augmentait. A partir du 25 janvier, le malade eut quelques vomissements glaireux et alimentaires, survenant tantôt le soir, tantôt le matin, mais sans trace de gastrorhagie.

Quoi qu'il en soit, ces vomissements, le siége de la tumeur et les symptômes dont j'ai parlé, faisaient incliner fortement vers l'idée d'un carcinome stomacal.

A dater de ce moment, les symptômes généraux s'aggravèrent considérablement; le malade, sans appétit, s'affaiblissait et s'évanouissait pendant la nuit.

Cet état se prolongea durant quinze jours, pendant lesquels les différentes médications employées n'eurent aucun résultat.

La tumeur augmentait dans son diamètre transversal, et, chose singulière, paraissait à peu près fixe dans sa situation.

Le 14 février, on s'aperçut d'une induration nouvelle, située au-dessous et un peu à droite de la tumeur primitive, dure, et comme bosselée, mais non douloureuse.

Le dévoiement était constant, les vomissements se répétaient tous les jours, mais il n'y avait ni hématémèse, ni méléna.

Huit jours plus tard, le 22 février, le malade mourut.

L'autopsie donna un démenti formel à toutes les suppositions qui avaient été faites.

Le foie, la vésicule, l'intestin, l'estomac, étaient complétement sains; le péritoine intact; mais la paroi abdominale étant enlevée, on pouvait voir, derrière la masse intestinale, refoulée et aplatie, plusieurs tumeurs que je vais étudier.

Elles étaient formées par des ganglions lymphatiques lombaires, qui forment, normalement, comme un chapelet au devant de l'insertion des psoas, et qui reçoivent, entre autres lymphatiques, ceux du testicule.

La veine inférieure et l'artère aorte étaient comme englobées dans cette masse ganglionnaire; la veine n'était comprimée nulle part, ce qui explique l'absence d'œdème des membres inférieurs pendant la vie; le calibre de l'artère paraissait légèrement agrandi. Les parois de ces vaisseaux étaient saines. A cette masse ganglionnaire longitudinale venaient se rattacher d'autres réseaux, formant plusieurs tumeurs, entre autres, celles dont j'ai parlé dans le courant de cette observation.

Il y avait une masse au niveau des artères rénales, ganglions où s'abouchent les lymphatiques du testicule.

La tumeur la plus considérable avait son point de départ au niveau du tronc cœliaque, le long du pancréas, qui était sain, mais qui était envahi de tous cotés par le tissu cancéreux.

On avait donc affaire à une tumeur des ganglions lombaires. Les ganglions hypogastriques étaient sains, et, suivant toute apparence, la tumeur du testicule, enlevée quelques années avant, n'était autre qu'un carcinome.

La nature encéphaloïde de ces tumeurs explique leur rapide développement.

Si j'ai rapporté cette observation, c'est afin d'appeler une fois de plus l'attention sur le diagnostic du cancer de l'estomac. Dans le cas actuel, la localisation de la tumeur, les vomissements, la cachexie cancéreuse existaient, et avec tout cela, l'estomac était sain; mais le testicule avait été enlevé, et, si vague que soit un renseignement, il est des cas où il doit être pris en sérieuse considération.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. FLEURY.

Sarcocèle cancéreux

CHEZ UN JEUNE HOMME DE DIX-HUIT ANS.

(Observation recueillie par M. R. PERCEPIED, interne de service.)

Henri P..., âgé de 18 ans, est postillon à Issoire. Ce jeune homme, doué d'une constitution vigoureuse, a toujours joui d'une bonne santé. Son père et sa mère vivent encore, et assurent que dans leur famille il n'existe aucun principe morbide héréditaire.

Il y a environ cinq mois, il vit se développer, sans cause connue, au testicule droit, une tumeur qui fit des progrès lents, mais continuels. Comme elle était indolente, il ne s'en préoccupa pas autrement. Un médecin fut cependant consulté. Convaincu qu'il avait une hydrocèle, il pratiqua deux ponctions, qui donnèrent issue à quelques gouttes de sang. Il engagea alors le malade à se rendre à Clermont pour y consulter M. Fleury, et se faire traiter à l'Hôtel-Dieu de cette ville. Il y fut reçu le 22 mars de cette année.

On observe dans la bourse du côté droit une tumeur ovalaire, dont le grand diamètre a environ 10 à 12 centimètres, et le petit 7 à 8. Dure et rénitente sur certains points, elle est indolente à une pression modérée. La peau, qui a conservé sa coloration normale, est mobile sur les parties sous-jacentes. La tumeur n'offre aucune trace de fluctuation. La transparence y fait également défaut, lorsqu'on la place entre l'œil et la lumière. Le cordon des vaisseaux spermatiques est intact ; le canal déférent a conservé ses dimensions normales.

Quelle est sa nature ? La lenteur de son développement et son indolence doivent éloigner l'idée d'une affection inflammatoire, et faire entrer cette affection dans la catégorie des maladies chroniques.

L'absence de fluctuation et de transparence doivent faire éliminer les tumeurs liquides. Ce n'est donc pas une hydrocèle, ni un kyste, ni une hématocèle. Restent alors les sarcocèles, qui peuvent être syphilitiques, tuberculeux ou cancéreux.

Ce jeune homme n'a jamais eu de maladies vénériennes : il prétend même n'avoir jamais vu de femmes. Le bon état général de sa constitution éloigne l'idée d'une affection tuberculeuse. Reste alors

le cancer du testicule ; mais cette dégénérescence est rare à cet âge.

Avant d'en venir à un traitement chirurgical, on soumet le malade à l'usage des fondants : frictions résolutives sur la tumeur, iodure de potassium à l'intérieur, que l'on porte de 1 à 3 grammes. Ce traitement est continué jusqu'au 12 avril. Il n'a eu, comme on s'y attendait, aucun effet avantageux. La tumeur n'a pas augmenté, mais elle n'a pas diminué.

La castration est alors proposée au jeune homme, qui, fatigué de rester à l'hôpital, l'accepte avec empressement. On la pratique le 12 avril.

Cette opération n'a offert aucune particularité digne d'être notée. Le cordon a été lié en masse ; la tumeur est constituée dans sa partie inférieure par un tissu aréolaire dont la trame est fibro-celluleuse ; les cellules sont remplies de sérosité ; les trois quarts supérieurs sont formés par un tissu mou, fongueux, infiltré de sang, où l'on ne retrouve plus la moindre trace du testicule. Le microscope y décèle la présence de cellules graisseuses et de quelques cellules cancéreuses.

La plaie est pansée avec de l'alcool camphré étendu d'eau.

Tout marche bien les premiers jours ; mais, le 15 avril, on constate l'existence d'une rougeur érysipélateuse assez intense, au-dessus de l'arcade crurale, au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. Bientôt de la fluctuation y est perçue : une ouverture est pratiquée à ce foyer purulent, qui s'étend jusqu'au niveau du cordon. Un tube à drainage y est établi pour favoriser l'issue des liquides, qui séjournent dans une espèce de cul-de-sac. Sous l'influence de ce pansement, le pus s'écoule librement, et la plaie ne tarde pas à se recouvrir de bourgeons celluleux et vasculaires de bonne nature.

Le 7 mai, le malade quitte l'Hôtel-Dieu. La plaie n'est pas entièrement cicatrisée, mais elle ne peut tarder à se fermer.

La formation de cet abcès, doit-elle être attribuée à la présence du fil qui a été placé autour du cordon ? M. Fleury a toujours pratiqué cette ligature en masse et n'en a jamais observé d'effets fâcheux.

Quand à la nature de la tumeur, elle était bien évidemment cancéreuse. Les symptômes, les caractères physiques, l'inspection microscopique, ne laissent aucune espèce de doutes.

Si on ne devait considérer comme sarcocèles cancéreux que les tumeurs dures, bosselées, du testicule avec engorgement du cordon des vaisseaux spermatiques, on s'exposerait souvent à commettre des erreurs de diagnostic. Les douleurs lancinantes qu'éprouvent, dit-on, les malades, font le plus souvent défaut. Nous avons heureusement, dans l'inspection de la tumeur à la lumière, un moyen certain de reconnaître la présence d'un liquide transparent. Si cela nous fait défaut, le doute est permis, et nous devons demander à la ponction exploratrice le moyen de le dissiper.

Un cultivateur, âgé de 44 ans, entre le 18 janvier de cette année à l'Hôtel-Dieu de Clermont, pour y être traité d'un engorgement du testicule droit, qui s'est manifesté, dit-il, depuis trois mois seulement. La tumeur est ovoïde, sans changement de couleur à la peau, indolente à la pression, n'offrant pas la plus légère saillie. Le cordon des vaisseaux spermatiques est intact : le malade n'accuse pas la plus légère douleur. Il est alors envoyé dans la salle, comme atteint d'une hydrocèle.

A la visite du lendemain, nous retrouvons la tumeur avec les caractères qu'elle nous a offerts la veille. Elle paraît peut-être un peu lourde pour une hydrocèle, mais on ne peut pas considérer ce symptôme comme une signification bien grande. Le malade nous dit qu'il a maigri depuis quelque temps, que ses digestions sont pénibles. Nous ne trouvons pas dans l'état local l'explication de ce malaise général, ce qui commence déjà à nous inspirer quelques doutes : la tumeur est placée entre l'œil et la lumière ; elle est opaque ; ce qui les confirme. Nous avons alors recours à la ponction exploratrice : du sang s'écoule par la canule du trocart ; la question nous paraît dès lors tranchée. C'est à une tumeur solide que nous avons affaire, et le mauvais état général du malade doit nous faire craindre qu'elle ne soit cancéreuse.

La castration est pratiquée le 26 janvier. L'opération n'offre rien d'anormal. Nous trouvons un testicule complétement dégénéré et converti en tissu encéphaloïde.

Le malade quitte l'hôpital le 7 février, en bonne voie de guérison ; mais nous avons appris, depuis son retour dans son village, qu'il y avait succombé à une affection de l'estomac, probablement de même nature.

La ponction exploratrice peut donc être considérée comme une pierre de touche : il y a cependant, si la transparence fait défaut, quelques circonstances où elle pourrait induire en erreur.

M. Fleury nous cite à ce propos l'observation d'un malade, âgé d'une quarantaine d'années, qu'un médecin fort instruit, du département de l'Allier, lui adressait pour être traité d'une tumeur fongueuse du testicule.

Deux ponctions avaient été pratiquées ; elles n'avaient donné issue à aucun liquide ; la transparence n'existait pas : le diagnostic paraissait donc certain.

Bien convaincu que cette ponction exploratrice avait été faite convenablement, le professeur ne la répéta pas. La castration fut pratiquée ; mais avant de détacher complétement la tumeur, et de faire la section du cordon, il pratiqua, suivant le sage principe donné par Dupuytren, une incision dans le sens de son grand axe. Un flot de liquide lui fit reconnaître l'erreur du confrère, et regretter de ne pas avoir pratiqué, de son côté, la ponction exploratrice. L'opération ne fut pas continuée, et le malade en fut quitte pour une hydrocèle opérée par incision. Très-probablement les deux ponctions avaient été faites dans le testicule ou dans l'épaisseur des bourses, ce qui avait induit en erreur l'opérateur.

Le cancer du testicule est, il est vrai, bien rare avant 20 ans : c'est ce qui a pu laisser du doute dans l'esprit du médecin qui la été appelé à donner les premiers soins à notre jeune malade. Malheureusement, cette dégénérescence organique tend à devenir bien commune, et s'observe plus souvent qu'autrefois.

Nous avions dernièrement, à l'Hôtel-Dieu de Clermont, une jeune femme, mère de trois enfants, qui jusqu'à l'âge de 30 ans avait joui d'une santé irréprochable. Son père et sa mère, qui vivaient encore, s'étaient toujours bien portés. Depuis deux ans une tumeur s'était développée dans la glande mammaire du côté gauche ; les ganglions de l'aisselle participaient à l'engorgement, la peau des régions environnantes était parsemée de petits tubercules qui ont fait ranger ce cancer dans la catégorie des squirrhes pustuleux. La santé générale commençait à s'altérer et la cachexie cancéreuse devenait imminente. La maladie était donc au-dessus des ressources de l'art.

La campagne n'échappe pas plus que la ville à cette diathèse. Un médecin vieilli dans la pratique, qui depuis un grand nombre d'années exerce la médecine dans un village des environs de Clermont, nous disait dernièrement que le cancer, qu'il n'observait presque jamais dans sa clientèle, au début de sa pratique, tendait à devenir très-commun depuis quelques années. Quelle en est la cause ? Nous l'ignorons complétement. Les habitants de la campagne sont mieux logés qu'autrefois ; leur nourriture est meilleure, la durée moyenne de la vie a augmenté, et cependant ce mal est devenu plus fréquent. Des enfants, issus de pères et de mères bien portants, sont enlevés par cette affection. Est-ce parce que les médecins sont plus instruits, que les moyens d'investigation sont mieux connus ? C'est le raisonnement que l'on pourrait faire pour le cancer utérin ; mais celui du sein est si facile à reconnaître qu'il ne peut pas passer inaperçu.

TUMEUR DE LA RÉTINE

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE L'ŒIL EXTIRPÉ

Par le docteur Camuset.

Les tumeurs intra-oculaires des adultes naissent le plus souvent dans la choroïde, dont elles contiennent les éléments hypertrophiés, dégénérés, ou mélangés à des néoplasies carcinomateuses.

Dans l'enfance, la rétine est au contraire le lieu d'élection de ces tumeurs, que M. Wirchow range en deux catégories :

1° Le *glio-sarcome*, caractérisé par la présence des cellules isolées, renfermant plusieurs noyaux volumineux et de cellules fusiformes ;

2° Le *gliôme*, constitué par un état hypertrophique du tissu cellulaire de la substance cérébrale, ou neuroglia.

Pour M. le professeur Charles Robin, le gliôme serait une hypergénèse des noyaux du tissu interstitiel de la rétine (myélocytes).

Voici une observation qui confirme cette manière de voir :

Le 12 juin 1869, je présente à la clinique du docteur A. Desmarres un petit garçon de 3 ans, pâle, fluet, à cheveux noirs.

La pupille gauche, un peu dilatée, laisse voir, profondément située derrière le cristallin, une apparence jaunâtre, bosselée, qui occupe tout le champ pupillaire et le rend chatoyant.

L'œil droit est parfaitement sain.

Les parents se sont aperçus de ce changement de coloration de la pupille depuis environ 6 mois. Actuellement, la vision est abolie à gauche, normale à droite. Jamais l'enfant n'a souffert ; pas de névralgie ciliaire, pas de maux de tête, pas de convulsions. Il est très-intelligent. Dans sa famille, plusieurs personnes sont mortes de tumeurs cancéreuses, sur lesquelles nous n'avons pas de renseignements.

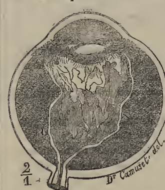
On diagnostique un encéphaloïde de la rétine. Les parents, avertis du danger que court la vie de leur enfant si on laisse la tumeur dépasser les limites actuelles et s'étendre au cerveau, se résignent à laisser faire une opération.

Le 16 juin, l'enfant étant emmailloté sur une planche, et non endormi, on procède à l'énucléation du globe. Les paupières sont écartées et l'œil fixé par une pince. A l'aide de ciseaux courbes, on ouvre circulairement la conjonctive ; les muscles sont sectionnés, la commissure débridée pour faciliter la luxation du globe, qui est gros et dur, et l'extirpation s'achève sans hémorrhagie.

Un point de suture dans l'angle externe, un plumasseau de charpie dans l'orbite et le pansement par compression. L'œil m'est remis pour en faire l'examen.

Examen de l'œil. — Le nerf optique est coupé au ras de la sclérotique ; cependant on peut voir que son volume est normal et qu'il ne présente pas de dégénérescence apparente.

La sclérotique étant ouverte sous l'eau, la tumeur devient palpable. Elle est comprise dans la rétine, qui, revenue par elle-même, lui forme une enveloppe extérieure. En tirant légèrement sur la zone de Zinn, elle cède, et l'on voit le cristallin, réduit à la moitié de son volume, transparent, sans noyau, ayant la consistance et la couleur de la gelée de viande pâle.



La cristalloïde antérieure est normale ; mais la postérieure, soudée à l'hyaloïde, est épaissie considérablement, d'un blanc laiteux plus foncé par places (ce qui donnait à la pupille l'aspect bosselé), et d'une résistance cartagineuse. Au microscope, ce néoplasme est entièrement formé de tissu lamineux.

Coupant ensuite transversalement la rétine sous l'eau, nous arrivons sur une tumeur d'une forme tout à fait particulière.

Elle est composée d'un grand nombre de *feuillets*, non adhérents entre eux, adhérents par places à la rétine, frangés, d'une teinte plus grise que la rétine, offrant quelques rares vaisseaux et prenant tous naissance sur l'espèce de plateau formé par l'hyaloïde épaissi. Ils ne se prolongent pas jusqu'au nerf optique, mais paraissent avoir dû flotter dans le corps vitré ramolli.

L'examen microscopique de la substance de ces feuillets montre qu'ils sont entièrement formés de myélocites, dont un grand nombre appartiennent à la variété cellule, rare, comme on sait, dans le tissu rétinien normal.

L'iris est absolument sain. La choroïde n'offre pas d'adhérence avec la tumeur. On décolle facilement la zone de Zuni du corps ciliaire, excepté en un point où la tumeur paraît avoir pris naissance. Nous pensons que vers ce point la rétine aura commencé à proliférer, puis le néoplasme aura tapissé l'hyloïde antérieure, en déterminant sa dégénérescence. De là, la nouvelle membrane nerveuse aura comblé l'espace situé entre l'ora serrata et les proces ciliaires, et aura envoyé au sein du corps vitré ramolli les prolongements feuilletés qui la composent.

On sait le pronostic fatal de la plupart des tumeurs de l'œil. Assurément, celle dont il s'agit ici, formée exclusivement de myélocites, est du nombre de celles qui prolifèrent et se reproduisent le plus. Mais n'est-il pas permis de penser, eu égard à l'origine probable de cette tumeur, à son peu d'importance dans le voisinage du nerf optique, que l'énucléation du globe aura été faite assez tôt pour sauvegarder la vie de l'enfant ?

Les nombreux cas de récidive que l'on a notés portent principalement sur les tumeurs nées dans le fond de l'œil, ayant par conséquent altéré déjà le nerf optique, lorsqu'on a pu les voir apparaître dans le champ pupillaire. Souvent même l'énucléation était faite quand la tumeur, après avoir perforé la coque, prenait cette forme vasculaire qui lui a fait donner le nom de *fongus hématode*.

Sans vouloir porter un pronostic présomptueux, disons que les tumeurs intra-oculaires de l'enfance, dont le développement ne s'est accompagné d'aucune souffrance, et qui ont dès le début envahi le champ de la pupille, présentent un degré d'innocuité relatif, malgré leur caractère histologique malin.

Espérons que l'événement viendra, pour notre petit malade, justifier cette manière de voir. Son état est d'ailleurs, aujourd'hui (3 juillet), aussi satisfaisant que possible.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 13 juillet 1869. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport final de M. le docteur Lacase sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Montauban en 1868 ;

2° Un rapport final de M. le docteur Manouvrier, de Valenciennes, sur une épidémie de rougeole à Wasnes-au-Bac ;

3° Un rapport de M. le docteur Bouchet sur le service des épidémies du département du Rhône en 1868 ;

4° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1868 dans les départements d'Indre-et-Loire, de l'Oise, de la Haute-Vienne, des Bouches-du-Rhône, de la Gironde, de la Nièvre, de la Vienne, de Seine-et-Oise, de la Dordogne (Commission des épidémies) ;

5° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Salies (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Nogarret ; de Baréges (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Lebret (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle se compose :

D'une lettre de M. le docteur Valérius, d'Anvers, qui demande l'autorisation de retirer un pli cacheté qu'il a adressé le 10 juin 1868.

M. Béclard présente, au nom de MM. Capron père et fils, fabricants d'instruments de chirurgie, un nouveau pulvérisateur ou inhalateur à jet continu.

Sur l'invitation de M. le président, M. Félix Voisin remercie l'Académie de l'avoir désigné, avec M. Kerkaradec, pour la représenter à la cérémonie commémorative de la mort d'Itard, et rappelle les services que ce médecin éminent a rendus a la science et à l'humanité.

M. Van de Loo lit une note sur un appareil de son invention, destiné à plâtrer rapidement les bandes dont il se sert pour construire ses appareils amovo-inamovibles.

Suite de la discussion sur la vaccine.

M. Guérin. J'aurais sans doute bien des remerciments à adresser à l'Académie pour l'attention quelle a bien voulu me prêter jusqu'à présent. Et pourtant j'ose la lui demander encore, et plus vivement, aujourd'hui. Car il ne s'agit point ici de discussions purement théoriques. Il s'agit d'une question de vie ou de mort pour la vaccine jennérienne. La responsabilité qui m'incombe est donc énorme, à moi qui m'en suis fait le défenseur. Ce n'est pas un homme qui lutte pour ses idées que vous avez devant vous, c'est un académicien qui croit devoir vous exposer dans ses détails, et soutenir avec toutes ses forces vives, une question vraiment sociale et humanitaire. C'est pour cela que j'ai accumulé pour ainsi dire les preuves et les faits ; et comme l'attention a pu en être fatiguée, je vais essayer d'en faire sentir les points essentiels, en en résumant les conclusions d'une façon nette et précise. Pour cela faire, je me suis astreint à condenser ma pensée dans quelques propositions fondamentales.

« *Première proposition.* Contrairement à l'opinion de Jenner et des premiers vaccinateurs, la vaccine est susceptible de subir des modifications dans ses formes, dans ses symptômes et dans sa vertu préservatrice. Mais ces modifications ne sont ni générales ni absolues. La plupart des causes qui peuvent en atténuer les caractères et en affaiblir l'énergie sont connues, et peuvent être prévenues ou combattues. »

Cette erreur, à laquelle je fais allusion, était exprimée par Jenner dans une poétique, mais trop inexacte parole. Quand on l'interrogeait sur la possibilité de l'affaiblissement et des variations de la

vaccine, il disait : « La vaccine n'a pas plus changé de nature que les feuilles de la rose ou que l'herbe des champs. » Et pourtant les expériences qu'on a faites en Angleterre ont suffisamment démontré que la vaccine pouvait changer, et qu'effectivement elle avait varié et varierait encore.

Mais quelles sont donc ces sources de variation ? Quelles sont les différentes influences qui peuvent agir sur la vaccine ? Elles sont seulement au nombre de trois ou quatre, ou plutôt on pourrait les résumer en trois termes : la *graine*, le *milieu*, le *terrain*. La *graine*, c'est le virus-vaccin ; le *milieu*, ce sont les conditions de toutes natures où peut être le malade ; le *terrain*, c'est le malade lui-même. Pour la graine, il faut consulter ce que nous avons dit et ce que nous dirons encore sur la nature spéciale de la vaccine et sur sa culture. Le milieu n'est pas moins important. Car il a été démontré que les conditions climatériques, et une foule d'autres, influeraient considérablement sur la réussite ou la non réussite de la vaccination. Il est certain, par exemple, que la pression atmosphérique a une telle influence sur elle, qu'elle peut en quelque sorte l'anéantir ou du moins en changer tous les produits. Nous n'insisterons pas non plus sur les qualités que doit avoir ce terrain. Car si le sujet est cacochyme, faible, âgé, on ne peut obtenir de fort bons résultats. Mais les précautions à employer pour faire réussir l'opération ne doivent pas se borner uniquement à des sélections ou à des moyens purement passifs. Il faut autre chose, il faut ce que nous avons appelé la culture de la vaccine.

« *Deuxième proposition.* — La vaccine, comme tous les produits de la nature organique, peut être l'objet d'une culture qui assure la persistance de ses formes et la permanence, si ce n'est l'accroissement, de la propriété préservatrice de la variole. »

La culture est pour moi l'élection volontaire et la réunion opérée par l'homme de toutes les conditions nécessaires à la vie, aussi large et aussi pleine que possible, de l'être cultivé. Or, ces conditions, pour la vaccine, sont au nombre de six : 1° la mise en commun de l'élément animal et de l'élément humain dans un seul virus ; 2° le choix du vaccinifère ; 3° le choix du vacciné ; 4° le choix de la race de vaccin ; car, messieurs, il faut savoir bien distinguer le vaccin de race et le vaccin éventuel. Le dernier est pris au hasard pour ainsi dire, pourvu que le vaccinifère soit dans de bonnes conditions de santé ; l'autre, au contraire, s'obtient par une série de transplantations heureuses, et ne doit être définitivement adopté et propagé que quand il a été reconnu théoriquement et expérimentalement comme le meilleur ;

5° Le croisement des sujets, selon que l'on reconnaît en eux certains éléments d'âge, de constitution, etc., qui peuvent influer différemment sur la vaccine ; il faut alors changer les mises en rapport, comme on le fait pour les espèces animales ou végétales. On sait combien cette précaution est nécessaire pour conserver à chaque variété vivante de la nature sa force, sa vigueur, ses éléments intimes, et tout ce qui constitue sa vie propre. Sans un croisement intelligent des individus, la race s'abâtardit, quelques précautions qu'on puisse prendre d'ailleurs ;

6° Le renouvellement du cowpox à certaines époques. Quand on ne change pas, en effet, le cowpox, il arrive que les deux éléments de la vaccine ne se trouvent plus dans les mêmes rapports, et, au même niveau, l'*élément animal* tend à disparaître et l'élément humain à prédominer. Là est toute la raison de l'affaiblissement et de la diminution de la vaccine, affaiblissement qui se produit toujours quand on n'a pas soin de renouveler le cowpox.

« *Troisième proposition.* — La vaccine est susceptible de subir certaines influences morbigènes qui en altèrent la physionomie et substituent à son évolution normale un travail ulcératif plus ou moins compliqué, et dont l'aspect offre parfois les apparences de la syphilis. Mais les cas de cette sorte, outre qu'ils ne peuvent être rapportés à l'origine syphilitique, ne se comportent, ni dans leur évolution, ni dans leur traitement, suivant les lois de la pathogénie et du traitement de la syphilis. »

Je n'ai besoin de citer comme exemples que les 127 cas du Morbihan, que j'ai déjà rapportés dans un de mes précédents discours. Ces cas n'ont en aucune façon suivi la marche de la syphilis ordinaire. Ils ont guéri sans traitement, et répondent parfaitement à la définition que je viens de formuler, quoique l'on ait commis à leur sujet une lourde bévue. Pour ne pas tomber dans de pareilles erreurs, on a cependant un *criterium* infaillible : il consiste dans l'examen des lois qui régissent les maladies et les virus.

De notre temps, on n'a pas très-grande confiance aux lois. On les traite de théories. On veut des faits. Et pourtant ces lois ne sont pas autre chose que des observations généralisées. Elles ont plus de force que les faits eux-mêmes, parce qu'elles comprennent tous les faits. Or les lois nous démontrent que 127 syphilis guéries sans aucune espèce de traitement, et sans accidents tertiaires, sont impossibles.

Au-dessus des lois, il y a la révélation des causes. Les faits, les lois et les causes forment une trilogie à tout jamais inséparable, en médecine comme ailleurs.

« *Quatrième proposition.* — Les causes qui sont susceptibles de vicier l'évolution de la vaccine, et de lui donner les fausses apparences de la syphilis, sont de nature à exercer leur influence à chances égales sur la vaccine humaine et la vaccine animale. Ces causes, étrangères aux vaccinifères, sont, ou extérieures au sujet vacciné, ou inhérentes à son état constitutionnel ; les unes et les autres plus ou moins susceptibles d'être déterminées, prévenus et combattues. »

Je me suis étendu assez longuement sur ce sujet dans mon premier discours, et j'ai fait voir que, lors des fausses syphilis vaccinales du Morbihan, les sujets étaient soumis à une influence érysipélateuse qui était la véritable cause des ulcérations qu'on attribuait à une vérole inoculée. Tout le monde connaît en effet l'importance de ce qu'on a appelé les *constitutions médicales*. La vaccine, en tant que maladie éruptive, est tributaire de ces causes, si elle ne l'est pas en tant que virus particulier. On ne peut donc s'étonner si elle leur fournit l'occasion de se manifester dans un sujet déjà affaibli. C'est pour cela que quelques-uns de nos honorables confrères ont parfois été forcés d'interrompre leurs vaccinations, de peur de produire des accidents plus graves que ceux qu'ils voulaient provoquer.

Mais, encore une fois, la syphilis vaccinale n'a rien à faire dans ces sortes d'occasions ; je crois l'avoir prouvé, et je ne suis pas le seul à donner aux constitutions médicales une telle importance. L'histoire de la vaccine peut et doit nous fournir beaucoup de lumières sur ce sujet. Je lisais ces jours derniers un savant allemand, M. Newman. Cet auteur reconnaît trois catégories de fausses syphilis vaccinales, et parmi elles il compte ce qu'il nomme la *pemphygoïde*, et qui est exactement la même chose que l'influence érysipélateuse dont je m'entretenais tout à l'heure. M. Bernutz a été obligé, lui aussi, de suspendre ses vaccinations à la Pitié, en présence d'accidents qui ressemblaient en tout à la vérole. Et pourtant les sujets sur lesquels on avait pris le virus étaient sains, les pustules belles, et le même vaccin, à une autre époque, ne produisait plus d'accidents. Comment donc expliquer le décollement de la peau, les ulcérations graves, les altérations profondes qu'on remarquait chez les vaccinés, si ce n'est en l'attribuant à quelque cause extérieure tout à fait étrangère au virus.

Mais ce n'est pas tout. Non-seulement la vaccine humaine n'est pas directement coupable, dans les faits allégués, des accidents qu'on signale, mais encore la vaccination animale peut aussi bien les produire occasionnellement que l'inoculation jennérienne. C'est ce que prouvent surabondamment les expériences de M. Simonin (de Nancy). Nous ne saurions assez louer les observations si bien prises, et pour ainsi dire photographiées, du savant médecin, à qui M. Depaul avait envoyé lui-même le cowpox de génisse et l'ancien virus dont il s'est servi. Eh bien ! dans ces notes si bien recueillies et si exactes, il relate non-seulement les résultats tantôt positifs, tantôt négatifs du cowpox, mais encore des *ulcérations larges, profondes et pseudo-syphilitiques obtenues par la nouvelle méthode d'inoculation*, chez un enfant de 22 mois. Et pourtant on avait employé du virus-cowpox du 5ᵉ jour, et parfaitement beau. M. Simon nous donne deux ou trois exemples analogues. Soyons assurés que si la vaccination animale avait été aussi longtemps employée que la vaccination jennérienne, et par des mains moins partiales, les accidents dits syphilitiques seraient aussi nombreux pour l'une que pour l'autre.

Mais supposons, si vous voulez, qu'il y ait eu parfois des altérations syphilitiques, je ne le nie pas ; mais je veux que l'on m'apporte plus que le diagnostic *matériel*. Je veux que ce diagnostic soit d'accord avec les règles générales d'évolution de la syphilis.

Il faut que l'on donne des faits où l'évolution soit réglée par les conditions d'être rigoureuses de la vérole, et où la cause syphilitique soit parfaitement établie. S'il en est autrement, si la physionomie et la marche des ulcérations n'est pas d'accord avec la marche et la physionomie de la syphilis, je suis en droit de repousser ces faits comme ne prouvant rien.

Alors même qu'il serait prouvé que la syphilis vaccinale est très-possible, qu'en devrait-on conclure ? M. Depaul nous le dit lui-même dans son rapport de 1863 : « Personne, affirme-t-il, ne peut songer à renoncer à la vaccine, qui a rendu de si grands services, pour quelques exceptions à peine, et dont nous n'avons pas encore vu d'exemple à l'Académie. » Que s'est-il donc passé depuis, pour qu'il ait pu changer si complétement d'opinion à cet égard ? Quels sont les faits si probants qu'il a à nous apporter ? Nous avons déjà examiné cette question dans ses détails, et nous pouvons répondre : Rien ou presque rien.

J'ai déjà indiqué les cinquante-cinq expériences qu'a faites un de nos jeunes confrères. On voit, par les rapports adressés à M. Depaul, que d'autres confrères se présentent journellement pour être inoculés eux-mêmes par la vaccine syphilitique. Pourquoi refuse-t-il donc ?

Mais après les faits viennent les doctrines. On a soutenu, il est vrai, sans preuves bien établies, qu'il fallait que le vaccin fût pur pour qu'il fût innocent, et que le sang où le pus qui s'y mêlait pouvait communiquer la syphilis.

Cette idée a été présentée sans faits bien nets pour la soutenir, et pourtant je crois qu'elle est plus fondée que certaines de nos collègues ne le pensent, et qu'on peut y croire jusqu'à un certain point sans trop d'imprudence. Mais cette question est encore à l'étude, et il faudra des observations bien prises et des faits bien clairs pour savoir au juste à quoi s'en tenir sur ce sujet. Ce qu'il y a de certain, c'est ce que le virus vaccinal lui-même ne peut être autre chose que vaccinal, et qu'une double influence ne peut le produire, comme nous allons le voir.

« *Cinquième proposition.* — La vaccine régulièrement développée ne peut, dans la sphère de son évolution physiologique, produire que du virus vaccinal. La vaccine ne donne et ne peut donner que du vaccin. Si le contraire avait lieu, la vaccine animale rencontrerait dans le typhus, dans le charbon, dans la tuberculose, des éléments de contamination et de transmissibilité morbide équivalents à celle de la syphilis chez l'homme. »

Ce que commence par faire l'inoculation de la vaccine, c'est de se préparer son terrain. Pour cela, elle produit immédiatement dans le point inoculé un travail spécial pour l'approprier à la sécrétion. Elle crée l'établissement extemporané de l'appareil sécréteur, qui doit fournir un produit tout à fait *sui generis* ; il faut donc remarquer trois choses dans toutes vaccinations : 1° un travail préparatoire particulier ; 2° un organisme particulier ; 3° un produit particulier. Une fois le terrain disposé et l'organisme établi, ce produit sera pathologiquement et physiologiquement *lui*, et pas autre chose. Pris pur, il a donc, encore une fois, infailliblement des propriétés *sui generis*, et qui ne participent et ne peuvent participer en rien à la syphilis. Le changement du résultat et de la sécrétion indique nécessairement le changement de l'organisme, comme le changement de l'organisme implique nécessairement le changement du résultat et de la sécrétion. Pour produire le virus vaccinal, il faut l'appareil vaccinal que l'attouchement du virus inoculé a préparé lui-même ; de même que pour produire le virus syphilitique, il faut aussi l'appareil syphilitique que l'attouchement du virus étranger a produit pour son usage. Cet appareil pour la syphilis, c'est le chancre induré, comme c'est la pustule pour la vaccine. Rêver un produit vaccinal ou syphilitique sans organisme vaccinal ou syphilitique, c'est rêver l'impossible. La vaccine ne peut donc donner que la vaccine, comme la syphilis ne peut donner que la syphilis. Et du reste, s'il en était autrement, les animaux eux-mêmes ont le charbon, et bien d'autres affections de ce genre, qu'ils pourraient nous communiquer avec le cowpox. De ce côté encore les mauvaises chances seraient égales entre la vaccine animale et la vaccine jennérienne. Passons à la vraie théorie de la vaccine.

« *Sixième proposition.* — La théorie de la vaccine humaine, qui répond le mieux aux faits, conduit à la considérer comme une manifestation réduite et localisée de l'élément varioleux de l'homme, modifié et atténué dans sa virulence par l'élément varioleux des animaux : l'un et l'autre, fondus dans un produit spécifique fixe, différent de ses deux principes isolés, lesquels se combinent pour donner naissance à la vaccine ; et cette combinaison ne s'effectue complétement que par la succession de ses transmissions. »

Il y a un principe à ne pas méconnaître dans cette question. On a dit que la variole n'était pas une maladie accidentelle, mais qu'il existait chez l'homme une prédisposition innée, un germe, qui devait se manifester par la variole ou autrement. Oui, la variole est bien l'un des péchés originels de la matière humaine. C'est une affection qui se montre avec des caractères spéciaux, non-seulement chez l'homme, mais aussi chez la vache, comme chacun sait, chez le cheval, et même chez le chien ; car tout fait penser que la maladie des chiens n'est pas autre chose que la variole.

Or, que fait-on dans la vaccine ? On prend une variole comme agent ; car il faut bien savoir que l'on ne peut préserver d'une maladie que par la même maladie, quoique dans un degré plus ou moins différent d'intensité ou en la modifiant par des conditions plus ou moins dissemblables. Mais enfin, il ne peut être question que de variole quand il s'agit de variole, que de syphilis quand il s'agit de syphilis, etc. Et pourtant, que M. Depaul ne triomphe pas trop ; ce n'est pas son ancienne opinion que je soutiens, tout au contraire ; car la vaccine humaine n'est pas la variole humaine. C'est une combinaison de la variole humaine avec la variole de la race bovine, et qui par conséquent n'est pleinement ni l'une ni l'autre de ces deux varioles.

C'est là précisément ce qui fait son avantage, comme je l'exposais dans mes précédents discours, car la variole humaine est trop dangereuse pour être inoculée elle-même, et la variole de la vache risque trop souvent de ne pas réussir sur l'homme, et a, en outre, d'autres inconvénients que j'ai déjà suffisamment expliqués. La vaccine jennérienne, au contraire, acquiert, par la combinaison de ses deux éléments, une nature spéciale qui lui permet de réussir mieux, avec moins d'inconvénients.

Tout le monde connaît les expériences que l'on a tentées à diverses reprises pour remplacer la vaccine par la variole mitigée. On a pris du virus varioleux, on l'a étendu de lait, et l'on a tenté avec ce mélange des inoculations, dont quelques-unes ont réussi. Mais tout le monde sait aussi que si ces efforts ont été parfois couronnés de succès, ils ont eu, dans des cas très-nombreux, de terribles résultats, et l'on se rappelle que les varioles ont été souvent alors généralisées, et ont même produit de véritables épidémies.

Il fallait donc trouver ce qu'a trouvé Jenner : la vaccine qui, mêlant l'élément animal à l'élément humain, opère une variole affaiblie, et dont on connaît les limites d'une façon certaine et sans craindre à tout instant les coups d'État du virus.

Quant aux avantages comparatifs des deux vaccines qui restent en présence, l'expérience a prouvé depuis longtemps les bons résultats de l'une, tandis que pour l'autre tout est à faire. La vaccine animale est encore à montrer ses preuves. Il n'en est pas ainsi de celle de Jenner. Toutes les fois qu'on a revacciné avec elle pendant une épidémie de variole, les revaccinés ont été indemnes, et souvent alors la variole cesse faute de terrain. Il y a des localités où depuis trente ans la variole n'a pas paru une seule fois.

Si Jenner vivait encore, il s'emparerait de ces exemples pour prouver que la vaccine ne dégénère jamais. Et pourtant il n'en est pas ainsi. Il est certain que sous l'influence de certaines conditions, par exemple la plus ou moins bonne culture vaccinale, l'oubli du renouvellement du cowpox de temps à autre, etc., la vaccine peut s'affaiblir et qu'elle s'affaiblit en effet. Schutzemberger, en faisant l'histoire de la vaccine, rapporte que, dans une expérience comparative, il avait constaté un affaiblissement de 3 jours de virulence sur une durée totale de 17 jours pour quatre années de transmissions successives.

Que faut-il conclure de là ? Qu'il faut cultiver davantage la vaccine, qu'il faut en renouveler plus souvent l'élément bovin, qui tend à disparaître après une série successive trop grande d'inoculations. On ne peut en conclure autre chose.

Mais, pour la mise en pratique de la vaccine animale, les inconvénients sont bien plus grands. Je l'ai déjà dit, les soins qu'elle demande sont si minutieux qu'il faudrait M. Depaul pour chaque inoculation. Mais ce n'est pas tout. On veut en général la bête pour la vaccination animale, comme je l'ai déjà dit. Il faudrait donc transporter au plus vite des génisses à la première nouvelle de chaque épidémie de variole. Ce n'est pas praticable ; et quand on pense à l'insuccès qui couronne en général tous ces efforts, on se demande comment on a pu songer à comparer en pratique la vaccine animale à la vaccine jennérienne. On me racontait dernièrement que la nouvelle vaccine a eu tant d'échecs au Mexique, que l'on s'est trouvé tout à coup sans virus, et qu'on a été obligé d'en faire venir d'Europe.

Je crois donc pouvoir donner, à titre de conclusion de toutes les considérations qui précèdent, ma septième et ma huitième proposition, car mes discours précédents les ont prouvées, ce semble, jusqu'à l'évidence.

« *Septième proposition.* — Les caractères des deux vaccines fournis par l'incubation, l'évolution, la marche de l'éruption, sa durée, la conservation de la virulence, plus ou moins différents dans les deux cas, expriment une supériorité marquée en faveur de la vaccine humaine, et permettent d'induire de cette supériorité de formes une supériorité égale dans la vertu préservatrice de chacune d'elles. »

« *Huitième proposition.* — Quelles que puissent être l'analogie ou l'opposition des origines, la ressemblance ou la dissemblance des formes des deux vaccines, il n'en peut résulter que des présomptions à l'endroit de leurs propriétés préservatrices de la variole ; le temps et l'expérience seuls peuvent fournir la preuve de cette propriété. Pour la vaccine humaine, cette preuve est faite ; pour la vaccine animale, elle est à faire. »

Il reste un dernier point de comparaison entre la vaccine jennérienne et la vaccine animale. On a dit que la vaccine animale avait du moins l'avantage d'être une garantie certaine contre la possibilité d'une inoculation syphilitique, puisque ce dernier fait restait encore douteux. C'est à cette objection que répond ma neuvième proposition.

« *Neuvième proposition.* — Au point de vue de l'application usuelle, non-seulement la vaccine animale ne saurait assurer le service régulier de la vaccine et répondre aux besoins des populations, mais sa prétention d'assurer l'inoculation vaccinale contre toute contamination syphilitique serait illusoire. Au contraire, la vaccine humaine peut toujours, à l'aide d'un système de précautions faciles à observer, prévenir toute souillure de ce genre. »

Et en effet, messieurs, croyez-vous que dans une épidémie on attendra toujours une nouvelle vache ou une nouvelle génisse pour prendre immédiatement le virus de l'une de ses pustules? Non, sans doute, les premières inoculations auront bien été fournies, si vous voulez, par la génisse; mais les secondes? mais les troisièmes? Ne trouvera-t-on pas beaucoup plus court d'aller prendre le virus chez l'enfant voisin; et alors rencontrerez-vous votre prétendue innocuité contre la syphilis. Prenez-y garde! Je crains bien que le manque d'habitude, dans le choix impromptu des vaccinifères, n'ait encore plus d'inconvénient, *si inconvénient il y a*, que la pratique habituelle et réglée du vaccin humain n'en aurait eu. Et du reste, rien n'est plus facile que d'écarter tout danger, s'il y en a. Une prudence tout à fait élémentaire suffira toujours pour cela au médecin vaccinateur, en y joignant quelques précautions faciles à observer.

Reste ma dernière proposition, qui sera aussi une conclusion, et que je vais développer en quelques mots.

« *Dixième proposition.* — La vaccine animale, considérée comme fait scientifique, et abstraction faite de ses *accusations* et de ses *prétentions* à l'endroit de la vaccine humaine, est susceptible d'offrir des renseignements utiles, des rapprochements lumineux; et, à ce titre, elle mérite d'être conservée comme une sorte de réactif précieux pour l'étude de la constitution et des variations de la vaccine humaine. »

Vous voyez, messieurs, que je ne suis pas un ennemi mortel de la vaccine animale. Je suis seulement le défenseur convaincu de la vaccine jennérienne. Tout ce que je demande, c'est qu'on ne l'anéantisse pas pour trouver plus mal; et, du reste, je rends parfaitement justice à ce que peut avoir d'utile la contre-épreuve scientifique qu'on nous a proposée. Pourquoi faudrait-il maltraiter la vaccine animale jusqu'au bout. La vaccine animale est un fait scientifique. On ne peut se débarrasser des faits avec une fin de non recevoir; et d'ailleurs un fait scientifique n'est jamais perdu. La vaccine animale a déjà rendu des services; elle en rendra encore. C'est à elle que nous devons de savoir que le dernier mot n'est pas dit sur cette question. C'est elle qui a attiré notre attention sur les inconvénients que pouvait avoir la vaccination. Je dis la *vaccination*, et non pas la *vaccine*, car le virus est toujours ce qu'il est, et rien autre chose, tandis que la vaccination peut avoir des inconvénients ou des avantages, selon des conditions spéciales internes ou externes au vacciné.

Conservons donc la vaccine animale comme une expérience scientifique, et comme un réactif précieux, mais non pas comme un agent pratique, ni comme un remplaçant de la vaccine jennérienne.

L'Académie agira, j'espère, avec sa prudence ordinaire, et surtout avec son respect pour les libertés scientifiques. La vaccine animale doit être une lumière de comparaison, et nous apporter de temps à autre le bénéfice de l'imprévu, tandis que la vaccine humaine restera toujours l'une des armes les plus puissantes de la thérapeutique.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. ALPHONSE GUÉRIN. La petite fille que je présente à l'Académie m'a été adressée, la semaine dernière, par un médecin qui l'avait vaccinée, en même temps qu'une quarantaine d'autres, quinze jours avant.

Sur trois piqûres faites au bras droit, deux avaient été suivies de pustules normales. La troisième avait produit une ulcération large, profonde, taillée à pic, à base profondément indurée. L'enfant, m'a-t-on dit, avait eu une variole huit ou dix jours après la vaccination. Aujourd'hui le chancre a disparu; mais vous pouvez voir sur la vulve un certain nombre de plaques muqueuses, syphilitiques sans aucun doute, et un engorgement ganglionnaire caractéristique.

Il est donc certain que cette enfant a la syphilis, et que l'accident primitif s'est produit sur un point piqué par la lancette du vaccinateur. Est-ce là un cas de syphilis vaccinale proprement dite? Je ne l'affirmerai pas. La contamination a pu se faire autrement. La présence de la mère m'empêche d'entrer ici dans une discussion trop approfondie. Je ferai seulement observer que si la contamination est postérieure à la piqûre, il n'en est que plus difficile d'expliquer pourquoi la période d'incubation a été si courte.

La séance est levée à 5 heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 juillet, sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés capitaines de la garde mobile, MM. les docteurs :

Anselin (Jules-René), médecin aide-major démissionnaire, capitaine de sapeurs-pompiers.

Haran (Ferdinand), médecin aide-major démissionnaire, maire de Vézelay.

Langin (Auguste-Frédéric), médecin, conseiller d'arrondissement.

Faculté des sciences de Paris. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, il y a lieu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire de physiologie vacante à la Faculté des sciences de Paris.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance à l'Hôtel-de-Ville, le 16 juillet, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Expulsion spontanée d'un myome utérin;

2° Rétrécissement syphilitique des bronches; mort, par M. Jules Worms;

3° Communications diverses.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

N° 82. — SAMEDI 17 JUILLET 1869.

42e ANNÉE.

SAMEDI 17 JUILLET 1869. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tumeurs fluxionnaires de l'utérus,

L'état morbide sur lequel nous appelons aujourd'hui l'attention de nos confrères, n'a été nettement décrit dans aucun des nombreux ouvrages qui ont paru depuis quelques années sur les maladies de l'utérus.

Il n'est pas rare ; nous avons pu l'étudier, tant dans notre pratique particulière que dans les hôpitaux, et, tout récemment encore, nous avons vu qu'il donnait lieu à des erreurs de diagnostic même de la part des gynécologues les plus habiles.

Il est, en effet, quelquefois très-difficile de distinguer les tumeurs purement fluxionnaires de l'utérus, quand on les examine à une certaine période de leur évolution, d'avec les tumeurs périu-térines, où même les corps fibreux de l'utérus.

Nous allons dire en peu de mots dans quelles circonstances ces tumeurs se forment le plus souvent, et pourquoi le nom de *fluxionnaires* nous semble leur convenir.

Les femmes anémiques et nerveuses sont parfois sujettes à des métrorrhagies très-abondantes et de longue durée.

Si on veut alors, par le toucher, se rendre compte des phénomènes qui se passent vers l'utérus, les premiers jours on constate à peine une certaine augmentation du volume de cet organe. Le col utérin est entr'ouvert : faiblement chez les nullipares ; mais à cette époque il n'existe encore aucune saillie anormale, soit sur le col, soit sur le corps de l'utérus ; la surface de cet organe paraît lisse, sa mobilité n'a pas disparu.

Un peu plus tard, on peut sentir, supérieurement à l'insertion vaginale, vers le point d'union du col et du corps de l'utérus, une petite tumeur semi-globulaire, sensible à la pression, et intimement appliquée par sa base sur cet organe.

D'abord grosse comme une demi-noisette ou une demi-olive, et présentant des contours bien distincts, elle s'élargit peu à peu, à mesure que l'utérus lui-même prend un plus grand volume ; dans certains cas nous l'avons vu devenir grosse comme la moitié d'un œuf, alors que l'utérus, gonflé et agrandi dans toutes ses parties, remplissait presque la cavité pelvienne, et y était immobilisé. Le col, allongé et élargi par cette sorte d'hypertrophie transitoire, appuyait alors sur le plancher pelvien, et la sensibilité à la pression était devenue générale, tant sur le col que sur le corps.

Ceci avait lieu principalement alors que déjà l'hémorrhagie avait notablement diminué, pour faire place à un écoulement coloré, odorant, analogue aux lochies.

Ceux qui touchent la malade pour la première fois à ce moment, et qui sentent une tumeur saillante entre l'utérus immobilisé et la paroi de la cavité pelvienne, croient naturellement avoir affaire à une phlegmasie péri-utérine, soit péritonite, soit phlegmon du ligament large.

Mais bientôt la tumeur se fond complétement avec l'utérus agrandi. Lorsque cet organe s'est dégagé et a repris ses dimensions normales, on ne trouve plus rien dans les annexes. La soi-disante phlegmasie péri-utérine, si redoutable, a disparu sans traitement et sans laisser de traces.

Dans ce cas, l'on peut se demander s'il ne faudrait pas employer l'expression de métrite aiguë, au lieu de celle de fluxion ; et vraiment, si le gonflement de l'utérus ouvrait la scène, si on ne sentait l'organe presque normal pendant les premiers jours de l'hémorrhagie, s'il ne semblait plus naturel de nommer fluxionnaire une congestion qui, primitivement hémorrhagique sur la muqueuse, prend une autre forme dans le parenchyme, on pourrait préférer le nom de métrite, puisque l'on trouve réunies, comme dans l'inflammation classique, la rougeur, la tuméfaction, la chaleur, et même la douleur.

Du reste, le terme importe peu. L'essentiel est de bien savoir que, inflammatoire ou fluxionnaire, ce processus forme tumeur.

Or, l'existence des métrites partielles est encore niée par M. Nonat dans l'édition de son ouvrage qu'il vient de faire paraître en collaboration avec M. Linas (1). Suivant le médecin de la Charité, on prenait jusqu'ici pour des métrites partielles, soit des déviations utérines, soit des phlegmasies periutérines.

Dans l'affection qui nous occupe, il est impossible de supposer une déviation de l'utérus ; et la tumeur, soit à son début, soit vers la fin de son évolution, semble se rattacher trop étroitement à l'utérus pour en être distincte.

Du reste, elle ne se produit pas toujours de cette manière suraiguë et au milieu de phénomènes qui puissent paraître si franchement inflammatoires.

Souvent, après une époque menstruelle, soit que les règles aient été plus abondantes que de coutume, soit au contraire que l'écoulement sanguin ait été faible et n'ait pas eu sa durée habituelle, on constate au toucher la présence d'une petite saillie, sensible à la pression, sur la surface de l'utérus, au point que nous avons indiqué déjà, c'est-à-dire un peu au-dessus de l'insertion du vagin sur le col.

Cette saillie persiste quelques jours ; puis s'efface graduellement, sans qu'il se produise d'écoulement sanguin ou coloré.

L'utérus, qui était d'abord volumineux, pesant et abaissé, reprend en même temps ses dimensions normales.

Ici encore cette tumeur nous semble avoir pour origine un mouvement fluxionnaire, qui s'est porté sur le parenchyme utérin, au lieu de se borner à provoquer une hémorrhagie de la muqueuse.

On ne peut pas dire qu'il y ait alors une inflammation proprement dite de l'utérus, puisque tout se résume, pour cet organe, à un gonflement, qui se dissipe peu à peu de lui-même, si la femme a soin d'éviter toute fatigue.

Le mot fluxion, dans le sens que M. Courty lui a donné, nous semble avoir le grand avantage d'être applicable à ce dernier cas comme au premier.

Voici quelle est la définition de M. Courty (1) : « Je désigne sous le nom de fluxion utérine l'état morbide caractérisé par un mouvement sanguin vers l'utérus, accompagné du cortége particulier de phénomènes indiquant un afflux de sang vers le système utérin, et se traduisant par des symptômes de molimen, analogues, mais bien supérieurs à ceux qui annoncent la venue des règles chez quelques femmes. La fluxion peut être suivie ou non d'hémorrhagie, selon son intensité, sa persistance et le siége particulier auquel elle aboutit. »

On voit que, pour le professeur de Montpellier, la fluxion représente ce qu'on nomme souvent *congestion active*. C'est un intermédiaire entre l'inflammation et la congestion proprement dite, purement passive ou secondaire, sans molimen.

M. Nonat ne peut pas accepter ce moyen terme entre le processus inflammatoire et le processus phlegmastique ; et il est certain que dans les beaux jours de l'École dite *physiologique*, ce moyen terme était inadmissible.

L'inflammation envahissait alors presque tout le cadre pathologique : la fluxion de M. Courty y devait entrer forcément.

Mais aujourd'hui l'inflammation a bien perdu de son ancien domaine.

La nouvelle école histologique n'y voit plus qu'une expression vague, qu'il serait bon d'abandonner définitivement.

C'est l'opinion de M. Virchow. En anatomie pathologique, ce mot ne représente plus rien, à son avis.

Au lit du malade, en clinique, il représente encore quelque chose ; les notions pratiques qui s'y rattachent sont assez importantes pour qu'il soit bon de le conserver.

Mais il ne faut pas craindre d'en restreindre le sens en le rendant plus net et plus précis.

Du moment où l'on se met au point de vue pratique pour lui donner place dans le langage médical, il faut en distinguer tout ce qui s'en écarte au point de vue pratique.

M. Courty est donc excusable d'avoir décrit une fluxion et un engorgement de l'utérus, indépendamment de la métrite.

Rôle du cervelet.

Dernièrement, nous avons parlé de malades probablement atteints de tumeurs du cervelet, et dont deux se trouvent encore, l'un dans le service de M. Richet, à l'hôpital des Cliniques, et l'autre dans le service de M. Guéneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu.

Aujourd'hui nous devons dire quelques mots d'une théorie

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus, de ses annexes et des organes génitaux externes*, Paris, 1869. Adrien Delahaye.

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1866. P. Asselin.

FEUILLETON

EMPLOI DE LA VIPÈRE ET DU VENIN DES SERPENTS

COMME MOYENS THÉRAPEUTIQUES.

« La chair des vipères est chaude et dessiccative, estant accoutrée comme les anguilles, avec eau, huile, sel, anet, pourreau, chacun mis selon sa proportion. Elle purge le corps universellement par les pores de la peau, ce que j'ay moi-mesme, estant encore jeune, expérimenté en nostre Asie. L'histoire est telle : un de nostre compaignie estant ladre, hanta et conversa tant avec nous qu'aucuns en furent entachés, il estoit déjà puant et tout gasté : parquoy on luy bastit une petite maisonnette à part, près d'un village, en une colline où estoit une fontaine : on lui portoit tous les jours à boire et à manger tant qu'il luy estoit de besoin. Avint qu'environ les jours caniculiers, on apporta aux moissonneurs qui moissonnoient près de là, de fort bon vin, lequel fut laisé là sur le champ. Quand le temps de boire fut venu, l'un versant du vin dans une tasse (pour le tremper d'eau), avec le vin sortit une vipère morte, de quoy les moissonneurs estônés et craignans que mal leur avinst s'ils en bevoient, aimèrent mieux boire de l'eau. Se retirans et passans par devant la loge du ladre, esmeus de pitié luy donnèrent ce vin, pensans qu'il luy valoit mieux mourir tost, que long temps languir en cette misère. Lequel ayant beu ce vin, par un grand miracle fut guéri : car toute cette crasse et espaisseur de cuir luy tomba ne plus ne moins que la coque des cancres et langoustes quand ils muent, la peau de dessous estoit molle comme celle des animaux susdits, leurs coques tombées. Pareil cas avint en la Mysie d'Asie près de la ville d'où je suis : un homme ladre s'en alla baigner aux bains naturels et chauds, en pensant recouvrer quelque santé. Il avoit pour chambrière et maitresse une jeune femme belle, à laquelle plusieurs faisoient la court. La maison où il logeoit ce pendant qu'il usoit de ces bains, estoit près d'un lieu ord et sale, et plein de vipères, l'une desquelles par fortune se getta dans un baril plein de vin qui estoit demouré débouché. Ce que voyant la fille pensant avoir moyen de se despescher de son ladre, luy bailla à boire de ce vin, et l'ayant beu, il devint sain comme le ladre de la loge. Voilà ce que Galenus en dit, lequel allègue autres expériences des ladres guéris par le moyen des vipères, lesquelles nous ne reciterons pas icy pour estre plus briefs. » (*Commentaires de P. A. Matthiole sur les six livres de Dioscoride, mis en français sur la dernière édition latine de l'auteur,* par Jean de Moulins. — Lyon, MDLXXIX, page 214.)

Depuis Galien et sur son autorité, la vipère a été longtemps prescrite comme sudorifique, et réputée le meilleur spécifique contre les maladies de la peau.

« *Pline*, au livre XXX, chap. 13, récite qu'Antoine Musa, médecin de César Auguste, ordonnoit des vipères à manger à tous ceux qui avoient des viscères autrement incurables et les guérissoient par ce moyen fort soudainement. Pour ce, je m'esbahi si Cardanus a tant estimé la chair des vipères, comme très singulière pour guérir les tabides et ceux qui ont les poulmons ulcérés. Il en escrit ainsi en un conseil envoyé à Jean, archevesque de Saint-André, en Escosse. « Je vous dirai un très grand secret guérissant entièrement les tabides, les ladres, les vérolés, et qui, contre toute espérance, les engraisse et guérit ceux qui sont de tout abandonnés. Prenez donc cette vipère qui est rouge, grosse et courte et que les Italiens appellent Milort, couppez lui la teste et la queue, escorchez la aussi, jettez les entrailles et gardez la graisse à part ; partissez la vipère en tronçons comm'un anguille, faitcs la cuire en eau avec du benjoin et du sel, en y ajoutant peu après des feuilles de persil. Quand elle sera bien cuitte, coulez le jus par un linge, faites cuire dans iceluy un jeune poulet, baillez à manger au malade du pain trempé dedans ce bouillon et la chair du poulet. De la graisse gardée à part, oignez en l'espine du dos, les autres jointures, les artères qui battent es pieds et mains, la poitrine aussi. Ce pendant le malade doit demeurer en une estuve et ce continuer pendant sept jours. Pour ce remède, les ulcères des poulmons sont chassés jusques au cuir extérieur par des tubercules qui y surviennent, les intérieurs ulcérés sont guéris et les malades retournent à convalescence. (MATTIDE, *loco cit.*, p. 216.) »

Dans le *Cours de chimie* de N. Lemery (2e éd., p. 815, Paris, 1756) et dans la *Parmacopée universelle* du même auteur (5e édit., t. II, p. 435, Paris, 1764), nous trouvons indiquées diverses préparations médicinales de vipères :

1° La *poudre* obtenue comme suit :

« On aura des vipères bien nourries et des plus vigoureuses ; on en coupera la tête ; on les écorchera : on en séparera les entrailles et l'on fera sécher les troncs, les foies et les cœurs, en les attachant séparément à des ficelles et en les pendant au plancher. On coupera ensuite les troncs en petits morceaux que l'on réduira en poudre subtile. »

La poudre préparée avec le foie et le cœur du serpent portait le nom de *bézoard animal* et passait pour la plus active.

2° Les *trochisques*, un des nombreux éléments de la thériaque. La poudre fraiche de tronc, de cœur et de foie de vipères était transfor-

nouvelle sur les usages du cervelet, émise par un expérimentateur américain, M. Weir Mitchell.

M. Mitchell a constaté d'abord que l'ablation du cervelet, ou toute blessure un peu profonde de cet organe, avait pour premier résultat un grand trouble dans l'appareil locomoteur. L'animal avait des convulsions, titubait, reculait, tournait sur lui-même, etc. Les mouvements étaient mal coordonnés.

Mais tous ces phénomènes disparaissaient bientôt, si l'opération n'avait pas un résultat rapidement fatal.

Chez les oiseaux qui avaient subi l'ablation totale du cervelet, au bout de quelques jours on ne constatait plus autre chose qu'une disposition plus grande à la fatigue. Le vol était court, mais régulier. Il n'existait aucune espèce de paralysie ou d'incoordinationdes mouvements, aucune altération de la sensibilité, des facultés émotionnelles ou instinctives.

M. Mitchell, sans toucher au cervelet lui-même, a pu produire, de diveres manières, des symptômes semblables à cenx qui succèdent à l'ablation de cet organe.

La réfrigération de la moelle épinière, à la région cervicale, lorsqu'elle n'était pas poussée trop loin et ne causait pas la mort par asphyxie, a provoqué des convulsions, des mouvements de recul etc. L'irritation directe de la moelle a eu les mêmes résultats. Enfin M. Mitchell, en appliquant soudainement de la glace sur certains points de la peau des pigeons, a également amené des mouvements de recul, de circonduction, et le reste.

L'ablation antérieure du cervelet n'influe en rien sur les effets de la réfrigération.

M. Mitchell en conclut que le cervelet n'est point un centre particulier, dont l'irritation ou la destruction puisse influer directement sur telle ou telle fonction déterminée.

C'est un renflement ganglionnaire du centre spinal, jouissant des mêmes propriétés que la substance grise de la moelle, étant dans les mêmes relations de connexité avec le système nerveux locomoteur, et renforçant par conséquent les centres médullaires.

Son irritation ou sa destruction agit en excitant la moelle, comme pourrait le faire, soit une irritation directe, soit une action reflexe ayant un point de départ dans la peau refroidie.

Puis, une fois l'excitation de la moelle cessant par la guérison de la plaie encéphalique, ou par l'éloignement du corps froid, les mouvements pourraient reprendre leur équilibre.

C'est parce que la masse ganglionnaire en deviendrait moins grande que l'absence du cervelet empêcherait les efforts musculaires d'être soutenus aussi longtemps.

Cette théorie n'est point en désaccord avec les faits cliniques; car, ainsi que nous l'avons vu précédemment, les affections du cervelet sont surtout caractérisées par des phénomènes passifs, sauf l'altération de la vue et la névrite optique, qui en sont presque toujours, plus ou moins promptement la conséquence.

Dr Victor Revillout.

SAINTE-ANNE (bureau central d'examen).—M. Magnan.

Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses : alcoolisme, — Alcool et absinthe, — Épilepsie absinthique.

(Leçons recueillies par M. Langlet, interne des hôpitaux de Paris.)

(suite.)

La clinique nous fournit aussi des exemples néanmoins remarquables de refroidissements du corps dans l'influence des boissons alcooliques. Je dois à l'obligeance de M. Duguet, chef de clinique de la Faculté, la relation d'un cas d'ivresse alcoolique, dans lequel le refroidissement a été porté aux dernières limites. Il s'agit d'une femme, âgée de 38 ans, de constitution vigoureuse, qui, le 3 mars 1869, à dix heures du matin, a été apportée à la Pitié, salle Saint-Charles, n° 14, dans le service de M. Peter. Cette femme, après avoir fait la veille des libations copieuses, s'était égarée dans la campagne, aux environs d'Ivry. Elle avait passé la nuit, sous une pluie glaciale et torrentielle; avait été aperçue errante vers trois heures du matin par des cultivateurs du pays. A six heures, elle avait été trouvée gisante dans un fossé, froide et sans connaissance.

A l'arrivée à l'hôpital, le coma est complet, le refroidissement périphérique est considérable, la sensibilité presque nulle, les pupilles resserrées, les bras et les jambes animés de petits mouvements convulsifs, lents, ressemblant à des torsions, ou mieux, à une sorte de reptation dans tous les sens; la force déployée dans ces mouvements est considérable; le pouls est plein, régulier, mais peu fréquent. *La température, prise avec soin, au moment même de la visite, donne 26° à l'aisselle et au vagin.*

La malade, placée dans un lit, est réchauffée à l'aide d'alèzes chaudes; on lui administre des boissons stimulantes. Peu à peu, les phénomènes convulsifs cessent, la température du corps s'élève insensiblement, et la malade reprend connaissance à quatre heures et demie du soir. A partir de ce moment, toutes les fonctions se rétablissent avec rapidité, et le retour à la santé se fait assez complétement pour que la sortie de l'hôpital ait lieu dès le surlendemain.

M. Hirne, stagiaire du service, a pris la température à divers intervalles, depuis la première exploration qui avait donné 26°. Voici le tableau de son élévation graduelle.

Heure.	Temp. vaginale.	Temp. axillaire.
11 h. 30	27°,9	27°,9
12 h. 30	28°,7	28°,6
12 h. 45	30°,4	30° »
1 h. 15	30°,9	31°,1
3 h. 15	34°,4	34°,3
4 h. 20		36°,3

En donnant ici une part même très-large à l'action du froid, on ne peut s'empêcher de reconnaître l'influence des boissons spiritueuses dans cet abaissement de près de 11 degrés.

Vous le voyez, la démonstration est complète en ce qui concerne la température; d'autre part, les recherches de Bocker (1), de Viérordt, de Lehman, de MM. Perrin, font voir que la quantité d'acide carbonique est moindre, et que la diminution est en raison directe de la dose d'alcool ingéré. Enfin, les urines ne renferment pas une quantité d'urée plus considérable. Certains observateurs, Bokes en particulier, notent même une diminution légère.

Vous le voyez, messieurs, les preuves abondent en faveur de la théorie nouvelle, et ce serait une étrange erreur de considérer l'alcool éliminé comme un trop-plein, comme un simple excédant dont l'économie se débarrasserait. Nous ne croyons pas toutefois qu'il faille répéter complétement l'idée de la transformation possible d'une partie de l'alcool. L'acescence si désagréable qui accompagne l'ivresse, serait déjà suffisante pour indiquer des changements survenus même avant la perpétration dans le torrent circulatoire.

En résumé, le fait principal, celui qui domine, c'est le passage de l'alcool à travers l'organisme, et sa sortie en nature par les diverses voies d'élimination; de là une action toujours la même, directe, immédiate sur les différents organes, et plus particulièrement sur les centres nerveux.

Le fait secondaire, accessoire, c'est la transformation d'une faible partie seulement de l'alcool digéré.

Connaissant à présent la manière dont se comporte l'alcool, étudions les phénomènes immédiats auxquels il donne lieu à dose un peu élevée.

Sous son influence, l'action musculaire, au bout de quelques minutes, échappe à la volonté, l'animal titube, ses pattes s'entrecroisent, surtout celles de derrière; l'une ou l'autre cède, et le corps s'affaise de ce côté; tout d'abord l'animal peut se relever, reprendre son équilibre, qu'il ne tarde pas à perdre de la même manière, puis les deux pattes de derrière fléchissent, se dérobent sous l'animal, qui, dressé sur les pattes de devant, cherche encore à avancer, en entraînant péniblement le train postérieur.

(1) *Archives générales de médecine*, 1849.

Peu à peu la paralysie gagne les parties antérieures du corps; l'animal présente un état complet de résolution et se trouve bientôt plongé dans un sommeil comateux; on peut le soulever, il retombe comme une masse, les membres pendants, ainsi que a tête, tout ressort étant anéanti; surviennent alors des évacuations alvines ou des vomissements, et le sujet, complétement ivre, reste étendu au milieu de ses déjections.

Le thermomètre placé dans le rectum indique un abaissement notable de la température; l'expiration exhale une odeur prononcée d'alcool. Les urines, chez les animaux, soumis d'une façon passagère à l'action de l'alcool, ne présentent pas d'albumine. Ces phénomènes durent un temps variable, qui peut atteindre trois ou quatre heures, et même davantage; puis, le retour à la santé se fait lentement, où l'animal à son reveil reprend presque aussitôt ses allures habituelles.

Dans quelques circonstances, tout n'est pas fini; il survien des complications pulmonaires ou cérébrales, qui peuvent devenir rapidement mortelles.

On a cherché à déterminer si les diverses variétés d'alcool avaient des actions différentes, et on pu constater des phénomènes analogues pour tous, mais d'intensité variable suivant la qualité d'alcool. Ainsi M. Cros (1), dans sa thèse, montre, par des expériences sur les lapins, les pigeons et sur l'homme, que l'alcool amylique, à dose égale, développe des phénomènes beaucoup plus prononcés que l'alcool vinique; mais le caractère général des accidents reste à peu près le même. On note du côté du tube digestif une action topique, irritative, plus énergique.

Un fait très-important, messieurs, sur lequel je désire attirer votre attention d'une manière toute particulière, c'est que, sur le nombre considérable d'expériences faites avec l'alcool, jamais aucune observation n'a eu à enregistrer l'apparition de convulsions épileptiques ou épileptiformes. Vous voyez déjà la nécessité de rechercher ailleurs que dans l'action immédiate de l'alcool la cause de l'épilepsie chez les alcooliques aigus.

(M. Magnan présente une série d'animaux différents soumis à l'intoxication alcoolique à des degrés divers. Ces animaux présentent les phénomènes dont il vient d'être question. Il fait, de plus, remarquer chez un cochon d'Inde, outre la paraplégie, de petits tremblements dans les pattes; ces tremblements, qui ne se montrent pas dans tous les cas, cessent en général quand l'animal est dans le sommeil comateux).

Voyons à présent, continue M. Magnan, les modifications anatomiques auxquelles donne lieu l'intoxication aiguë par l'alcool.

Depuis longtemps déjà, on avait signalé la présence de l'acool dans les centres nerveux.

Ogston en avait trouvé dans le cerveau d'une femme ivre; M. Tardieu et d'autres ont signalé l'odeur alcoolique exhalée par le cerveau des individus morts en état d'ivresse; mais ce sont surtout les travaux de MM. Lallemand, Perrin et Duroy qui ont contribué à établir une démonstration claire de la présence de l'alcool dans les différents organes et dans le sang. Pour notre part, en 1864, nousavons, eu à Bicêtre, l'occasionde répéter ces analyses avec le concours de M. Belin, interne en pharmacie. Nous avons constaté, chez l'homme et chez l'animal soumis à l'expérience, la présence de l'alcool dans le cerveau et la moëlle, dans le foie, dans le sang, et aussi, mais en quantité plus faible, dans les poumons et dans les reins.

(1) Cros. *Action de l'alcool amylique sur l'organisme.* Th. de Strasbourg 1865.

---

mée en pâte dure dans un mortier de marbre, à l'aide d'un mucilage de gomme adragante au vin d'Espagne, puis disposée en trochisques que l'on faisait sécher à l'ombre et sur lesquels on répandait quelques gouttes de baume du Pérou.

Lemery ajoute : « Ils sont propres contre toutes les maladies où il y a malignité; ils chassent par la transpiration les mauvaises humeurs, ils résistent à la pourriture, ils purifient le sang et rétablissent les forces. La dose en est depuis demi-scupule jusqu'à une drachme. »

Il avait plusieurs autres formules de ce médicament, et en particulier des trochisques au pain. Les anciens apportaient un soin infini à sa préparation. Ainsi, de peur que les vipères ne conservassent quelquesmalignité, ils les flagellaient dans une bassine chaude « pour les irriter et exciter leur venin à couler vers la tête et la queue ! » puis ils coupaient ces extrémités avant de se servir du corps de l'animal.

3° Le *fiel frais*. Il se donnait à la dose d'une à deux gouttes dans de l'eau de chardon bénit. Sudorifique et anti-putride très-prôné, surtout contre la petite vérole.

4° La *graisse*. Claire, semblable à de l'huile, elle s'administrait à l'intérieur pour remplir les mêmes indications, et servait à composer plusieurs emplâtres ou onguents résolutifs, en particulier l'emplâtre dit de Vigo (*Emplastrum de ranis, vulgo de Vigo cum mercurio*); elle s'y trouvait unie, entre autres substances, à des grenouilles et à des vers de terre, cuits vivants.

5° Le *bouillon* déjà décrit : « Excellent sudorifique, à condition que le patient se soumette à un séjour plus ou moins prolongé à l'étuve. » Grâce à de semblables précautions, le bouillon de poulet ou celui d'escargots aurait les mêmes vertus.

On obtenait par dilatation un produit désigné sous le nom de *sel volatil de vipère*, et à la préparation duquel l'ancienne pharmacie employait des soins minutieux. Une fois cristallisé, il n'était autre que du carbonate d'ammoniaque impur, renfermant quelques traces de produits empyreumatiques. Véritable panacée, il se donnait dans les fièvres malignes, les affections virulentes, l'apoplexie, l'épilepsie, etc.

Il devait être fait avec des vipères vivantes, et Techmeyer raconte gravement *qu'un chimiste vit passer un tronçon de vipère vivant dans le réfrigérant de sa cornue.* La plaisanterie est forte, même quand il s'agit d'animaux à vie aussi dure.

Il y avait encore un *vin*, une *gelée*, et une *huile essentielle de vipère* (1).

Tout ceci est rapporté par Nicolas Lemery, docteur en médecine et membre de l'Académie royale des sciences, dans ses livres, très-savants pour l'époque, et dédiés à messire Guy Cressent Fagon, conseiller d'État ordinaire et premier médecin du roi.

Depuis que la science ne repose plus sur l'autorité du maître, mais sur l'observation, la vipère a cessé d'être un médicament, et les recettes que nous venons d'énumérer ne sont plus prescrites que par les empiriques et les prôneurs de remèdes secrets.

Il en reste cependant des traces dans nos campagnes.

A Aigrefeuille, quand vient mars, saison des amours des serpents, on irrite les vipères et on les tue. Elles sont ensuite dépouillées de leur peau, mises deux jours à macérer dans du vinaigre très-fort, puis elles sont suspendues à une poutre à l'aide d'une ficelle, séchées et pulvérisées. Les paysans mangent cette poudre avec du pain et du beurre, comme sudorifique, et l'administrent à leurs bestiaux. Une vipère ainsi préparée se vend 1 franc ou 1 fr. 50.

(1) L'huile de spic, que nos paysans appellent *huile d'aspic*, et qu'ils emploient contre les douleurs rhumatismales, n'est point fournie par un serpent, mais par une lavande, le *Lavandula Spica* L.

On a cherché aussi à utiliser le venin en thérapeutique, et d'abord comme préservatif de l'envenimation elle-même.

D'après M. Bouchut (*Nouveaux éléments de pathologie générale*, p. 41), les marchands de vipères, habitués à se faire mordre par les reptiles qu'ils attrapent, ne subissent plus l'influence de leur poison. Malgré l'opinion de ce savant professeur, nous croyons que les vraies causes de cette immunité sont la ligature et la succion, auxquelles ils ont immédiatement recours.

Il n'est pas rare, au contraire, de voir des chiens succomber à une troisième ou quatrième rencontre avec le serpent.

Que penser alors des *curados de culebras*, de la côte orientale du Mexique, dont M. Jacolot (*Arch. de méd. nav.*, t. VII, p. 290) raconte l'histoire?

Ils passent pour être complétement à l'abri des venins, par suite des inoculations auxquelles ils se sont soumis.

L'un des plus célèbres, Martino Bocaneira, aurait été mordu par des corails, au su de tout Tuxpan, sans qu'il lui soit rien arrivé de fâcheux.

Dr Viaud-Grand-Marais,

Professeur à l'École de médecine de Nantes.

(*A suivre.*)

Des analyses faites à Sainte-Anne, avec M. Chatenier, interne en pharmacie, nous ont donné le même résultat. Nous avons obtenu, par la distillation des diffrents organes, des produits ayant les propriétés physiques et chimiques de l'alcool.

Avec la liqueur d'épreuve :

Bichromate de potasse...........	1
Acide sulfurique..................	30

on obtient une magnifique couleur vert émeraude; l'acide chromique donnait une teinte noire; l'ammoniaque une poussière d'un brun-noirâtre. Le liquide distillé répandait l'odeur alcoolique et ses vapeurs prenaient feu à la lumière d'une bougie en produisant des flammes bleuâtres, comme l'alccool ordinaire. Les liquides spiritueux ne se distribuent pas dans l'organisme d'une façon égale et uniforme; certains organes paraissent avoir une affinité particulière pour ces substances qu'ils enmagasinent en plus gaande quantité. Il est bon de remarquer toutefois que la voie d'absoption a une certaine influence sur l'accumulation plus particulière de l'alcool dans certains organes.

Ainsi, quand l'absorption se fait par la muqueuse pulmonaire ou par les veines, le poison se trouve en plus grande quantité dans les centres nerveux. Lorsqu'au contraire les liquides sont introduits dans l'estomac, la veine porte charrie vers le foie les substances puisées dans la cavité gastrique, et c'est le foie qu alors devient le plus riche en alcool. Le sang vient en troisième ligne, puis les reins et les poumons.

Les méninges cérébro-spinales sont injectées, on voit fréquemment des sugillations, de petites infiltrations sanguines dans l'épaisseur de la pie-mère: quelquefois même un peu de sang étalé en nappe à la surface de l'arachnoïde. Ces hémorrhagies méningées m'ont paru plus fréquentes chez l'homme que chez les animaux. Le cerveau et la moëlle sont généralement injectés; la substance grise, soit de la périphérie, soit des centres, prend un coloration rosée plus ou moins foncée et dans quelques circonstances uue teinte chair de jambon assez remarquable.

La muqueuse de l'estomac présente presque toujours, chez les animaux, une vive injection, assez souvent de petites taches ecchymotiques et quelquefois des hémorrhagies, soit au-dessous de la membrane, soit dans son épaisseur, soit à la surface, et l'on trouve alors de petites ulcérations recouvertes de caillots noirâtres.

Les intestins présentent une injection variable qui s'arrête en général dans les premières portions de l'intestin grêle. Il n'est pas rare de trouver dans les poumons des portions rougeâtres, congestionnés, quelquefois aussi avec points apoplectiques; mais ces lésions sont toujours disséminées.

Le foie, les reins sont injectés, mais il est très-rare qu'ils soient le siége d'hémorrhagies.

§ II. Quand on soumet un animal à l'action prolongée de l'alcool, on voit survenir, après chaque administration du poison, les phénomènes dont nous venons de parler, et de plus quelques symptômes que l'on ne rencontre pas dans l'ivresse simple.

Un chien vigoureux de deux ans et demi, du poids de 16 kilogrammes prend, pendant deux mois environ, une dose quotidienne de 60 grammes d'alcool. Chaque fois, 8 à 15 minutes après l'injection du liquide toxique, l'animal titube, s'affaisse sur lui-même dans un état de complète résolution avec relâchement des spincters; il tombe dans un sommeil comateux dont la durée, au commencement, ne dépasse guère deux ou trois heures et même davantage. Au début de l'empoisonnement, aussitôt après le réveil, l'état normal reparaît assez vite; mais dès le second mois, à mesure que l'intoxication chronique fait des progrès, l'animal conserve toujours une légère hébétude.

Un symptôme des plus dignes de fixer l'attention et qui permet certains rapprochements avec le *delirium tremens* de l'homme, c'est l'apparition d'un tremblement qui, d'abord dans les pattes, se généralise peu à peu en gagnant les muscles du cou et du tronc dans la dernière quinzaine. Ce tremblement, qui persistait une grande partie de la journée, ne cessait pas complétement pendant le sommeil comateux. Tous les matins l'estomac se trouvait rempli de mucosités; en débouchant la canule gastrique, on voyait s'échapper, par l'orifice, un flot de liquide assez clair, visqueux et adhérent, analogue à la pituite des ivrognes.

A plusieurs reprises, dans le cours de l'expérience, j'ai porté la dose d'alcool à 70 et même 75 grammes. Cette addition de 10 à 15 grammes sur la ration habituelle suffisait pour amener des accidents intenses nullement en rapport avec cette faible quantité additionnelle.

C'est qu'on était arrivé à ce degré de saturation qui demande à ne pas être dépassé. Chez l'homme, on le sait, les choses se présentent de la même manière.

L'autopsie montre un épaississement des tuniques de l'estomac. La surface de la muqueuse d'un rouge brun est tapissée par une couche d'un mucus épais, gluant, vitreux, strié de sang par places; en détergeant ces parties à l'aide d'un filet d'eau, on voit au-dessous de petites ulcérations à bords inégaux, et dans quelques endroits des portions cicatrisées sous forme de plaques irrégulières, grisâtres. Dans l'épaisseur de la muqueuse se trouvent des infiltrations sanguines, les unes étalées en nappe, d'autres réunies en petits foyers. Le foie offre une teinte générale jaunâtre, parsemée de points plus foncés au centre des lobules. Les reins ont subi aussi un commencement de dégénérescence graisseuse, surtout à la couche corticale et dans les colonnes de Bertin. Les cavités du cœur, principalement celles du côté droit, et les veines caves sont distendues et remplies par des caillots noirâtres.

Les poumons présentent quelques ecchymoses sous-pleurales. Les méninges, légèrement œdémateuses offrent une coloration rosée au niveau du chiasma. La substance cérébrale est un peu injectée. L'analyse chimique décèle la présence de l'alcool dans les organes et l'examen au microscope permet de se rendre mieux compte de la dégénérescence graisseuse du foie et des reins. Quoique ce chien n'ait pas vécu assez longtemps pour nous montrer les lésions très-avancées de l'alcoolisme chronique, néanmoins ce que nous avons trouvé suffit pour nous donner une idée de ces lésions qui se présentaient chez l'animal avec des caractères analogues à ceux que l'on est habitué à rencontrer chez l'homme.

Dans une communication orale, M. le professeur Leidesdorf, de Vienne, m'a appris que le docteur Kremiansky ayant nourri de jeunes chiens, avec des soupes alcoolisées, était parvenu au bout de quelques mois à produire chez ces animaux une pachyméningite cérébrale, c'est là encore une lésion qui n'est pas rare, vous le savez, dans l'alcoolisme chronique.

(La suite prochainement.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 19 mai 1869. — Présidence de M. Verneuil.

(SUITE)

M. Verneuil. Pour établir le pronostic, et poser les indications thérapeutiques en cas de fracture compliquée de la partie inférieure de la jambe, il faut tenir compte de trois conditions : 1° l'état anatomique de la blessure; 2° l'état organique du blessé; 3° le milieu dans lequel on observe. Jusqu'à présent on s'est préoccupé surtout de la première condition, mais on paraît avoir trop négligé les deux autres.

Certainement, il est utile d'établir des catégories basées sur l'anatomie pathologique, et c'est avec raison qu'on tient grand compte de l'intégrité ou de l'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne. La communication primitive ou secondaire de la jointure, avec la plaie antérieure, assombrit tellement le pronostic que si on ne parvenait pas à prévenir l'arthrite, il reste peu d'espoir d'obtenir la guérison sans opération sérieuse, amputation ou résection. La thérapeutique ordinaire, y compris les contre-ouvertures et le drainage, est presque toujours impuissante, et les tentatives obstinées de conservation ont même cet inconvénient grave d'ajourner la mutilation nécessaire, jusqu'à une époque où l'état local aggravé exige des sacrifices plus grands, et où l'état général du blessé rend le succès presque impossible.

Tout en reconnaissant, avec mes collègues, le danger inhérent à la communication de la jointure avec le foyer de la fracture, je ne voudrais qu'on en fît le seul élément capable de dicter au chirurgien la conduite à suivre, et que le choix entre l'amputation, la résection ou l'expectation ne rencontre pas d'autre critérium.

En effet, outre que le diagnostic précis de cette communication est parfois très-difficile, et ne repose souvent que sur des probabilités, l'observation démontre : 1° que la guérison peut s'obtenir sans opération malgré l'ouverture articulaire; 2° que malgré l'intégrité primitive de la jointure, une arthrite secondaire peut se développer par propagation de l'inflammation, née dans le foyer de la fracture (le décollement du périoste, la suppuration des gaînes tendineuses sont les agents efficaces de cette propagation); 3° enfin que l'attrition des os et des parties molles peut nécessiter le sacrifice immédiat du membre, lors même que l'épiphyse tibiale a été respectée par l'accident. Mais l'observation montre également des succès inattendus, obtenus par l'expectation dans des cas très-graves, des revers prompts et tout aussi imprévus dans des cas très-simples, l'énorme mortalité quelle que soit la conduite suivie, la gravité extrême des amputations traumatiques, aussi comprend-on l'incertitude et l'indécision du praticien, et la nécessité de poser enfin des règles capables de servir de guides dans cette occurence difficile. M. Tillaux regrette que ces règles n'aient pas été formulées jusqu'ici, il craint que la discussion reste stérile, et il nous adjure de fournir des préceptes formels.

Je vais, pour ma part, tâcher de le satisfaire en exposant les résultats de mon expérience. Je dois déclarer au préalable que jusqu'à présent j'ai vu, un seul cas excepté, mourir tous les blessés atteints de fractures compliquées du quart inférieur de jambe, lorsque l'articulation était atteinte, et qu'on s'était borné à la thérapeutique ordinaire. L'exception a trait à un jeune homme, de bonne constitution, affecté de fracture spiroïde du tibia gauche, avec large plaie de la peau, et dénudation étendue de l'os; la communication articulaire n'était pas d'abord évidente; mais la douleur, la rougeur, le gonflement, qui se montrèrent les jours suivants, autour du coude du pied me firent admettre une fissure verticale, allant du foyer de la fracture à l'articulation et ouvrant celle-ci.

J'avais proposé d'emblée l'amputation, au moins la résection. Le malade refusa opiniâtrement toute tentative opératoire. L'irrigation continue fut donc mise en usage, sans interruption, pendant un mois, puis remplacée par des pansements simples, un large séquestre se détacha des fragments supérieurs du tibia, et la consolidation finit par se faire sans trop de difformité. Depuis que j'ai adopté pour le traitement des fractures compliquées de petites plaies, l'occlusion immédiate avec le collodion, et la contention avec l'appareil de Scultet (voir la thèse de M. Bertrand), j'ai guéri sans accidents plusieurs fractures de la partie inférieure de la jambe, mais j'hésite à faire rentrer ces cas dans la présente discussion, parce que rien ne me prouve que l'articulation tibio-tarsienne ait été intéressée.

L'intervention opératoire m'a fourni des résultats variables dont voici le tableau :

Deux fois j'ai pratiqué l'amputation immédiate avec plein succès, chez un troisième blessé, au contraire, la pyohémie est survenue au 10e jour.

Une fois j'ai pratiqué l'amputation secondaire au 7e jour, et alors que la suppuration avait envahi déjà le foyer de la fracture et l'articulation du pied. Il s'agissait d'un paysan de 55 ans, sur la jambe duquel une roue de voiture avait passé. La fièvre était presque nulle et l'état général satisfaisant. L'amputation pratiquée à la campagne, au lieu d'élection supérieure, fut suivie d'une guérison prompte et sans accidents. Tout récemment j'ai vu à Montargis, une dame âgée qui s'était fracturé la jambe gauche, au quart inférieur, en descendant son escalier. Une esquille avait perforé la peau dans une petite étendue. Les choses allèrent bien dans les premiers jours, mais la suppuration s'étendit sous la peau jusqu'au voisinage du genou, et dans l'épaisseur du mollet. L'état général était bon. Je me contentai de faire au 12e jour la résection des fragments, j'enlevai plusieurs esquilles longitudinales très-aiguës, et je plaçai des tubes à drainage en plusieurs sens. Sans en avoir eu la preuve directe, je reste persuadé que la fissure du tibia devait gagner la jointure, l'opération amena sur-le-champ une amélioration locale. Le docteur Montier, médecin ordinaire de la malade, enleva les jours suivants d'autres esquilles, et je crois qu'à ce jour la guérison est assurée.

J'ai pratiqué une autre fois la résection secondaire. Il s'agissait d'un charretier de 50 ans environ affecté de fracture du quart inférieur avec petite plaie faite par un fragment. En dépit de tous nos soins, le foyer s'enflamma et une hémorrhagie grave se fit dans le cours de la deuxième semaine. Je fis la résection et m'efforçai de retrouver l'artère tibiale antérieure que je soupçonnais d'avoir formé l'hémorrhagie (ce que l'autopsie confirma plus tard). Ne pouvant trouver ce vaisseau, je liai l'artère fémorale. L'hémorrhagie ne reparut pas à la jambe, mais l'inflammation ne fut pas arrêtée. Une pyohémie à marche lente se déclara; puis, un jour, survint une hémorrhagie foudroyante par le bout supérieur de la fémorale. Le blessé, je dois le dire, était entaché d'alcoolisme. L'autopsie démontra que la fracture, quoique très-voisine de la jointure, n'y avait pas pénétré, qu'il y avait cependant suppuration de l'articulation, mais que la communication entre celle-ci et le foyer de la fracture s'était établie par l'intermédiaire des gaînes tendineuses des extenseurs et des fléchisseurs.

En résumé, sept cas donnent cinq guérisons et deux morts.

Les guérisons obtenues par l'expectation, une fois; par l'amputation immédiate, deux fois; par l'amputation secondaire, une fois; par la résection secondaire, une fois; la mort causée par la pyohémie après l'amputation immédiate, une fois, et une autre fois après la résection secondaire.

Tel est le bilan de ma pratique, et maintenant voici les préceptes théoriques que je crois devoir recommander :

1° Petite plaie, contusion médiocre des parties molles : réduction exacte, occlusion immédiate avec le baudruche et le collodion; immobilisation et contention rigoureuses avec l'appareil de Scultet appliqué avec le plus grand soin. S'il n'y a point de douleurs, pansements rares. On peut laisser le premier appareil huit, dix et même quinze jours en place;

2° Même conduite en cas de plaie plus grande et de contusion plus forte des parties molles. Des accidents inflammatoires se développeront presque inévitablement; mais ils seront moins intenses et surtout plus tardifs; on aura gagné quelques jours, ce qui est fort important. On supprime l'occlusion et on laisse à découvert le foyer de la fracture pour combattre activement et localiser la phlegmasie; les frictions mercurielles, les badigeonnages iodés, les sangsues posées à une certaine distance, quelques débridements, l'introduction de drains pour pouvoir circonscrire l'inflammation et arrêter les accidents;

3° Si l'on n'y parvient pas, on pratiquera la résection, dont ce me semble il n'a pas été assez question jusqu'ici, et qui a donné de bons résultats à M. Langebert dans des cas de fractures par armes à feu, et à M. Ollier pour des fractures compliquées ordinaires. Cette opération, exécutée dans son foyer enflammé, et pendant le cours même de la fièvre traumatique, réussit beaucoup mieux que l'amputation pratiquée dans les mêmes conditions. On devra s'efforcer de ménager le périoste, ce qui est en général facile quand il y a inflammation des fragments et suppuration de la fracture.

4° Si les dégats primitifs sont considérables, si les os sont écrasés, et les parties molles largement déchirées ou fortement contuses, on peut, dans quelques cas, tenter la résection immédiate; mais il paraît plus sage de recourir d'emblée à l'amputation. Quant au moment convenable pour sacrifier le membre, j'adopte tout à fait les règles de Dupuytren, que vient de nous rappeler M. Guersand. Il faut attendre que le blessé soit remis de l'émotion et de l'ébranlement causés par l'accident, que le pouls soit relevé et la chaleur de la peau rétablie. Mais aussi il faut agir avant le développement de la fièvre traumatique, qui, dans quelques cas, s'allume de très-bonne heure. Il est facile, en visitant plusieurs fois le blessé si cela est nécessaire, de trouver, entre les premières heures et la fin du premier jour, un moment propice. Le thermomètre fournit des indications très-utiles. Toute amputation faite avant que la température ait atteint 38° peut être considérée comme immédiate. Si les douleurs locales [sont vives, il convient de se hâter davantage.

En suivant les règles que je viens d'exposer, on aura, je crois, de bons résultats; mais ceux-ci dépendent encore du milieu où l'on pratique. Lorsque nous nous entretenons de ces questions avec les praticiens de la province et de la campagne, ceux-ci sont surpris de notre pessimisme et de la tendance que nous avons à opérer; ils nous citent des cas où, malgré des désordres primitifs très-étendus, ils ont obtenu la guérison sans résection ni amputation. Il est malheureusement vrai que dans nos grands centres, et surtout dans nos hôpitaux, la chirurgie conservatrice échoue le plus souvent et qu'en vieillissant nous devenons de moins en moins conservateurs. C'est pourquoi les préceptes que nous donnons n'ont rien d'absolu et doivent être modifiés d'après les localités et les contrées.

Mais il est une autre condition que je voudrais voir apprécier plus sérieusement; je veux parler de l'état organique du blessé. M. Panas a touché incidemment ce point. En nous communiquant sa statistique, il a relevé quatre cas de mort. Mais, a-t-il ajouté : Deux de ces cas ne doivent pas être comptés, parce qu'il s'agissait d'ivrognes qui ont succombé peu d'heures après l'opération. Je suis tout à fait de l'avis de M. Panas sur l'extrême gravité des blessures et opérations chez les alcooliques; ces malheureux succombent presque inévitablement, quelle que soit la manière dont on les traite; mais comme les ivrognes sont très-communs dans nos hôpitaux, et surtout parmi nos blessés, il me paraît difficile de les supprimer aussi prestement de nos relevés statistiques. De là un grand embarras pour la mé-

thode numérique. Si on les exclue, on n'a pas de statistique intégrale; si on les admet, on s'expose à juger fautivement les méthodes curatives. Je suis disposé à maintenir le principe des statistiques intégales, mais je voudrais qu'une catégorie fût faite pour ceux de nos sujets qui, indépendamment de leur blessures, portent en eux un germe de destruction prochaine; car je ne saurais le répéter trop haut et trop souvent, si la variété des lésions traumatiques est telle qu'on a peine à trouver deux blessures absolument identiques, les différences individuelles sont telles qu'il est aussi mal aisé de rencontrer deux blessés dans des conditions organiques rigoureusement semblables. Continuons-donc à nous préoccuper des blessures, mais songeons aussi à nous occuper un peu plus des blessés. Pour montrer l'importance que j'attache à cette donnée, je dirai que j'aurais plus d'espoir de sauver un sujet sain atteint de fracture compliquée de lésion articulaire qu'un ivrogne dont la jointure serait respectée.

Il me reste peu de chose a dire. M. Tillaux se demande si les grandes blessures occasionnées par les chemins de fer ont quelque chose de spécial; car, pour sa part, il a vu succomber, quoiqu'on fasse, ceux dont les membres avaient été brisés par les waggons en marche. Cette question a déjà été posée, presque dans les mêmes termes, au congrès de 1867, par M. de Méric, de Londres. Il demandait aux chirurgiens français si, plus heureux que leurs confrères de Londres, ils parvenaient à guérir les amputations consécutives aux accidents de chemin de fer. Il fut répondu, à cette époque, que les blessures susdites n'ont rien de spécial qu'à la manière de toutes les violences causées par les machines, les corps contondants d'un grand volume, les voitures pesamment chargées etc. Elles étendent au loin leur action et amènent des désordres profonds qui remontent très-loin dans l'épaisseur du membre, quoiqué peu apparents et assez limités à l'extérieur.

Si on se contente de réséquer, et si même on ampute, mais trop proche du point où la peau est ouverte, on voit survenir bientôt le phlegmon diffus, la gangrène, et, finalement, la mort.

Si on s'éloigne suffisamment, au contraire, du point blessé, on obtient tout autant de succès que dans les autres cas. Je crois cette interprétation des revers préférable à la théorie du choc traumatique; car, malgré mes efforts, je n'ai pu comprendre encore exactement ce qu'il faut entendre par ce terme, dont on a d'ailleurs oublié jusqu'ici de nous fournir une définition exacte et claire.

M. GIRALDÈS. M. Tillaux disait qu'il n'avait pas vu d'amputés de jambe guéris, lorsque l'amputation était nécessitée par un accident de chemin de fer. J'ai été mieux partagé. Il y a dans ces circonstances deux espèces principales de lésions : 1° des broiements de parties saisies entre les rails et la roue de la locomative ; 2° des arrachements lorsque le membre a été saisi dans des engrenages. Ce qui paraît donner de la gravité aux mutilations causées par des accidents de chemin de fer, c'est l'ébranlement général éprouvé par l'économie, la stupeur : et il faut attendre, pour opérer, que la réaction ait commencé à se faire. Dans ces cas, très-fréquemment les lésions remontent très-haut, et, comme l'a dit M. Trélat, on s'expose à un échec, si, dans le désir de conserver le plus de longueur possible au moignon, on ampute au niveau de la lésion apparente. Il arrive beaucoup d'accidents à la Chapelle ; quelques malades refusent de se laisser transporter à l'hôpital ; je déclare que les amputations faites à la Chapelle ont été souvent suivies de succès, mais je prends soin d'amputer très-haut.

Quant aux fractures multiples causées par les coups de tampon, j'ai eu l'occasion de traiter, à Necker et à Saint-Louis, des fractures de jambe dans lesquelles il y avait cinq ou six fragments. J'ai eu recours à l'irrigation, et j'ai guéri mes malades. Contrairement à ce que pense M. Verneuil, je crois qu'il faut la laisser longtemps, mais il faut aussi que l'écoulement de l'eau soit continu et ne s'arrête pas, comme cela est trop fréquent, pendant plusieurs heures et même pendant toute une nuit.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. DESORMEAUX. Dans la dernière quinzaine du mois de janvier, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de chirurgie l'appareil à extension continue du docteur Hennequin, avec quelques observations qui prouvaient son efficacité dans le traitement des fractures du fémur et de la coxalgie. Aujourd'hui, je viens lui apporter de nouveaux faits, et soumettre à son examen deux des malades dont suivent les observations.

Devant être publiées *in extenso*, je me contenterai de donner le résumé succinct de quatre observations prises dans mon service à l'hôpital Necker (*Sera publié*).

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le 18 courant aura lieu l'inauguration solennelle de l'hôpital maritime du Berx, appartenant à l'Assistance publique de Paris. On assure que S. M. l'Impératrice et MM. les ministres Duruy, de Forcade La Roquette, etc., y assisteront.

— Le concours pour l'agrégation ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier est terminé; ont été nommés : M. Masse, dans la section d'anatomie et de physiologie; M. Sicard, dans la section d'histoire naturelle. Il n'y a pas eu de nomination dans la section de physique et de chimie.

— Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques près la Faculté de médecine de Montpellier, s'ouvrira le 26 août prochain.

— L'Académie de médecine de Grenade met au concours les deux questions suivantes : *Identité ou dualité du virus syphilitiques*; *Prophyxalie de la phthisie pulmonaire*. — Une médaille d'or et le titre de correspondant sont réservés à l'auteur qui obtiendra le prix. Les mémoires, écrits en espagnol, latin, français ou portugais, doivent être adressés au secrétariat avant le 30 octobre prochain.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Académie des sciences. — M. Decaisne a présenté la note suivante sur le traitement de l'épilepsie par l'eau froide.

« Me basant sur la pratique du médecin anglais Currie au dix-huitième siècle, et les beaux travaux du docteur Louis Fleury sur le traitement des fièvres intermittentes par l'eau froide, j'ai appliqué cette médication à l'épilepsie dans des cas revêtant plus ou moins la forme intermittente, et j'ai acquis la conviction que l'eau froide est un perturbateur puissant des attaques nerveuses, et un antipériodique d'une grande efficacité.

« Dans douze cas d'épilepsie à attaques à peu près intermittentes, j'ai obtenu quatre guérisons parfaitement confirmées et cinq améliorations sensibles. J'ai eu trois insuccès.

« Ces faits ont été observés avec le plus grand soin, et les résultats obtenus l'ont été, en général, si rapidement, et d'une façon si nette et si tranchée que, malgré le petit nombre d'observations que j'ai pu recueillir, je n'hésite pas à appeler l'attention des praticiens sur une médication, repoussée jusqu'ici comme nuisible et dangereuse par la majorité des médecins, et qui, appliquée avec discernement, peut donner les meilleurs résultats, non-seulement dans l'épilepsie, mais dans toutes les maladies nerveuses présentant, à un degré plus ou moins accusé, la forme intermittente. »

M. Decaisne n'est pas le premier qui ait traité par l'hydrothérapie les maladies nerveuses convulsives, et qui ait eu à se louer de cette médication ; mais les résultats qu'il annonce sont vraiment extraordinaires.

La forme *à peu près intermittente* est loin d'être rare dans l'épilepsie. Pour notre part, nous en avons observé des exemples assez fréquents, et dans nos leçons sur l'épilepsie professées à l'École pratique, il y a quelques années, nous avons eu soin de signaler cette périodicité apparente des accès.

Souvent elle existe, en dehors de tout élément paludéen, dans l'épilepsie la plus franche. Il serait donc merveilleux de pouvoir guérir par l'eau froide un tiers des malades qui la présentent.

Malheureusement il est bon d'être un peu sceptique en ce qui touche la guérison de l'épilepsie, et nous en avons déjà plusieurs fois indiqué les causes : notamment lorsque nous avons signalé, dans la *Gazette des hôpitaux*, les premiers succès obtenus par le bromure de potassium administré à hautes doses.

Ce que nous disions alors s'est confirmé depuis. On a été pris d'un tel engouement pour le bromure de potassium, que l'expérimentation s'est faite sur la plus large échelle, et que de toutes parts on a parlé de guérisons d'épileptiques par ce moyen. Eh bien, la plupart des guérisons ne se sont pas maintenues lorsqu'il s'agissait d'épilepsie vraie.

Nous avons suivi quelques-uns de ces malades que l'on croyait guéris, et presque toujours, au bout d'un certain temps, les attaques reparaissaient.

Or ces longues améliorations, ces répits de quelques semaines, de quelques mois, et même exceptionnellement de quelques années, on peut les observer à la suite des médications les plus diverses : belladone, pivoine, oxide de zinc, etc.; mais les accidents se reproduisent alors qu'on ne s'y attendait plus.

Nous avons raconté l'histoire de ce jeune homme que l'on regardait comme guéri depuis longues années, lorsque dans un bal, à l'ambassade d'Angleterre, il fut repris d'une formidable attaque. Depuis lors, il resta définitivement épileptique. Nous pourrions citer vingt autres exemples du même genre.

Il ne faut donc pas se hâter de dire que la guérison d'un épileptique est confirmée ; il faut se borner à indiquer depuis combien de temps le malade n'a plus d'accès ; car l'imminence d'une récidive en pleine santé apparente est l'un des terribles caractères de cette affection, que les anciens considéraient comme fatale : *morbus sacer, le mal sacré.*

— La session annuelle du conseil médical vient de se terminer à Londres.

Cette année le conseil a dû délibérer sur les réformes à introduire dans la législation médicale anglaise, le *Medical Act.*

Le gouvernement l'avait consulté particulièrement sur les points suivants :

1° Ne serait-il pas utile de modifier la constitution du conseil médical lui-même ? Ayant la haute main sur le corps médical, ne serait-il pas bon qu'il fût en partie désigné par lui ? Aujourd'hui les membres en sont nommés, les uns par le gouvernement, les autres par les corps enseignants ; mais les médecins enregistrés n'y ont aucun représentant.

A cette première question, le conseil médical a répondu qu'il était constitué aussi bien que possible pour ses attributions actuelles.

D'une part, ayant à juger les médecins, à faire rayer du registre ceux qui auraient commis quelque indélicatesse, il n'était pas convenable qu'il fût nommé par eux ; car, en Angleterre, jamais les juges n'étaient au choix des justiciables ; et, d'autre part, ayant un droit de contrôle sur les corps enseignants, il valait mieux qu'il eût, pour exercer ce droit, les membres les plus influents et les représentants de ces corps. Pour peu que l'on songeât à modifier sa composition, il faudrait d'abord élargir considérablement ses attributions, et, par exemple, le charger de poursuivre ceux qui exerceraient la médecine sans être enregistrés.

2° La seconde question à laquelle le conseil médical dut répondre se référait aux grades octroyés dans certaines universités ou corporations médicales anglaises. On peut y être reçu médecin, sans savoir un mot de chirurgie, chirurgien sans avoir jamais subi d'examen sur la médecine ; et cependant la seule inscription sur le registre général des praticiens n'en confère pas moins le droit d'exercer également la médecine et la chirurgie.

Le gouvernement aurait voulu qu'on apportât la preuve d'examens subis sur la médecine et la chirurgie avant d'être inscrit sur le registre ; mais le conseil a pensé qu'il valait mieux laisser cette inscription dans chaque cas, à l'arbitraire du conseil, seul bon juge en pareille matière, puisqu'il aurait pour se renseigner des membres qui appartenaient aux corps enseignants incriminés.

3° Interrogé sur la valeur qu'il fallait accorder aux diplômes étrangers, le conseil médical a proposé une solution semblable. Il se chargerait d'accorder ou de refuser l'inscription sur le registre, c'est-à-dire le droit de pratique, suivant que les diplômes produits lui sembleraient suffisants ou non.

Telles sont les réformes proposées par le conseil médical anglais. Le conseil privé les désirait plus radicales.

— Dans les adénites scrofuleuses, M. Richet pratique très-souvent l'ablation des ganglions hypertrophiés, surtout lorsque ces ganglions, siégeant dans une région très-apparente, telle que la région sous-maxillaire, y constituent, par leur volume, une difformité.

L'opération est des plus simples, aussi simple que l'extirpation d'un lipome, elle n'a jamais provoqué d'accident entre les mains de M. Richet, et elle ne laisse pas d'autre trace qu'une cicatrice linéaire à peine visible.

Or, on sait combien ce genre d'adénite est rebelle à toute médication. Souvent les ganglions suppurent et laissent d'affreuses cicatrices. Souvent aussi les ganglions voisins se prennent à leur tour, peut-être par suite d'une généralisation semblable à celle du cancer et du tubercule. On a même soutenu que ces adénites étaient de nature tuberculeuse. Il y a donc tout avantage à ne pas attendre pour opérer.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. RICHET.

De quelques signes de la fracture de l'extrémité inférieure du radius et de la fracture du maxillaire supérieur.

(Leçon clinique recueillie par M. DUBREUIL.)

Dans une de ses dernières leçons, le professeur Richet appelait l'attention de ses auditeurs sur une malade au moment de quitter l'hôpital, et qu'il avait fait venir dans l'amphithéâtre afin que l'on pût constater *de visu* les symptômes qu'il allait signaler.

Voici, en quelques mots, l'histoire de cette femme. Il y a un mois environ, elle faisait une chûte dans un escalier et tombait dans le vide, de la hauteur de ving-cinq marches à peu près. Au moment où elle touchait le sol, la face palmaire de sa main gauche et la joue du même côté portaient violemment sur le pavé ou sur un corps saillant, et ce double choc déterminait une fracture de l'extrémité inférieure du radius et une fracture du maxil-

FEUILLETON

EMPLOI DE LA VIPÈRE ET DU VENIN DES SERPENTS

COMME MOYENS THÉRAPEUTIQUES.

(SUITE ET FIN.)

D'après ce même Bocaneira, voici comment procèdent les curados pour obtenir leur merveilleux privilége.

Le matin du jour de l'inoculation, qui est nécessairement un vendredi, le patient avale une quantité assez considérable d'eau-de-vie, et de cinq à quinze tubercules d'un *Dorstenia*, connu sous le nom vulgaire de *mano de sapo* ou main de crapaud (1). Les racines ont été récoltées un vendredi, et, s'il se peut, le premier vendredi de mars ; elles sont données par nombre impair et autant que le permet la tolérance du malade. Elles abaissent la température, ralentissent la circulation, et provoquent des nausées.

L'opération est pratiquée à l'aide du crochet d'un crotale (*cuatro narices*) tiré un vendredi. Le même crochet sert plusieurs années à cet usage.

(1) Le mano de sapo ne serait-il point la même plante que le *contragerva* (*Dorstenia Contragerva* L.), morée cultivée au Mexique et au Pérou, à cause de sa racine aromatique et stimulante administrée contre les morsures des serpents ?

Les piqûres se font sur le dos du pied, au poignet, à la cuisse, au bras, au sternum, et enfin à la langue. On ne doit pas cracher tout le jour, *de peur de rejeter le venin!* Des cataplasmes de mano de sapo ou de guaco sont appliqués sur les petites plaies.

Sept inoculations au minimum sont nécessaires, si l'on veut se mettre complétement à l'abri du maléfice ; mais quelques individus en subissent jusqu'à quinze ; ils restent alors comme hébétés.

Soumis à cette pratique, surtout si la lune est dans son plein, l'inoculé offre de l'exaltation, du besoin de mordre et une salivation extrême ; il déchire avec ses dents les arbres et les animaux, et ses morsures font mourir.

Les curados, toujours au dire de Bocaneira, pourraient seuls sucer sans crainte les morsures des crotales et les guérir.

Il est difficile de découvrir s'il y a quelque chose dont la science puisse tirer profit au milieu de ce charlatanisme et de ces pratiques superstitieuses. Les curados nous semblent avant tout d'habiles exploiteurs de la crédulité publique.

Le venin a-t-il la puissance de prévenir la rage, comme on le croit généralement en Vendée? Rien n'est moins démontré, et M. Milcent, curé de Froidfond, nous a communiqué l'histoire d'un chien qu'il a fallu abattre parce que, très-peu de jours après une piqûre de vipère, il présenta les premiers symptômes de l'hydrophobie.

Les essais de ce poison contre la maladie confirmée ont été tous infructueux. « J'ai vu, dit Mérat (*Dict. des sc. méd.*, t. LVIII, p. 169, art. *Vipère*), employer à l'hôpital de la Charité la morsure de la vipère contre la rage, mais sans succès. M. Cayol avoue le même résultat. MM. Poletta et Sornani n'ont pas été plus heureux ; ils ont vu les deux maladies suivre leurs cours sans se modifier l'une l'autre. »

D'après le docteur Oheix, de Savenay, la tuméfaction inflammatoire produite par le venin aurait, dans le cas ci-après, été cause de la disparition d'un œdème chronique.

« Maillard, âgé de 60 ans, et d'une forte constitution, était atteint de rétrécissement mitral avec induration des vaisseaux, et offrait un œdème des membres inférieurs, lorsqu'en 1864 il fut, aux environs de Savenay, blessé par une vipère. Je le vis environ vingt-cinq minutes après. Il présentait une prostration profonde, des défaillances et des vomissements ; son pouls se sentait à peine ; l'œdème était généralisé, mais surtout prononcé au cou et à la figure, et la respiration, anxieuse, comme croupale, faisait craindre une asphyxie prochaine.

« Les symptômes alarmants ne durèrent que deux heures. Des ventouses scarifiées appliquées sur la blessure, et de l'ammoniaque administrée à l'intérieur et à l'extérieur, amenèrent le soulagement du malade.

« Chose étrange, l'infiltration des extrémités inférieures, qui s'était développée sous l'influence de la maladie cardiaque, bien avant la morsure, se dissipa les jours qui suivirent, et la gêne de la circulation disparut presque complétement, sans doute sous l'influence de la dissolution du sang par le venin. Cette amélioration continuait encore deux ans plus tard, quand Maillard succomba à une apoplexie. »

Un médecin espagnol, cité par le *Heraldo medico*, a proposé l'inoculation du venin de la vipère ammodyte contre le choléra.

M. Tel. Desmartis, de Bordeaux, esprit extrêmement original, dans un mémoire ayant pour titre *De l'emploi médical des venins*, mémoire dont nous sommes loin d'adopter toutes les conclusions, dit avoir guéri par la piqûre de deux scorpions un cholérique qu'il considérait comme perdu. La prostration aurait fait place à une

laire supérieur siégeant au-dessous du plancher de l'orbite. En même temps se manifestaient quelques phénomèmes peu durables, du reste, de commotion cérébrale.

M. Richet a saisi cette occasion de passer en revue les signes des lésions dont la malade était atteinte, insistant surtout sur ceux qui, moins connus, n'en sont que plus propres à exciter l'intérêt.

Voici d'abord pour la fracture du radius. A l'état normal, l'apophyse styloïde radiale descend un peu plus bas que celle du cubitus. Dans la solution de continuité de la partie inférieure du premier de ces os, elles sont au moins à la même hauteur, et souvent celle du cubitus et la moins élevée. L'ascension et l'inclinaison que subit le fragment carpien du radius rendent parfaitement compte de ce changement.

La fracture déplace aussi les axes du poignet et de la main, qui, à l'état hygide, sont l'un et l'autre, la continuation de celui de l'avant bras. Après l'accident, ils forment une ligne brisée composé de trois lignes secondaires : axe de la main, axe du poignet, axe de l'avant-bras, formant ce que Velpeau a comparé à un Z.

Si, en ce cas, on prolonge en haut la ligne représentant l'axe du doigt médius, qui est aussi celui de la main, on voit que cette ligne vient couper le côté externe de l'avant-bras, au lieu de rester entre les deux os, ainsi que cela a lieu normalement.

Quand la partie inférieure du radius est cassée, on ne sent plus l'incurvation si prononcée qu'elle offre en avant, ni la saillie sillonnée par des crêtes et des gouttières multiples qui la surmontent en arrière.

Au lieu de tout cela, on constate une sorte d'épaississement, une augmentation de volume de l'extrémité carpienne de l'os, et c'est un signe auquel le professeur Richet attribue la plus grande importance, parce qu'il existe toujours, dans les cas simples, comme dans les cas compliqués, et qu'à lui seul il suffit pour établir le diagnostic, lorsque le peu de déplacement des fragments ne permet pas de constater les symptômes ordinaires de la lésion qui nous occupe.

Quant à cette saillie de la face dorsale du poignet, que Velpeau a comparée à celle d'un talon de fourchette et qu'il a désignée sous le nom de déformation en dos de fourchette, elle est due aux os du carpe fortement attirés en arrière par l'action exagérée et prédominante des muscles extenseurs de la main et des doigt.

Pour que cette déformation se produise, il faut que le spasme musculaire qui lui donne naissance ait eu le temps de se développer. Supposez un blessé atteint de fracture de l'extrémité inférieure du radius en même temps que d'autres lésions plus graves et succombant sur le coup, hypothèse qui ne se réalise que trop souvent, jamais, dans ce cas, quelle que soit la direction de la solution de continuité osseuse, vous n'observerez la saillie en question, parce que les muscles n'auront pas eu le temps de la faire naître,

Le siége de la douleur spontanée et développée par la pression a une assez grande valeur pour le diagnostic. Son maximum d'intensité est de 1 à 2 centimètres au-dessus du poignet, c'est-à-dire au niveau de la fracture.

Cette méthode a en outre présenté un phénomène insolite qu'il est bon, au cas échéant, de constater et de faire constater an blessé avant l'application de l'appareil pour éviter qu'il soit mal à propos mis sur le compte du traitement; c'est la paralysie de la face palmaire du doigt médius.

De toutes les suppositions propres à expliquer cette anesthésie, la plus plausible est incontestablement celle d'un épanchement sanguin survenu dans la gaîne radio-carpienne, épanchement qui s'est trouvé sans doute comprimer surtout les nerfs qui fournissent la sensibilité à la face palmaire de ce doigt, rameaux émanés de la terminaison du médium.

L'appareil destiné à agir sur la fracture qui nous occupe n'avait pas été laissé en place plus de vingt jours. Quel que soit l'appareil que l'on emploie, la durée du traitement ne doit pas dépasser vingt ou vingt-cinq jours. C'est là un délai suffisant pour la consolidation, et, en laissant les moyens de contention plus longtemps appliqués, on s'expose à déterminer, dans le poignet, une raideur très-difficile à vaincre.

La fracture du maxillaire supérieur siégeant, comme je l'ai dit, au-dessous du plancher de l'orbite, elle s'est accompagnée de deux phénomènes très-remarquables, et sur lesquels personne, au moins en France, n'avait encore appelé l'attention en tant que se rattachant à une lésion du maxillaire.

L'un est la formation d'un emphysème très-manifeste survenu au niveau du grand angle de l'œil et sur la face dorsale du nez du côté blessé; l'autre est l'abolition de la sensibilité de la lèvre supérieure du même côté. Les symptômes ont été ici des plus manifestes dans les premiers temps de l'accident. Puis l'emphysème a assez rapidement disparu, et au bout d'une vingtaine de jours, la sensibilité revenait, s'annonçant par une démangeaison, une cuisson des plus désagréables.

Le voisinage des fosses nasales, la part que prend le maxillaire à la formation de ce vestibule des voies aériennes expliquent assez comment les fractures de cet os peuvent déchirer la membrane de Schneider et donner lieu à une infiltration aérienne.

La paralysie de la lèvre doit être rattachée, la physiologie nous l'indique, à une lésion de la branche terminale du nerf maxillaire supérieur, du sous-orbitaire, et cette anesthésie durera plus ou moins longtemps selon que le nerf aura été déchiré ou seulement contus.

Voilà donc deux signes nouveaux qui, réunis à celui signalé par Alphonse Guérin dans le très-intéressant mémoire qu'il a inséré dans les archives de 1866 (*Douleur à la pression au niveau de l'aileron interne de l'apophyse pterygoïde*) éclaireront singulièrement le diagnostic d'une fracture dont l'histoire est encore loin d'être complète.

PLAIES ARTÉRIELLES

GUÉRIES PAR LA COMPRESSION DIRECTE, LA FLEXION FORCÉE ET LA COMPRESSION INDIRECTE INTERMITTENTE. — TROIS OBSERVATIONS.

(Note lue à la Société de médecine de Paris, par le Dr DELPEUCH.

Dans la guérison des plaies artérielles, M. J. H. Petit fait jouer, nous le savons tous, le rôle capital à la formation du caillot. Cette théorie a été vivement discutée; disons pourtant que les expériences les plus récentes ne nous en éloignent pas sensiblement, se bornant à attribuer à la lymphe plastique qui s'épanche en même temps à l'intérieur du vaisseau, dans l'épaisseur des tuniques et à l'extérieur, une part à la cicatrisation.

Le caillot reste donc pour nous ce qu'il était pour J.-H. Petit, le principal agent de l'hémostase.

La base du caillot est la fibrine : favoriser un dépôt de fibrine au point lésé, mettre le dépôt dans les conditions les plus favorables à la constitution, c'est donc faciliter la formation du caillot et lui donner une solidité qui puisse lui permettre de résister au choc de la colonne sanguine.

Malgaigne, ayant blessé l'artère dans une saignée, suspendit l'hémorrhagie par la flexion forcée de l'avant-bras.

M. A. Thierry a guéri un anévrisme traumatique du pli du coude par les mêmes moyens.

C'est l'étude de ces considérations et de ces faits qui a dirigé tout d'abord ma conduite dans le traitement du premier malade dont je viens vous soumettre l'observation.

Cette observation a été communiquée en 1854 à la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat (Allier), et je vous la donne telle que je la trouve relatée dans le rapport de cette Société pour l'année 1855.

« R..., boucher, âgé de 25 ans, occupé, le 10 mars 1853, aux travaux de sa profession, s'enfonce inconsidérément dans l'avant-bras un couteau à lame étroite et acérée. Aussitôt le sang jaillit rutilant, et par saccades isochrones. M. Delpeuch, secondé du docteur Savigné, arrête provisoirement l'hémorrhagie, au moyen d'une forte ligature autour du bras.

« La colonne sanguine présentait environ 2 millimètres de diamètre; la plaie, transversale, à peine d'un centimètre d'étendue, était située au-devant du radius, à deux travers de doigt du pli du bras. L'artère radiale avait été ouverte en quelque sorte par ponction.

« Après quelques réflexions échangées entre les deux médecins, le souvenir d'un anévrisme faux consécutif, guéri par M. Thierry au moyen de la flexion forcée du membre, fit penser à M. Delpeuch que ce procédé, combiné avec la compression directe, trouverait ici une heureuse application. Une compresse en plusieurs doubles fut donc placée sur la plaie, par-dessus une pièce de monnaie, par-dessus encore deux autres compresses, et le tout fut fortement serré par un bandage roulé. On fléchit ensuite l'avant-bras sur le bras autant que le permettait la présence de cet appareil.

« Les jours suivants, douleurs assez intenses à l'avant-bras et à la main, qui se tuméfie.

« Au sixième jour, compression de l'humérale au moyen d'une pelote, afin de prévenir l'hémorrhagie, dans le cas où l'on serait obligé d'enlever le premier appareil; douleurs moindres à mesure que l'on gagne du temps.

« Au quinzième jour, on enlève tous les bandages. La plaie extérieure n'est pas encore complétement cicatrisée; il reste une notable tuméfaction de la main; mais la circulation est rétablie dans la radiale, et l'on ne trouve aucune trace d'anévrisme.

« Par mesure de prudence, on établit alors une nouvelle compression plus légère, de manière à pouvoir fléchir complétement l'avant-bras. Douze jours après, on débarrasse le membre de tout appareil. L'avant-bras est maintenu fléchi dix jours encore. Le malade est alors complétement et définitivement guéri, puisqu'il a pu vaquer à ses travaux depuis plus d'un an, et qu'aujourd'hui l'examen le plus minutieux ne décèle rien d'anormal à cet avant-bras. »

Voilà, messieurs, l'observation telle que je la trouve dans le rapport de la Société de Gannat, rédigé par notre très-honorable confrère le docteur Drapenard.

Aujourd'hui, en la relisant après quinze ans, je me demande s'il était bien nécessaire de faire endurer au patient ce luxe prolongé de précautions; mais j'étais à peu près à mes débuts, et la crainte, exagérée sans doute, de voir survenir un anévrisme consécutif, me justifiera, je l'espère à vos yeux.

Voici maintenant la deuxième observation :

Plaie de l'arcade palmaire superficielle. — Le 21 mai 1857, M. D..., âgé de 8 ans, portant une bouteille, se laissa tomber en courant, et un fragment de verre lui fait une blessure à la paume de la main.

Je vis cette petite malade, demi-heure après l'accident. Un jet de sang rutilant s'échappait par saccades isochrones d'une plaie transversale d'un centimètre environ d'étendue. Je parvins sans trop de difficulté à saisir un des bouts artériels et à en faire la ligature, mais l'hémorrhagie continua. Après quelques tentatives infructueuses pour saisir l'autre bout, je pris le parti d'employer la compression directe et la flexion forcée.

J'appliquai donc sur la plaie un petit plumasseau de charpie imbibé d'une solution de perchlorure de fer à 30°, puis successivement une pièce de monnaie recouverte d'un petit linge, une compresse graduée, du coton pour garnir les vides que présentait la paume de la main, et je maintins le tout en place à l'aide d'un bandage roulé.

L'avant-bras fut ensuite maintenu fortement fléchi sur le bras.

Six jours se passèrent sans accident; les parents furent dès lors convaincus que j'avais exagéré la blessure de leur enfant, et la laissèrent sortir pour jouer avec quelques petites filles du voisinage; M. D... courut quelques instants, et rentra bientôt effrayée avec une hémorrhagie nouvelle. C'était le 27 mai. J'appliquai le même appareil que la première fois; mais, quoique aucune imprudence nouvelle ne fût commise, l'hémorrhagie n'en reparut pas moins trois jours après.

Je ne comptais plus réussir par les moyens que j'avais jusqu'alors employés, et, d'autre part, la compression des artères radiale et cubitale n'arrêtant pas l'hémorrhagie, je proposai la ligature de l'artère humérale; mais les parents s'y refusèrent et me supplièrent d'essayer encore de guérir leur enfant sans lui faire subir aucune opération.

Je réappliquai donc le même appareil pour la troisième fois.

---

légère agitation, le pouls se serait relevé, et une réaction franche aurait sauvé le malade.

La piqûre très-douloureuse de l'arachnide aura sans doute agi à la manière des révulsifs.

M. Desmartis emploie dans sa pratique le venin de divers hyménoptères, et prescrit aux rhumatisants dix à douze guêpes, là où d'autres ordonneraient des sangsues.

Le poison des crotales a été conseillé au Brésil contre la lèpre. Sigaud rapporte l'histoire d'un malade qui, s'étant obstiné à recourir à ce mode de traitement, périt victime de son imprudence.

Mais le point le plus curieux de la thérapeuthique par les venins est leur inoculation proposée comme moyen prophylactique de la fièvre jaune.

En 1847, M. G. de Humboldt, qu'il ne faut pas confondre avec l'auteur du *Cosmos*, dont ses partisans le disaient neveu, obtint du gouvernement mexicain de soigner les condamnés aux présides de la Vera-Cruz et de Saint-Jean-d'Ulloa, et suivit ces prisonniers d'Orizaba à leur destination.

Il dit avoir remarqué, pendant ce trajet à travers les Terres-Chaudes, que l'apparition du vomito coïncidait avec la piqûre d'une petite vipère, et avoir confirmé son observation par des expériences sur des chiens.

Il voulut dès lors utiliser ce qu'il appelait sa découverte; et pour mitiger le poison qu'il voulait employer comme vaccin préservateur de la fièvre jaune, il en fit déposer par six vipères dans un foie de mouton qu'il laissa se corrompre.

Puis il tenta trois ou quatre inoculations de ce putrilage sur des chiens, qui en furent quittes pour quelques jours de fièvre. Des chiens il passa aux condamnés, et leur fit quatre piqûres à chaque bras avec des résultats identiques.

Dès lors l'engouement ne connut plus de bornes, et, de 1850 à 1852, 1,438 personnes se firent inoculer. Sept d'entre elles, raconte-t-il, eurent seules ensuite la fièvre jaune, et d'une façon très-légère.

En 1854 on le retrouve à la Nouvelle-Orléans, d'où il adresse un mémoire à l'Académie des sciences de la Havane; puis à Cuba, où le gouverneur l'autorise à établir une maison d'inoculation, quatre médecins militaires et deux cents personnes de l'île s'étant déjà soumis à la vaccination préservative.

Mais la mystification devait avoir un terme, et M. G. de Humboldt allait trouver des juges.

En vain le docteur Manzi, avec une conviction profonde, publiait-il à Paris, en 1858, son *Histoire de l'inoculation préservatrice de la fièvre jaune*, dans laquelle il considérait la fièvre d'inoculation comme étant un vomito en miniature et offrant avec la fièvre jaune les mêmes relations que la vaccine avec la variole : le rapport du gouverneur général de Cuba fut écrasant, et celui publié le 10 mai 1863 par la commission mexicaine, plus défavorable encore.

Cette commission, composée de MM. Reyes, Iglesias, Angel et Jordanet, réfute un à un tous les faits avancés par M. G. de Humboldt, qu'elle traite d'erreurs grossières propagées par la bonne ou la mauvaise foi d'un seul.

Sans s'attacher à combattre sa pathogénie fantastique de la fièvre jaune, ni vérifier si la prétendue vipère était bien venimeuse, ce qui était nié par les détracteurs du procédé, elle expose que ledit médecin a emprunté son prétendu venin au foie d'un seul mouton mordu par un serpent, et qu'il s'est servi pendant deux années de ce détritus pour toutes ses vaccinations. Il a donc inoculé simplement une matière putride donnant lieu à quelques phénomènes réactionnels sans rapport avec la fièvre jaune, et qui étaient combattus par de hautes doses de guaco, de sulfate de quinine et d'iodure de potassium. Les *inoculés*, ajoutent les deux rapports, *n'ont pas été plus exempts que les autres de la fièvre jaune, et plusieurs en sont morts.*

La fièvre jaune, le choléra et autres affections infectieuses, et d'autre part les maladies du cœur offrant quelques symptômes communs avec l'envenimation, les homœopathes leur opposent le venin de la vipère et celui de divers crotaliens, en particulier du *Lachesis mutus*. Ils administrent ces substances par la bouche et à doses diluées, c'est-à-dire dans des conditions où elles ne peuvent avoir d'activité.

Quelle peut-être, par exemple l'action d'une goutte de poison du lachésis à la dix-millionnième dilution? Pareille formule cependant a été remise avec un certain sérieux à une dame de nos amies se plaignant de troubles circulatoires.

Cet article se résume donc malheureusement ainsi : les parties qui constituent le corps de la vipère n'ont pas plus de valeur thérapeutique que les parties similaires de l'anguille ou de la lamproie, et le venin des serpents, malgré sa grande puissance, n'a pas été jusqu'ici utilisé avec fruit par l'art de guérir.

Dr VIAUD-GRAND-MARAIS,

Professeur à l'École de médecine de Nantes.

Erratum. — Dans la première partie de ce feuilleton, page 82, 3e colonne, 15e ligne, au lieu de *Mattide*, lire *Matthiole*, et page 83, 1re colonne, dernière ligne, au lieu de *dilatation*, lire *distillation*.

Mais, en outre, comme je venais de lire la relation de quelques cas de guérison d'anévrismes par la compression digitale intermittente, je voulus essayer de ce nouveau moyen hémostatique.

J'appris donc aux parents à comprimer l'artère humérale, et il fut convenu que cette compression serait faite pendant cinq minutes, tous les quarts d'heure, jusqu'au lendemain matin. Le père et la mère se succédant, se faisant parfois remplacer par une voisine dévouée et intelligente, ma prescription fut rigoureusement exécutée.

Le deuxième jour, la compression digitale fut effectuée pendant cinq minutes toutes les demi-heures, puis dix minutes toutes les deux heures, et enfin abandonnée le quatrième jour.

L'appareil compressif et la flexion furent maintenus pendant huit jours encore, jusqu'au 4 juin. Ce jour-là je me contentai de laisser en place la charpie qui adhérait fortement à la paume de la main, et recommandai de tenir le bras en écharpe; six jours après, la charpie se détacha facilement, la plaie était cicatrisée et la guérison complète.

3e Obs. : *Plaie de l'artère cubitale un peu au-dessus du poignet.* — Le 25 septembre 1860, D..., âgé de treize ans, fit une chute dans un champ où l'on coupait du sarrasin, le poignet droit portant sur le tranchant d'une faucille. Je vis le malade quatre heures après l'accident. La blessure, située un peu au-dessus de la région carpienne, était profonde; le tendon du cubital antérieur avait été coupé, s'était rétracté, et le bout supérieur de l'artère l'avait suivi dans son retrait. La plaie occupait le bord externe et un tiers environ de la face antérieure de l'avant-bras. L'enfant avait perdu beaucoup de sang jusqu'au moment où, par une forte ligature faite au-dessus de la plaie, on avait enfin pu arrêter l'hémorrhagie.

Cette ligature enlevée, la plaie se mit à saigner abondamment; lorsque je soulevais fortement le lambeau supérieur, j'obtenais un jet de sang rutilant et saccadé. Mon premier mouvement fut d'agrandir la plaie par une incision verticale, afin de rechercher l'artère, mais cette fois encore je me heurtai contre la résistance des parents.

J'eus donc recours à la compression directe et à la flexion forcée.

La nuit du 27 au 28 survint une hémorrhagie que j'arrêtai en réappliquant l'appareil.

Dans la nuit du 1er au 2 octobre, une nouvelle hémorrhagie fut arrêtée de la même manière pendant mon absence, par mon beau-frère le docteur Fargeix.

Mais le 5 octobre je fus appelé de nouveau en toute hâte; l'hémorrhagie avait reparu.

Jusqu'alors je n'avais accordé qu'une importance très-secondaire à la compression indirecte intermittente; mais voyant l'hémorrhagie reparaître dans les mêmes conditions que pour le sujet de la deuxième observation, me souvenant aussi que, *dans le premier cas*, l'appareil compressif que j'avais appliqué sur l'artère huméral e avait été livré par moi, en quelque sorte, au bon plaisir du malade, qui le faisait relâcher ou serrer à son gré; que par conséquent, dans ce cas comme dans le suivant la compression sur le tronc avait été intermittente; je prescrivis avec autorité, avec énergie, la compression digitale (je l'avais déjà conseillée lors de la première récidive, mais elle n'avait pas été pratiquée par des parents timorés auxquels la moindre plainte de leur enfant enlevait tout courage).

Cette fois la crainte de perdre leur enfant leur donna la persévérance nécessaire, la compression indirecte intermittente fut soigneusement faite pendant trois jours, comme pour le sujet de la deuxième observation.

Huit jours après j'enlevai l'appareil; la plaie n'était pas cicatrisée; elle fut pansée avec un plumasseau de charpie enduit de cérat; je pratiquai sur l'avant-bras une compression modérée et le maintins en flexion. La guérison ne se fit pas attendre, et fut complète au bout de huit à dix jours.

Il me semble, messieurs, en réfléchissant aux trois observations que je viens d'avoir l'honneur de vous communiquer, et en partageant l'opinion de J.-H. Petit sur l'importance du caillot, que ces trois moyens hémostatiques : la compression directe, la flexion forcée et la compression indirecte intermittente doivent se prêter un mutuel appui.

La compression faite sur la blessure met un obstacle (quelquefois suffisant) à la sortie du sang, et, en aplatissant les bords de la lésion artérielle, prépare en quelque sorte un moule à la formation du caillot.

La flexion forcée ralentit la colonne sanguine et préserve de la violence de son choc le caillot encore peu solide.

La compression indirecte intermittente leur vient en aide, car elle facilite la formation du bouchon fibrineux, tantôt en le mettant à l'abri des efforts expulsifs de la colonne sanguine, tantôt en laissant, après un instant d'arrêt, revenir jusqu'à lui le sang, qui lui apporte les matériaux indispensables à la consolidation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 7 mai. — Présidence de M. le docteur Lagneau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le sénateur préfet de la Seine, demandant la visite d'un certain nombre d'employés de son administration admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

La correspondance imprimée comprend ;

1° *Revue médicale de Toulouse*, mars 1869;

2° *Le Sud médical*, mai 1869;

3° La *Revue d'hydrologie médicale française et étrangère*; mars 1869.

M. Tissier a la parole pour lire, à l'appui de sa candidature, un travail intitulé : *Note sur un cas de gangrène du vagin à la suite du tamponnement par le perchlorure de fer.*

M. Boinet. Je désirerais ajouter deux mots à propos du rapport que j'ai lu à la Société, *sur l'utilité de la compression digitale jointe à la flexion forcée dans les plaies artérielles.* Depuis la lecture de ce rapport, j'ai été heureux de trouver, dans *l'Union médicale*, un mémoire d'un médecin belge, le docteur Von Alderman, de Dorpat, qui dit avoir guéri, par la flexion forcée, sept lésions de l'artère cubitale et une de la radiale, lorsque la ligature n'avait pas été faite, ou avait échoué. Un autre médecin, M. Klotz, a guéri, par la flexion forcée, une hémorrhagie de la brachiale, et il recommande ce procédé contre les hémorrhagies de cette artère, ainsi que de la radiale, de la cubitale, des arcades palmaires, et même des artères des membres inférieurs.

Cette méthode est précieuse, d'abord parce que tout le monde peut l'employer avant l'arrivée du chirurgien. Elle peut être utile aux praticiens peu familiarisés avec l'emploi du bistouri, ainsi qu'aux praticiens ruraux, dans les cas où la ligature des deux bouts n'est pas facile; car bien souvent la plaie est oblique; on est obligé de débrider, et l'on fait une opération à peu près aussi sérieuse qu'une ligature du tronc. Il est donc important que les médecins sachent qu'avec la compresssion directe et indirecte, combinée à la flexion forcée pendant quelques heures ou quelques jours, on peut triompher d'une hémorrhagie.

Je ne vois pas pourquoi l'on n'emploierait pas le moyen d'emblée, puisqu'on le conseille lorsqu'on n'a pu lier les deux bouts de l'artère. Il n'est pas permis, lorsque l'on a une méthode si facile, si peu dangereuse, à sa disposition, d'en employer une autre présentant des dangers réels.

M. Léon Tripier, dans la *Gazette hebdomadaire*, se range à une opinion déjà soutenue par M. Le Fort, à savoir que l'hémorrhagie est arrêtée par suite de la compression exercée sur l'artère par la contraction musculaire, résultant de la compression et de la flexion forcée des muscles.

Ceci est inexact; la contraction musculaire ne dure pas, ne peut durer assez longtemps pour qu'on puisse lui attribuer ce résultat. La position doit entrer en ligne de compte avec la flexion; ainsi, un moyen très-simple d'arrêter les battements artériels dans la cubitale et la radiale, c'est, en fléchissant l'avant-bras sur le bras, de le porter un peu dans la pronation.

Je conclus donc que l'on doit employer la compression directe et indirecte, combinées à la flexion, pour le traitement des plaies de la brachiale, de la radiale et de la cubitale.

M. Forget m'a dit que ce moyen était bon dans un anévrysme, mais non dans une plaie artérielle. La cure radicale des lésions artérielles, plaie ou anévrysme, repose sur ce fait capital, l'arrêt de la circulation dans le vaisseau blessé. Tout système d'hémostasie qui peut arriver sûrement à ce but est bon, qu'il soit direct ou indirect. Dans une plaie artérielle, comme dans l'anévryme, si vous arrêtez l'afflux du sang, l'artère se rétracte, se plisse; le caillot se forme, le mécanisme de la guérison est le même.

M. Léon Gros. Il y a dix-sept ou dix-huit ans, j'ai arrêté une hémorrhagie de la radiale, chez une femme, au moyen de la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, sans même y adjoindre la compression. Je n'avais pu retrouver les deux bouts de l'artère, complétement sectionnée par un fragment de verre.

M. Boinet. Cette méthode remonte à Gangeat, ainsi que je l'ai établi dans mon rapport.

M. Léon Gros. J'ai eu l'idée de l'employer lorsque j'ai vu, en 1843, à Genève, Maunoir guérir en trois jours une hémorrhagie de la poplitée par la flexion forcée de la jambe sur la cuisse.

M. Lunier. N'y aurait-il pas inconvénient, dans cette méthode, de déterminer la compression veineuse et un engourdissement qui rendent la position très-pénible à supporter quelque temps?

M. Duchenne (de Boulogne). Dans la flexion, le muscle est à l'état de repos et non en contraction : ce qui fait tomber l'explication de MM. Léon Tripier et Lefort.

M. le Président. M. Charrier a la parole pour la lecture d'un mémoire sur les maternités.

M. Boinet. Toutes les idées que vient de rappeler M. Charrier ont été émises et discutées à l'Académie et dans la Société de chirurgie; tout a été dit par ces sociétés et mis sous les yeux du préfet de la Seine, du ministre et de l'Empereur. Une démarche de notre part serait donc inutile. J'ai présenté sur ce sujet à la Société de chirurgie et publié dans l'*Union médicale*, deux mémoires. Je demandais qu'on plaçât trois ou quatre lits d'accouchements dans les maisons des bureaux de bienfaisance de Paris. Il est inutile d'exiger des médecins spéciaux pour les accouchements; les médecins des bureaux de bienfaisance n'ont pas beaucoup d'accidents dans leurs accouchements. Ils aideraient les sages-femmes; dans les cas difficiles, et dans des cas exceptionnels, versions et applications de forceps très-difficiles, opérations césariennes, crâniotomies, on pourrait appeler des hommes spéciaux.

M. Charrier. J'avais demandé la parole parce que M. Pétrequin avait soulevé une question sur laquelle, je crois, on ne saurait trop souvent revenir.

M. Brierre de Boismont. Il y aurait un moyen auquel on ne songe pas; ce serait de soulever cette question dans la presse médicale, et au besoin dans la presse politique, en choisissant un moment opportun. Vous voudriez installer trois ou quatre lits dans les bureaux de bienfaisance; mais les sœurs accueilleraient-elles facilement les étudiants?

M. Boinet. Il n'y aurait pas d'étudiants, mais des médecins et des sages-femmes seulement. Il existe à Paris 20 bureaux de bienfaisance, possédant chacun 3 maisons.

En plaçant 4 lits d'accouchements dans chaque maison, vous avez 12 places par bureau, soit 240 lits pour tous les bureaux; vous auriez donc toujours des lits disponibles dans Paris. Ce serait une mesure peu dispendieuse, bien que les bureaux de bienfaisance n'aient pas l'installation nécessaire pour ces lits; la dépense serait bien inférieure à celle des maternités.

M. Perrin. Après les données si pratiques que vient de nous exposer M. Boinet, je suis surpris qu'il nous conseille le *statu quo*. C'est à force de frapper, et de frapper à propos, qu'on obtient un résultat. C'est à une société comme la nôtre, qui autrefois était consultée avant l'Académie, c'est pour elle un devoir, de venir protester après l'Académie et la Société de chirurgie. Je suis convaincu que l'Assistance publique en tiendrait compte, après l'insuccès de cette épreuve si tristement remarquable de Cochin; c'est la suppression radicale des maternités qu'il faut demander. Si l'administration restait sourde, c'est à l'opinion publique, par la voie de la presse, qu'il faudrait en appeler. J'émets donc l'avis que la Société formule ses conclusions dans une déclaration officiellement transmise à qui de droit.

M. Lunier. J'admets, comme M. Perrin, qu'il ne faut pas laisser tomber cette question. Vaut-il mieux établir des lits dans les bureaux de bienfaisance, ou créer des hôpitaux d'accouchement isolés? Ceci n'est qu'une question de dépense. Le premier mode serait moins coûteux que le second, mais moins avantageux au point de vue de l'instruction. M. Brierre de Boismont parle d'un appel à la presse; ce serait à la presse politique, et non à la presse médicale, qu'il faudrait s'adresser. La question, soulevée et reprise par des hommes spéciaux, sachant dire la vérité d'une façon convenable, serait renvoyée par l'administration à l'Académie de médecine, qui serait cette fois consultée sérieusement.

M. Perrin. L'Assistance publique a placé en ville un certain nombre d'accouchées chez des sages-femmes; c'est un moyen qu'on avait indiqué à l'administration, et qui ne peut qu'encourager les sages-femmes.

M. Boinet. Ce fait n'a lieu qu'en temps d'épidémie seulement.

M. Briquet. Ce que dit M. Perrin prouve que l'administration des hôpitaux est extrêmement libérale. On a placé les femmes dans des salles spéciales dans les hôpitaux, on les a placées enfin chez des sages-femmes, J'ai été chargé d'une de ces salles spéciales, à la Charité, pendant trois ans. La salle était éloignée des malades, bien isolée, aérée et éclairée, donnant sur le jardin; on ne pouvait lui reprocher qu'un peu trop de lits; cependant le cubage réglementaire existait. Voici ce que j'observai. Première année; 3 épidémies; deuxième année : 7 à 8 épidémies; troisième année; épidémies presque continuelles. Une malade entrait; son accouchement avait été difficile, ou toute autre circonstance fâcheuse s'était présentée; la femme ne se rétablissait pas. Au bout de cinq ou six jours apparaissaient des phénomènes d'intoxication, et la mort survenait le deuxième jour après leur apparition. A partir de là, plus de phénomènes précurseurs; une autre femme était prise : elle mourait le lendemain, et ainsi de suite pour toutes les nouvelles arrivées. Celles qui, au contraire, étaient depuis seize jours dans les salles, restaient indemnes. L'épidémie cessait lorsqu'on arrêtait les nouvelles entrées. Ces épidémies ne correspondaient pas à celles des autres hôpitaux. Ainsi, voilà une mortalité extraordinaire dans une salle de 12 lits, dans laquelle l'épidémie ne tardera pas à rester en permanence. L'administration a tenu compte de la note que je lui ai remise à ce sujet. Une salle de 15 lits est encore de trop; il ne faut plus admettre d'accouchées dans les hôpitaux. Je suis bien convaincu que M. le directeur de l'Assistance publique sait, comme nous, qu'il ne faut plus réunir de femmes en couches dans une même salle.

Après avoir démontré le peu de fondement de la statistique de Guy-Hospital, faite par M. le docteur Le Fort, statistique qui fournirait des données en opposition avec ce qu'on observe en France, s'il n'était démontré qu'elle pèche par la base, M. Briquet ajoute qu'il est toujours bon et utile de rappeler les faits qui font l'objet de cette discussion. A un moment donné, la presse est là qui les répète et finit par les faire entrer dans les esprits. Je comprends qu'il en coûte de supprimer les maternités, mais il faudra y arriver.

M. Delasiauve. Ce que vient d'exposer M. Briquet prouve qu'il y aurait avantage à adopter le système de Londres. Il paraîtrait cependant, et M. Charrier nous l'a confirmé, que, dans les petits hôpitaux, la mortalité est aussi considérable que dans les grands. Quelle est la mortalité chez les sages-femmes?

M. Briquet. Elle est nulle, malgré les mauvaises conditions hygiéniques où s'y trouvent les accouchées. M. Jacquemier m'a dit qu'elle y était peut-être d'un décès par an. Il est vrai que dès qu'une femme tombe sérieusement malade, les sages-femmes se hâtent de l'envoyer à l'hôpital. Cette mesure, qui a l'avantage d'empêcher la contagion, explique aussi cette mortalité relativement si minime.

M. Boinet. L'expérience que fait en ce moment l'administration chez les sages-femmes n'est pas complète, puisqu'elle n'a lieu qu'en temps d'épidémie. Il est donc difficile de répondre à M. Delasiauve. Les sages-femmes ne possèdent guère qu'une ou deux, rarement trois chambres de disponibles; les accidents y sont très-peu fréquents. En mettant une salle d'accouchées dans un hôpital, dans un milieu encombré et malsain, vous mettez, si je puis dire, *le petit bien dans un grand mal.*

M. Briquet. Sans supprimer complétement les salles d'accouchement, je voudrais qu'elles fussent spécialement réservées aux femmes prises d'état puerpéral.

M. Perrin demande que les deux discussions qui viennent d'avoir lieu soient résumées dans un procès-verbal qui recevra la destination que la Société jugera à propos de lui donner, qu'on l'adresse soit à l'autorité, soit à la presse médicale, ou plutôt à la presse politique.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Antonin Martin.

MINISTÈRE DE LA MARINE ET DES COLONIES.

CORPS DE SANTÉ

CONCOURS POUR LE GRADE D'AIDE-MÉDECIN ET D'AIDE-PHARMACIEN DE LA MARINE

En exécution du règlement du 10 avril 1866 concernant le mode d'admission et de concours dans le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira dans les écoles navales de Brest, de Rochefort et de Toulon, le 15 septembre 1869, dans le but de pourvoir à trente emplois d'aide-médecin et à trois emplois d'aide-pharmacien.

Le concours pour l'emploi d'aide-pharmacien aura lieu à Toulon.

Aux termes du décret organique du 14 juillet 1865, nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-médecin :

1° S'il n'est Français ou naturalisé Français;

2° S'il n'est âgé de dix-huit ans au moins ou de vingt-trois ans au plus, accomplis au 31 décembre de l'année du concours;

3° S'il n'est reconnu propre au service de la marine, après constatation faite par le conseil de santé de l'un des ports militaires;

4° S'il ne justifie de deux années d'études dans une école de médecine navale, dans une Faculté ou dans une école préparatoire de médecine ou de pharmacie. Dans ces deux derniers cas, le candidat devra justifier de son temps d'étude en produisant ses inscriptions;

6° S'il n'est pourvu des titres universitaires exigés dans les Facultés, des candidats qui se présentent aux examens du doctorat ;

6° S'il ne prouve qu'il a satisfait à la loi du recrutement dans le cas où il aurait été appelé au service militaire en vertu de cette loi.

Nul n'est admis au concours pour le grade d'aide-pharmacien, s'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les écoles supérieures de pharmacie, des candidats qui se présentent aux examens de pharmacien de première classe, et s'il ne réunit par ailleurs toutes les conditions requises des étudiants qui concourent pour le grade d'aide-médecin.

Il est établi au secrétariat du conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon un registre pour l'inscription des candidats.

Ce registre est clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

Au moment de l'inscription, le candidat dépose les pièces constatant qu'il remplit les conditions pour l'admission au concours.

Il présente, en outre, les titres qui peuvent militer en sa faveur.

Ces pièces lui sont rendues après les opérations du concours.

Le règlement du 18 avril 1866 a fixé comme il suit les matières du concours pour le grade d'aide-pharmacien.

POUR LE GRADE D'AIDE-MÉDECIN. — 1er *Examen* (verbal). 1re partie. Anatomie descriptive. 2e partie — Préparation d'une pièce anatomique.

2e *Examen* (verbal). Pharmacologie. — Pharmacie extemporanée.

3e *Examen* (verbal). Petite chirurgie. — Appareils et bandages. Exercices pratiques.

4e *Examen* (écrit). Éléments de pathologie générale et séméiotique.

POUR LE GRADE D'AIDE-PHARMACIEN. — 1er *Examen* (verbal). — Éléments de botanique et d'histoire naturelle médicale. Déterminer une drogue simple.

2e *Examen* (verbal). 1re partie. — Pharmacie. 2e partie. — Une préparation pharmaceutique au laboratoire.

3e *Examen* (verbal). 1re partie. — Éléments de chimie; éléments de physique. 2e partie. — Manipulations générales.

4e *Examen* (écrit). Pharmacie générale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté de M. le ministre de la marine, il a été décidé que deux concours pour deux emplois d'agrégés seront ouverts au port de Toulon, aux époques ci-après indiquées :

1° Le mardi, 1er septembre, Éléments de pathologie générale et séméiotique, en remplacement de M. le médecin de 1re classe Falot, chargé de ce cours, récemment décédé ;

2° Le jeudi, 3 septembre, Cours de pharmacie extemporané, et manipulations chimiques, en remplacement de M. le pharmacien de 1re classe Ségard, agregé, chargé dudit cours qui aura accompli, le 29 août prochain, la période de trois années pour laquelle il a été nommé.

— Par arrêté ministériel en date du 30 juin dernier, M. le docteur Debout a été nommé médecin-inspecteur des eaux minérales de Contrexéville, en remplacement de M. le docteur Caillat, démissionnaire.

— La première série des épreuves du concours pour deux places de médecin au buteau central est terminée.

Ont été décarés admissibles à la dernière série :

M. Brouardel, avec 55 points;

MM. Beaumets et Baudot, 54 points;

MM. Ball, Chalvet et Lancereaux, 53 points;

M. Leven, 52 points.

La composition écrite qui se fait aujourd'hui a pour sujet la leucocythémie.

— On lit dans le *Moniteur universel* :

Le conseil d'État a donné gain de cause au corps des médecins de la marine, qui avaient réclamé le droit incontestable de pouvoir faire compter dans leurs états de services le temps passé dans les écoles de médecine navale pendant le cours de leurs études.

Cette question avait une importance majeure, surtout au moment de la liquidation des retraites : pour quelques-uns, c'était un an, et pour la masse, deux ans, qui étaient complétement perdus. C'étaient à coup sûr les années les plus dures et les plus pénibles de leur existence, et ils y tenaient, parce qu'ils se rappelaient les nuits de veilles, les angoisses et les déceptions qu'ils avaient éprouvées à leur entrée dans cette rude et pénible carrière.

— La fièvre typhoïde règne avec violence en Espagne, et, comme toujours, le corps sanitaire s'y devoue. Un certain nombre des praticiens les plus distingués de Madrid ont succombé, et quarante de nos confrères sont morts dans la seule province de Valence.

— D'après les derniers avis, la fièvre jaune sévit avec intensité à Callao et à Lima. Quelques cas isolés se sont produits dans presque toutes les localités du Pérou. On a aussi observé quelques cas à Port-de-France, en Martinique.

— Le docteur Jules Ansiaux, ci-devant directeur de l'Institut opthalmique de Liége, vient de mourir à la suite d'une longue maladie qui, depuis deux ans environ, le tenait éloigné de ses travaux et de sa famille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique et thérapeutique du diabète, par le docteur Max DURAND-FARDEL, médecin inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy. — 1 vol. grand in 18. Prix : 5 fr.

Clinique médicale de l'hôpital thermal de Plombières. Maladies chroniques des voies digestives et de leurs annexes, par le docteur E. VERJON, médecin inspecteur des eaux de Plombières. — 1 vol. in-8. Prix : 2 fr. 50.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance a été très-courte. M. Hérard a lu en comité secret son rapport sur les candidatures pour la place vacante dans la section de pathologie interne.

Si nous sommes bien informé, la commission présente : en première ligne, *ex æquo*, MM. Bernutz et Sée ; en seconde ligne, également *ex æquo*, MM. Villemin et Woillez.

Bien que l'on ait en grande estime les travaux de M. Bernutz sur les maladies utérines, ceux de M. Villemin sur la tuberculose, etc., il est très-probable que M. le professeur Sée sera élu.

Dans une note de M. Devergie, nous avons remarqué une proposition qui nous semble exiger une vérification expérimentale : L'acide arsénieux *en dissolution* serait moins actif que ses sels.

On comprend que l'acide arsénieux, étant moins soluble, agisse moins, s'il est administré en poudre ou en morceaux. Mais une fois qu'il est dissous, il est étrange qu'il n'ait pas l'énergie des arsénites de soude et de potasse, puisqu'il rencontre dans l'économie des liqueurs alcalines au contact desquelles il se transforme en arsénites, et puisque d'ailleurs il renferme plus d'arsenic sous un même poids.

Bien entendu le raisonnement ne peut l'emporter sur un fait ; il doit seulement conduire à répéter et à contrôler les premières observations.

Nous venons de lire une bonne thèse de M. Lolliot sur l'arsenic (1).

D'un certain nombre d'expériences sur les animaux, M. Lolliet conclut que l'arsenic diminue les oxydations et combustions vitales : il abaisse la température, rend la production de l'urée moins abondante, et peut provoquer, dans les organes, notamment le foie et les reins, une stéatose analogue à la stéatose phosphorée.

Les phénomènes d'arsenicisme se sont développés chez les chiens, lorsqu'on avait atteint la dose journalière de 5 centigrammes d'acide arsénieux ; les doses plus faibles paraissaient très-bien tolérées ; à peine produisaient-elles un peu de gengivite.

Mais les effets toxiques de l'arsenic chez l'homme sont malheureusement trop bien connus, pour qu'il soit besoin de les étudier chez les animaux, par analogie. Ici les médecins légistes peuvent nous apprendre beaucoup plus que les physiologistes expérimentateurs.

Nous n'entrerons pas dans l'examen des propriétés thérapeutiques de l'arsenic et des règles de son emploi ; cela nous mènerait beaucoup trop loin. Mais puisque l'occasion s'en présente, disons que ce médicament nous a donné les meilleurs résultats contre certaines névroses des organes digestifs.

Nous avons pu faire disparaître des gastralgies très-douloureuses qui revenaient par crises depuis longues années, en associant la liqueur de Fowler au laudanum dans la formule suivante :

Liqueur de Fowler.	2 gr. 50
Laudanum de Rousseau. . . .	» 50
Sirop de fleurs d'orangers. . .	7 gr. 50

à prendre par gouttes, en augmentant d'une goutte chaque jour.

Et ce n'était pas le laudanum qui agissait seul en pareil cas ; car, chez une de nos malades, il avait été administré inutilement, à plusieurs reprises, et souvent à doses beaucoup plus fortes. Nous n'avons pas dépassé 20 gouttes par jour, c'est-à-dire 5 gouttes de liqueur de Fowler et 2 gouttes de laudanum.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

De l'ovarite.

(Leçons recueillies par M. RAYMOND, interne de service).

Les importantes fonctions physiologiques dévolues à l'ovaire sont assez connues aujourd'hui pour que personne n'hésite à le considérer comme la partie essentielle, le centre véritable du système génital de la femme. On conçoit donc que toutes les maladies qui peuvent atteindre cet organe doivent avoir un profond retentissement, non-seulement sur l'utérus et ses annexes, mais aussi sur tout l'ensemble de l'organisme ; cependant les maladies de l'ovaire sont peut-être les moins étudiées et certainement les moins connues de toutes celles que nous avons occasion d'observer. Je n'en excepte même pas les maladies chroniques, telles que les kystes, qui, malgré les remarquables travaux auxquels elles ont donné lieu dans ces derniers temps, restent encore entourées d'obscurités assez nombreuses pour exercer la patience et la perspicacité de plusieurs générations d'observateurs.

Ce qui, dans ces maladies chroniques, est le moins connu, c'est le point de départ ; car il ne nous est pas toujours possible, quand nous les étudions, de remonter jusqu'à leur origine et de bien préciser les phénomènes qui ont accompagné leur début.— On peut se demander, en effet, si, dans nombre de cas, elles ne seraient pas la conséquence ou la suite d'un état primitivement aigu, et en particulier de l'inflammation. — Or l'inflammation de l'ovaire, ou l'*ovarite*, franchement aiguë, dont il n'est pas permis de mettre l'existence en doute, est, pour beaucoup de pathologistes, un mythe qu'ils n'ont pas eu sous les yeux et dont ils ont donné la description, soit d'après de simples vues de l'esprit, soit en reproduisant, sans contrôle, ce que d'autres avaient écrit avant eux sur le même sujet.

Cela vous explique pourquoi, messieurs, au lieu des souvenirs nets et précis que vos lectures laissent habituellement dans votre esprit, lorsqu'il s'agit d'un point de science parfaitement élucidé, vous ne trouvez plus qu'incertitude et confusion si vous cherchez à vous rappelez ce que vous avez lu à propos des inflammations de l'ovaire. Cette incertitude et cette confusion tiennent à deux causes que je dois vous faire connaître. La première et la plus importante, c'est la déplorable habitude que l'on a prise d'englober dans une seule et même description les phlegmasies survenues après l'accouchement avec celles qui se produisent en dehors de toute influence puerpérale. — Certes, la pathologie des organes génitaux de la femme a, comme j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire, réalisé un grand progrès à dater du moment où les médecins ont pris, dans la pratique des accouchements, la place qui était autrefois exclusivement occupée par les sages-femmes, et je suis loin de nier les importants services que les accoucheurs, principalement ceux des trois derniers siècles, ont rendu à la science. J'aurai du reste assez souvent occasion de citer les opinions de plusieurs d'entre eux, ou de m'appuyer sur l'autorité de leurs travaux, pour montrer que je sais apprécier leurs mérites. Mais je ne puis m'empêcher de vous faire remarquer que, dans leurs descriptions des maladies des femmes, ils ont, en vertu d'une tendance qui s'explique tout naturellement, pris l'habitude de choisir pour types celles de ces maladies qui s'observent chez les femmes nouvellement accouchées. En procédant ainsi à propos des inflammations des organes génitaux, — celles de l'utérus aussi bien que celles de l'ovaire, — ils ont tracé de ces maladies des tableaux véritablement fantastiques dans lesquels il nous est absolument impossible de reconnaître ces phlegmasies, telles que nous les observons tous les jours en dehors de la puerpéralité. Il y a bien inflammation dans les deux cas, et il se peut que, nosologiquement, la nature de la maladie soit la même ; mais, cliniquement, il y a, entre la métrite ou l'ovarite puerpérale d'une part, et la métrite ou l'ovarite simple d'autre part, la même différence qu'il y a entre l'érysipèle phlegmoneux ou l'érysipèle traumatique que vous voyez survenir dans les salles de chirurgie sous certaines influences épidémiques, et l'érysipèle simple, léger, bénin, celui de la face, par exemple, que nous observons si souvent dans nos services de médecine. Cette différence est capitale, et elle doit nous imposer l'obligation de décrire séparément, comme deux maladies parfaitement distinctes, ces deux affections qui n'ont ni la même origine, ni la même marche, ni la même terminaison habituelle, ni la même expression symptomatique générale.

Ce n'est pas la première fois que je signale les nombreux inconvénients résultant de ce vice de méthode, contre lequel je ne cesserai de m'élever, car je suis convaincu qu'on lui doit bien des notions inexactes, trop généralement répandues, sur les inflammations des organes intro-pelviens. Mais il serait injuste de lui attribuer toutes les imperfections de nos connaissances actuelles relativement à l'ovarite. Ce qui a contribué, en outre, à perpétuer nos incertitudes et nos indécisions en ce qui concerne l'histoire des phlegmasies de l'ovaire, c'est que ces phlegmasies se confondent d'une façon tellement intime avec celles des organes voisins, que non-seulement il est très-difficile au clinicien de les distinguer les unes des autres, mais que la pratique nous les montre coexistant habituellement ensemble chez la même malade.

C'est ainsi que l'inflammation de la trompe accompagne presque forcément, dans l'immense majorité des cas, l'inflammation de l'ovaire, et que cette dernière est une complication presque inévitable des phlegmons péri-utérins ou des péritonites partielles du bassin, sur l'histoire clinique desquelles l'attention a été surtout attirée dans ces dernières années. D'où il résulte qu'avant l'époque où ces phlegmasies péri-utérines ont été connues et décrites, toutes celles qui ont été observées ont dû être prises pour des ovarites, tandis que, par une sorte de réciprocité, bon nombre d'ovarites, observées depuis lors, ont été inscrites parmi les pelvi-péritonites ou parmi les phlegmons péri-utérins. C'est pourquoi, si la fréquence de l'ovarite a été exagérée par Lisfranc, par Boivin et Dugès, par M. Chereau, dont l'important travail sur ce sujet (1) nous laisse si vivement regretter qu'il n'ait pas donné la suite de ses recherches, dans lesquelles nous remarquons déjà cette sagacité de jugement, cette finesse d'observation et cette richesse d'érudition qui se retrouvent dans toutes les publications de cet écrivain distingué ; si, dis-je, ces auteurs ont fait une trop large part à l'ovarite, ceux qui leur ont succédé ont peut-être trop restreint le rôle qui appartient légitimement à cette dernière maladie, et plusieurs d'entre eux l'ont complétement sacrifiée au phlegmon péri-utérin. De cela je puis parler savamment, car dans ma thèse, que j'écrivais il y a quatorze ans (29 janvier 1855), et que j'avais, comme vous savez, consacrée à la description du phlegmon péri-utérin, je disais, à propos du diagnostic différentiel de ces phlegmons et de l'ovarite :

« L'ovarite ne sera pas confondue avec les phlegmon antés ou retro-utérins occupant la ligne médiane, mais elle pourra très-souvent être prise pour un phlegmon latéral situé dans l'épaisseur ou à la base du ligament large. M. J. Boyer, dans sa thèse, paraît regarder ce diagnostic comme facile. Il est à regretter qu'il ne nous ait pas indiqué sur quels signes il l'asseoit ; car nous sommes obligé d'avouer l'impossibilité absolue dans laquelle nous nous trouvons de différencier l'une de l'autre ces deux maladies, qui nous ont paru le plus souvent exister simultanément, *autant que nous avons pu juger en l'absence d'autopsies.* Nous sommes donc disposé à nous ranger à l'opinion de M. Martin, qui dit : « Le diagnostic devient plus difficile quand « la tumeur occupe la région de l'ovaire ou quand elle adhère « à la matrice. Dans le premier cas, la tumeur peut n'être au- « tre chose que l'ovaire enflammé, ou bien l'ovaire peut être « comme englobé par la tumeur elle-même. »

Cette appréciation, vraie en elle-même, contenait en germe l'opinion à laquelle je me suis actuellement arrêté, comme me paraissant la plus conforme à la saine observation des faits et qui consiste à considérer dans nombre de cas les phlegmasies péri-utérines comme constituées tout à la fois par l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, du péritoine pelvien, de l'ovaire et de la trompe, voire même, dans certains cas, de l'utérus lui-même, sans qu'il soit possible d'établir d'une façon rigoureuse ni quel a été le premier tissu affecté ni quel est celui qui est le plus vivement enflammé. Cependant, à côté de ces cas complexes il en est de beaucoup plus simples, dans lesquels l'inflammation se limite à une seule des parties que je viens d'énumérer, et, par l'analyse rigoureuse des nombreux faits qui sont passés sous mes yeux depuis quatorze ans, je crois pouvoir me permettre de donner aujourd'hui à mon diagnostic plus de précision que je le faisais quand j'ai écrit ma thèse. C'est pourquoi je n'hésite plus à séparer l'ovarite des autres phlegmasies péri-utérines, dans les cas, relativement assez, rares où elle se présente à l'état d'isolement et de simplicité.

Pour apprécier la valeur relative des symptômes et des signes sur lesquels on peut baser une semblable distinction, il vous suffira d'interroger et d'examiner avec soin la malade qui est actuellement couchée au n° 32 de la salle Sainte-Geneviève. Cette femme, qui est âgée de 32 ans et paraît assez vigoureusement constituée, quoique nous ayons trouvé dans ses poumons des signes évidents de tuberculisation, se plaint d'une douleur assez vive de l'abdomen et principalement de la région iliaque gauche.

Si nous portons nos investigations vers ce point, nous voyons d'abord que la forme générale du ventre n'est pas modifiée ; il n'y a ni tuméfaction ni ballonnement ; les anses intestinales ne

(1) *Étude physiologique de l'arsenic, applications thérapeuthiques*. Paris, P. Asselin.

(1) A. Chereau, *Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires*. — 1er mémoire, contenant : 1° *les Considérations anatomiques et physiologiques* ; — 2° *l'Agénésie et les vices de conformation* ; — 3° *l'Ovarite aiguë*.

se dessinent pas sous la peau ; cette peau n'est pas chaude. Le ventre est souple, et la palpation, exercée doucement, n'exaspère en aucune façon la douleur ressentie spontanément par la malade. Pour que la palpation devienne douloureuse par elle-même, il faut l'exercer avec une certaine force, de façon à faire pénétrer les doigts profondément jusque dans la fosse iliaque et même dans l'excavation pelvienne. Cette manœuvre, qui ne permet de découvrir aucune tumeur, provoque une douleur assez vive dans un point qui se trouve à peu près sur le milieu d'une ligne oblique dirigée de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la symphyse des pubis. Là, au moment où cette douleur se réveille, on sent une certaine résistance sous les doigts ; mais, je le répète avec intention, il n'y a pas de tumeur distincte. Notons de suite qu'il ne peut s'agir ici d'une douleur névralgique ; elle siége trop profondément pour cela, et du reste l'exploration méthodique nous a montré l'absence des points douloureux caractéristiques de la névralgie lombo-abdominale. Il nous faut donc chercher dans la profondeur des organes pelviens la lésion qui est le point de départ de ces manifestations douloureuses et pratiquer le toucher vaginal.

Le vagin est modérément chaud, sans sécheresse, mais aussi sans être inondé par un écoulement abondant. Le col utérin est dirigé en avant, entr'ouvert, et présente une fente transversale, comme chez toutes les femmes qui ont eu des enfants ; il est souple, indolent à la pression et ne présente aucune altération à sa surface. Le corps de l'utérus est un peu incliné en arrière dans un très-léger degré de rétroversion. Les culs-de-sacs vaginaux sont également souples et indolents, à l'exception de celui du côté gauche. Là, en effet, le doigt porté très-haut, et un peu en arrière, le long du museau de tanche, arrive sur une petite tumeur, qui se laisse facilement refouler, mais qui est excessivement douloureuse au moindre contact. Cette petite tumeur, qui paraît avoir environ le volume d'une amande, fuit sous le doigt qui la presse, ce qui ne permet pas d'apprécier facilement sa forme et ses contours ; mais, si au toucher vaginal on combine le palper hypogastrique, on parvient à la fixer d'une façon plus stable en la repoussant sur le doigt explorateur, qui constate alors qu'elle est lisse, arrondie, ou plutôt ovalaire ; qu'elle est en quelque sorte appendue le long de l'utérus, car entre elle et lui existe une rainure bien manifeste. Enfin le toucher rectal vient compléter tous ces renseignements, et c'est surtout lorsqu'on saisit cette tumeur entre deux doigts introduits l'un dans le vagin l'autre dans le rectum, qu'on la sent fuir à la façon de tout corps lisse et arrondi, — un noyau de cerise ou une bille, par exemple, — et c'est dans cette exploration que l'on développe au plus haut point cette douleur extrêmement vive qui arrache à chaque nouvelle tentative un cri à la malade, et qui mérite véritablement la qualification *d'exquise*. On ne sent pas de battements artériels sur la tumeur ni dans son voisinage.

Arrêtons-nous un instant, messieurs, sur ces premiers signes et voyons si à eux seuls ils peuvent nous permettre de reconnaître et de caractériser la maladie, que nous étudierons ensuite dans tous ses détails. J'ai insisté avec une sorte de complaisance sur le siége et la nature de l'élément douleur et l'importance que je lui ai accordée n'a rien d'exagéré, comme vous allez en juger. Il s'agissait, avant tout, de savoir si on avait affaire à une simple névralgie, et observez ici que la recherche des points douloureux m'a permis d'éliminer cette hypothèse à laquelle, du reste, il n'y avait plus moyen de se rattacher à dater du moment où nous avons mis le doigt sur une lésion matérielle, constituée par une tumeur. D'un autre côté la douleur n'est réveillée que par une pression profonde et si, comme il y a lieu de le penser, elle est due à une inflammation, ce n'est certainement pas une inflammation péritonéale, car dans la péritonite la douleur est vive au plus léger contact, et ne permet pas d'explorations profondes comme celles auxquelles nous avons pu nous livrer chez notre malade.

Éliminons la péritonite, nous pouvons nous demander si nous ne serions pas en présence d'une inflammation de l'utérus ou du tissu péri-utérin. En ce qui concerne l'inflammation utérine, nous savons que dans la métrite la douleur est pongitive, profonde, qu'elle est augmentée par la pression sur l'organe malade et qu'elle siége sur la ligne médiane ; or, ici la douleur est latérale, elle ne s'exaspère ni par la pression exercée sur l'utérus ni par les mouvements imprimés à cet organe, sauf pourtant dans un cas : c'est lorsque, repoussant le col utérin du côté droit, on tend à faire basculer le corps du côté gauche, de façon à ce qu'il vienne appuyer sur la tumeur située le long de son bord gauche.

Reste le phlegmon péri-utérin, qui peut parfaitement donner lieu à des symptômes douloureux complétement identiques à ceux que nous venons de constater, quoique pourtant certains observateurs aient cru pouvoir trouver une nuance différentielle dans cette douleur *exquise*, qu'ils croient propre à l'ovaire et qu'ils assimilent à celle que produit une pression exercée sur le testicule, sans remarquer ce qu'il y a de bizarre à rapprocher ainsi deux sensations qui, n'ayant jamais pu être éprouvées par le même sujet, échappent forcément à toute comparaison. Mais, à défaut de la douleur, combien d'autres symptômes nous font éloigner l'idée du phlegmon péri-utérin ! Dans le phlegmon, il y a plus de chaleur du côté du vagin ; il y a plus d'empâtement des tissus qui, tout en étant durs et résistants, présentent un certain état œdémateux ; la tumeur est fixe ; non-seulement elle ne fuit pas sous le doigt et elle adhère aux tissus voisins, mais elle les fait adhérer entre eux ; et, loin de conserver sa mobilité habituelle, l'utérus se trouve comme enclavé au milieu des tissus enflammés ; enfin la tumeur proémine dans le vagin ; elle fait saillie, soit sur tout le pourtour du museau de tanche, soit vers un seul des culs-de-sac qu'elle efface, puis elle présente des battements artériels à sa surface.

FRACTURES DE LA CUISSE

TRAITÉES PAR L'APPAREIL A EXTENSION CONTINUE DU Dr HENNEQUIN.

Observations lues à la Société de Chirurgie, séance du 10 mai,

PAR M. DESORMEAUX.

Obs. I. — *Fractures de la cuisse gauche.*

Première fracture, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur, le 25 septembre 1867, 4 cent. de raccourcissement. — Appareil de Scultet et de F. Martin. — Après guérison, 3 cent. de raccourcissement.

Deuxième fracture, au-dessus de la première, le 15 décembre 1868, 3 cent. de raccourcissement. — Extension continue. — Après guérison. le membre ne mesure plus que 1 cent. et demi de moins que l'autre.

Allongement du cal...............	1 cent. 1/2
Position en équerre.	
Force de traction.................	de 6 à 7 kilogr.

Première fracture. — H..., âgé de 25 ans, cocher, entre dans mon service, à l'hôpital Necker, le 25 septembre 1867, pour être traité d'une fracture de la cuisse gauche, à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur. — 4 cent. de raccourcissement. On applique l'appareil de Scultet ; quarante jours après, l'appareil de F. Martin, que le malade ne peut garder plus de trois jours, et enfin un appareil plâtré. A la levée de ce dernier, le raccourcissement est de 3 cent. Le cal est très-volumineux, le genou est augmenté de volume, et les mouvements de flexion de la jambe douloureux et peu étendus. Le malade sort le 13 janvier 1868. La claudication est corrigée par une chaussure à haut talon, mais la raideur du genou persiste.

Deuxième fracture. — Le 15 décembre 1868, H... se fait une nouvelle fracture de la même cuisse, au-dessus de la première. Le raccourcissement du membre n'a pas augmenté, grâce au volume du cal. On applique l'appareil de Scultet ; quinze jours après, l'appareil à extension continue. Le cal est très-avancé ; pas de mobilité entre les fragments. Le membre est placé en première position, après avoir entouré la jambe d'une bande roulée. L'extension est appliquée sur les condyles du fémur et le mollet ; la contre-extension sur l'ischion, la fosse iliaque externe et la branche horizontale du pubis. La force de traction est portée d'emblée à 6 kilogr., dont 2 sur les condyles et 4 sur le mollet. La branche horizontale du pubis et la tubérosité ischiatique devinrent un peu douloureuses.

On diminua la pression sur le pubis pour la porter sur la fosse iliaque externe ; la force de traction fut réduite à 5 kilogr. La douleur diminua graduellement, et disparut complétement vers le dixième jour, époque à laquelle on put porter la force de traction jusqu'à 7 kilogr. Du reste, ce malade est assez fortement musclé. Rien de particulier à noter dans le cours du traitement.

L'appareil est enlevé le 8 février 1869, quarante jours après sa pose. Le membre est parfaitement conformé ; les mouvements du genou sont plus libres et plus étendus ; la jambe atteint l'angle droit.

Mensuration. De l'épine iliaque antéro-inférieure à la crête du tibia, la différence a oscillé entre 1 et 2 centimètres.

De l'ombilic aux malléoles externes, même différence.

Par le procédé Giraud-Teulon, la longueur du fémur sain était de 39 cent. 6 mill., et celle du fémur fracturé de 38 cent. 1 mill. Par conséquent, il avait été gagné 1 cent. et demi sur le raccourcissement de la première fracture.

Ce malade a été revu le 11 avril 1869.

Pas la moindre claudication.

Obs. II. — *Fracture de la cuisse droite au tiers inférieur. — 3 centimètres de raccourcissement. — Après la guérison, les deux membres ont exactement la même longueur. — Position en équerre. — Force de traction : 5 kilogr.*

Le 18 décembre 1868, je reçus dans mon service B... (Ernest), âgé de 39 ans, marchand de vin. Une feuillette de vin l'avait renversé et lui avait brisé la cuisse droite au tiers inférieur, un peu au-dessus des condyles. La surface de section est oblique de bas en haut et de dedans en dehors. Le raccourcissement est de 3 centimètres. L'appareil de Scultet est appliqué. Vingt et un jours après, il est remplacé par l'appareil à extension continue du docteur Hennequin.

Pas la plus petite trace de consolidation, pas même d'empâtement. Une bande roulée comprend le pied et toute la jambe. Le membre inférieur est placé en première position. L'extension est rapportée par le mollet et l'extrémité inférieure du fémur ; la contre-extension par l'ischion, la fosse iliaque externe et la branche du pubis. La traction est à peine de 5 kilogr.

Le malade, quoique ayant des muscles assez développés, a les saillies osseuses trop peu accusées. Le bracelet passe par-dessus les condyles ; on fut obligé de reporter sur le mollet à peu près toute la force de traction. La jambe devint un peu œdémateuse ; la tubérosité ischiatique s'habitue difficilement à supporter la contre-extension. Trois jours après, on sentait autour des fragments l'empâtement précurseur de la formation du cal, qui, du reste, marche très-régulièrement, malgré le retard qu'il avait éprouvé. L'appareil fut enlevé le 27 février, juste sept semaines après sa pose. Le membre était parfaitement conformé ; le cal à peine sensible et très-résistant ; les articulations étaient complétement libres.

Mensuration. — Chez ce malade, la mensuration, plusieurs fois pratiquée à différents jours d'intervalle, ne révéla aucune différence dans la longueur des deux membres inférieurs.

Quelques jours après la levée de l'appareil, il se manifesta dans le cal une augmentation de volume, qui fut victorieusement combattue par la compression élastique, en fort peu de temps.

Ce malade n'a pas été revu.

Obs. III. — *Trois fractures successives de la cuisse gauche.*

Le 9 mai 1868, 1re *fracture* de cuisse à la partie moyenne, avec plaie. Fracture de la malléole externe et de l'astragale du même côté ; luxation du pied en dedans. Appareil de Scultet, appareils plâtrés. Après guérison, 6 cent. 1/2 de raccourcissement.

2e *fracture*, le 19 septembre 1868, de la cuisse gauche, au même endroit. Appareil plâtré. Après guérison, même raccourcissement.

3e *fracture* de la même cuisse, au-dessous des premières. L'accident arriva le 1er février 1869. Appareil à extension continue. Après consolidation, le membre fracturé ne mesure plus que 1 cent. 1/2 de moins que l'autre.

Position en équerre. Force du traction : 6 kilogr.

C... (Étienne), âgé de 36 ans, charpentier, travaillait à la démolition de la voûte du palais du Champ de Mars, lorsque, perdant l'équilibre, il tomba la jambe entre deux portes. La violence fut telle, qu'il se fractura la cuisse vers la partie moyenne, la malléole externe, l'astragale, et se luxa le pied en dedans. Une large plaie de la face postérieure de la cuisse communiquait avec le foyer de la fracture.

L'accident arriva le 9 mai 1868. Le malade fut immédiatement transporté dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker. La luxation fut réduite, la plaie pensée et le membre placé dans un appareil de Scultet, qui est enlevé le 6 juin : la plaie de la cuisse est cicatrisée, la fracture de la malléole consolidée, mais les fragments du fémur sont encore mobiles.

Le membre est mis dans un appareil plâtré. Deux mois après, la consolidation est loin d'être complète. Un autre appareil plâtré, comprenant tout le membre et le bassin, est appliqué séance tenante.

Vingt-huit jours après, la consolidation parut complète. Le raccourcissement est de 6 cent. 1/2.

Le malade était sans appareil depuis douze jours, lorsque, en se retournant dans son lit, il se fractura de nouveau le fémur au même endroit. Nous sommes à quatre mois et huit jours du premier accident.

Le membre est replacé dans un appareil plâtré pendant vingt-huit jours, après lesquels la consolidation parut assez avancée pour laisser le malade en liberté. Le séjour à l'hôpital se prolongea encore pendant un mois. Enfin, le malade sortit le 26 septembre 1868, ayant un raccourcissement de 6 cent. et demi, une plaie en suppuration à la face interne du talon. Pour corriger la claudication, le malade fixe sous sa chaussure une semelle en bois de 4 cent. et demi d'épaisseur.

Tous ces renseignements nous ont été donnés par le malade, qui est d'une intelligence rare pour un homme de cette condition.

Le 1er février 1869, C..., en voulant monter dans un omnibus, tombe à la renverse et se brise pour la troisième fois la cuisse gauche, au-dessous du cal des premières fractures. Transporté à l'hôpital Necker, il fut placé au n° 42 de ma salle Saint-Pierre. Le membre est placé provisoirement sur le double plan incliné de Boyer ; le lendemain, dans l'appareil de F. Martin. Le raccourcissement n'avait pas augmenté ; il était toujours de 6 cent. et demi.

Le 11 du même mois, je fis une incision à la face interne du talon pour extraire une portion de l'astragale nécrosée. Après cette opération, l'appareil de Martin rendait le pansement difficile. Le membre fut placé dans l'appareil à extension continue (14 février). Il n'y avait pas trace de consolidation ; la mobilité entre les fragments était parfaite et le raccourcissement le même. Le membre est mis en première position ; l'extension est faite sur le mollet et sur les condyles du fémur ; la contre-extension sur les trois points pelviens ; la force de traction est portée à 5 kilogrammes. Ayant négligé d'appliquer une bande roulée sur le pied et la jambe, il se produisit un gonflement œdémateux qui força le malade à suspendre l'extension continue pendant quelques heures seulement. L'oubli fut réparé, et l'extension rétablie avec la même force de traction, était des plus faciles.

Dans les premiers jours, les chairs et les condyles du fémur furent le siége d'une douleur peu intense, qui abandonna bientôt ces régions pour se localiser sur le coude-pied et augmenter d'intensité. Je cherche encore l'explication de cette douleur, qui certainement était sous la dépendance de l'extension continue. Malgré cela, la force de traction fut portée à 6 kilogrammes, et, à partir de ce moment, le maniement de l'appareil fut entièrement confié au malade.

Huit jours à peine s'étaient écoulés depuis le moment où l'extension continue avait été établie, que déjà on sentait l'empâtement précurseur du cal englober les fragments du fémur, phénomène que j'ai observé dans tous les cas de fractures traitées par l'extension continue.

Le 16 mars, juste un mois après sa pose, l'appareil est enlevé un instant pour changer le linge, et la différence entre les deux membres n'est plus en longueur que de 2 centimètres au plus. Le malade, encouragé, redouble de soin et de zèle. La plaie se cicatrise bien.

A partir du 15 avril, l'appareil n'est plus gardé que quelques heures par jour. Le malade se lève et se promène avec des béquilles. La plaie est fermée.

Le 24 avril, les membres inférieurs sont mesurés par trois procédés :

1° Des épines iliaques antéro-inférieures aux épines tibiales :

Le membre sain mesure..........	45 cent. 1/2
Le membre malade mesure.......	44 —

2° De l'ombilic au même point inférieur :

Membre sain......................	48 cent. 1/2
Membre malade..................	46 — 1/2

3° Par le procédé de Giraud-Teulon, procédé mathématique qui donne la longueur du fémur à l'aide d'une construction géométrique, on trouve :

4° Longueur du fémur sain.......	37 cent. 1/2
— — fracturé......	36 —
Différence........	1 cent. 1/2

En somme, 5 centimètes de gagnés sur les fractures antérieures.

Ce malade eut, à la face interne de la jambe, un eczéma et un érysipèle après la consolidation de la fracture. Ces deux complications disparurent du reste très-rapidement.

Enfin, C... abandonna l'hôpital, complément guéri, le 9 mai 1869.

Obs. IV. — *Fracture de la cuisse droite à la partie moyenne. — 7 centimètres de raccourcissement. — Délire alcoolique phlyctènes. — Consolidation sans raccourcissement bien manifeste. — Position en équerre. — La force de traction a varié de 5 à 7 kilogrammes.*

G... (Pierre), âgé de 52 ans, carrier, est entré dans mon service le 19 février 1869, salle Saint-Pierre, n° 35, avec une fracture oblique de la cuisse droite vers la partie médiane, résultat d'une chute d'une hauteur de 5 à 6 mètres. Le fragment supérieur avait traversé les tissus jusqu'à la peau, qui était restée intacte; il faisait à la région externe une saillie considérable. Le membre mesurait 7 cent. de raccourcissement, qu'on put réduire à 5 par des tractions énergiques.

On applique l'appareil de Scultet.

Le malade, grand buveur, ne tarde pas à être pris de délire alcoolique, dans lequel il démolit son appareil. A cet état succède une prostration intellectuelle, une hébétude, qui du reste paraît être son état normal; de plus, cet homme est d'une malpropreté insigne.

Le 16 mars, dix-sept jours après l'accident, il est mis dans l'appareil du docteur Hennequin. Le membre mesurait alors 5 cent. de raccourcissement. Il n'y avait pas trace de consolidation. Une bande roulée comprend le pied, la jambe et une partie de la cuisse; l'extension est appliquée sur le mollet et sur les condyles; la contre-extension sur les trois points pelviens. Le membre est placé en première position. La force de traction fut portée à 7 kilogr.

L'ischion et la branche du pubis devinrent douloureux; ils furent soulagés, et la traction ramenée à 6 kilogr. Il se forma des phlyctènes sur la face dorsale du pied, sur la face interne de la cuisse, à la région ischiatique et sur la face dorsale de la main droite. Elles guérirent sans pansement, excepté celle de l'ischion, qui donna lieu à une excoriation superficielle, due probablement à la malpropreté du malade, car le coussin ischiatique était complétement pourri et hors d'état de servir.

A partir du 29 mars, toute la contre-extension fut supportée par la fosse iliaque externe et la branche horizontale du pubis, et la force de traction ne dépassa pas 5 kilogr.

L'extension continue n'était pas établie depuis plus de quatre jours, qu'on sentait déjà l'empâtement précurseur de la formation du cal.

La dernière moitié du traitement ne donna lieu à aucun fait digne d'être noté. Le cal diminua de volume, tout en prenant de la consistance; la saillie formée par le fragment supérieur est moins accusée.

L'appareil est enlevé le 29 avril, cinquante-trois jours après sa pose. La cuisse est très-solide et bien conformée. La saillie formée par le fragment supérieur n'a pas entièrement disparu; le genou est un peu empâté, et la mensuration donne, comme distance de l'épine iliaque antéro-inférieure à l'épine tibiale :

Membre fracturé..................	51 cent.
— sain..................	50 cent. 1/2.

La différence est due au gonflement du genou.

Le malade se lève le 9 mai et marche avec des béquilles.

Le 13 mai, le membre est de nouveau mesuré à plusieurs reprises, et les différentes mensurations, ou n'accusent aucun raccourcissement, ou donnent une longueur de moins de 1 centimètre en faveur du membre sain.

De ces observations et des précédentes, M. Hennequin tire les conclusions suivantes :

1° Que les fractures du fémur doivent désormais entrer dans le cadre des fractures des os longs, se consolidant habituellement sans raccourcissement.

2° Que l'extension continue a une influence manifeste sur la formation du cal.

3° Que, sur la demande d'un malade, le chirurgien peut fracturer une cuisse ayant une courbure trop considérable, ou un raccourcissement trop grand, résultant d'une fracture antérieure, dans le but de redresser la première, et de diminuer le second par l'extension continue.

En résumé, sur quatre malades atteints de fractures de cuisse et traités par l'appareil du docteur Hennequin, deux, ayant une fracture pour la première fois, guérirent avec un raccourcissement nul ou douteux. Un, ayant une fracture pour la seconde fois, guérit avec un allongement de 1 centim. 1/2 sur le raccourcissement antérieur. Un autre, ayant une fracture pour la troisième fois, gagna 3 centimètres sur le raccourcissement des deux fractures précédentes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 20 juillet 1869. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Robert Saint-Cyr (de Nevers) sur une épidémie de dyssenterie qui a régné en 1868, à Chavannes et à Loisy;

2° Les comptes rendus annuels des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Gard, du Nord et de Vaucluse. (Commission des épidémies);

3° Des rapports sur le service médical des eaux minérales d'Aulces, par M. le docteur Bordes-Pagès; d'Aix, par M. le docteur Auphan; de Chales, par M. le docteur Audouy; de Gréoulx, par M. le docteur Jaubert, et de Bagnoles, par M. le docteur Bignon. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Danet, relative aux vaccinations qu'il a pratiquées au mois d'avril dernier dans les prisons de Loos et de Saint-Bernard. (Commission de la vaccine);

2° Un pli cacheté adressé par M. Gelinot, docteur-médecin à Aigrefeuille (Charente-Inférieure) [Accepté].

M. le secrétaire annuel donne lecture d'une lettre de M. le ministre de l'intérieur qui demande, au nom de la commission de la mortalité des enfants du premier âge, que l'Académie veuille bien mettre à son ordre du jour la question de la mortalité des nouveaux-nés.

Sur la proposition de M. Boudet, et après quelques observations présentées par MM. Alphonse Guérin, Depaul et Bartbe, l'Académie décide que la discussion sur le rapport de M. Blot viendra immédiatement après la discussion pendante sur la vaccine.

M. Bouchardat présente, au nom de M. le docteur Coudereau, une thèse de doctorat intitulée : *Recherches sur l'alimentation des enfants.*

M. Cerise présente, de la part de M. le docteur Huguet (de Vars), un opuscule ayant pour titre : *Exposé de médecine homœo-dynamique.*

M. Larrey dépose sur le bureau un rapport manuscrit de M. le docteur Besançon, médecin-major, sur le service médical de l'hôpital militaire thermal de Hammann-Rira (Algérie).

M. Robinet présente un note imprimée de M. le professeur Magnet-Lahens (de Toulouse), sur une manière simple et rapide de préparer l'eau de goudron. Le procédé consiste à agiter le goudron avec du sable fin et préalablement lavé. Le goudron, ainsi réduit à un état de division extrême, se mélange parfaitement à l'eau. Cette préparation est bien préférable à toutes ces mauvaises liqueurs dites de goudron que l'on débite depuis quelques années, et dont le moindre défaut est de ne renfermer que du goudron extrêmement décomposé.

M. Robinet indique ensuite un procédé pour conserver sans altération les eaux sulfureuses. On sait que cette altération résulte du contact de l'air et de l'oxydation des éléments de l'eau minérale. Pour empêcher cette oxydation il s'agit de mettre l'eau à l'abri du contact de l'air ou, ce qui revient au même, de tenir la bouteille constamment pleine. On obtient ce résultat en remplaçant l'eau, à mesure qu'elle vient d'être bue, par de petits cailloux ou par des billes à jouer qu'on introduit dans la bouteille, en quantité suffisante, pour que le niveau de l'eau s'élève jusqu'à la partie supérieure du goulot; puis on bouche hermétiquement. Afin de dépouiller ces petits cailloux ou les billes des bulles d'air qui pourraient adhérer à leur surface, il est indispensable de les laver dans de l'eau claire avant de s'en servir.

M. Jules Cloquet fait remarquer que ce procédé est employé en Italie pour la conservation du vin dans les bouteilles.

M. Chatin dit qu'en Normandie, pour prévenir l'oxydation du cidre, on se sert d'huile à manger. La couche formée par cette substance à la surface du cidre la préserve du contact de l'air.

M. Béhier, sur l'invitation de M. le vice-président Denonvilliers, donne des nouvelles de M. Blache retenu chez lui par un anthrax volumineux de la nuque. L'état de l'honorable président est aussi satisfaisant que possible.

RAPPORT

M. Devergie donne lecture d'une note sur les modes différents d'action de l'acide arsénieux suivant son état physique ou ses combinaisons. Après un historique succinct de l'emploi de l'acide arsénieux en médecine et des maladies contre lesquelles il a été préconisé, il établit ce fait que l'acide arsénieux exerce sur l'économie une action différente, suivant qu'il est vitrifié en poudre grossière ou en poudre impalpable, que la tolérance de la part de l'estomac diffère, suivant qu'il est en dissolution concentrée ou en dissolution très-étendue, qu'il a une énergie beaucoup plus grande lorsqu'il est combiné avec la potasse, la soude et l'ammoniaque, et que cette action est bien diminuée quand il est combiné avec le fer.

Ainsi, tandis que Boudier donnait à ses malades 10 et 15 centigrammes d'acide arsénieux par jour pour combattre les fièvres intermittentes, Fowler ne dépassait pas 30 gouttes de sa solution pour atteindre ce même résultat, dose qui ne représente que 15 milligrammes ou un tiers de grain d'acide arsénieux; qu'il en est de même à l'égard des arséniates de potasse de soude et d'ammoniaque; que c'est à tort, par conséquent, que la généralité des médecins abandonnent les solutions de Fowler et de Pearson pour employer aujourd'hui, et à même dose, l'acide arsénieux, les arsénites et les arséniates de potasse de soude et d'ammoniaque, dans des formules ayant l'eau pour excipient à la dose de 2 ou 3 cents grammes et ses divers composés indifféremment à celle de 10 ou 15 centigrammes.

M. Devergie s'élève aussi contre cette habitude d'administrer ces médicaments sans les doser d'une manière progressive. L'économie ne peut pas, suivant lui, supporter au début les doses d'arsenic qu'elle supportera plus tard. Il en résulte que l'on fait subir au malade des traitements arsenicaux qui sont loin d'atteindre toute leur puissance d'action, et que l'on échoue dans l'emploi de la médication arsenicale.

M. Devergie assimile les prépartions arsenicales au sulfate de quinine, au bromure de potassium, à l'huile de foie de morue, etc.

En résumé, il invite les praticiens à revenir aux solutions de Fowler et de Pearson, qui ont reçu le contrôle d'une longue expérience et que l'on peut doser d'une manière certaine, aujourd'hui qu'il existe des compte-gouttes de précision, comme aussi à instituer la médication arsenicale d'une manière progressive dans la généralité des affections où son efficacité est reconnue, si l'on veut obtenir d'elle les effets curatifs si puissants qu'elle peut procurer.

L'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport de M. Herard sur les mérites des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

L'Académie se forme en comité secret à 4 heures.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 26 mai 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *L'Art dentaire.* — *Le Sud médical.* — *Le Marseille médical.*

— Le tome V des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.* Année 1868.

— *Recherches expérimentales sur l'absorption des liquides à la surface et dans la profondeur des voies respiratoires*, par P. Delmas et L. Sentex. — Mémoire couronné par l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux. Broch. in-8. Paris, 1869.

M. le docteur Gaillard, de Parthenay (Deux-Sèvres) adresse à la Société l'observation suivante : *Corps étranger constitué par des grains de raisin venant du rectum et formant un calcul dans l'épaisseur de la grande lèvre.*

Mme D..., âgée de 51 ans, habitant Parthenay, a toujours joui d'une bonne santé; elle n'est plus réglée depuis un an.

Le 10 avril 1869, elle a ressenti une douleur vive à la vulve, et elle a remarqué un gonflement considérable de la grande lèvre droite; mais elle m'a avoué plus tard que depuis trois ou quatre mois cette partie était plus volumineuse que la grande lèvre gauche; cependant il n'y avait aucune douleur; de sorte que la malade fait remonter l'origine de son mal à l'époque où elle a commencé à en souffrir, c'est-à-dire au 10 avril. Le 18 avril, elle me fait appeler, et je constate l'état suivant :

La grande lèvre droite est très-volumineuse, et semble, à première vue, être le siége d'un abcès; mais en l'écartant de la grande lèvre du côté opposé, on voit à sa partie interne une ulcération longue d'un centimètre et demi, donnant issue à du pus, et au milieu de cette ulcération un point noir. En touchant ce point noir je m'aperçois que c'est un corps dur, qui présente une consistance pierreuse, et en essayant de le saisir avec des pinces, il est facile de voir qu'il offre des dimensions beaucoup trop grandes pour être extrait sans opérer un débridement. J'ajourne l'opération, et je m'efforce de faire comprendre à la malade qu'il est utile de la débarrasser de ce corps étranger. Il n'y a point de symptômes généraux, pas de fièvre; l'appétit est bon; l'affection est toute locale. Cependant Mme D... ne peut s'asseoir, souffre beaucoup, et se décide à laisser faire l'opération, que je pratique le 20 avril, de la manière suivante :

Ayant introduit une sonde canneléc à travers la petite plaie qui laisse saillir le calcul, je glisse cette sonde entre le corps étranger et la paroi de l'abcès, et je pratique avec le bistouri une incision de deux ou trois centimètres jusqu'au fond du foyer; je puis alors saisir le calcul avec des pinces à polype, et je l'extrais facilement, il n'avait aucune adhérence; le corps ainsi extrait est noirâtre, irrégulier, long de trois centimètres, et est accompagné d'autres petits corps beaucoup moins volumineux, dont quelques-uns ont la forme de pépins de raisin.

Quelques jours après la plaie était cicatrisée, et maintenant, un mois après l'opération, il n'en reste plus aucune trace, si ce n'est la cicatrice linéaire de la plaie.

Quel est le corps étranger que nous avons extrait? s'est-il développé dans la grande lèvre? est-il venu du dehors ou de l'intérieur du corps? Telles sont les questions que je me suis posées.

Ma première pensée avait été celle d'un calcul développé dans le conduit excréteur de la glande vulvo-virginale, comme il s'en développe dans le canal de Sténon ou d'autres conduits analogues; mais, outre que je ne trouvais pas que ce corps eût l'apparence d'un calcul, les petits corps qui l'accompagnent ressemblent exactement à des pépins de raisin ayant séjourné longtemps dans l'intestin. Je suis donc porté à croire que ce sont des concrétions intestinales, qui ont perforé le rectum et ont cheminé jusque dans la grande lèvre, où ils ont séjourné avant de déterminer un travail inflammatoire qui devait en provoquer l'expulsion. Tout cela se serait passé sans qu'il y ait eu au voisinage de l'intestin de forte inflammation, car la malade n'a pas conservé le souvenir de grandes douleurs. Dans cette hypothèse, je craignais qu'il n'y eût là une fistule, mais je n'ai point rencontré de trajet à l'aide d'un stylet, et depuis que le corps étranger a été extrait, la plaie s'est guérie rapidement, sans rester fistuleuse.

Je ne crois pas qu'on puisse discuter l'opinion d'un corps étranger introduit volontairement et devenu le noyau d'un calcul, comme cela se voit souvent dans les cavités naturelles, car il se trouvait ici dans l'épaisseur même de la grande lèvre.

Il sera facile, du reste, de connaître la composition du corps étranger; mais je n'ai pas voulu le diviser ni l'altérer, désirant l'envoyer intact à la Société de chirurgie, qui pourra le soumettre à l'analyse chimique et microscopique.

L'examen microscopique, fait pendant la séance, montre que le centre des petits calculs ayant la forme de grains de raisin est formé de cellules végétales, Il ne saurait donc y avoir de doute sur la question de nature et de provenance de ces calculs.

INCIDENTS SUR LE PROCÈS-VERBAL

M. Liégeois lit une note à propos d'une réclamation faite par MM. Legros et Onimus au sujet de son rapport sur le travail communiqué par ces auteurs dans une séance antérieure.

La Société arrête qu'il sera mentionné au procès-verbal de la séance de ce jour que c'est par erreur que le travail de MM. Legros et Onimus a été publié. La Société avait décidé qu'il serait renvoyé aux archives, et que le rapport de M. Liégeois méritait seul les honneurs de la publication dans les bulletins de la Société.

Suite de la discussion sur les fractures compliquées de la jambe.

M. Alp. Guérin lit le discours suivant :

On s'est occupé jusqu'ici, dans cette discussion, des fractures de la jambe au tiers ou au quart inférieur (car les uns ont dit le quart et les autres le tiers), sans rien préciser. Quand j'ai vu mettre cette question à l'ordre du jour de la Société, j'ai pensé que quelqu'un était prêt à tracer la marche à suivre, à indiquer les circonstances dans lesquelles on peut espérer la guérison sans mutilation, et celles qui réclament impérieusement l'amputation. J'ai le regret de dire que mon espoir a été déçu, et je pense qu'il eût mieux valu attendre, pour traiter ce sujet, que l'expérience des membres de la Société leur eût donné une autorité que l'on nous a longtemps accordée. Je ne voulais pas prendre part à cette discussion, mais ayant vu des fractures du bas de la jambe en nombre tellement considérable qu'il me serait difficile de l'exprimer approximativement, je vous demande la permission de vous dire dans quels cas j'ampute, et quels sont ceux qui me font tenter de guérir sans amputation.

Il faut mettre de côté les fractures comminutives avec plaie, qui

s'accompagnent d'une atteinte profonde aux parties molles; nous n'avons à nous occuper ici que des fractures qui empruntent leur gravité au siége qu'elles occupent, et non à l'étendue de la lésion; car s'il en était autrement, nous n'aurions pas à chercher dans quels cas on peut conserver une jambe fracturée dans son quart inférieur; on eût posé simplement la question des fractures compliquées. C'est justement la précision de l'énoncé du sujet mis à l'étude qui me faisait espérer qu'une vive lumière allait à l'avenir nous guider; mais cette précision est de nature à causer quelque hésitation aux chirurgiens qui, comme moi, se contentent de demander à la pratique des guides qu'ils n'ont point eu la prétention d'imposer aux autres. Je réclame donc de mes collègues une grande indulgence pour mes opinions.

Les fractures de la jambe au quart inférieur peuvent s'accompagner d'une solution immédiate ou consécutive des parties molles. Je m'occuperai d'abord de la première espèce, de la seule dont on s'est occupé jusqu'ici :

Est-il bien vrai que cette fracture emprunte à son siége une gravité exceptionnelle? Est-elle plus grave que les solutions de continuité du milieu de la jambe? Il est incontestable que des fractures siégeant au quart inférieur de la jambe se prolongent souvent dans l'articulation tibio-tarsienne et dans ce cas, la pénétration articulaire se fait par une simple fissure ou par une communication large avec disjonction des fragments.

Dans l'un et dans l'autre cas il y a une complication dont il faut tenir compte pour le pronostic; mais il est bien clair que la gravité diffère essentiellement suivant la largeur de la solution qui met l'articulation en communication avec le foyer de la fracture dont la continuité de l'os est le siége. Nous avons tous guéri des fractures du tibia avec fêlure, s'étendant jusque dans l'articulation tibio-tarsienne, sans que cette complication ait retardé la guérison d'un jour. Sans doute on peut contester cette proposition, puisqu'on peut soutenir que dans les cas de guérison prompte la fracture ne communiquait pas avec l'articulation; mais nous avons tous vu, en faisant l'autopsie des personnes qui avaient succombé aux suites de la fracture de la jambe au quart inférieur, des solutions de continuité si étroites, qu'il fallait une grande attention pour les découvrir, et compliquant si peu la lésion principale, que l'articulation n'était pas même le siége d'une quantité notable de synovie.

Pour ma part, je suis porté à croire que, dans un certain nombre de cas, la simple fêlure qui s'étend de la fracture du tibia dans l'articulation tibio-tarsienne ne constitue pas une complication grave.

Il n'en est plus de même quand la communication entre la fracture et la cavité articulaire permet au sang et à l'air d'aller du foyer de la fracture dans l'articulation. Dans ce cas, on ne peut pas compter sur un commencement de réunion que j'appellerai immédiate; il faut s'attendre à ces interminables suppurations qui tôt ou tard, mettent le chirurgien dans l'obligation de sacrifier le membre qu'il a tenté de conserver.

Entre les faits extrêmes, il y en a d'autres sur lesquels on ne peut pas se prononcer d'une manière générale : suivant qu'ils se rapprochent plus ou moins de l'un ou de l'autre, on tentera de guérir sans opération, ou bien l'on se décidera à pratiquer l'amputation.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le nom de M. le docteur Ferrand doit être joint à ceux des médecins qui ont obtenu 53 points dans la première série des épreuves du concours pour deux places de médecins au bureau central.

— Parmi les noms des nouveaux juges au tribunal de commerce, nous avons lu avec plaisir celui de M. Émile Baillère, l'un des associés de la maison J.-B. Baillère et fils.

— La Société de médecine légale vient de procéder à la nomination de trois membres titulaires.

Ont été élus : MM. Dolbeau, Devilliers et Louis Pénard.

Deux nouvelles places de membres titulaires ont été déclarées vacantes. Il y sera très-prochainement pourvu.

La Société croit devoir, à cette occasion, porter à la connaissance des candidats, les articles suivants de ses statuts et de son règlement :

« Le nombre des membres titulaires est fixé à soixante. Dans le nombre total, les magistrats ou les avocats figurent pour le quart. (Art. 4 des statuts.)

« Tout candidat au titre de membre titulaire devra adresser à la société une demande écrite et la faire appuyer par deux membres. (Art. 5 des statuts).

« Les candidatures au titre de membre titulaire ne peuvent participer qu'à l'élection pour laquelle elles ont été posées. Les demandes doivent être renouvelées pour chaque élection. (Art. 7 du règlement). »

— M. le docteur Lanoix nous prie d'annoncer qu'il fera une conférence publique sur la vaccination animale, lundi 26 juillet, à 4 heures, à l'amphithéâtre de la Sorbonne, rue Gerson.

— Bonne clientèle dans les environs de Paris. Situation exceptionnelle. Produit de 8 à 10,000 fr. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des diverses méthodes de traitement des plaies, par le docteur DUBREUIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-8° de 95 pages. Prix : 2 francs.

De l'industrie des machines à coudre à la maison centrale de Montpellier, et de l'utilité des moteurs artificiels dans cette industrie, par le docteur Adolphe ESPAGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. — Brochure in-8° de 24 pages. Prix : 1 franc.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Injections interstitielles de liquides destructeurs.

EXPÉRIENCES CHIRURGICALES.

M. le professeur Richet étudie en ce moment un nouveau procédé de cautérisation pour la destruction des tumeurs : la cautérisation interstitielle.

Il n'introduit pas dans les tissus la substance caustique à l'état solide, sous forme de flèche ou autrement ; mais au moyen d'une seringue de Pravas, il l'injecte à l'état liquide, sans avoir besoin d'entamer la peau si ce n'est par une piqûre insignifiante.

Les premiers essais de M. Richet datent d'un an. Il était alors à la Pitié ; et se souvenant des résultats que Bérard avait obtenus par les injections sous-cutanées de caustiques dans des tumeurs vasculaires érectiles, il eut la pensée d'employer des injections de même nature contre toute espèce de tumeur.

Bérard avait eu des accidents ; mais il se servait de sels mercuriels, et, dans un cas particulièrement, on n'avait pas bien déterminé la cause de la mort, qui pouvait être également attribuée soit à l'absorption de l'agent toxique, soit à une fièvre purulente.

M. Richet voulut essayer des caustiques qui, très-énergiques localement pour modifier les tissus, le fussent peu pour produire un empoisonnement. Il choisit de préférence le chlorure de zinc.

Le chlorure de zinc, à l'état solide, était employé journellement par l'école de Lyon, depuis Bonnet. C'est avec le chlorure de zinc que Bonnet détruisait les kystes sébacés du cuir chevelu, vulgairement nommés loupes. Comme ces petites tumeurs ont peu de vitalité, peu de réaction, c'est par elles que M. Richet commença ses expériences.

Pour mortifier le kyste et rendre la loupe très-aisément énucléable, il suffit d'injecter de une à quatre ou cinq gouttes de chlorure de zinc liquéfié par son exposition à l'air. Le chlorure de zinc est un sel très-hygrométrique, il attire puissamment l'eau contenue dans l'atmosphère et s'y dissout en constituant un liquide syrupeux. C'est ce liquide que M. Richet fait entrer dans la seringue de Pravas et injecte sans le diluer.

Nous avons vu plus d'une fois les résultats de cette pratique. Quand les loupes sont de vrais lipomes, composés de tissus graisseux, quelques jours après l'injection, elles peuvent être exprimées avec la facilité la plus grande par la petite ouverture que laisse à la peau, en se détachant, la petite eschare produite superficiellement par le chlorure de zinc au point où la piqûre a été pratiquée. Souvent il a suffi d'une seule goutte de caustique, injectée ainsi, pour débarrasser le malade de tumeurs relativement considérables.

Mais les loupes ne sont pas toujours de simples kystes sébacés. Parfois elles peuvent succéder à des épanchements sanguins, et résulter de la transformation du sang. Alors une goutte de chlorure de zinc ne suffit plus pour rendre la tumeur énucléable. Ce matin même, nous en avons vu un exemple chez une malade de M. Richet. La loupe s'était produite à la suite d'une chute, elle était unique, et bien qu'on y eût pratiqué l'injection depuis plusieurs jours, il fallut pour l'extraire, employer l'instrument tranchant. A l'œil nu, elle parut formée de couches concentriques, assez résistantes, sémi-transparentes, et d'apparence fibrineuse. Rien ne ressemblait moins à un lipome.

C'est le seul insuccès, si insuccès il y a, que M. Richet ait rencontré depuis un an, bien qu'il ait traité de cette manière un assez grand nombre de loupes.

Mais là ne se sont pas bornées les applications de cette méthode.

Chez un jeune homme entré dans son service pour un goître énorme, M. Richet a injecté à deux reprises du chlorure de zinc dans le lobe médian du corps tyroïde. La première fois, ce chlorure de zinc avait été préalablement étendu d'eau ; il ne produisit à peu près rien. La seconde fois, introduit à l'état sirupeux par une série de piqûres distribuées sur la ligne médiane, il amena d'une part la mortification de la peau sur une hauteur d'à peu près 2 centimètres, et d'autre part une vive inflammation, avec induration et peut-être gangrène plus ou moins étendue du lobe médian de la glande tyroïde. Chose curieuse, les deux lobes latéraux diminuèrent rapidement, se dégorgèrent et devinrent plus souples sous l'influence de cette inflammation du lobe médian.

Maintenant, quel résultat final obtiendra-t-on ? On ne peut le dire encore, car les injections ont été faites seulement la semaine dernière.

Si cette méthode réussit contre le goître, M. Richet lui voit des avantages considérables sur celle des flèches caustiques. Elle n'oblige pas à inciser la peau ou à l'ouvrir à l'aide de caustiques plus puissants que le chlorure de zinc ; elle n'oblige pas non plus à diviser les tissus profonds comme on le fait pour y tracer le trajet des flèches.

Ainsi se trouvent écartés les dangers qui accompagnent les traumatismes, et surtout le plus redoutable auquel puissent exposer les flèches, l'hémorrhagie.

Déjà plusieurs malades sont morts d'hémorrhagie après avoir subi une cautérisation en flèche, et particulièrement lorsqu'il s'agit de goîtres, il est parfois très-difficile d'arrêter le sang qui s'écoule après ce genre d'opération.

M. Richet nous a raconté qu'un jour, chez un malade qu'il avait opéré dans son cabinet, il avait dû fermer, pendant plus de deux heures, à l'aide du doigt, la plaie par laquelle il avait introduit une flèche caustique dans un goître volumineux. Sitôt qu'il cessait la compression, le sang coulait avec une telle violence qu'il entraînait la flèche avec lui.

Rien de pareil ne peut se produire quand le sel caustique est injecté dans les interstices des tissus. Reste à savoir qu'elles y peuvent être les limites de son action.

Chez un autre malade atteint d'une adénite suppurée, M. Richet a injecté également du chlorure de zinc.

Nous avons dit que, dans l'adénite non suppurée, M. Richet enlevait les glandes hypertrophiées à l'aide d'un instrument tranchant. Il évite ainsi la difformité, les cicatrices disgracieuses, la généralisation du mal. Ce matin encore, chez un jeune homme qui portait une tumeur énorme de la région sous-maxillaire gauche, nous avons constaté la facilité et l'innocuité de cette extirpation ; le paquet de glandes malades a été mis à nu par une incision demi-courbe, puis détaché presque aussi facilement qu'un simple lipome ; les téguments, réappliqués sur la plaie, s'y recollèrent rapidement, et la cicatrice, cachée dans un pli de la peau, en majeure partie, sera presque invisible. Mais lorsqu'une adénite a déjà suppuré, les conditions ne sont plus les mêmes ; alors le ganglion, en partie détruit, persiste en partie. Le foyer purulent empêche qu'on puisse avantageusement l'énucléer, et sa présence entretient le foyer purulent.

M. Richet a pensé qu'alors une injection de chlorure de zinc pourrait amener la prompte destruction du ganglion suppurant. En effet, il semble que ce ganglion a presque entièrement disparu en quelques jours, chez le malade opéré par cette méthode. La suppuration très-abondante en paraît entraîner des débris sphacelés.

Injections hypodermiques de liquides destructeurs.

EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX.

Un peu plus tard que M. Richet, vers la fin de l'année dernière, M. Théophile Anger commençait de son côté une série d'études sur les effets des caustiques liquides introduits dans la profondeur des tissus à l'aide de la sonde de Pravas.

Ses expériences ont été faites sur les animaux ; elles sont au nombre de huit, et ont porté sur la potasse caustique, l'acide sulfurique de Nordhausen et le chlorure de zinc. Il en a rendu compte dans sa thèse d'agrégation (1), certainement une des meilleures de cette année, à tous ces points de vue.

L'acide sulfurique et la potasse ont bien produit de véritables mortifications : les nerfs et les vaisseaux ont été détruits à leur contact, le tissu conjonctif a été dissous, et le tissu musculaire lui-même, comme momifié, est devenu sec et friable.

Mais quand les téguments étaient intacts, la présence de cette eschare n'a provoqué dans les tissus environnants aucune réaction inflammatoire, aucun travail d'élimination.

Chez un animal sacrifié après plusieurs mois, on a trouvé l'eschare transformée en une petite masse noirâtre, grenue, friable, dont la ressemblance avec l'acide ulmique était frappante. Chez un autre, 43 jours après l'introduction de 4 gouttes d'acide sulfurique dans le testicule droit, on n'a plus trouvé d'autre trace de l'opération qu'une cicatrice dure du volume d'un pois, noire au centre, jaune à la circonférence.

Le testicule était atrophié ; il ne pesait plus que sept grammes, tandis que l'autre en pesait dix.

M. Anger a remarqué que dans trois cas l'atrophie des organes coïncidait avec le développement, dans les parties voisines de

(1) *De la cautérisation dans le traitement des maladies chirurgicales.* Paris, 1869, P. Asselin.

FEUILLETON

LES CRÈCHES

La question des crèches est à l'ordre du jour. La Société protectrice de l'enfance a chargé une commission de voir s'il n'y avait pas lieu de provoquer la fondation d'asiles de ce genre. La Société des crèches est en instance auprès du Conseil d'État pour être reconnue établissement d'utilité publique. Enfin, l'Académie de médecine vient de nommer un rapporteur qui déterminera quels sont les effets des crèches au point de vue sanitaire. La question a d'autant plus d'actualité qu'on s'occupe beaucoup, depuis quelque temps, de tout ce qui concerne la première enfance, et en premier lieu des voies et moyens capables de diminuer la mortalité excessive qui frappe sur le jeune âge.

On sait que les crèches sont des établissements charitables où les enfants reçoivent, jusqu'à ce qu'ils puissent entrer à la salle d'asile ou qu'ils aient accompli leur troisième année, les soins hygiéniques et moraux qu'exige le premier âge. Ils ne peuvent y être gardés que pendant le jour, et ne sont admis qu'en état de santé. Ceci dit, et sans entrer dans plus de détails sur une institution connue de presque tous les médecins, je me bornerai à combattre, en quelques mots, certains arguments invoqués à tort, selon moi, contre ou pour elle.

Le reproche le plus souvent adressé aux crèches est qu'une agglomération d'enfants offre du danger. Je crains qu'il ne règne ici quelque confusion dans les idées. L'encombrement et l'air vicié, voilà ce qui favorise le développement et la propagation des maladies. Or l'encombrement est un état tout à fait relatif. Lorsque trois ou quatre personnes composant une famille ouvrière vivent nuit et jour au milieu des miasmes qui se dégagent sans cesse dans une chambre servant à la fois de cuisine, de dortoir et de buanderie, il y a encombrement, et l'air qu'elles respirent est délétère. Dans un local, au contraire, dont les dimensions sont proportionnées au nombre des enfants qu'il doit contenir, dont la température est uniforme, dont la ventilation est faite avec intelligence, l'encombrement n'existe pas, et il n'y a pas viciation de l'air.

Parle-t-on de contagion ? Il suffit de connaître les habitudes des classes ouvrières pour savoir que tous les enfants d'une même maison sont en contact incessant les uns avec les autres, et que, par l'intermédiaire de sœurs et de frères plus âgés, les nourrissons ne sont pas exempts des dangers de cette vie en commun. La crèche, loin d'être une cause de propagation des maladies chez les enfants, est un moyen préventif ; elle agit en isolant les bien portants, puisqu'une surveillance active arrête à l'entrée tout enfant malade, et avec lui la contagion.

Je suppose, bien entendu, que les règlements sont exécutés ; s'il en était autrement, si le nombre des enfants n'était pas proportionné à l'étendue du local, si les porteurs de maladies contagieuses : coqueluches, ophthalmies catharrales, etc., ne se voyaient pas rigoureusement interdire l'accès de la crèche, alors, je le déclare, cette œuvre ne mériterait plus la recommandation des médecins, et tout le bien dont elle est l'auteur pourrait se tranformer en mal.

Un autre chef d'accusation est l'insuffisance de l'allaitement. Je vais considérer quelle en est la valeur. Pour cela, je prends un exemple : sur 55 enfants inscrits dans une crèche, 34 ont plus d'un an et sont par conséquent hors de cause au point de vue de l'allaitement. Sur les 21 autres, 10 dépassent le sixième mois, et peuvent, à la rigueur, ne teter qu'une seule fois au milieu des dix heures pendant lesquelles ils sont séparés de leurs mères. Restent 11 nourrissons dont l'âge est inférieur à 6 mois. Je ferai remarquer qu'ils ne constituent que le cinquième de la population totale de la crèche, et que parmi eux plusieurs sont allaités à peu près toutes les trois heures. Il serait à désirer qu'il en fût de même pour tous, sans une seule exception ; mais ne l'exigeons pas, et réfléchissons que la crèche a été fondée justement sur ce fait qu'un grand nombre de nourrissons restaient forcément éloignés de leurs mères, occupées à des travaux au dehors, et afin de pourvoir aux inconvénients déplorables de cet abandon.

On a parlé aussi d'augmentation de mortalité. J'ai pu constater par mes propres recherches qu'il était impossible d'établir sur le nombre des décès dans les crèches une statistique ayant quelque valeur scientifique. Il est facile de remarquer d'abord avec quelle rapidité la petite population que reçoit les crèches change et se re-

l'eschare, de masses graisseuses anormales qui ressemblaient à des lipomes lobulés.

La graisse en différait un peu de la graisse normale, mais n'en était pas moins contenue dans des vésicules adipeuses.

Ainsi : momification des tissus, absence d'inflammation éliminatrice lorsque la peau était intacte, souvent atrophie des organes et développement de tumeurs lipomateuses, tels furent les résultats produits par l'injection de l'acide sulfurique dans les tissus.

Il est à remarquer que, sauf un chien qui a dépéri et a fini par succomber, peut-être de maladie, les animaux supportèrent très-bien ce genre d'opération. On put même injecter directement jusqu'à vingt gouttes d'acide sulfurique de Nordhausen dans les veines d'un chien sans le tuer. Le seul effet produit fut une coagulation instantanée de tout le sang contenu dans la partie correspondante du système veineux.

L'injection de chlorure de zinc dans les vaisseaux n'a pas été moins innocente, et a produit également la coagulation du sang.

Du reste, soit que M. Anger se soit servi d'une solution trop étendue de chlorure de zinc, soit par toute autre cause, le fait est que ce sel ne lui a pas semblé assez énergique pour détruire ou pour momifier les tissus.

Sur deux animaux, chez lesquels il avait pratiqué huit jours avant plusieurs injections hypodermiques de chlorure de zinc, il n'a trouvé aucune eschare sur les points où ces opérations avaient été faites. « Une induration du tissu cellulaire avec injection vive des vaisseaux étaient les seuls vestiges des injections; il n'y avait même aucune apparence de cette momification des tissus, qui n'avait jamais manqué dans les expériences avec la potasse caustique et l'acide sulfurique. »

Ainsi d'après M. Anger, le chlorure de zinc, lorsque les téguments sont intacts, agirait non plus comme un caustique proprement dit, mais tout au plus comme un irritant ou comme un modificateur de la vitalité.

Il rentrerait dans la classe des substances que Broadbent, Luton et autres ont injectées par la méthode hypodermique dans les tumeurs, afin de les faire disparaître en les transformant.

Nous avons déjà raconté, il y a trois ans, dans une série de revues cliniques, les premiers essais de Broadbent pour la destruction des tumeurs malignes par l'injection de l'acide acétique, et les résultats peu satisfaisants que cette méthode a donnés à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Laugier, qui avait bien voulu l'expérimenter, à notre demande, sur un malade atteint de cancroïde de la lèvre supérieure.

Depuis lors on a préconisé les injections hypodermiques les plus variées contre toute espèce de tumeurs, mais non dans le but de les détruire sur place par une sorte de mortification.

Au contraire, on avait très-peur de produire une eschare; car on ne savait pas que, sous des téguments intacts, les eschares peuvent rester presque indéfiniment au milieu des tissus normaux sans y provoquer aucun travail d'inflammation éliminatrice. M. Anger a le mérite d'avoir prouvé ce fait par ses expériences.

Mais les conditions deviennent différentes, quand les téguments se mortifient, même sur l'espace le plus limité.

Alors, comme chez le malade atteint d'adénite, dont nous avons parlé plus haut, et comme dans trois cas, après des injections d'acide sulfurique sur des chiens, les tissus peuvent se détruire par une véritable mortification et être éliminés.

Tel est le but de la méthode de M. le professeur Richet.

C'est bien certainement à lui que revient l'honneur de faire entrer dans la pratique chirurgicale les injections interstitielles de caustiques destructeurs; et ses expériences ont commencé longtemps avant celles de M. Théophile Anger.

Maintenant, que pourront donner dans l'avenir ces méthodes, soit d'irritation, soit de destruction hypodermique avec ou sans intégrité de la peau? On ne peut pas le prévoir encore; mais il est certain qu'il s'ouvre là un large champ d'expérimentations physiologiques ou chirurgicales.

Dr Victor Revillout.

SAINTE-ANNE (bureau central d'examen).—M. Magnan.

Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses : alcoolisme, — Alcool et absinthe, — Épilepsie absinthique.

(Leçons recueillies par M. Langlet, interne des hôpitaux de Paris.)

(suite et fin.)

§ III. Les recherches comparatives avec les différentes substances qui entrent dans la composition de la liqueur d'absinthe, ont été faites dans les conditions les plus diverses, sur des chiens, des chats, des lapins, des rats, des cochons d'Inde et sur différents oiseaux. Dès nos premières expériences, remontant à 1864, nous avons employé, autant que possible, des produits de même qualité; nous nous sommes procuré à la maison Chardin-Hadancourt, toutes les essences dont nous avons fait usage.

On obtint des phénomènes physiologiques de peu d'importance avec les essences d'anis, de badiane, d'angélique, de calamus aromaticus, d'origan, de fenouil, de menthe, de mélisse employées cependant à des doses énormes, telles que 15 à 20 grammes introduits dans l'estomac d'un chien de taille moyenne. sa respiration, en général, s'accélère; le pouls devient fréquent; mais l'animal conserve ses allures habituelles, il mange avec appétit et ne paraît pas être très-incommodé.

Pendant plusieurs heures, quelquefois même deux ou trois jours, l'exhalation pulmonaire répand l'odeur spéciale à la substance ingérée; les sels également sont imprégnées de la même odeur. L'essence de fenouil placée sous une cloche donne des vapeurs irritantes et capables de produire du larmoiement, de la toux, et quelquefois de la salivation. Dans aucun cas, il faut bien le remarquer, nous n'avons observé de *convulsions épileptiques* ou *épileptiformes*.

Il nous reste à déterminer les effets produits par l'essence d'absinthe, et quand nous serons édifiés sur l'action de chacune de ces substances prises isolément, nous verrons comment les phénomènes se développent sous l'influence des mélanges d'alcool et d'essence d'absinthe.

Toutes les fois que l'essence d'absinthe est absorbée, on voit se dérouler des phénomènes dont la durée et l'intensité sont en raison directe de la dose du poison qui a pu passer dans la circulation.

Aussi tandis que quelques centigrammes injectés dans les veines d'un chien suffisent pour développer les accidents, il faut employer 3 ou 4 grammes, et quelquefois davantage, quand on introduit le poison dans l'estomac.

M. Magnan indique les précautions à prendre dans ces expériences, les difficultés que l'on rencontre suivant les animaux sur lesquels on opère, suivant aussi qu'on met à contribution comme voie d'absorption, le tube digestif (estomac, rectum), la muqueuse pulmonaire, le tissu cellulaire, ou bien directement les veines. Quel que soit le chemin parcouru par le poison pour arriver jusqu'aux centres nerveux, voici, messieurs, ce que l'on observe : lorsque de faibles doses d'essence d'absinthe ont été absorbées, on voit, après, un frémissement musculaire plus ou moins marqué, de petites secousses brusques, saccadées, semblables à des décharges électriques, se répéter une ou plusieurs fois dans les muscles du cou, et donner lieu à des mouvements rapides et très-limités de la tête qui se porte en haut et en arrière; les contractions gagnent successivement les muscles des épaules, du dos, et provoquent alors des secousses brusques soulevant sur place et par saccades la partie antérieure du corps; l'animal se blottit, se ramasse sur lui-même, et semble résister de toutes ses forces contre ces puissantes décharges. Ce n'est pas tout; dans quelques circonstances, on voit survenir chez le chien un phénomène très-intéressant. L'animal s'arrête tout à coup, reste immobile, comme hébété, la tête basse, le regard morne, la queue abaissée; et conserve cette attitude pendant 30 secondes à 2 minutes, puis il reprend spontanément ses allures habituelles. C'est-là un état vertigineux qui ne manque pas d'analogie avec le petit mal ou absence de l'épileptique.

L'action de l'essence d'absinthe à haute dose est différente, ou mieux c'est un degré de plus dans l'intensité des phénomènes. Après des prodromes analogues aux accidents dont nous venons de parler, ou bien brusquement et plus ou moins vite, suivant la voie d'introduction du poison, il survient des attaques dans lesquelles l'animal tombe tout à coup, avec du trismus, des convulsions toniques prédominant quelquefois d'un côté du corps et amenant une courbure en arc, dans laquelle un côté repose sur le sol par sa partie moyenne, tandis que les deux extrémités se soulèvent et tendent à se courber et à se rapprocher sur le côté opposé.

A ces convulsions toniques succèdent, au bout de quelques secondes, des convulsions clamiques avec claquement des mâchoires, qui s'entrechoquent ou bien se rapprochent convulsivement sans se toucher tout à fait; il survient encore de l'écume aux lèvres et quelquefois des morsures à la langue; une respiration stertoreuse, des évacuations d'urine, de matières fécales et même de sperme dans quelques cas.

L'attaque finie, l'animal conserve ordinairement un peu d'hébétude, puis reprend son état habituel; ces attaques d'épilepsie se montrent quelquefois avec ce tableau complet des symptômes et laissent, entre elles, des intervalles de dix, vingt minutes, et même plus. Dans ces circonstances, qui se présentent plus habituellement quand le poison a été introduit dans l'estomac, on peut se faire une idée bien nette des phénomènes; mais il n'en est pas toujours ainsi; quelques symptômes peuvent manquer, ou bien ils se succèdent très-rapidement et se confondent entre eux. Dans quelques cas, les attaques se suivent sans interruption, et l'on peut avoir ainsi des attaques composées, confuses, avec des phénomènes convulsifs bruyants, rapides, au milieu desquels on distingne moins bien l'attaque d'épilepsie.

Mais comme, chez le même animal, après deux ou trois attaques isolées, on voit quelquefois survenir des attaques successives, qui empiètent les unes sur les autres à la façon des accès sub-intrants, pour former ces attaques composées, on peut retrouver, en suivant la marche des accidents, les caractères de l'attaque au milieu de cette scène confuse.

Dans l'intervalle des accès convulsifs, on peut quelquefois, chez le chien, être témoin de véritables hallucinations. L'animal se dresse sur les pattes, le poil hérissé, l'aspect effaré, les yeux injectés et brillants, fixant une place déterminée; il aboie avec fureur, avance et recule comme devant un ennemi, puis il se calme peu à peu, grogne encore quelques instants et finit par se rassurer. Ces phénomènes, ainsi nettement dessinés, ne se montrent que dans de très-rares expériences; mais cependant on voit souvent l'animal exprimer par ses allures une frayeur plus ou moins vive.

Pour vous montrer d'une manière encore plus saisissante l'indépendance entre l'action de la moelle et du cerveau, dans la production de ces deux ordres de faits, attaques épileptiques d'une part, frayeur et hallucinations, de l'autre. Nous allons soumettre à l'action de l'absinthe ces deux pigeons et ce cochon d'Inde, chez lesquels on a enlevé les lobes cérébraux. Les attaques convulsives vont se présenter ici avec les mêmes caractères que chez les animaux qui n'ont subi aucune mutilation. Le poison agit donc sur le système cérébro-spinal tout entier; mais l'apparition des phénomènes cérébraux dans l'intervalle des attaques, fait voir que l'action sur les différentes parties des centres nerveux, peut ne pas être simultanée; le cerveau, en effet, semble entrer en action quand les autres parties épuisées sont au repos, et réciproquement.

Nous avons acquis à présent une notion assez complète de l'action comparative de l'alcool et de l'essence de l'absinthe; il nous reste à déterminer les effets produits sur l'économie par la combinaison de ces deux agents administrés en même temps.

§ IV. Quand on donne à un animal un mélange d'alcool et d'essence d'absinthe, on voit se développer d'abord l'ivresse alcoolique, puis les phénomènes convulsifs propres à l'absinthe, après un retard d'une ou plusieurs heures.

Comment expliquer cette apparition tardive des convulsions

---

nouvelle. Sur 81 enfants qui fréquentèrent une crèche pendant l'année 1862, 20 seulement s'y sont représentés en 1863. La majorité est venue pendant une durée de temps qui a varié entre dix jours et deux mois et demi, encore était-il rare que ce fût d'une façon continue. Avec une pareille irrégularité, toute statistique des maladies et des décès est impossible en France, cela est évident. Dans une crèche où l'on ne s'informe pas de ce que sont devenus les enfants lorsqu'on ne les voit plus reparaître, le chiffre des décès sera 0. Dans une autre où l'on cherchera, avant la fin de l'année, à savoir le sort de tous ceux dont le nom figure sur le livre des admissions, on aura un nombre dans lequel sera compris les décès d'enfants disparus de la crèche depuis huit ou dix mois, et qui n'y auront peut-être demeuré que quelques jours. C'est pour n'avoir pas pris en considération ce mouvement intérieur, qu'un confrère très-estimé a pu dire que, dans les crèches, sur 512 enfants, il en mourait 222, erreur qui fut réfutée.

Plusieurs crèches publient, il est vrai, le chiffre de leurs décès; mais autant ils étaient nombreux dans la statistique dont je viens de parler, autant ils sont rares dans celles-ci. Devant certains de ces résultats, on eût même pu se demander s'il existait quelque part dans l'œuvre une censure n'accordant les honneurs de l'impression qu'aux statistiques agréables, ou s'ils n'étaient que l'effet d'un hasard heureux. Citons un fait.

Dans une crèche de Paris, il a été inscrit, pour l'année 1863, 8 décès sur 156 enfants, ce qui constitue une mortalité de 1 sur 20; le rapport ajoute que c'est une proportion très-minime. L'année suivante est encore plus avantageuse, et l'on ne compte plus que 5 décès sur 168 enfants, c'est-à-dire 1 mort sur 33, chiffre vraiment extraordinaire, puisque la mortalité moyenne, chez les enfants de la naissance à 1 an, est de 1 sur 6, et chez ceux qui ont de 1 à 2 ans, de 1 sur 17. En 1867, c'est encore plus fort, et sur 334 enfants on ne signale plus que 5 décès, 1 sur 67. Il est évident que les médecins très-honorables qui ont admis dans leurs rapports ces petites statistiques fantaisistes ne les ont pas prises au sérieux, et n'ont fait que céder aux désirs des personnes de l'œuvre. Celles-ci n'ont pas songé qu'elles se servaient ainsi d'une arme mauvaise, qui pouvait un jour aller contre le but qu'elles recherchent.

Je termine. La crèche présente de nombreux avantages, elle popularise de sages notions d'hygiène, elle donne aux enfants des soins intelligents et désintéressés, elle permet que le nouveau-né, au lieu d'être envoyé en nourrice au loin, soit allaité par sa mère.

Aucun compte ne doit être tenu des statistiques au sujet de la mortalité dans les crèches; mais on est en droit d'établir que d'une réunion de conditions hygiéniques bien supérieures à celles où se trouveraient les mêmes enfants hors de la crèche, il doit résulter un moins grand nombre de décès.

Dr Siry.

— La Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de Dijon, Beaune et Semur a proposé un *prix de 200 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : Des devoirs du médecin au point de vue de la morale, de la loi et de la jurisprudence, dans les cas de syphilis infantile, vis-à-vis de l'enfant, de ses parents, de la nourrice.*

1° Les mémoires écrits en français devront être adressés, avant le 1er décembre 1869 (terme de rigueur), au secrétaire-général de la Société;

2° Tous les médecins français, sans aucune exception, sont admis à concourir;

3° Les mémoires devont porter une épigraphe et être accompagnés d'une lettre signée reproduisant cette épigraphe; les lettres ne seront décachetées qu'après le jugement rendu par le jury;

4° La commission administrative sera constituée en jury.

— L'industrie anglaise révèle un nouveau poison qui a déjà tué trois ouvriers.

Il y a quelques jours, une enquête judiciaire fut faite à Londres sur la mort de William Griffin, jeune ouvrier de quinze ans, employé chez un fabricant de générateurs ou chaudières d'usines, de locomotives, etc.

William Griffin se trouva indisposé en travaillant à un générateur, et mourut en quelques heures. De l'enquête, il résulta que, dans la fabrique, on faisait de la xylonite, composée d'acide sulfurique, d'acide nitrique, soit de diverses variétés de vitriol, ou d'un autre acide distillé du goudron. Tout cela a fait un poison qui infecte l'air et qu'on respire sans le savoir.

Griffin est la troisième victime de l'inhalation du gaz délétère qu'on n'a pas encore dénommé.

absinthiques? Nous avions cru devoir l'attribuer à l'action de l'alcool sur la digestion stomacale et l'absorption, action que les expériences de Cl. Bernard avec l'éther et l'alcool ont parfaitement démontrée. L'éther, vous le savez, messieurs, augmente les sécrétions, active la digestion et l'absortion. L'alcool, au contraire, diminue et arrête les sécrétions, ralentit la digestion et l'absorption. Ce n'est plus un excitant, c'est un irritant.

Voici un chien auquel nous avons fait prendre 60 grammes d'alcool et 4 grammes d'essence d'absinthe. Il est plongé, en ce moment, dans l'ivresse alcoolique, les convulsions absinthiques ne se montreront que beaucoup plus tard; toutefois, ce poison commence déjà à passer dans la circulation, puisque vous pouvez, en approchant des narines de cet animal, constater, à chaque expiration, une odeur prononcée d'absinthe.

Le retard dans l'absoption stomacale, n'est pas cependant la seule cause qui gêne l'apparition des phénomènes convulsifs; il y a encore l'action de l'alcool sur les centres nerveux qui les rend pour un instant moins impressionnables. L'expérience suivante va nous en fournir la démonstration. Vous avez sous les yeux un second chien, qui, après avoir pris 70 grammes d'alcool, se trouve dans un état de résolution complète. Laissant de côté l'estomac, nous allons injecter dans une veine quelques centigrammes d'essence d'absinthe. Si le ralentissement de l'absorption stomacale, dû à l'alcool, est la cause du retard dans le développement des accidents, nous observerons ici, la voie d'absorption étant changée, les phénomènes convulsifs, au bout de quelques minutes, comme dans les cas où l'injection veineuse se fait sur un chien complétement sain. C'est, en effet, ce qui arrive. Vous voyez l'animal présenter une attaque épileptique; puis, tout s'arrête, et nous voilà de nouveau en présence d'un état complet de résolution. Que veut dire cette expérience? Elle nous montre d'abord que chez le premier chien, le retard des convulsions était causé par l'influence de l'alcool sur l'estomac, puis que ce retard cesse chez un chien également alcoolisé quand l'injection d'absinthe est faite dans les veines. En second lieu, elle nous indique l'influence de l'alcool sur la moëlle dont le pouvoir excitamoteur semble diminué, puisque nous n'avons obtenu, chez le chien alcoolisé, qu'une seule attaque au lieu d'une succession assez longue d'accidents convulsifs comme chez l'animal soumis exclusivement à l'absinthe.

En résumé, les effets de l'alcool et de l'absinthe s'ajoutent chez le même sujet, mais on note du retard et un peu moins d'intensité dans les convulsions absinthiques.

Chez les animaux morts à la suite de l'intoxication par l'absinthe, on peut s'assurer, par l'odorat, de la présence du poison dans les différents organes. Pour ce mode d'exploration, il est nécessaire de prendre certaines précautions à cause de l'odeur pénétrante de l'absinthe, qui se répand partout, et qui empêcherait, si l'on restait dans le lieu où se fait l'autopsie, d'avoir une idée précise de l'imprégnation des organes par cette substance.

Les méninges cérébro-spinales sont injectées, mais on trouve rarement dans leur épaisseur des infiltrations sanguines. C'est, en général, au milieu du bulbe et dans son voisinage que prédomine l'hyperémie. Nous avons trouvé parfois, à la région bulbo-cervicale, une infiltration sanguine de la pie-mère.

Le cerveau, coupé par tranches minces, offre, ainsi que la moëlle, une faible injection généralisée et sans foyer.

L'estomac présente exceptionnellement des hémorrhagies dans l'épaisseur de ses tuniques, tandis que, par l'action de l'alcool, il devient le siége, comme nous l'avons vu, de lésions ordinairement très-intenses.

Le péricarde, et dans quelques cas l'endocarde, présentent de petites ecchymoses buticulaires plus nombreuses à la base du cœur, vers l'origine des gros vaisseaux.

Les poumons, habituellement un peu injectés peuvent, par exception, être infiltrés de sang sur quelques points.

On ne trouve, dans les autres organes, rien d'assez constant pour être signalé.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 26 mai 1869. — Présidence de M. Verneuil.

(SUITE ET FIN)

M. ALPHONSE GUÉRIN continue ainsi :

J'ai répondu à la première question que j'avais posée. Oui, la fracture du quart inférieur de la jambe emprunte à son siége une gravité exceptionnelle.

Si maintenant nous examinons l'autre question, si nous comparons sa gravité à celle du milieu de la jambe, nous trouvons dans le mode de production de la fracture, et dans le rapport des fragments entre eux, des conditions qui ont leur importance au point de vue du pronostic. Dans une chute sur les pieds, la fracture du tibia siége ordinairement au quart inférieur, parce que c'est le point le plus fragile de l'os, si nous nous en rapportons à l'observation clinique. Les fractures de la partie moyenne sont le plus souvent produites par un choc direct; elles sont transversales, tandis que les autres sont obliques; leur réduction est en général facile, tandis que celle des fractures du quart inférieur présente une difficulté dépendant du glissement des fragments l'un sur l'autre. Ce n'est pas seulement par suite de cette obliquité des fragments que les fractures du quart inférieur sont plus sujettes au déplacement que celles qui siégent plus haut; les fractures de la partie moyenne une fois réduites, sont faciles à contenir, parce que les os sont tirés en dehors et en arrière par des muscles qui s'y insèrent; plus bas, les muscles, ne font plus que glisser sur l'os. Dans les fractures du bas de la jambe, le fragment inférieur est entraîné en arrière par l'action musculaire contre laquelle il faut sans cesse lutter, si l'on veut conserver au pied sa direction normale. Je recommande toujours de passer les coussins sous la face plantaire, et d'exercer une traction sur la partie antérieure du pied, pour combattre l'action musculaire. Les anciens employaient une talonnière dans le même but. Ayant abandonné à mes élèves le soin d'une fracture du quart inférieur de la jambe, avec une petite plaie au niveau de la malléole externe, je m'aperçus à la levée de l'appareil que le pied était déjeté en arrière; et comme le travail de consolidation était avancé, les muscles rétractés s'opposaient aux efforts que je faisais pour ramener le pied perpendiculairement à la direction de la jambe. Le résultat eût été certainement très-fâcheux, si je n'avais pris immédiatement le parti de faire la section du tendon d'Achille. Grâce à cette petite opération, le pied est revenu dans sa direction normale mais un peu plus tard; la chose eût été impossible.

Ainsi l'action musculaire augmente la gravité des fractures du quart inférieur du tibia, et souvent les chirurgiens agissent d'une manière aussi nuisible que les muscles, en voulant réduire d'une manière parfaite.

Il faut que la réduction rapproche les fragments; mais il faut bien se garder de les mouvoir sans cesse, pour obtenir une coptation plus parfaite. Le fragment inférieur étant sollicité en arrière, beaucoup de chirurgiens se préoccupent trop de la difformité qui en résulte, refont la coptation, et s'opposent ainsi à la formation prompte du cal. Il faut savoir se résigner à la déformation : c'est là le secret du succès dans les fractures du quart inférieur de la jambe.

Il y a pourtant un cas dans lequel il faut absolument faire la coaptation; c'est lorsque les fragments sont placés de telle manière qu'il y a un intervalle entre eux et les muscles soulevés. De ce déplacement résulte une sorte de puits dans lequel le sang, puis le pus, s'amassent et décollent les parties molles dans une grande étendue.

Une fois la coaptation faite, il faut la maintenir, et c'est en permettant d'agir ainsi que le taffetas et le collodion sont utiles. Je comprends l'utilité du pansement au collodion dans les cas où il y a peu de dégâts; mais je doute que l'on obtienne des résultats bien satisfaisants quand il y a eu déchirure des muscles et contusion plus ou moins profonde. Dans ce cas, l'irrigation a rendu de grands services, et ce serait encore le meilleur moyen, si l'on avait un appareil qui permît l'irrigation en même temps que la fixité des fragments.

Convaincu qu'il importe par-dessus tout de s'opposer à la mobilité des fragments, j'ai l'habitude d'appliquer un appareil ordinaire, qui permet au malade de se mouvoir sans que les mouvements retentissent dans la fracture et pendant les pansements qui se font ordinairement. Moi-même, tous les jours ou tous les deux jours, suivant l'abondance de la suppuration, je m'efforce de maintenir les fragments dans les rapports qu'ils ont eus jusque-là; et de cette manière j'ai obtenu des résultats que je trouve très-satisfaisants, sans que je puisse en donner la statistique.

J'ai dit que les fractures de la jambe s'accompagnent aussi d'une solution de continuité *consécutive*. Cela est très-fréquent : l'extrémité inférieure du fragment supérieur blesse souvent la peau sans la traverser. De cette contusion résulte une escharre plus ou moins étendue, qui, lorsqu'elle tombe, laisse une plaie communiquant avec le foyer de la fracture. Si à la chute de l'escharre il y a déjà commencement de consolidation, si les éléments du cal ont déjà établi une union aussi légère que possible entre les fragments, on est autorisé à porter un pronostic favorable. Il arrive souvent, dans ces cas, que la guérison s'opère comme pour les fractures les plus simples; il n'en est pas de même si, au lieu d'appliquer un appareil, on a mis le membre dans une gouttière où des mouvements lui sont involontairement imprimés. Pour ces cas-là, je repousse aussi l'irrigation, qui retarde la formation du cal, et s'oppose à ce que les fragments soient unis au moment de la chute de l'escharre.

De ce que je viens de dire, il résulte qu'une fracture du bas de la jambe, même lorsqu'elle communique avec l'articulation tibio-tarsienne, même par une fente étroite, doit laisser l'espoir d'une guérison sans amputation.

Je n'ampute que les malades qui ont une fracture communiquant largement avec l'articulation, et ceux qui ont subi une contusion étendue des parties molles ou une dénudation étendue des fragments.

Quand la contusion de la peau et des muscles est faible, et que les fragments sont dénudés, j'ai quelquefois pratiqué la résection; mais il faut être prévenu que souvent les fractures, que l'on croit presque transversales, présentent des fissures qui s'élargissent sous l'action de la scie, et qu'ainsi on peut, par la résection, s'exposer à une complication plus ou moins grave.

Voilà, d'une manière un peu trop générale sans doute, ce que je pense des fractures du bas de la jambe. L'application de l'opinion conçue par chaque chirurgien se fait ensuite d'après un calcul de probabilités fondé sur l'expérience et le souvenir des nombreuses observations qu'il a pu recueillir.

J'ai pratiqué la résection des fragments des fractures de la jambe, mais je n'ai eu que médiocrement à m'en applaudir. J'ai vu des malades guérir après sept ou huit mois de traitement, et n'échapper à la mort qu'après avoir couru des dangers qui n'eussent guère été plus graves si je n'avais pas reséqué.

La croyance que nous avons tous, que les fractures du bas de la jambe communiquent souvent avec l'articulation tibio-tarsienne, n'est-elle pas d'ailleurs de nature à nous rendre très-réservés pour la résection? Je comprends que l'on resèque les fragments dénudés, mais à la condition que l'on ne sera pas exposé à agrandir la fente, qui s'étend jusque dans l'articulation voisine.

M. LEGOUEST. J'ai écouté avec grand plaisir le discours de M. Guérin. Ceux de nos collègues qui ont pris jusqu'à présent la parole dans cette discussion me paraissent avoir assombri le tableau, déjà sombre, des dangers que peut faire courir aux malades l'existence d'une fracture compliquée de la jambe à la partie inférieure; les fractures sont graves, nul ne peut le nier; mais elles ne sont pas particulièrement graves.

On ne me paraît pas avoir suffisamment insisté jusqu'à présent sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de ces fractures. Les variétés peuvent être ramenées à deux espèces principales : les premières, accompagnées d'une plaie plus ou moins étendue faite aux téguments, mais sans que la fracture pénètre jusque dans l'articulation; les secondes diffèrent des précédentes par la pénétration jusque dans l'articulation,

A moins de désordres exceptionnels, les premières ne réclament pas l'amputation, et je crois que sur ce point nous sommes tous d'accord. Les secondes sont, au contraire, très-graves; à tel point que M. Gosselin, dans le mémoire dans lequel il les décrit pour la première fois, les regarde comme devant fréquemment amener l'infection purulente.

La gravité de ces fractures me paraît dépendre de leur étiologie, de leur mode de production, de la force presque toujours considérable que nécessite leur production, et de la direction même de cette force. En effet, elles sont le plus souvent produites par une énergique pression agissant suivant l'axe longitudinal du tibia, comme dans une chute sur les pieds. C'est ce qu'on remarque, par exemple, dans la plupart des observations rapportées dans le travail de M. Bérenger-Ferrand. J'ai fait à ce sujet des expériences sur le cadavre, et j'ai vu que pour les produire il fallait, après avoir placé le pied sur un sol résistant, frapper violemment sur l'extrémité supérieure du tibia.

Quant aux signes qui peuvent nous indiquer la pénétration de la fracture jusque dans l'articulation, ils sont quelquefois évidents, quelquefois douteux, quelquefois nuls. J'espérais que M. Guérin nous aurait éclairé sur ce point, je regrette qu'il n'ait pas pu nous donner des signes diagnostiques. Quant à moi, je crois, je le répète qu'au lit du malade il faut tenir le plus grand compte de la cause productive, si l'on veut en quelque sorte deviner les désordres produits.

Lorsque la fracture s'accompagne de fracas considérables, lorsqu'il y a une large plaie, ce que nous observons de temps en temps chez les estafettes qui, faisant le service des ministères, font une chute dans laquelle la jambe est prise sous le cheval, il faut amputer.

Quand il n'y a que des signes d'induction (mobilité latérale du pied considérable, gonflement de l'articulation, dû probablement à du sang épanché), il faut en tirer tout le parti possible pour le diagnostic; mais dans ce cas il ne faut pas, en général, amputer primitivement : le danger est ici l'inflammation consécutive de l'articulation; ce danger, on peut le conjurer, et quand il se montre, le combattre. Que faire pour cela? il faut avant tout assurer l'immobilité du pied. On y arrive de deux façons : en employant la semelle plantaire, que tous les chirurgiens emploient de temps immémorial, et en poussant les malléoles l'une vers l'autre au moyen d'un bandage en huit de chiffre placé au niveau de l'articulation tibio-tarsienne. Il faut surtout empêcher le fragment supérieur de descendre et de venir écarter les fragments épiphysaires; pour cela, il suffit d'élever la jambe et de fléchir le genou.

Je ne veux pas examiner la valeur du collodion et de l'irrigation continue. Depuis longtemps, j'ai renoncé à ce dernier moyen, et je me borne à faire appliquer des compresses imbibées d'eau alcoolisée qu'on renouvelle trois ou quatre fois par jour. De cette manière, aussi bien que par l'irrigateur, on peut prévenir l'inflammation articulaire.

Reste à parler de la résection. J'en suis peu partisan dans la continuité des os; mais quand il y a, non pas impossibilité, mais seulement difficulté à réduire, je crois qu'il est bon de ne pas attendre et de reséquer le fragment saillant.

J'ai fait une fois la résection partielle de l'articulation tibio-tarsienne; j'ai reséqué la malléole externe. J'en ai été peu satisfait et je ne suis pas partisan de cette opération. J'ai lu beaucoup d'observations, et je me suis aperçu de ce fait, qui confirmait ce que m'avait appris ma pratique, c'est que les résections guérissaient d'autant mieux que les plaies étaient plus larges. On peut sans doute être amené à reséquer secondairement, mais je tiens à constater qu'on peut tenter la conservation, alors même que la plaie a ouvert largement l'articulation.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. DEMARQUAY présente un malade atteint depuis plus de trois mois d'une luxation intracoracoïdienne, et qu'il a soumis à trois tentatives de réduction avec l'appareil de Jarvis. La luxation n'est pas complétement réduite, mais la tête a été amenée très-près de la cavité glénoïde, et le malade a recouvré la plus grande partie des mouvements de l'épaule et du bras.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés chevaliers de l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Brelet, directeur de l'Hôtel-Dieu de Paris, chargé de l'installation de l'hôpital Napoléon à Berk-sur-Mer; vingt ans de services.

Le docteur Labric, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris : 23 ans de services.

Le docteur Triboulet, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, à Paris : 23 ans de services.

— Par décret, en date du 7 juillet 1869, rendu sur les propositions du ministre de l'intérieur, ont été nommés président :

De la société de secours mutuels des médecins du département de la Loire, à Saint-Etienne, M. Freydet père, médecin, en remplacement de M. Sovicne, démissionnaire.

De la société de secours mutuels de la commune de Ribécourt, M. Bouret (Antoine-Jean-Baptiste, docteur en médecine, vice-président actuel de la société, en remplacement de M. Bourgeois, juge de paix, appelé dans une autre résidence.

De la société de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Senlis, M. Assolant (Maurice-Charles-François), docteur en médecine, vice-président actuel de la société, en remplacement de M. Juillet, décédé.

De la société de secours mutuels de la commune d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), M. Bouyer (Achille), docteur en médecine, maire, en remplacement de M. Vimyes, démissionnaire.

De la société de secours mutuels du Haut-Rhin, à Colmar,

M. Marquez, docteur en médecine, en remplacement de M. Mailhet, qui a changé de résidence.

— Le lundi 8 novembre 1869, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour deux places de chirurgiens-adjoints des hôpitaux.

Le lundi suivant, 15 novembre 1869, à la même heure, un autre concours public sera ouvert au même lieu, pour deux places de médecins-adjoints des hôpitaux.

Ces concours auront lieu devant la commission administrative, assistée du jury médical.

Aux jours fixés pour l'ouverture des concours, les candidats devront avoir cinq années de pratique comme docteur de l'une des trois Facultés de France. Une année suffira pour ceux qui auront exercé dans les hôpitaux de Marseille, pendant trois ans consécutifs, et à la satisfaction de l'administration, les fonctions de chef-interne. Les internes des mêmes hôpitaux, qui auront accompli leur temps d'internat dans ces établissements, à la satisfaction de l'administration, seront aussi admis au concours s'ils justifient de deux années de doctorat.

ÉPREUVES DU PREMIER CONCOURS. — 1° *Question d'anatomie. Question de physiologie.* — Ces deux questions seront traitées oralement après un temps de préparation, à huit-clos et sans livres, qui sera déterminé par le jury.

2° *Question de pathologie chirurgicale.* — Les concurrents auront cinq heures pour traiter cette question par écrit, à huit-clos et sans livres.

3° *Examen clinique de trois malades atteints d'affections chirurgicales.* — L'examen des trois malades ne durera pas plus de trois-quarts d'heure.

Après l'interrogatoire, les concurrents auront vingt minutes pour donner leur avis développé sur le diagnostic, le pronostic et les indications thérapeutiques ressortissant à deux des malades, à leur choix.

Le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite, pour la composition de laquelle il sera accordé une heure.

4° Deux opérations de grande chirurgie à pratiquer sur le cadavre. Les candidats auront vingt minutes pour ces deux opérations.

ÉPREUVES DU DEUXIÈME CONCOURS. — 1° Question d'anatomie et question de physiologie;

2° Question de pathologie médicale avec les applications hygiéniques qu'elle comporte;

3° Examen clinique de trois malades atteints de maladies internes;

Les deux premières questions seront traitées oralement, après un temps de préparation, à huis-clos et sans livres, qui sera déterminé par le jury.

Les candidats auront cinq heures pour traiter par écrit la question de pathologie, à huis clos et sans livres.

L'examen clinique des trois malades aura lieu comme dans l'épreuve de la chirurgie.

A la fin de chaque concours, la commission administrative délibérera sur les rapports du jury d'examen, et procédera, s'il y a lieu, à la nomination des chirurgiens-adjoints et des médecins-adjoints.

Les chirurgiens-ajoints forment, avec les médecins-adjoints, le premier degré du corps médical des hôpitaux.

Il sont appelés, en cas de vacances, à remplir les fonctions de chirurgien ou de médecin, chefs de service, et à leur succéder suivant les conditions règlementaires.

Les candidats sont prévenus que des conditions nouvelles très-importantes, ont été insérées dans le règlement du service de santé.

Ce règlement leur sera communiqué au secrétariat de la commission administrative, à l'Hôtel-Dieu. En cas de nomination, ils sont tenus de se conformer à toutes ces dispositions, en ce qui les concerne, et à toutes autres que l'administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service.

Ils devront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Ils auront à produire : leur diplôme de docteur, et, s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le maire de leur résidence. Ils pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc., et, s'il y a lieu, une note de leurs services.

— Le docteur Galligo, était un des vice-présidents de la commission préparatoire du congrès international qui doit se tenir dans deux mois à Florence. M. le docteur Demaria a été choisi pour le remplacer.

— Le gouvernement russe a ordonné la fermeture des cours de médecine et de chirurgie dans plusieurs universités de l'empire, à cause des troubles qui s'y sont produits.

— Bonne clientèle dans les environs de Paris. Situation exceptionnelle. Produit de 8 à 10,000 fr. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical, publié sous le patronage de l'Assistance publique, par les docteurs DE MONTMEJA et J. RENYADE. Numéro 6. Prix : 2 fr

Sommaire : *Eléphantiasis des Arabes,* par le professeur Gosselin. 1 photographie. — *Arrêt de développement*, par le docteur Habran. 2 photographies. — *Clinique syphiliographique de l'hôpital de Lourcine*, par le docteur Fournier (Alfred).

Recherches sur la physiologie médicale de la respiration à l'aide d'un nouvel appareil enregistreur, l'Anapnographe (spiromètre écrivant), par le docteur BERGEON, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. 1er fasc. : Description de l'Anapnographe ses applications; considérations générales sur les voies respiratoires; rôle de la glande lacrymale dans la respiration. In-8° avec figures. Prix : 3 fr.

Théorie de l'Unité vitale, par le docteur GALICIER. *Seconde partie:* **Pathologie unitaire.** 1 vol. in-8°. Prix : 6 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Académie des sciences. — MM. Onimus et Legros partagent, au sujet de l'urée, l'opinion commune. Ils considèrent ce produit comme résultant des phénomènes d'oxydation et de combustion moléculaires qui se passent dans la trame même des tissus, et comme pouvant, par conséquent, indiquer par ses variations l'activité plus ou moins grande des réparations organiques.

Une fois admis ce principe, il pouvait être intéressant d'étudier l'influence de l'électricité sur la proportion de l'urée, et par conséquent sur la nutrition.

MM. Onimus et Legros ont fait trois séries d'expériences, soit sur eux-mêmes, soit sur des lapins, en plaçant l'un des réophores sur la région lombaire, et l'autre vers l'extrémité d'un des membres inférieurs.

1° Ils ont d'abord analysé l'urine avant et après l'électrisation sans tenir compte de la quantité totale d'urine et du temps pendant laquelle elle était secrétée. La proportion d'urée était augmentée notablement après les courants continus ascendants ou centripètes ; tandis qu'elle était diminuée après l'emploi des courants continus centrifuges, comme après celui des courants induits ou interrompus.

2° Ils ont ensuite recueilli et examiné l'urine secrétée dans les 24 heures avant et après l'électrisation, et ils ont constaté que les quantités absolues d'urine et d'urée étaient augmentées après les courants ascendants et diminuées après les courants descendants ; mais les différences étaient peu grandes, car l'influence des courants ne persiste pas durant vingt-quatre heures.

3° Aussi, dans une troisième série d'expériences, MM. Legros et Onimus ont-ils fait porter leurs recherches sur l'urine secrétée durant un temps plus court : une heure ou deux avant et après l'électrisation. Les résultats sont devenus alors beaucoup plus tranchés, et ils ont permis aux deux auteurs de formuler les conclusions suivantes :

« D'après ces chiffres, on reconnaît : 1° que les courants interrompus diminuent la quantité d'urine ainsi que la quantité d'azote ; 2° que les courants continus centrifuges font habituellement baisser le chiffre de l'urée et monter celui de l'urine ; 3° que les courants continus centripètes exagèrent la production de l'urée sans accroître notablement la sécrétion de l'urine qui est même quelquefois diminuée. Telles sont les conclusions générales que nous pouvons tirer de plus de 250 analyses d'urines.

« En électrisant nos animaux, ajoutent-ils, avons-nous simplement modifié la sécrétion rénale en influençant la circulation ? On sait en effet que les courants interrompus diminuent la circulation, et par conséquent les sécrétions, et nous avons démontré, dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences (*Recherche sur la circulation*), que le courant descendant augmentait le cours du sang, qui était au contraire ralenti par le courant ascendant. Cette interprétation pourrait être vraie en ce qui regarde la quantité d'urine, mais elle n'expliquerait pas la diminution d'urée par les courants interrompus et son augmentation par les courants continus ascendants.

« Nous sommes disposés à croire que les courants interrompus affaiblissent les phénomènes de nutrition générale, et que les courants continus, en facilitant l'endosmose et la dialyse, accroissent les échanges qui se font dans les tissus ; en outre, le courant centripète, en agissant sur le système nerveux central, détermine une réaction plus forte, une sorte d'état fébrile artificiel qui nous explique ses effets. »

Ces conséquences sont légitimes si l'urée se forme en effet dans l'intimité des tissus ; mais nous devons rappeler que l'opinion contraire compte des partisans de plus en plus nombreux.

Oppler, Zalesky, le professeur Primavera, de Naples, attribuent aux reins la formation de l'urée ; les preuves fournies par le professeur Primavera ont ébranlé les convictions de M. le docteur Chalvet (1), et le professeur Hermann, de Zurich, a résumé et fait valoir les arguments de MM. Oppler et Zalesky dans un bon traité de physiologie qu'on vient de traduire en français (2).

(1) Voir *Mémoires de la Société de Chirurgie*, 4e année de la 4e série. Paris, 1869.

(2) *Éléments de physiologie*, par le docteur Hermann, professeur de physiologie à l'université de Zurich ; ouvrage traduit de l'allemand sur la 2e édition, par M. Roye, revu et annoté par le docteur Onimus. Paris, 1869. Chamerot et Lauwereyns.

Nous citerons textuellement le passage en question, pour donner une idée de la méthode que suit habituellement dans cet ouvrage le professeur Hermann :

« Quant à la formation d'urée et d'acide urique dans les reins mêmes (indépendamment des modifications particulières à leur propre substance), elle est corroborée par les circonstances suivantes : 1° la très faible quantité d'urée contenue dans le sang en comparaison de celle contenue dans l'urine ; 2° la quantité étonnamment faible d'urée que contient le sang après l'extirpation des deux reins, comparée à celle très-importante qu'il contient après la simple sous-ligature des urétères (dans ce dernier cas, l'excrétion de l'urée ne peut avoir lieu, mais sa formation est encore possible puisque les reins fonctionnent) ; dans le premier cas, ce sont seulement les produits des plus faibles degrés d'oxydation (créatine, créatinine, etc.) qui sont considérablement augmentés aussi bien dans le sang que dans les muscles (Oppler, Zalesky) ; 3° la présence de produits d'oxydation inférieure (taurine, cystine, etc.) dans la substance rénale, sans qu'ils se trouvent en même temps dans l'urine, sauf des cas très-rares ; 4° l'absence d'acide urique et d'acide hippurique dans le sang (Meissner) ; 5° la transformation de créatine en urée par la *digestion* ou le séjour de la substance rénale dans un liquide à une température élevée (30 à 40 degrés). C'est en partant de ce fait que le sang de l'artère rénale est plus riche en urée que le sang des veines du même organe, que l'on avait conclu à une excrétion d'urée toute formée dans le sang (Picard) ; mais comme cette donnée repose sur une méthode d'investigation défectueuse (Recklingausen), et que, de plus, après l'extirpation des reins, la quantité d'urée n'augmente pas, mais diminue (Bernard et Bareswill, Zalesky), il n'est pas impossible que même la petite quantité d'urée qui se trouve dans le sang provienne des reins. »

S'il en était ainsi, l'urée ne serait plus qu'une sécrétion ordinaire, qui pourrait, il est vrai, devenir plus abondante alors que le sang lui fournirait des matériaux plus abondants, c'est-à-dire contiendrait plus de substances azotées ; mais qui n'aurait aucun rapport direct avec les fonctions d'assimilation ou de désassimilation.

L'analyse de l'urine aurait, à ce point de vue, une importance à peu près égale à celle de la sueur, de la salive, ou des crachats, etc.

Il ne faut pas l'oublier, en effet, les 30 grammes d'urée en moyenne, secrétés dans les vingt-quatre heures, sont bien loin de représenter la quantité d'azote qui a dû traverser durant le même temps le corps de l'homme ; chez ceux qui mangent beaucoup de viande, il se fait il est vrai plus d'urée, mais jamais cette augmentation n'est ce qu'elle devrait être pour que l'azote ingéré s'y retrouve en majeure partie.

Cela ne veut pas dire, je le répète, que le dosage de l'urée ne puisse fournir indirectement certains indices sur l'état du sang, alors même qu'elle n'y serait pas préexistante ; mais il éclairerait principalement sur l'état des reins et sur la manière dont s'accomplissent leurs fonctions dans une circonstance donnée.

Société médicale de New York. — On combine maintenant l'acupressure avec la torsion, la ligature, etc., de telle sorte que les procédés s'en multiplient indéfiniment. Dans un travail sur ce sujet, on vient de décrire deux nouvelles méthodes dites *d'acupressure.*

Par la première, à l'aide d'une épingle plantée au milieu d'une artère, préalablement tordue sur elle-même deux ou trois fois au moyen d'une pince, on rend la torsion permanente. L'épingle traversant l'artère est enfoncée directement dans les tissus. Cette méthode est due au docteur Gardon Buck.

Par la seconde, que le docteur Hutchinson a imaginée, on serre l'artère entre l'épingle et un fil métallique de la façon suivante : l'artère est d'abord mise à nu, et on couche auprès d'elle, parallèlement, le fil métallique ; puis, enfonçant l'épingle de dehors en dedans, obliquement, à travers la peau et les tissus, dans la direction de l'artère, on la fait passer entre le fil et ce vaisseau, de telle sorte que le fil soit en dessous et l'artère en dessus. Puis on pousse obliquement, de dedans en dehors, la pointe de l'aiguille vers les téguments, qu'elle traverse ainsi une seconde fois du côté de la plaie opposé à celui par lequel elle a pénétré. Alors on ramène sur sa pointe les extrémités du fil métallique, qui forme anse autour d'elle dans le fond des tissus.

Ainsi l'artère se trouve placée à l'extrémité d'un arc de cercle formé par le fil, et auquel l'épingle sert de tangente ; elle est serrée et comprimée dans l'angle de jonction de ces corps métalliques. Lorsque l'on retire l'épingle, l'anse de fil n'est plus retenue par rien, et on peut l'extraire sans difficulté.

Je ne vois pas quel avantage on peut trouver à ne pas lier l'artère, au lieu d'employer une méthode si délicate et si compliquée pour aboutir, en définitive, au même résultat.

En effet, c'est une ligature en masse que l'on pratique, mais une ligature dans laquelle l'artère se trouve directement blessée par une pression métallique bilatérale.

Hôpitaux. — Il n'est pas rare de voir l'usage du phosphore améliorer momentanément l'état des malades atteints de paralysie, sans que cette amélioration persiste longtemps après la suspension de ce remède. Dans le service de M. Delpech, un paralytique fut ainsi soulagé à plusieurs reprises par l'huile phosphorée : quand il en prenait, il devenait moins faible, les mouvements s'exécutaient mieux, on pouvait croire que la guérison se ferait d'une manière graduelle ; mais il suffisait d'abandonner pendant quelque temps l'emploi du phosphore, pour voir les accidents redevenir ce qu'ils étaient d'abord.

Il semblerait d'après cela que le phosphore agit chez les paralytiques par une excitation directe des cellules nerveuses, comme agirait le nitrate d'argent dans l'ataxie locomotrice, suivant M. Charcot.

Cette excitation de la cellule influerait non-seulement sur son fonctionnement actuel ; mais sur sa vitalité même et sa nutrition, et des cellules presque détruites pourraient ainsi se régénérer.

Les résultats obtenus seraient donc dans certains cas définitifs ; mais souvent aussi le nombre des cellules persistantes étant devenu insuffisant, leur excitation ne pourrait plus qu'exalter leur fonctionnement au plus haut degré, sans leur donner l'aide de cellules qui fussent ranimées autour d'elles.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

De l'ovarite.

(Leçons recueillies par M. RAYMOND, interne de service).

(SUITE)

Il ne nous reste donc plus que deux organes dans lesquels nous puissions localiser cette inflammation, et les seuls symptômes que nous avons relevés jusqu'à ce moment ne sont pas suffisants pour nous permettre d'affirmer si nous avons affaire à une ovarite plutôt qu'à une salpyngite, ou encore à ce qui est beaucoup plus commun, à une salpingo-ovarite, c'est-à-dire à l'inflammation simultanée de la trompe et de l'ovaire. Mais ce qui peut encore rester douteux, après un simple examen physique, s'éclaircira peut-être lorsque nous aurons tenu compte et des commémoratifs et des troubles fonctionnels dont j'ai intentionnellement négligé de parler jusqu'à ce moment.

La malade dont nous nous occupons est donc, ai-je dit, âgée de 32 ans, c'est-à-dire dans la période d'activité des organes génitaux. Elle a eu quatre grossesses qui se sont terminées régulièrement par des accouchements à terme, dont le dernier a eu lieu il y a cinq ans, sans aucun accident consécutif. Elle a été réglée à l'âge de 13 ans, et toujours bien depuis, sauf un léger trouble survenu dans la menstruation, il y a quelques années, à l'occasion de la mort d'un de ses enfants ; il y a eu alors suppression prématurée d'une de ses époques, mais sans autres troubles morbides, et le mois suivant tout rentrait dans l'ordre. J'ajouterai que la menstruation n'était jamais accompagnée de douleurs, et que, dans l'intervalle, il n'y avait pas de leucorrhée habituelle.

C'est à la fin du mois de novembre que nous devons faire remonter le début de l'affection dont cette femme est actuellement atteinte. Ses règles sont bien venues le 20 novembre, comme elles étaient attendues ; mais, au lieu de ne durer que cinq jours comme d'habitude, elles se sont prolongées pendant neuf jours, laissant après elles du malaise, de la fatigue, une sensation de brisement des membres, du ballonnement du ventre, de l'inappétence et des douleurs lombaires persistantes. Cet état dura quelques jours, au bout desquels survint une véritable métrorrhagie, qui débuta le 5 décembre, dura quinze jours, et fut suivie d'une leucorrhée abondante. Pendant tout le cours de cette métrorrhagie, il y eut des douleurs expulsives, avec tranchées internes, comparées par la malade à celles qui se produisent à la suite de l'accouchement par l'expulsion du placenta. Le sang évacué était tantôt liquide, tantôt sous forme de caillots. Après la cessation de l'écoulement sanguin, le ventre, qui était devenu plus douloureux, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche, resta légèrement tendu et endolori. La moindre pression développait la douleur, qui était aussi ressentie pendant la marche, quoique cette dernière fût encore possible. Ja-

mais il n'y a eu de vomissements, mais de fréquentes nausées, avec un peu de diarrhée pendant la durée de l'hémorrhagie, et toujours de l'inappétence, de la soif, avec un mouvement fébrile très-marqué.

De nouvelles métrorrhagies, qui se produisirent à la fin de décembre et au commencement de janvier, aggravèrent à nouveau tous les symptômes, qui n'avaient, du reste, jamais disparu, et qui se sont réveillés avec une nouvelle intensité vers le 20 janvier, époque régulière d'une nouvelle période menstruelle.

L'ensemble de ces symptômes concorde trop parfaitement, messieurs, avec les données fournies par l'examen direct, pour que le diagnostic puisse maintenant rester indécis. D'après le siége de la douleur et de la tuméfaction, nous avons été conduit à penser qu'il s'agissait d'une maladie des organes génitaux internes, en ne gardant d'hésitation qu'entre une affection de la trompe et une affection de l'ovaire. L'état général, et particulièrement l'appareil fébrile, nous montre que cette maladie est de nature inflammatoire. Enfin, la menstruation est trop profondément troublée pour qu'il soit possible d'admettre que l'ovaire n'est pas intéressé. Donc, avec ou sans inflammation de la trompe, il y a une inflammation de l'ovaire, une *ovarite*, laquelle, en raison de sa date relativement récente (deux mois), doit être qualifiée *ovarite aiguë*.

Deux causes principales, l'une prédisposante, l'autre déterminante, ont présidé dans ce cas au développement de la maladie, en exerçant une influence des plus manifestes.

La cause prédisposante est la phthisie pulmonaire, dont, malgré sa bonne constitution apparente, cette femme est atteinte. Ses premières manifestations, consistant dans des hémoptysies, de la toux, des sueurs nocturnes, ont précédé de quelques semaines le début de l'ovarite. J'aurai soin par la suite de m'arrêter plus longuement sur l'influence réciproque de la phthisie pulmonaire et de l'ovarite, au point de vue de la marche de ces deux maladies, quand elles coexistent chez le même sujet; mais, abstraction faite de cette question de pronostic, qui doit être réservée, vous comprenez parfaitement que l'état de dépression dans lequel l'invasion de la tuberculose plonge un individu le rend tout particulièrement apte à ressentir l'influence des causes qui peuvent solliciter chez lui la production d'une phlegmasie comme celle de l'ovaire.

Quant à la cause déterminante, son action est non moins évidente, et elle présente ceci de remarquable, qu'elle a agi longtemps sans produire aucun effet fâcheux sur la santé, alors que l'organisme avait encore toute sa force de résistance, tandis qu'elle est devenue promptement nuisible dès que cette force de résistance a été rompue par l'invasion de la phthisie pulmonaire. Cette cause déterminante, je la trouve dans l'exercice de la profession de la malade, qui est ouvrière mécanicienne, travaillant avec une machine à coudre. Vous n'êtes pas sans avoir entendu parler, messieurs, de l'influence fâcheuse que l'usage habituel des machines à coudre peut exercer sur la santé des femmes. Cette influence fâcheuse a été signalée d'abord par mon collègue M. Guibout, qui a accusé les machines à coudre de déterminer de la chlorose, de la rachialgie et même de la nymphomanie. Je crois, pour ma part, que ce tableau a été un peu trop assombri; mais cependant je dois dire que, si j'ai vu bien des femmes travailler aux machines à coudre sans en éprouver le moindre inconvénient, — principalement celles qui, comme les femmes du monde, ne se livrent pas à ce travail d'une façon assidue et permanente, — j'ai pu aussi constater quelques effets morbides qui ne reconnaissaient pas d'autres causes. Je me rappelle en ce moment deux jeunes femmes, deux sœurs, qui m'ont été adressées par M. le docteur Boursier, de Creil, et qui, à la suite de l'usage prolongé d'une machine à coudre avaient été atteintes, l'une de métrite, l'autre de kyste de l'ovaire très-rapidement développé. Dans ces deux cas, en apparence dissemblables, deux maladies différentes reconnaissaient une même cause, qui avait agi en déterminant un afflux sanguin vers les organes intrapelviens.

C'est en effet en sollicitant une congestion permanente du système génital que l'usage des machines à coudre exerce ses effets morbides les plus fâcheux et les moins contestés. Ce qui le prouve, c'est que les femmes qui travaillent aux machines à une seule pédale ne ressentent d'autres phénomènes que la fatigue, résultant de la station assise dans une position pénible, obligées qu'elles sont de se maintenir constamment en équilibre sur le bord de leur chaise, ne pouvant prendre de point d'appui ni sur les pieds, qui doivent être libres pour faire mouvoir le mécanisme, ni sur le tronc, qui reste incliné en avant pour permettre de suivre et de diriger le travail. Aussi la chlorose avec toutes ses conséquences, rachialgie, palpitations, essoufflement, est-elle commune chez les femmes qui se livrent à ce travail d'une façon continue, tandis que les maladies des organes génitaux ne se présentent pas chez elles avec plus de fréquence que chez les autres ouvrières qui restent constamment assises. Leur profession n'a donc pour elles d'autres inconvénients que de déterminer une fatigue excessive, et de les obliger à conserver cette position assise qui, vous le savez, est une cause généralement admise des inflammations génitales, car elle favorise la stase sanguine dans le bassin. Mais, si la machine à une seule pédale n'a pas d'autres inconvénients, et si elle peut être parfaitement innocente pour une personne qui y travaille accidentellement, à de rares intervalles et pendant peu de temps à la fois, il n'en est pas de même de la machine à deux pédales. Cette dernière détermine, non pas seulement de la fatigue, mais, aussi et surtout une excitation bien marquée des organes génitaux, résultant du frottement et des tiraillements exercés sur la vulve par les mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement des membres inférieurs, car les cuisses participent à ces mouvements qui mettent les pédales en action. Cette titillation qui, des petites lèvres, s'étend au clitoris, et qui dure autant que le travail, détermine un état d'éréthisme permanent de tout le système général. Il n'y a pas moyen de douter que les choses se passent ainsi, car les effets que je vous signale en ce moment, messieurs, ont été ressentis par toutes les femmes qui ont fait usage des machines à deux pédales. La malade qui nous occupe est dans ce cas, et elle nous donne, à ce sujet, des renseignements qui excluent toute espèce de doute, car elle travaille tantôt avec la machine à une pédale, tantôt avec la machine à deux pédales, qui permet de coudre des étoffes plus épaisses et plus résistantes. Or, tandis que la première n'exerce aucune action sur elle, la seconde la met toujours et inévitablement dans l'état d'excitation génitale dont je viens de parler. Je dois ajouter qu'elle faisait, depuis huit ou dix jours, usage exclusif de cette machine à deux pédales lorsque se sont manifestés les premiers symptômes de l'ovarite aiguë, dont elle est actuellement atteinte.

Les deux causes que je viens de vous indiquer, comme ayant agi pour produire l'ovarite dans ce cas, sont de celles dont le mode d'action est si facile à comprendre, qu'il suffit de s'en rendre compte pour être mieux renseigné sur l'étiologie de cette maladie qu'on ne le serait par une fastidieuse énumération de toutes les circonstances particulières à la suite desquelles elle peut survenir. Vous voyez, en effet, une cause prédisposante, déprimante, qui agit en amoindrissant la force de résistance de l'organisme; ici c'est la phthisie, dans un autre cas ce pourra être une autre diathèse, ou de la chlorose, ou le défaut d'alimentation, ou une habitation insalubre, ou toute autre mauvaise condition d'hygiène affaiblissant la femme, et parmi ces causes de débilitation qui prédisposent à l'ovarite, il ne faut pas oublier de ranger les fatigues auxquelles s'exposent les femmes du monde par leurs veilles prolongées, par les bals, par les spectacles, lesquelles peuvent agir à la fois et comme cause prédisposante ou débilitante, et comme cause déterminante, d'après le mécanisme que je vais indiquer.

Cette cause déterminante agit, elle, en produisant une congestion exagérée de tout le système génital, et par conséquent de l'ovaire? Ici l'excitation congestive a été produite par l'action mécanique d'une machine à coudre; dans d'autres cas, elle survient pendant les insomnies d'une jeune fille qui entrevoit les sensations voluptueuses de l'amour, ou pendant celles d'une jeune femme qui s'y abandonne avec trop d'ardeur. Dans d'autres cas, enfin, c'est une action physiologique dont l'effet peut être exagéré ou troublé par des causes diverses. Vous savez, en effet, qu'à chaque période menstruelle, un afflux de sang assez considérable se fait du côté de l'ovaire, qui est congestionné, turgide, au moment où la vésicule de Graaf se déchire pour laisser sortir l'ovule qui est arrivé à sa maturité. Supposez un degré de plus dans cette congestion physiologique, et vous arrivez à l'inflammation, dont la congestion n'est en quelque sorte que la première étape. C'est ce qui vous explique pourquoi le début de l'ovarite remonte presque toujours à une époque menstruelle et non pas à un accouchement antérieur, comme cela a lieu le plus habituellement pour la métrite et pour la plupart des autres phlegmasies péri-utérines; pourquoi l'ovarite, tout en pouvant se montrer pendant toute la période d'activité sexuelle de la femme, est plutôt la maladie des jeunes filles que celle des jeunes femmes; car c'est à elle qu'il faut attribuer un grand nombre des accidents qui rendent parfois si douloureuses les premières époques menstruelles, et qui sont trop souvent suivis de stérilité. Enfin, vous comprenez comment une perturbation quelconque apportée à l'évacuation menstruelle, et principalement sa suppression brusque, soit par suite d'une émotion morale, soit par suite de l'impression du froid; comment une fatigue ou un traumatisme, même léger, pendant la période menstruelle, peuvent, en augmentant la congestion ovarienne, devenir des causes occasionnelles de l'ovarite.

Toutes ces causes n'agissent, bien entendu, pour produire l'ovarite, que pendant la période d'acivité sexuelle de la femme, c'est-à-dire depuis le début de la menstruation jusqu'à la ménopause.

(A suivre).

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
Sur les opérations de la cataracte.

Par le Dr Xavier Galezowski.

(Suite.)

C. — Extraction linéaire simple

Cette opération est des plus simples; elle est pratiquée de la manière suivante: La pupille étant préalablement dilatée, et l'œil fixé, on fait, avec un couteau lancéolaire, une incision linéaire verticale dans la cornée, à 3 millimètres de sa circonférence, et on prolonge cette incision jusqu'à lui donner une étendue de 5 à 6 millimètres. Le couteau une fois retiré, on fait la discision de la capsule avec un kystitome; puis, en introduisant la curette de David dans l'épaisseur du cristallin ramolli, et au-dessous du noyau, on cherche à le ramener, ainsi que les couches corticales, au dehors.

Souvent le cristallin est tellement ramolli qu'il suffit d'appuyer avec la curette sur les bords de la plaie cornéenne pour que le magma cristallinien s'échappe tout entier.

La pupille une fois bien nettoyée, on instille les gouttes d'atropine et on applique le bandage compressif dans le but de rendre l'œil immobile.

Les accidents qui peuvent arriver pendant l'opération ne sont point graves. On les évite facilement avec un peu d'attention. Et d'abord, si l'iris fait hernie, on en fait l'excision; mais on prévient facilement cet accident en éloignant l'incision du bord de la cornée.

Quelquefois pourtant l'excision préalable de l'iris est même nécessaire, surtout dans les cataractes anciennes, traumatiques, et qui sont accompagnées d'adhérence de l'iris avec la capsule.

En introduisant la curette, on peut quelquefois déchirer la capsule hyaloïdienne et provoquer un prolapsus du corps vitré. Mais cet accident n'est point dangereux avec une plaie linéaire; l'écoulement du corps vitré s'arrête très-facilement.

Quelles sont les cataractes qui doivent être opérées par cette méthode? Cette méthode ne doit être appliquée que pour les cataractes molles ou liquides et les cataractes secondaires.

Ainsi, toutes les cataractes traumatiques des sujets jeunes ou âgés subissent un ramollissement progressif par suite de l'imbibition et de la macération des couches corticales par l'humeur aqueuse qui entre dans l'épaisseur du cristallin à travers la plaie capsulaire. Ces cataractes n'ont pas ordinairement de noyau, et se réduisent, au bout de quelques années, à un cristallin très-mince et souvent à une simple cataracte capsulaire adhérant ou non à l'iris.

Un exemple des plus frappants est celui que je rapporte de ma clientèle particulière. Il est remarquable surtout par cette circonstance, que l'œil, qui ne voyait point pendant quarante-cinq ans, a pu, après l'opération, recouvrer la vue, au point que le malade, aujourd'hui, peut lire, écrire et se conduire de l'œil opéré, le seul qui lui reste. Voici cette observation.

Observation.—L'abbé G..., âgé de 48 ans, me fut adressé au mois de juillet 1867, par un de nos confrères distingués de la province, M. le docteur Mollien de Chaulnes.

Ce pauvre abbé était complétement aveugle et souffrait énormément depuis trois mois de l'œil gauche, qui se perdit subitement au mois de mars de la même année. L'examen m'a permis de constater une atrophie de l'œil avec obstruction complète de la pupille. C'était une irido-choroïdite occasionnée par un décollement de la rétine et de la choroïde. C'était pourtant, pendant toute la vie du malade, un bon œil, et le seul dont il voyait.

L'œil droit était perdu depuis l'âge de 3 ans, à la suite d'une blessure faite avec un couteau, et depuis cette époque il n'en a jamais vu.

En l'examinant attentivement, j'ai pu constater une tache centrale sur la cornée, consécutive à la blessure. La pupille était irrégulière et se dilatait très-peu sous l'influence de l'atropine, une large synéchie postérieure existait en bas, et une autre en haut. Derrière ces exsudations pupillaires on voyait une cataracte blanche crétacée. Le malade distinguait un peu le jour, et les phosphènes existaient.

Dans ces circonstances, j'ai résolu de faire l'énucléation de l'œil gauche, qui était perdu, et occasionnait des souffrances atroces depuis trois mois. Cette opération fut pratiquée au mois d'octobre 1867, par le procédé de Bonnet (de Lyon), avec le concours de mes excellents confrères MM. Bouteille (d'Aix); Laskowski (de Paris), et de mon oncle le docteur Severin Galezowski. Cette opération a été très-régulière, sans accident, et deux semaines après la guérison était complète, et le malade était débarrassé de ses douleurs névralgiques, dont il a souffert pendant six mois.

L'opération de l'autre œil fut alors décidée; il s'agissait d'enlever la cataracte ancienne adhérente. Craignant de trouver une trop grande résistance du côté des synéchies, j'ai fait d'abord une simple discision à travers la cornée pour détacher les adhérences. Le second temps de l'opération se composait d'une incision linéaire faite sur le bord externe de la cornée, et de l'extraction, avec une pince et la curette, de la capsule, des exsudations et des débris des couches corticales. Le noyau n'existait point. Après l'opération, la pupille est devenue noire, et le malade voyait à compter les doigts. La réunion de la plaie cornéenne était longue à se faire; mais, au bout d'un mois, il a pu quitter Paris voyant à se conduire. Cinq mois après (mai 1868), il revint à Paris, voyant presque au même degré; mais j'ai pu constater que la pupille était divisée par une barre exsudative en deux moitiés, ce qui gênait beaucoup le malade. Je lui pratiquai alors une excision de l'iris, en bas et en dedans, et j'enlevai l'exsudation pupillaire. La réunion par première intention était obtenue, et le malade voyait beaucoup mieux; il partit pour son pays. Au mois de mai 1869, le malade est revenu à Paris, et nous avons pu constater l'état suivant de son œil en présence de MM. le docteur Manrique (de Barcelone); de M. Daguenet, de M. Morel, médecin-major de la garde de Paris, et de M. le docteur Paul. La pupille était très-nette et les milieux réfringents transparents. La papille du nerf optique était saine; à son côté on remarquait le staphylome postérieur et quelques taches atrophiques du côté de la macula. Le malade se conduit tout seul; il peut lire, avec des lunettes du n° 2 3/4, les caractères du n° 10 de l'échelle typographique. Les taches atrophiques l'empêchent de distinguer bien les caractères très-fins.

Cette observation nous démontre que la rétine et le nerf optique peuvent conserver leurs fonctions, même lorsque la cataracte est restée pendant quarante ans dans l'œil. Le malade aurait pu voir beaucoup mieux s'il n'y avait pas eu, dans la macula, des taches atrophiques choroïdiennes, analogues à celles que l'on retrouve chez un grand nombre de myopes.

Pour que l'extraction linéaire simple puisse donner un bon résultat, il faut que l'opération soit faite selon les règles prescrites plus haut, et que le diagnostic de la nature de la cataracte soit fait avec la plus grande précision; et ici il est nécessaire de prendre en considération les circonstances suivantes:

1° Si la cataracte est molle ou demi-molle, complète ou non;
2° Si elle est liquide, avec ou sans noyau;
3° Si il y a des adhérences entre l'iris et la capsule;
4° Le sujet est-il jeune ou âgé?

1° Quant au premier point, la précision dans le diagnostic est très-précieuse pour le choix de la méthode. Il n'y a, en effet, que les cataractes réellement molles et complètes qui peuvent être opérées par la méthode linéaire simple avec ou sans excision de l'iris. Les cataractes demi-molles doivent être enlevées par la méthode linéaire

scléro-kératique, et les cataractes molles incomplètes qui ont leur noyau transparent, doivent être opérées par mon procédé, que nous décrirons plus bas.

2° Les cataractes liquides contiennent quelquefois, dans le magma cristallinien liquéfié, un noyau dur, petit et flottant, ce qui doit être reconnu avant l'opération. Pour les enlever, il faut procéder selon les indications de M. Desmarres père, qui a fait construire à cet effet une curette avec un kystitome caché. Aussitôt que l'incision avec le couteau lancéolaire est pratiquée dans la cornée, on introduit la curette dans la chambre antérieure; on déchire la capsule avec le kystitome, qu'on fait saillir, puis on le fait rentrer dans la curette, que l'on porte immédiatement au-dessous du noyau, et on ramène celui-ci à l'extérieur. Les couches corticales liquéfiées s'échappent toutes seules le long de la curette. Si on ne prenait pas la précaution de retirer le noyau le premier, on n'aurait plus la possibilité de le retirer du fond de la chambre postérieure, une fois que les couches corticales seraient enlevées.

3° Les adhérences de l'iris à la capsule nécessitent habituellement une excision de l'iris. Mais si ces adhérences sont très-nombreuses, si la pupille est obstruée en grande partie et s'il y a un commencement d'irido-choroïdite, je n'hésite pas alors à diviser mon opération en deux temps : d'abord je ne fais qu'une irridorhexis, et un mois après je procède à l'extraction linéaire simple ou scléro-kératique, selon la nature de la cataracte.

L'iris doit être aussi excisé pendant l'extraction linéaire simple, lorsqu'il a subi une contusion avec la curette, ou qu'il fait hernie dans la plaie, soit pendant, soit après la sortie du cristallin.

4° Il est utile d'examiner aussi l'âge du malade, ses forces et sa constitution; et si on devait supposer la moindre difficulté pour la sortie du cristallin, on doit procéder, non pas à une extraction linéaire simple, mais à la méthode sclérotico-kératique.

J'ai pratiqué l'extraction linéaire simple, sans ou avec extraction de l'iris nombre de fois, et je n'ai eu, jusqu'à présent, qu'une seule fois la perte de l'œil. Dans tous les autres cas, les choses se sont passées très-régulièrement. Ordinairement, dès le lendemain de l'opération, la cornée présente une suffusion blanchâtre au bord de la plaie; le malade a des picotements et même des élancements; quelquefois il y a un chimosis séreux que j'incise. Petit à petit la rougeur s'en va et la plaie se cicatrise. Dès le deuxième ou troisième jours après l'opération, je commence à instiller les gouttes d'atropine pour empêcher que l'iris fasse adhérence à la cornée.

D. Extraction linéaire combinée

(Méthode de l'auteur).

Les cataractes molles, traumatiques et spontanées peuvent être complètes ou incomplètes. Lorsqu'elles sont complétement ramollies, l'extraction linéaire simple est pratiquée selon les indications développées plus haut.

Mais il n'en est pas de même quand il s'agit des cataractes corticales incomplètes, dans lesquelles le noyau n'est pas opaque et où les couches corticales n'ont subi qu'une partie de leur ramollissement. Les cataractes de cette nature empêchent de voir, mais, n'étant pas encore complétement formées, ne peuvent pas être opérées par les méthodes ordinaires.

J'ai pensé qu'il y aurait un avantage réel à compléter d'abord la cataracte par des discisions préalables, et de faire ensuite l'extraction linéaire simple de la cataracte ainsi ramollie.

Cette méthode, que j'appelle *méthode combinée*, se compose de deux opérations distinctes. La première comprend une ou plusieurs discisions successives (le plus souvent trois), qui ont pour but de ramollir le cristallin et de le réduire en un magma mou, presque à demi liquide; la seconde partie de l'opération est une extraction linéaire simple, que je pratique trois ou quatre semaines après la première discision.

Première partie de l'opération. — Après avoir dilaté la pupille, on fait une discision de la capsule, en faisant entrer l'aiguille à discision de Cusco dans la cornée, à 3 millimètres de son bord. Aussitôt que l'aiguille a traversé la cornée, on porte son tranchant vers le bord supérieur de la pupille, et on incise la capsule de haut en bas sur une étendue de 3 à 4 millimètres; puis on retire l'aiguille. Cette opération terminée, on continue d'instiller des gouttes d'atropine 5 à 6 fois par jour, et on applique des compresses imbibées d'eau froide sur l'œil.

Dès le lendemain, on aperçoit dans la plaie capsulaire une partie du cristallin, gonflé, faire saillie dans la chambre antérieure. La rougeur périkératique apparaît comme conséquence forcée du traumatisme, mais elle ne tarde pas à se dissiper au bout de sept ou huit jours.

Quand la rougeur disparaît, on recommence une seconde discision analogue à la première, et huit jours après on la pratique pour la troisième fois : c'est ainsi qu'on arrive dans l'espace de trois semaines à un ramollissement tout à fait satisfaisant, pour que la masse du cristallin, y compris le noyau, puisse être enlevée facilement à travers une plaie linéaire pratiquée dans la cornée.

Deuxième partie de l'opération. — Elle est par conséquent l'extraction linéaire simple, que l'on exécute de la même manière que nous avons décrite plus haut. L'incision ne doit être faite ni trop près du bord sclérotical, ni trop rapprochée du centre de la cornée; son étendue doit être proportionnée au degré de densité que doit présenter le cristallin.

L'observation m'a démontré que cette seconde opération s'exécute aisément et sans difficulté, et une fois la pupille débarrassée des débris cristalliniens, il ne se passe pas plus de huit jours pour que la plaie soit presque complétement réunie.

Les accidents, qui se présentent, soit pendant les discisions, soit pendant l'extraction, ne sont pas graves, et on peut les éviter assez facilement.

D'abord, on doit éviter de presser trop fortement avec l'aiguille pendant la discision, afin d'éviter la luxation du cristallin. Ensuite la première incision doit être faite sur une petite étendue; autrement on pourrait provoquer une trop forte inflammation de l'œil à la suite d'un gonflement rapide, ou bien le cristallin pourrait sortir tout entier dans la chambre antérieure.

Dans la seconde partie de l'opération, les mêmes accidents peuvent arriver que dans l'extraction linéaire simple, et rien n'est plus facile que de les éviter. On ne doit point faire l'excision de l'iris que dans le cas où il se hernie lui-même dans la plaie pendant l'opération, ou si la curette a contusionné fortement une de ses parties.

Depuis que j'ai introduit cette méthode en pratique, je l'ai appliqué 28 fois, et toujours avec un plein succès et avec la conservation de la pupille normale.

Mais il y a un fait bien extraordinaire, qui s'est présenté chez deux de mes malades, et que je crois utile de signaler à l'attention des praticiens.

Deux de mes malades, qui ont été soumis pendant trois semaines à l'instillation de 6 gouttes d'atropine par jour, dans la proportion de 2 centigrammes pour 10 grammes d'eau, furent pris, quelques heures après l'opération, de douleurs violentes dans l'œil et les paupières. En enlevant le bandeau, j'ai pu me convaincre de l'état satisfaisant de l'œil lui-même, qui n'expliquait point les douleurs; c'est alors en recherchant la cause du mal que je fus frappé du gonflement de la région du sac lacrymal. L'injection faite avec la seringue d'Axel démontrait l'oblitération des voies lacrymales. L'incision du canal et le cathétérisme chez l'un, et les injections renouvelées chez l'autre, arrêtèrent immédiatement les symptômes inflammatoires. L'un et l'autre de ces malades n'ont présenté aucune affection des voies lacrymales avant l'opération; et ce qui est encore plus remarquable, c'est que leurs yeux sont restés susceptibles pour l'atropine, à tel point qu'il suffit de mettre, encore aujourd'hui, une goutte d'atropine dans l'œil opéré, pour que le sac gonfle, et le larmoiement devient excessif.

Je pense que l'atropine paralyse les muscles qui s'attachent aux parois du sac, et suspend le mécanisme d'aspiration des larmes, d'où l'irritation de l'œil, le larmoiement, et l'irritation de la muqueuse du sac.

Dans le prochain et dernier article, j'analyserai plusieurs opérations de cataractes opérées par ma méthode.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 juillet 1869. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Gallard offre en hommage à la Société deux brochures, dont il a donné lecture à l'Académie de médecine; la première a pour titre : *De l'aération et de la ventilation dans les salles de malades.* M. Gallard, après avoir dans cette brochure passé en revue les différents systèmes de ventilation et d'aération employés dans les salles de malades; après avoir, par exemple, comparé l'ancien système employé à la Pitié avec les nouveaux modes d'aération et de ventilation mis en usage à l'hôpital de Lariboisière, arrive à cette conclusion que rien ne vaut le système le plus simple de tous, c'est-à-dire la fenêtre et la cheminée. La seconde brochure, qui n'est pour ainsi dire que le complément de la première, traite des différents procédés de chauffage. M. Gallard arrive, pour les procédés de chauffage, aux mêmes conclusions que pour les moyens de ventilation, et préfère la cheminée à tous les autres systèmes.

Parmi les pièces de la correspondance se trouve le *Recueil des leçons cliniques*, faites à l'Hôtel-Dieu, sur les maladies du cœur, par M. Bucquoy, en qualité d'agrégé.

M. le Président annonce à la Société que M. le docteur Girard (de Marseille), membre correspondant de Marseille, assiste à la séance. M. Girard, qui a demandé un tour de faveur, monte à la tribune pour une communication.

COMMUNICATION

De la transmission des maladies fébriles cutanées, et de l'époque exacte à laquelle ces maladies se transmettent — M. Girard. — La question de la transmission des maladies fébriles cutanées n'est pas encore parfaitement élucidée, et l'on n'a pu jusqu'à présent déterminer d'une façon bien certaine l'époque exacte à laquelle se transmettent ces maladies. Il y a quelques années, je demandai à M. Blache, dont tout le monde connaît la compétence en pareille matière, à quelle époque de la maladie il pensait qu'avait lieu la transmission dans ces sortes d'affections. M. Blache me répondit qu'il pensait que c'était au déclin de la maladie. Je portai dès-lors mes recherches de ce côté, et fis connaître à la Société, par l'intermédiaire de M. Henri Roger, le résultat de ces recherches. Mes conclusions étaient que la maladie se transmettait dans le début. Elles ne furent admises que sous bénéfice d'inventaire. C'est pourquoi je viens aujourd'hui vous apporter le nouveau résultat des observations que j'ai pu faire, grâce à une épidémie de rougeoles qui vient de régner à Marseille. Ce résultat est, pour moi, que la maladie se communique tout à fait dans le début, avant même l'éruption. En effet, sur 108 cas que j'ai observés plume en main, en prenant des notes et en comparant les faits, je n'ai-d'abord pas constaté un seul fait épidémique essentiel; pour moi donc, l'épidémie serait très-rarement la cause de la maladie; elle n'agirait là qu'à l'état de tension pour ainsi dire, comme la tension électrique qui existe entre les nuages dans les temps d'orage. Je crois qu'il faut qu'il y ait contact; et, je le répète, à l'appui de mon opinion sur les 108 cas que j'ai observés, il n'y a pas une seule exception. Il y a toujours eu contact. Voilà donc, pour moi, un fait bien établi, à savoir que la rougeole ne peut se déclarer que par la contagion.

J'arrive maintenant à la détermination de l'époque à laquelle se fait la transmission. Pour moi, je le répète, c'est avant même l'éruption, alors que la maladie n'est qu'à l'état prodromique. Voici des faits à l'appui. Une riche famille de Marseille fait venir un groom de Genève. Le groom, à son arrivée, descend dans une maison où sa sœur est femme de chambre, et n'entre que le lendemain matin dans la famille qui l'a fait venir. A peine est-il installé dans cette maison qu'il est atteint de la rougeole. Comme il y avait un enfant dans cette maison, on l'éloigne aussitôt et on l'envoie à l'hôpital. Douze jours après, non-seulement cet enfant, mais encore un enfant qui habitait la première maison où il était descendu, sont atteints en même temps, à la même heure, de la rougeole.

Autre fait : dans une immense maison de Marseille, qui a plus de 120 mètres de tour, habitent deux familles, la mère et la fille. Elles ont chacune des enfants. Un enfant de la mère est atteint de la rougeole, on éloigne aussitôt les autres, et deux semaines après, tous les autres enfants sont pris tous en même temps. Je pourrais vous citer un grand nombre de faits semblables. Or, sur les 108 cas en question, trois fois seulement l'éruption ne s'est développée que le 16e jour, dans tous les autres cas, elle s'est développée le 13e ou le 14e jour; mais jamais avant le 13e, jamais après le 16e. Cette maladie se transmet donc au début même de l'affection. Il résulte de ces observations un fait de la plus grande importance à mon avis, c'est la détermination de la durée de l'incubation. Jusqu'ici, en effet, elle n'était pas bien fixée, elle varie beaucoup chez les auteurs. Or, après ce que j'ai vu, je crois pouvoir définitivement la fixer entre le 13e et le 16e jour. Je crois pouvoir affirmer en outre qu'il n'y a pas de fait spontané. Si l'on suit bien la filiation, les rapports que le malade a pu avoir, on arrive toujours à cette conclusion qu'il y a eu évidemment contact; je ne citerai qu'un exemple : je fus appelé dernièrement pour une jeune fille de 11 ans, chez laquelle je reconnus les premiers symptômes de la rougeole. Je demandai à sa mère si elle n'avait pas été en rapport, depuis quelque temps, avec une femme atteinte de la rougeole. Sa mère me répondit qu'elle était bien sûre que non. Après plusieurs recherches, nous découvrîmes que, 13 jours avant le début de sa maladie, cette jeune fille avait joué du piano avec une autre jeune personne qui, dans le moment même, présentait les premiers signes de la rougeole. Voilà qui me paraît bien concluant d'autant plus que j'aurais beaucoup d'exemple de cette sorte à citer. Permettez-moi, avant de terminer, d'appeler votre attention sur un point qui me paraît avoir une importance considérable au point de vue du diagnostic. C'est que, quatre, cinq ou six jours au plus avant l'éruption, j'ai toujours, dans tous les cas, observé un pointillé rouge sur le voile du palais. Tous les enfants chez lesquels j'ai observé ce pointillé ont eu la rougeole, tous sans exception. C'est là un caractère prodromique qui ne m'a jamais trompé, et auquel j'attache la plus grande importance. Je me résume, en disant que je ne crois pas à l'influence épidémique ou du moins que je la regarde comme presque nulle. Il faut qu'il y ait contact. Il n'y a pas pour moi de fait essentiel. Ensuite, pour ce qui regarde la durée de l'incubation, jamais la maladie ne se développe avant le treizième jour, ni après le seizième. Voilà qui est bien établi pour moi en ce qui regarde la rougeole. Quant aux autres maladies du même genre, je ne puis encore rien affirmer à leur égard. Pour la scarlatine, je n'ai pas assez de faits pour rien présumer. Quant à la variole, je suis très porté à croire que les choses se passent de même que pour la rougeole, j'ai même quelques faits à l'appui de cette opinion. Pour en revenir à la rougeole, un des faits les plus importants qui me semblent ressortir de mes observations, c'est qu'on peut, sans danger aucun, mettre les enfants en liberté après le onzième ou le douzième jour au plus tard, et non plus les astreindre à cette quarantaine qu'on leur a fait subir jusqu'ici.

M. Bourdon. Je n'ai demandé la parole que pour appuyer ce que vient de nous dire M. Girard sur ce pointillé, auquel il attache un caractère prodromique d'une certaine importance. Je l'ai vu aussi ce pointillé, et chaque fois que je l'ai vu, l'enfant a eu la rougeole; et en outre je l'ai toujours observé, comme M. Girard, alors que l'enfant ne toussait pas encore et n'avait encore rien à la peau, c'est-à-dire tout à fait au début de la maladie.

M. Bergeron. Je remercie notre collègue de son intéressante communication qui me paraît renfermer des faits de la plus haute importance; et pour moi le fait le plus important est celui-ci : à savoir que c'est pendant la période d'incubation que la rougeole est contagieuse. Mais je demanderai si ce chiffre de 13 à 16 est invariable. Car jusqu'ici ce chiffre a été regardé par plusieurs auteurs comme la période maximun, mais non pas absolue de l'incubation, nous pensions en effet qu'elle pouvait être plus courte.

M. Girard répond que pour lui ce chiffre est invariable; et que si on pouvait bien suivre la marche des choses, et bien observer les rapports et les rapprochements que le malade a eus avec différentes personnes, on arriverait toujours à découvrir qu'il y a eu contact le treizième ou le quatorzième jour avant le début de la maladie. Ces observations du reste, ajoute M. Girard, sont bien plus faciles à faire en province où tout le monde se connaît, qu'à Paris, et il n'est pas étonnant qu'on ne puisse pas toujours retrouver à Paris la source de la maladie.

M. Isambert tout en reconnaissant l'importance de la communication de M. Girard, demande que l'on fasse des réserves pour ce qui regarde la contagion. Car il est arrivé souvent, prétend M. Isambert, qu'on a observé la contagion dans le déclin de la rougeole. M. Blache entre autres dit l'avoir observé souvent.

M. Bucquoy. Je suis de l'avis de M. Isambert. Après m'être souvent demandé si les fièvres éruptives n'étaient pas plus contagieuses à leur début qu'à leur déclin, je suis très porté à croire, après les observations de M. Girard, qu'elles doivent l'être plus à leur début. Mais je ne partage plus l'avis de M. Girard sur leur innocuité dans leur déclin. Voici un fait qui m'a touché d'assez près pour me frapper, et qui paraît bien confirmer cette opinion. Mes deux filles ont fait leur première communion ensemble. Quinze jours après il s'est déclaré parmi les enfants du quartier une épidémie de rougeole manifeste : or, le point de départ a été chez une petite fille qui avait, comme mes filles, suivi la retraite du catéchisme et qui venait d'avoir la rougeole. Je suis bien sûr que mes filles n'ont pas eu d'autre contact. Il s'est passé là ce que nous voyons souvent dans les colléges où l'on renvoie des enfants alors qu'ils ne sont pas parfaitement guéris, et qui deviennent ainsi la cause d'une épidémie de rougeole. Je crois donc à la contagion de la rougeole dans son déclin.

M. Archambault. Je ne puis partager entièrement la manière de voir de M. Girard sur la nécessité du contact, et du contact au début de la maladie. Nous avons vu, en effet, des rougeoles apparaître dans des villages sans qu'il y ait eu de contamination avec une rougeole au début. J'ai même observé ce fait à l'hôpital des enfants. Ce sont là des faits que l'on ne saurait expliquer avec la manière de voir de M. Girard.

M. Blachez. Je demanderai à M. Girard qu'il veuille bien nous donner quelques renseignements sur ce pointillé rouge dont il nous a parlé, et qui, pour moi, je l'avoue, est un fait tout à fait nouveau et qui me paraît avoir son importance. Peut-on, ce pointillé étant découvert, le regarder comme un signe certain de la rougeole?

M. GIRARD répond que pour lui c'est un caractère qui ne la jamais trompé.

M. CHAMPOUILLON. Ce pointillé n'est pas d'une constatation aussi récente qu'on pourrait le supposer ; car je me rappelle, en 1835, en passant mon troisième examen, avoir été interrogé par Casimir Broussais, sur les signes de la rougeole, et Broussais me reprocha d'avoir oublié, parmi les signes de la rougeole, ce pointillé auquel il attachait une certaine importance, et qui m'était complétement inconnu.

M. BERGERON. Je crois que nous avons tous observé ce pointillé, seulement je demanderai à M. Girard s'il l'a toujours observé dans la période prodromique?

M. GIRARD répond que c'est toujours dans la période prodromique que l'on observe ce pointillé.

M. COLIN. La manière de voir de M. Girard diffère entièrement de celle de Panum. Pour Panum, le point de départ est l'éruption. Il affirme que la rougeole n'est dangereuse que quand le contact a eu lieu pendant l'éruption. Il distingue donc deux périodes : celle des prodromes et celle de l'éruption. Or le point de départ n'est pas le même. Pour M. Girard, il est dans la période des prodromes, tandis que pour Panum, ce n'est qu'alors que le malade contaminant est en éruption.

M. BUCQUOY. Je demanderai à revenir un instant sur la question du pointillé qui, pour moi, je l'avoue, est une chose toute nouvelle. Comment se fait-il que ce signe, que connaissait Broussais, ait été oublié par toute une génération? Je demanderai à M. Girard si ce pointillé se trouve sans fièvre, s'il est complétement indépendant de tout autre symptôme.

M. GIRARD. Il est tellement indépendant de tout autre sypmtôme que j'ai vu souvent toutes les symptômes disparaître alors que le pointillé persistait seul, et toujours il a été suivi de la maladie.

M. ISAMBERT. Je regarde toujours la gorge, et souvent en effet, je me rappelle avoir rencontré ce pointillé, mais je ne l'ai pas observé d'une façon constante.

M. DUMONT-PALLIER. Ce fait du pointillé me paraît d'une importance considérable, et comme c'est un fait tout nouveau pour moi comme pour beaucoup d'entre nous, je crois, je demanderai à M. Girard de vouloir bien nous dire exactement à quel moment il se rencontre, sur quelle partie du voile du palais et à quel moment il disparaît.

M. GIRARD. Ce pointillé est rouge, il se montre, descendant vers le bord libre du voile du palais, entre le cinquième et le septième jour après les premiers symptômes, et il disparaît vers le troisième ou quatrième jour après l'éruption. Je l'ai toujours vu quand j'ai été appelé à temps. Ce signe m'a été indiqué en 1839 par Valleix, et depuis ce temps j'en ai toujours tenu compte.

M. CHAMPOUILLON. Broussais ne spécifiait pas l'époque de ce pointillé.

M. DUMONT-PALLIER demande à M. Girard s'il pense qu'il en est de même pour la varicèle que pour la rougeole.

M. GIRARD répond que les choses se passent absolument de la même façon pour l'une que pour l'autre.

M. MOUTARD-MARTIN demande si M. Girard pense aussi que la varicèle ne se prenne qu'au début?

M. GIRARD répond affirmativement à la question de M. Moutard-Martin.

Il s'échange encore quelques explications entre MM. Girard, Blachez et Isambert.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite de la première série des épreuves du concours pour deux places de chirurgien au bureau central, ont été jugés admissibles aux épreuves définitives :

MM. Cocteau	61	points.
Dubreuil	60	—
Lannelongue et Ledentu	59	—
Périer et Polaillon	56	—
Nicaise	55	—
Hardy	52	—

Le sujet de l'épreuve écrite a été : *Structure des artères, blessures des artères.*

— Le courrier des Antilles, arrivé hier à Paris, annonce que la fièvre jaune était entrée dans une période de décroissance : quelques cas existaient encore à la Martinique et à la Guadeloupe, mais l'état sanitaire de nos deux colonies s'était sensiblement amélioré, et tout porte à croire que l'épidémie touche à sa fin.

— Nous apprenons, par l'*Argus de Melbourne*, que la petite-vérole a de nouveau disparu de l'Australie, où elle avait été introduite récemment. Dès son apparition les mesures les plus strictes avaient été prises pour prévenir sa propagation, et il paraît qu'elles ont réussi.

— La santé des résidants européens à Hong-Kong a été généralement bonne l'année dernière. Aucune maladie épidémique n'a régné dans cette colonie.

— Le choléra paraît s'étendre graduellement dans la présidence du Bengale. On en signale un certain nombre de cas dans les diverses garnisons de troupes anglaises : à Allahabad, Jubbulpore, Sangor, Morar, Séetapore, Dum-Dum, Berhampore, etc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Descartes considéré comme physiologiste et comme médecin, par le docteur BERTRAND DE SAINT-GERMAIN. — 1 vol. in-8° de 532 pages. Prix : 7 fr. 50.

De la mort subite dans la fièvre typhoïde, par le docteur GEORGES DIEULAFOY. — In-8° de 64 pages. Prix : 1 fr. 50 c.

Mémoire sur la conservation de la force, *précédé d'un Exposé élémentaire de la transformation des forces naturelles*, par H. HELMOLTZ, docteur en médecine et en philosophie. Traduit de l'allemand par Louis Pérard. — Prix : 3 fr. 50 c.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. le professeur Sée a obtenu, comme on le prévoyait, une majorité considérable; mais M. Bernutz, bien qu'ayant eu seulement 14 voix, nous semble désigné d'avance pour la première place vacante dans la section. Ses beaux travaux sur les maladies de l'utérus sont des titres exceptionnels et justement appréciés.

Une note de M. Husson, directeur de l'Assistance publique, sur les divers systèmes de tentes et de barraques destinées aux malades ou aux blessés a un peu retardé le discours de M. Depaul ; aussi la séance s'est-elle prolongée plus que d'ordinaire. L'importance prépondérante de la discussion sur la vaccine nous force à résumer en quelques mots seulement la note de M. Husson. Nous comptons du reste revenir très-prochainement sur la question des tentes-hôpitaux, lorsque M. Le Fort aura fait connaître les statistiques de son service.

Ce n'est pas surtout M. Guérin que M. Depaul a pris à partie dans son premier discours : c'est M. Bousquet. Le directeur actuel de la vaccine avait appris que son prédécesseur parlerait dans cette discussion ; et il n'a pas voulu rester, par rapport à lui, sur la défensive. M. Bousquet devra donc répondre à une accusation directe : on lui reproche d'avoir, durant plusieurs années, par ses publications et par son influence comme directeur de la vaccine, perpétué en France des erreurs reconnues telles en Allemagne.

Il est très-difficile de séparer toujours les questions de personnes des questions de doctrine. Le débat peut ainsi s'étendre indéfiniment, sans que les points de pratique sur lesquels il devra porter en soient devenus plus nombreux.

La vaccine peut dégénérer : les orateurs semblent être d'accord pour le reconnaître. Mais on discute sur les causes de cette dégénérescence, sur les moyens d'y remédier, sur la nature intime de la vaccine et de la variole.

Tandis que M. Depaul admet que le cow-pox dégénère exclusivement quand il est transmis d'homme à homme, M. Guérin croit qu'il en est de même quand il est transmis de vache à vache. De là des jugements opposés sur la valeur de la vaccination animale, considérée soit comme source habituelle ou exclusive du vaccin; soit comme moyen transitoire de régénérer la vaccine humaine.

Sur la nature du virus-vaccin, envisagé en lui-même, les divergences d'opinion ne sont pas moins marquées.

M. Depaul considère encore la variole comme ayant produit la vaccine par sa transmission aux animaux.

M. Guérin, à ce qu'il nous semble, voit dans la variole et dans la vaccine deux affections de même famille, mais non pas identiques. La pensée de M. Guérin, telle du moins que nous l'avons comprise, pourrait se traduire de la sorte. « La vaccine est une variole conjuguée naturellement à l'élément bestial; tandis que la variole proprement dite est naturellement conjuguée à l'élément humain. »

Cette dernière théorie nous avait paru dangereuse, parce qu'elle conduisait à assimiler deux affections différentes selon nous : la variole proprement dite, et la vaccine humaine, transmise assez de fois pour être devenue *toute humaine*, suivant l'idée de M. Guérin.

A plus forte raison ne croyons-nous pas juste l'identification complète proposée par M. Depaul.

Comment expliquer dans cette hypothèse, les différences essentielles entre la variole et la vaccine inoculée, à moins d'accorder à l'élément bestial une influence beaucoup plus grande que ne lui donne M. Guérin ?

En effet, il aurait suffi d'un seul passage à travers l'animal pour enlever définitivement à la variole ses caractères les plus essentiels, alors même qu'elle serait revenue depuis longtemps sur son terrain naturel, étant dès lors transmise exclusivement d'homme à homme.

Et puis, pourquoi donc la variole, devenue cow pox chez les animaux, y resterait-elle plus vivace, moins susceptible de dégénérer, que chez l'homme, quand elle y serait revenue à l'état de vaccin? Le contraire serait plus probable. Si donc le cow pox se conserve bien, lorsqu'il est transmis de bête à bête, il ne faudrait pas en conclure que ce soit la variole humaine.

A ces objections toutes théoriques s'en joignent d'autres, bien plus puissantes, qui sont basées sur les expériences faites par M. Chauveau, de Lyon.

Dr VICTOR REVILLOUT.

SAINTE-PÉRINE. — M. RAYNAUD.

Anévrysme de l'aorte thoracique.

SAC FORMÉ EN PARTIE PAR LES PAROIS DE L'ŒSOPHAGE.

(Observation recueillie par M. A. LE PIEZ, interne de service.)

M. L..., 80 ans, a été plusieurs fois à l'infirmerie pour y être traité de fistules urinaires multiples, lesquelles sont aujourd'hui complétement cicatrisées; hernie inguinale gauche descendant jusque dans le scrotum, rentrant facilement par le taxis.

14 juillet 1869. — Point de côté siégeant à droite au-dessous et un peu en arrière du mamelon, augmenté par la pression et les fortes inspirations. Pas de frissons antérieurs, pas de toux ni de crachats. Pouls à 80, régulier, se laissant facilement déprimer. Face pâle, langue blanche, pas d'appétit. Le malade, dont l'intelligence est très-obtuse, rend difficilement compte de son état. L'auscultation et la percussion du thorax ne fournissent que des signes négatifs.

Traitement. — Sinapismes *loco dolenti.* — Frictions avec un liniment calmant.

15 juillet. — La douleur de côté a un peu diminué. Pas de toux ni de crachats; pas de fièvre. Langue blanche, il y a un peu de constipation depuis quelques jours. Rien à l'auscultation ni à la percussion du thorax.

Traitement. — Sulfate de magnésie, 30 grammes. — Frictions *ut suprà.*

Le malade a quelque difficulté à prendre sa médecine, il en vomit une partie ainsi que quelques tasses de thé qu'on lui fait prendre à la suite; il y a un peu de dysphagie, à peine les boissons sont-elles ingérées, qu'une petite partie en est rendue par régurgitation avec quelques crachats blancs. La purgation n'ayant pas produit d'effet, on donne dans la journée un lavement simple qui est suivi de deux garde-robes assez abondantes.

16 juillet. — La douleur de ce côté existe toujours, mais il y a depuis hier un affaissement considérable. Face très-pâle, yeux cernés, conjonctives décolorées; les extrémités sont complétement froides, la langue elle-même est refroidie ainsi que les oreilles, comme dans la période algide du choléra, la peau du dos des mains conserve le pli que l'on y fait. Intelligence très-obtuse. Pas de signes de paralysie dans aucun membre. Le pouls petit, serré, ne peut se compter tellement il est fréquent. Rien à l'auscultation ni à la percussion des poumons ; on entend difficilement les bruits du cœur, ils sont très-tumultueux et l'on constate un bruit de souffle qu'il est impossible de localiser à cause du désordre des battements. Pas d'oppression. Température axillaire, 36°4. En présence de cet état on diagnostique une hémorrhagie interne, sans pouvoir autrement la localiser; il n'y a d'ailleurs ni vomissements de sang, ni selles sanglantes.

Traitement. — Thé au rhum. — Frictions sèches sur les extrémités. — Boules d'eau chaude.

Le malade après s'être réchauffé un peu dans la journée s'éteint lentement, à deux heures du matin, sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

Autopsie pratiquée trente heures après la mort.

A l'ouverture du thorax on constate la présence de trois ou quatre cuillerées de sang liquide dans les plèvres.

Les poumons, le cœur, ainsi que l'aorte, la trachée et l'œsophage sont extraits de la cavité thoracique.

Les *poumons* ne présentent aucune altération, il n'y a que quelques adhérences au sommet du poumon droit.

Le *péricarde* est sain et ne contient pas de liquide.

Le *cœur*, un peu volumineux, présente de la surcharge graisseuse, les parois du ventricule gauche offrent une épaisseur d'environ deux centimètres et demi, on rencontre sur la valvule mitrale, quelques plaques cartilagineuses.

L'aorte, depuis son origine jusqu'à la moitié environ de son trajet le long de la colonne vertébrale, dans le thorax, ne présente que quelques plaques athéromateuses plus ou moins étendues.

Dans les dix derniers centimètres de son trajet, et jusqu'à son passage à travers le diaphragme, elle offre un sac anévrysmateux de la grosseur du poing environ. Le sac incisé dans sa longueur présente au plus haut degré la dégénérescence athéromateuse; sa face interne, rugueuse, très-inégale, est recouverte, dans une grande partie de son étendue, de caillots fibrineux, stratifiés, remontant certainement à une époque déjà éloignée.

Malheureusement, ce sac avait été dilacéré au moment où l'on avait enlevé en masse les viscères thoraciques; en sorte qu'il est impossible de le disséquer.

La partie postérieure est fortement adhérente à la colonne vertébrale. Tout autour de cette poche principale existe une vaste infiltration sanguine présentant la disposition suivante :

Par un orifice du sac situé à quelques centimètres au-dessus du diaphragme, on pénètre dans une cavité pleine de caillots mous et noirs, laquelle est formée par les parois de l'œsophage disséquées. La couche des fibres circulaires de l'œsophage se trouve séparée en deux portions, de telle sorte que cette espèce de kyste se trouve formé en partie par la moitié interne du cylindre œsophagien, en partie par une membrane musculaire dépendant évidemment de l'œsophage, et qui présente sur sa face interne des fibres circulaires, sur sa face externe des fibres longitudinales.

Il résulte de cette disposition que le sang a pénétré directement du sac anévrysmal dans l'épaisseur des parois de l'œsophage et qu'il s'est creusé une poche dans l'épaisseur même de la couche des fibres circulaires, en remontant jusqu'au niveau de la fourchette sternale.

Ce n'est pas tout : en dehors de ce sac secondaire creusé dans l'épaisseur de l'œsophage, il existe une troisième poche formée aux dépens du tissu cellulaire du médiastin, ayant pour parois, d'une part, la colonne vertébrale, d'autre part, le feuillet pariétal et médiastinal de la plèvre formant un véritable anévrysme diffus et plein de caillots très-mous qui nous ont paru d'une date un peu plus récente que les caillots situés dans l'épaisseur des parois de l'œsophage.

En incisant l'*estomac*, on en voit jaillir un flot de sang qui distendait cet organe. Au niveau de l'orifice du cardia, il existe, dans une petite étendue, une infiltration sanguine de la paroi stomacale. Il est plus que probable que le sang aura pénétré dans l'estomac par une rupture située, soit au niveau de l'estomac lui-même, soit le long de l'œsophage; il nous a été, du reste, impossible de trouver cette rupture.

En rapprochant les résultats de l'autopsie des phénomènes qui se sont passés pendant la vie, nous croyons pouvoir nous arrêter à l'interprétation suivante : l'anévrysme existait depuis longtemps déjà; dans les cinq ou six derniers jours de la vie, il y a eu pénétration du sang dans l'épaisseur des parois œsophagiennes, et c'est sans doute à cette cause qu'il faut rapporter la dysphagie qui a été observée, et qui aurait été beaucoup plus nette si le malade avait pu rendre compte de ses sensations. Puis, enfin, le 16 juillet, s'est fait une dernière rupture, d'une part, dans le tissu cellulaire sous-pleural, d'autre part dans l'estomac ; cette rupture aura déterminé le refroidissement et tous les signes d'hémorrhagie interne qui ont précédé la mort de 15 heures environ.

TAMPONNEMENT DU COL UTÉRIN AVEC LE PERCHLORURE DE FER

GANGRÈNE PARTIELLE DU VAGIN. — FORMATION DE BRIDES VAGINALES

Par le Dr CH.-AD. TISSIER.

(Observation lue à la Société de médecine).

L'année dernière, une discussion importante s'est élevée au sein de votre Société sur les avantages et les inconvénients de l'emploi du perchlorure de fer dans la thérapeutique chirurgicale. Permettez-moi de vous communiquer une observation où, à la suite de l'emploi de ce médicament, se sont produits des accidents qui auraient pu devenir graves.

Je fus consulté, au commencement de mars 1867, par une dame D..., âgée de 40 ans, d'une excellente constitution et d'une bonne santé habituelle. Cette dame était accouchée huit mois auparavant; l'accouchement s'était parfaitement passé sans accident, et le retour de couches a eu lieu au bout de sept semaines. Elle me raconte que, depuis trois semaines, elle a ses règles; que, par moment, il sort de petits caillots sanguins; que, du reste, il ne lui est jamais arrivé d'avoir de pertes utérines, et qu'elle est ordinairement très-bien réglée.

Je lui recommandai le repos au lit et quelques injections avec de l'eau additionnée de perchlorure de fer à 30 degrés du pèse-sel.

La malade fit quelques injections, ne garda pas le repos et les pertes continuèrent.

Le 15 mars, je fus demandé en toute hâte auprès de cette dame, qui venait d'avoir une perte foudroyante. Je puis évaluer de 1 litre et demi à 2 litres la quantité de sang qu'elle venait de perdre; c'était un mélange de caillots et de sérum sanguinolent.

La malade était étendue dans son lit, sans mouvement, la face pâle, couverte d'une sueur froide et visqueuse, les extrémités glacées; le pouls radial était imperceptible; les battements du cœur petits et lents; la voix était complétement éteinte. Quelques jours après la malade put me dire quelle avait en outre éprouvé, au moment de cette perte, des vertiges et des tintements dans les oreilles.

En présence d'un état aussi grave, il n'y avait pas de temps à perdre. Je fis immédiatement appliquer, sur le ventre, des compresses trempées dans de l'eau de puits, et je procédai au tamponnement du vagin. Je fis le tamponnement en queue de cerf-volant; les trois premiers bourdonnets de charpie furent trempés dans le perchlorure de fer pur, et les autres dans une solution étendue des trois-quarts d'eau.

L'application fut faite sans spéculum, n'en ayant pas sous la main, et du reste ne pouvant attendre, le cas étant urgent.

Je fis donner un gramme d'ergot de seigle en 4 paquets à prendre de dix minutes en dix minutes; je prescrivis du bouillon froid et de la glace à la malade, et je la quittai en laissant auprès d'elle une sage-femme intelligente.

Je revins deux heures après; la perte paraissait complétement arrêtée. La malade était dans le même état de prostration; la voix complétement éteinte, répondant à peine par signes; le pouls radial imperceptible, les battements du cœur plus forts et aussi plus fréquents.

Je prescrivis une infusion chaude de thé, additionnée de rhum, à prendre de quart d'heure en quart d'heure, mais par petites quantités. J'avais vu ce moyen réussir entre les mains de M. Paul Dubois, chez une femme atteinte d'hémorrhagie grave, pendant un accouchement forcé, par suite d'insertion vicieuse du placenta vers le col.

Six heures plus tard, je revis la malade. Le pouls radial était perceptible; du reste, même état. Il y avait un peu d'écoulement de sérosité sanguinolente par l'orifice vulvaire.

Le lendemain, je retirai une partie des bourdonnets de charpie, mais je n'osai détamponner complétement, la femme étant toujours dans le même état de prostration.

Je ne retirai les bourdonnets trempés dans la solution pure de perchlorure de fer que quarante-huit heures après leur application. Pendant tout ce temps, la malade n'avait accusé aucune douleur. Je continuai l'eau de Rabel à l'intérieur, les applications froides sur l'abdomen et les autres moyens en pareilles circonstances. Les forces reprirent peu à peu, et le cinquième jour après la perte, la malade pouvait causer sans trop de fatigue. Elle se plaignit alors d'un sentiment de brûlure dans le vagin; je fis faire des injections froides, émollientes, répétées toutes les deux heures. Le liquide sortait avec une odeur légérement fétide. Cette odeur s'accentuait davantage de jour en jour; l'injection entraînait avec elle des débris de muqueuse, et, le 2 avril, c'est-à-dire dix-sept jours après le tamponnement au perchlorure de fer, la malade rendait un morceau de muqueuse gangrenée de 0m06 centim. de longueur sur 0m02 centim. de largeur environ.

Je fis faire des injections émollientes pendant près de trois semaines. La malade, qui était d'une bonne constitution, se rétablit promptement, et le 24 avril, près de six semaines après la perte, les règles apparurent pâles, peu abondantes et ne durèrent que deux jours.

Quelques jours après, je pratique le toucher avec le doigt indicateur; je suis arrêté à 4 centim. de la vulve par un anneau fibreux très-résistant, pouvant permettre à peine l'introduction du petit doigt. En essayant de franchir cet anneau, l'extrémité de l'indicateur pénètre dans un conduit étroit de 2 centim. de longueur, puis rencontre un second anneau sur lequel est accolé le col de l'utérus.

Le coït étant devenu presque impossible, je fis quelques tentatives de dilatation avec l'éponge préparée et des mèches à demeure; ces tentatives restèrent infructueuses.

La malade fut alors examinée par les docteurs Thibault et Fano, qui conseillèrent le débridement multiple. Le 30 juillet, cinq jours après la cessation des règles, quatre incisions furent faites sur les anneaux fibreux: trois à droite et une à gauche. A la suite de ce débridement, deux doigts pouvaient pénétrer dans toute la longueur du vagin et arriver jusqu'au col, très-abaissé.

Malgré une dilatation permanente pendant dix jours avec des mèches enduites de cérat, dilatation permanente qui dut être interrompue le 9 août par un retour anticipé des règles, l'anneau fibreux s'est reformé presque complétement. Je dois ajouter, qu'à la suite de cette opération, la malade fut atteinte d'une névralgie sciatique droite qui dura cinq semaines.

M. le docteur Cazalis la vit alors et put constater avec moi l'état des brides du vagin.

Depuis cette époque la dame D... n'a jamais eu de nouvelles pertes. Sa santé est excellente.

Son mari, atteint de cirrhose, succomba quelque temps après à la suite d'une attaque de *delirium tremens*, pour laquelle je réclamai les conseils de notre confrère le docteur Blanche; aussi je conseillai à cette dame, devenue veuve, de ne pas tenter une nouvelle opération.

Il y a deux mois, voulant se remarier, la dame D... vint de nouveau réclamer mes soins. Je fis encore un débridement multiple suivi de dilatation avec l'éponge préparée, pendant huit jours, mais sans arriver à un résultat satisfaisant; les brides se sont reformées, mais cependant le doigt pénètre plus facilement.

Cette dame est remariée depuis un mois, et le second mari m'a affirmé que les rapports sexuels, quoique difficiles, sont possibles et non douloureux.

Réflexions. — Il y a six mois, j'ai eu occasion de donner des soins à une dame qui avait été traitée par un faiseur pour une affection non existante du col de l'utérus. A la suite de cautérisations avec le perchlorure de fer, cette dame présente des brides qui unissent le col utérin avec les parois vaginales.

Les docteurs Moretin et Clément m'ont parlé d'une dame habitant la rue du Renard, chez laquelle existent des brides vaginales nombreuses à la suite d'un tamponnement fait avec le perchlorure de fer pour arrêter une hémorrhagie utérine.

Cette dame, qui a été vue par notre collègue, le docteur Perrin, est accouchée deux fois depuis. Le travail de l'accouchement a été à peine ralenti par ces brides, qui ont cédé très-facilement aux efforts de contraction et de dilatation. Ces brides se sont reformées depuis.

Dans le fait que je viens de rapporter, l'action du perchlorure de fer a été merveilleuse pour arrêter instantanément une hémorrhagie foudroyante et qui me paraissait pour ainsi dire mortelle. Les accidents qui ont été observés consécutivement chez notre malade ne se seraient pas probablement produits si j'avais pu tamponner lentement et porter, à l'aide d'un spéculum, les bourdonnets trempés de perchlorure de fer directement sur l'orifice du col, en ayant soin de bourrer de charpie sèche le cul-de-sac du vagin.

La thérapeutique chirurgicale, en s'entourant de précautions, peut mettre à profit cette facilité avec laquelle on peut produire des brides vaginales par la cautérisation avec le perchlorure de fer pour maintenir certaines chutes de la matrice ou certaines déviations utérines. Ainsi, chez notre malade, le col utérin est arrêté par le second anneau fibreux.

Il est une question qui peut être soulevée incidemment, c'est celle de la cause de l'hémorrhagie chez la malade qui fait l'objet de cette observation.

Ce n'est évidemment pas une de ces hémorrhagies qui surviennent souvent quelques semaines après l'accouchement, hémorrhagies généralement peu abondantes, dues très-probablement à une exhalation sanguine de la muqueuse utérine de nouvelle formation qui doit remplacer la caduque, muqueuse non encore complétement recouverte de son épithélium, quelquefois deux mois après l'accouchement.

Est-ce une hémorrhagie due à la présence de corps ou de polypes fibreux? Je ne le pense pas. Le toucher et le palper, pratiqués par plusieurs praticiens habiles, n'ont pu faire trouver trace de corps fibreux, soit de la cavité, soit du corps, soit du col de l'utérus. En outre, depuis deux années, il ne s'est produit sur notre malade aucune hémorrhagie utérine et la présence d'un corps fibreux de l'utérus n'aurait pas été sans amener de nouvelles hémorrhagies depuis cette époque.

Il existe quelquefois de petits corps fibreux qui peuvent se détacher et se perdre dans les caillots de l'hémorrhagie qu'ils ont produite; mais alors l'hémorrhagie est loin d'être aussi considérable que celle que nous avons observée chez notre malade.

Aussi j'ai vu, il quelques mois, chez un enfant de 8 ans, des hémorrhagies anales peu abondantes, qui se sont répétées sept à huit fois dans l'espace de deux mois. Ces hémorrhagies ont cessé complétement après la chute d'un petit polype fibro-muqueux du rectum.

Pendant quinze jours, l'enfant prit tous les matin un petit lavement d'eau froide, additionné d'un dixième environ de son volume de perchlorure de fer. A la suite de ces injections le corps fibreux se détacha.

L'hémorrhagie de la dame D..., que M. le docteur Cazalis caractérisait de métrorrhagie rhumatismale, rattachant à la même cause la névralgie sciatique survenue à la suite du premier débridement, et que je crois être la conséquence de l'opération, même pratiquée dans le vagin; cette hémorrhagie, dis-je, me paraît être de la nature des métrorrhagies dites idiopathiques ou essentielles, métrorrhagies n'étant pas sous la dépendance d'une affection générale, métrorrhagies niées par un certain nombre d'auteurs, et dont cependant il existe dans la science quelques cas suivis de mort, et où l'autopsie n'a pu rien révéler. (Observation de Whitehead, *Archives* 1846; observation de Obre, *Gazette médicale de* 1858.)

Cette classe d'hémorrhagie pourra peut-être disparaître un jour du cadre nosologique, lorsque l'on connaîtra mieux l'anatomie et la physiologie de la muqueuse utérine à l'état normal et à l'état pathologique.

NOTE

SUR L'EMPLOI DU BROMURE DE POTASSIUM DANS L'ÉCLAMPSIE

Par le docteur CERSOY (de Langres).

L'observation publiée par le docteur Raciborski, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 3 juillet dernier, offre à coup sûr un très-grand intérêt, mais elle n'est pas *unique dans son genre* comme le pense son savant auteur.

Le docteur Shoyer, de Leavenworth (Kansas), a relaté, il y a longtemps déjà, une observation de guérison rapide de convulsions puerpérales par l'emploi à haute dose du bromure de potassium dans *New York medical record*, t. I.

Ce fait est reproduit dans le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, t. LXXIV, p. 41, janvier 1868.

Dans ce cas du docteur Shoyer, la malade en travail prit 10 *grammes de bromure de potassium dans l'espace de dix-neuf heures et demie*, par doses de 75 centigrammes, d'abord toutes les heures, puis à des intervalles plus éloignés. Elle accoucha dans la vingt-deuxième heure qui suivit le début du traitement. Les attaques cessèrent dès le début de l'administration du médicament grâce à l'énergie de la médication. On n'a noté, sous l'influence de cette haute dose de bromure de potassium, qu'une somnolence qui dura trois jours et à la suite de laquelle la nouvelle accouchée s'éveilla sans avoir conservé le souvenir de ce qui s'était passé. Mais il n'est pas douteux que la somnolence et la perte du souvenir ne doivent être mis, pour une grande part au moins, sur le compte de l'éclampsie, puisque dans l'observation du docteur Raciborski, on constate les mêmes phénomènes consécutifs malgré les doses relativement très-faibles de bromure alcalin. Il est du reste parfaitement constant que l'état comateux succède toujours aux attaques d'éclampsie.

Le docteur Shoyer constate une guérison autrement prompte que celle du docteur Raciborski, mais on est autorisé à penser que le second eût obtenu un succès aussi prompt que son confrère américain s'il eût eu, selon la pittoresque expression de MM. Martin-Damourette et Pelvet, *la sage hardiesse* de donner le bromure à dose suffisamment élevée. Les attaques eussent cédé probablement dès le premier jour au lieu de se continuer pendant trois jours.

Je suis persuadé qu'il n'y a aucun inconvénient et tout avantage, surtout dans un cas aussi grave et aussi pressant que l'éclampsie puerpérale, à porter d'emblée le bromure de potassium à la dose de 10 grammes par jour.

Il y a à peine quelques semaines, j'ai pu donner à un enfant de 13 ans, atteint de chorée, jusqu'à 8 grammes de bromure de potassium par jour. J'étais arrivé là, à la vérité progressivement en débutant par 2 grammes par jour. J'ai continué cette dose de 8 grammes pendant cinq jours, sans effets physiologiques appréciables pour les personnes étrangères à la médecine, et je dois l'avouer sans aucun résultat thérapeutique. Je n'ai pas été aussi heureux que M. Gallard.

Je dois ajouter que le bromure employé dans ce dernier cas avait été soigneusement analysé et reconnu exempt d'iodure et de chlorure.

Je terminerai cette note en exprimant timidement une pensée qui m'est survenue après la lecture de l'observation du docteur Shoyer.

J'ai donc pensé que les effets physiologiques du bromure de potassium étant suffisamment bien déterminés, on pourrait mettre à profit l'action curative de ce médicament sur l'éclampsie puerpérale pour éclairer l'étiologie de cette terrible... maladie. J'allais presque dire cette terrible névrose d'ordre réflexe.

« *Naturam morborum curationes ostendunt.* »

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 27 juillet 1869. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1868, dans les départements des Hautes-Pyrénées et d'Ille-et-Vilaine. (Commission des épidémies.)

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Bussang (Vosges), par M. le docteur Masson; de Bains (Vosges), par M. le docteur Bailly; de Vittel (Vosges), par M. le docteur Patézon. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. Lallour, de Quimper, sur la vaccine. (Commission de vaccine.)

2° Une note en allemand sur l'action thérapeutique de l'opium, par M. le docteur Peschaud, de Rederkesa.

3° Un pli cacheté adressé par M. Louis Baudin, médecin et chirurgien de l'hôpital civil d'Aïn Temouchen.

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

Par M. Gosselin, au nom de M. Boeckel, de Strasbourg, une brochure sur la périostite phlegmoneuse.

Par M. Bergeron, au nom de M. le docteur Sire, un ouvrage ayant pour titre : *L'alimentation dans ses rapports avec la pathologie, la physiologie et la thérapeutique.*

Par M. Béhier, au nom de M. Bucquoy, ses leçons sur les maladies du cœur, professées à la Faculté de Paris; au nom de M. L. Giraud, une thèse sur la tuberculisation des organes génitaux de la femme.

ÉLECTION

L'Académie procède par voix de scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie interne à la place de M. Grisolle, décédé.

Le nombre des votants est de 69, majorité 35.

Au premier tour de scrutin :

M. Sée obtient	48	voix.
M. Bernutz	14	—
M. Voillez	5	—
M. Villemin	2	—

En conséquence, M. Germain Sée est proclamé membre titulaire de l'Académie.

Note sur les barraques et les tentes destinées au traitement des blessés.

M. HUSSON commence par aborder l'historique de la question, et dit qu'il serait difficile d'assigner une origine exacte à l'idée de placer les malades et surtout les blessés dans des barraques de bois ou sous la tente, dans le but de les amener plus sûrement et plus rapidement à la guérison. Il rappelle que ce système a été mis en pratique au commencement de ce siècle, dans la guerre d'Espagne, par Bell et Hennen; en 1847, à New York, pendant une épidémie de typhus; en 1855, en Crimée, par miss Nightingale et par M. Michel Lévy; que pendant la guerre d'Italie M. le baron Larrey y avait pensé, et avait écrit sur ce sujet à l'intendance.

Mais, ajoute M. Husson, l'impulsion réelle et décisive vient des États-Unis. Dans la dernière guerre du Sud, des pavillons barraques et de véritables hôpitaux sous tentes furent créés partout où l'on combattait. Depuis 1864 des constructions semblables ont été établies pendant l'été à l'hôpital de Béthanie et à la Charité de Berlin. La guerre de 1866 généralisa cette application en Allemagne, et aujourd'hui la plupart des hôpitaux de ce pays soignent pendant l'été les malades sous la tente.

Il résulte des documents statistiques, publiés dans les Archives de médecine, par M. Chantreuil, interne des hôpitaux que les succès, après les opérations, sont notablement plus fréquents pour les blessés soignés pendant l'été dans les barraques ou sous la tente que dans les salles des hôpitaux.

Quatre systèmes se trouvent en présence :

1° Les barraques ou hôpitaux d'été, employés en Russie et à la Charité de Berlin. Ce sont des constructions permanentes, en bois ou constituées par une combinaison de la maçonnerie et de la charpente.

2° Les barraques tentes, qui sont construites, partie en bois partie en toile.

3° Les tentes-hôpitaux, qui sont entièrement formées de toile supportée par une charpente.

4° Les tentes d'une dimension beaucoup plus restreinte, qui présentent des spécimens assez nombreux, et ont été appliquées à des destinations multiples.

Pour se rendre compte de l'efficacité relative de ces divers systèmes, l'Administration des hôpitaux de Paris a fait construire à l'hôpital Cochin, sur la demande et sur les indications de M. le docteur Lefort, une tente hôpital avec deux petites tentes sur les côtés en avant. Les malades y sont placés en commun et en nombre assez considérable.

De plus, elle fait établir dans les jardins de l'hôpital Saint-Louis une barraque plus restreinte, qui contient de huit à dix lits, avec deux barraques plus petites encore où l'on peut isoler et soigner un seul malade.

M. Husson donne une description détaillée de ces constructions, et met sous les yeux de l'Académie les photographies qui les représentent. Ces barraques et ces tentes constituent, dit-il, un premier essai dont les résultats seront suivis et étudiés par une commission d'hommes compétents.

Suite de la discussion sur la vaccine.

M. DEPAUL. Avant d'avoir entendu M. J. Guérin, j'avais le plus vif désir d'être court et de mettre enfin un terme à une discussion qui s'est éternisée, contrairement aux habitudes et aux règlements académiques. Après ses trois discours, j'ai le regret d'annoncer qu'il me faudra un peu plus de temps que je ne l'aurais voulu, et j'ai besoin de toute votre indulgence, car il est indispensable, dans l'intérêt de la grande question qui s'agite, que j'essaye une fois de plus de vous montrer de quel côté est la vérité.

C'était un fait encore inconnu dans les annales de notre compa-

gnie qu'un seul de ses membres fût arrivé, par une force d'inertie savamment combinée, à retarder l'adoption ou le rejet des conclusions qu'une commission officielle était venue lui présenter à la suite d'une longue expérimentation, et il était réservé à mon habile contradicteur de réaliser ce nouveau succès.

Ce n'est pas qu'à diverses reprises il n'ait été sollicité par moi pour qu'il fît cesser la situation insolite que je viens de rappeler; mais ce sommeil artificiel qu'il entretenait depuis deux ans paraissait lui plaire, et je crois qu'il n'aurait pas mieux demandé que de le laisser se prolonger indéfiniment. La commission au nom de laquelle j'avais eu l'honneur de parler ne pouvait être de son avis, et c'est pour cela qu'il a été mis en demeure de s'expliquer. Libre à lui de ne voir dans tout cela qu'une nouvelle preuve du plaisir qu'éprouve l'Académie chaque fois qu'il prend la parole : je n'ai pas l'intention de chercher à affaiblir une conviction qui paraît si profonde dans son esprit.

Ses explications, messieurs, vous les avez entendues, et, comme moi, vous y avez reconnu deux discours prononcés déjà il y a deux ans (Voir *Bulletin de l'Académie*, 1867). Rien ou presque rien de nouveau n'y a été ajouté. Ce sont les mêmes faits interprétés à sa même manière; ce sont les mêmes théories, la même absence d'observations personnelles, seulement une horreur plus accentuée de la vaccination animale et l'introduction de nouvelles habiletés de discussion contre lesquelles il est de mon devoir de m'élever.

Au début de l'argumentation de mon collègue, je m'étais flatté de l'avoir conduit à prendre une situation nette et bien dessinée, ce qui me paraît indispensable pour qu'une discussion puisse produire des résultats vraiment utiles; mais je n'ai pas tardé à m'apercevoir qu'après avoir posé des prémisses qui semblaient indiquer des convictions absolues, il est arrivé à des conclusions qui laissent place à ma manière de voir comme à la sienne, de telle sorte qu'après avoir beaucoup discuté, si je suis assez heureux pour démontrer que ses objections n'ont pas la valeur qu'il leur suppose, il sera en droit de me dire : Ne faites pas attention à la première partie de mes discours, je m'en réfère à la seconde.

Ceci m'enhardit à déclarer que j'ai applaudi sans réserve à la spirituelle comparaison qu'à mon occasion il a bien voulu établir entre les constitutions épidémiques et les constitutions cérébrales. Je reconnais très-volontiers tout ce qu'a de fort et de puissant la constitution qui lui appartient, et, sur beaucoup de points, je serais heureux que la mienne fût aussi fortement trempée.

Mais il en est des constitutions cérébrales comme de toutes les constitutions; les meilleures laissent à désirer, et j'ai le regret de dire que celle de mon collègue n'a pas échappé à la règle générale. C'est ce qui m'explique pourquoi il s'irrite quand de simples assertions émanées de lui ne sont pas acceptées par nous comme des démonstrations absolues; pourquoi il a la prétention d'arriver par l'intuition à la découverte de lois qui, du premier coup d'œil, doivent renverser les propositions les plus sûrement établies par l'expérimentation; pourquoi, quand il s'est trompé (ce qui peut arriver à tout le monde), il aime à se tromper encore, se persuadant qu'il efface ainsi sa première erreur; pourquoi, enfin, cherchant la vérité comme nous tous, il s'attache obstinément à quelques faits isolés dont l'importance est secondaire, et néglige comme à plaisir ceux dont la valeur est capitale, puisqu'ils ont été sanctionnés par l'expérience.

Messieurs, j'ai une autre observation préliminaire à vous soumettre. M. J. Guérin a, de son autoritée privée, complétement changé le terrain de la discussion. Il s'agissait de parler du rapport relatif à des expériences, demandées par M. le ministre, sur la vaccination animale et des conclusions qui la résumaient; or, dans les trois discours que vous avez entendus, il n'a pas été seulement question des travaux de votre commission, dont il faisait cependant partie, et dont, pour le dire en passant, il a approuvé et signé toutes les conclusions.

J'aurais donc pu à la rigueur m'abstenir de toute nouvelle réponse et renvoyer mon contradicteur à ce qu'il a dédaigneusement appelé mon *factum* de 1867, factum qui paraît l'avoir un peu embarrassé toutefois, puisqu'il ne lui a pas fallu moins de deux ans, malgré de fréquentes excitations de ma part pour le décider à entrer en campagne.

Aujourd'hui qu'il est enfin parti en guerre et qu'il a mis en ligne toutes ses batteries, j'aurais bien le droit de lui demander ce qu'il a fait par lui-même pendant ce long armistice pour éclairer la question qui nous divise. Où sont ses expériences personnelles sur le cow-pox et sur la vaccinoculture dont il a parlé avec tant de complaisance, sans avoir l'air de s'en douter, que ce qu'il nous donne comme nouveau est presque aussi ancien que la vaccine?

Questions inutiles, messieurs; ce n'est pas ainsi que procède notre collègue. Avec cette faculté phénoménale qu'il a de disserter sur toutes choses, il laisse à d'autres les labeurs de l'expérimentation, même quand, appartenant à une commission, son devoir serait de concourir à ses travaux. Quant à lui, après s'être transporté dans des régions tellement élevées qu'il y disparaît comme dans un nuage où les infimes comme moi ont de la peine à le suivre, il ne s'occupe plus qu'à formuler des lois, et alors, malheur aux faits d'observation qui ne sont pas d'accord avec elles! Souvenez-vous, puisqu'il a commis l'imprudence de vous le rappeler, de sa *loi de niveau* relative au retrait de l'utérus chez les femmes en couches! Veuillez aussi ne pas oublier sa pompe aspirante destinée à extraire les liquides péritonéaux en les faisant passer par les trompes de l'utérus!

Quoi qu'il en soit, après avoir fait mes réserves, et en priant l'Académie de bien remarquer qu'il ne s'agit plus de la discussion du rapport de la commission officielle chargée d'expérimenter la vaccination animale, je déclare que j'accepte de grand cœur le nouveau débat provoqué par M. J. Guérin. Ce n'est plus le directeur de la vaccine parlant au nom de cette commission qui va lui répondre, c'est son collègue qui vient, à ses risques et périls, vous demander la permission de repousser, avec toute l'énergie de sa conviction, les propositions étranges qui ont été produites à cette tribune.

Il est bien entendu d'ailleurs que je ne veux sérieusement m'arrêter qu'aux questions capitales; ma réponse ayant déjà été faite sur la plupart des points de détail (voir *Bull. de l'Acad.*, 1867), je m'en réfère à ce dernier travail; mais il est des faits de premier ordre qui dominent tout le débat et qui se résument dans les trois propositions suivantes.

1° *La vaccine humaine*, en se perpétuant de bras à bras, est-elle susceptible de dégénérer et de perdre une partie de ses facultés préservatrices?

2° En demandant le vaccin à l'organisme humain, est-on exposé à lui emprunter en même temps le germe de quelque autre maladie diathésique et *le virus syphilitique* en particulier?

3° *La vaccination animale*, telle qu'elle a été expérimentée par l'Académie impériale de médecine, n'est-elle pas le plus sûr moyen de donner et de maintenir au virus vaccin son activité des premiers temps, et de rendre impossible toute contamination syphilitique?

Voilà, messieurs, ce que je vous demande la permission d'examiner aussi rapidement que possible.

Sur la première question, M. Guérin, dans son discours, vous a dit que la variole ne dégénère pas, ou du moins pas d'une manière générale; il y a toujours dans les discours et les écrits de M. Guérin des réticences et des réserves qui lui permettent de se dérober quand on le serre de trop près. Enfin, cette fois, il a paru croire très-peu, ou attacher peu d'importance à cette dégénérescence de la vaccine humaine. Telle n'était pas son opinion, il y a deux ans, lorsqu'il disait : « Comme membre de la commission, j'ai signé le rapport; je ne viens donc pas combattre le rapport ou le rapporteur. » Et plus loin : « Il est maintenant reconnu que la vaccine dégénère, le fait est prouvé par le renouvellement des épidémies de variole, etc. » On ne saurait être plus explicite qu'il le fut à ce propos dans le discours que je cite, d'après le bulletin de l'Académie, année 1867.

Maintenant, malgré le vague dans lequel il aime à rester, on voit qu'il veut jeter des doutes sur cette dégénérescence de la vaccine, et cela pour en arriver à introduire quelques phrases sur la culture de ce virus.

Eh bien, s'il s'agit de prouver par des faits la réalité de cette dégénérescence de la vaccine, je suis un peu embarrassé, mais c'est par l'embarras du choix.

Quand, pour la première fois, Jenner voulut inoculer le cow-pox, il eut deux grandes préoccupations. D'abord il ignorait ce qu'il allait produire; il craignait d'inoculer une maladie trop énergique, dangereuse peut-être; cette préoccupation je l'ai eue moi-même lorsque je fis mes premières expériences avec la vaccine animale; ensuite, il se demandait si l'inoculation de la vaccine vaudrait celle de la variole, celle qu'on nommait alors d'un seul mot : l'*inoculation*. Il n'en était pas sûr, et, pour s'en convaincre, il soumit ses sujets vaccinés aux mêmes expériences que les inoculés de variole. Enfin, certain lui-même que la préservation était égale dans les deux cas, il propagea cette doctrine. Mais il ne faut pas croire que ce fût sans éprouver de résistance. Un grand nombre de médecins, en Allemagne, en Angleterre, en Italie, en France, se préoccupèrent de cette question; et un, entre autres, l'anglais Gregory, en demanda la solution à l'expérience.

Depuis 1809 jusqu'en 1822, il recueillit des statistiques. A Londres, en 1809, sur 39 vaccinés, un seul était atteint de variole; mais, depuis lors, la proportion alla croissante, de telle sorte qu'en 1822, la variole avait atteint 1 vacciné sur 3 et demi. Cette proportion est énorme; elle prouve à quel point la vaccine se trouvait affaiblie dès 1822, en Angleterre.

Vers cette époque, en France, l'Académie ne doit point l'avoir oublié, Brisset fit des efforts persévérants pour établir que la vaccine ne tenait plus ce qu'elle avait promis. Dans deux mémoires, datés de 1818 et de 1828, mémoires peu agréables à lire, il faut le reconnaître, il fit voir que la vaccine ne se présentait plus avec ses caractères primitifs, tels que Jenner les avait décrits. L'éruption ne se faisait plus vers la même époque; les pustules ne présentaient plus le même gaufré, la même auréole inflammatoire; on n'observait plus habituellement la propagation de l'inflammation vers les parties voisines ou vers les régions axillaires.

Les boutons étaient plus petits, les cicatrices qui les suivaient étaient à peine apparentes; souvent il fallait faire la plus grande attention pour en découvrir les stigmates; enfin, la réaction fébrile, ses phénomènes généraux, devenaient de moins en moins accusés.

Toutes ces remarques de Brisset étaient parfaitement justes, et quand j'ai pris en main le service de la vaccine, à l'Académie, j'ai pu vérifier leur exactitude. Les pustules étaient alors petites et effacées, comme celles que M. Briquet a fait représenter sur les tableaux suspendus actuellement à l'entrée de l'Académie.

Maintenant il n'en est plus ainsi. J'ai la prétention d'avoir régénéré la vaccine, non seulement ici, mais en ville, et même un peu dans toute la France.

Je ne défendrai pas la théorie de Brisset. Il soutenait que tout virus dégénère nécessairement par sa transmission répétée. Je n'en sais rien; on l'a dit; c'est possible; mais c'est loin bien d'être prouvé.

Fiard aussi s'était donné pour tâche de démontrer que la préservation de la variole par la vaccination n'était pas absolue ni indéfinie, comme l'avait prétendu Jenner; et il est mort désespéré, sans avoir pu se faire entendre.

Pourtant déjà, en Allemagne, on commençait à bien connaître l'inexactitude de la loi formulée par Jenner. De 1829 à 1843, en Bavière, en Würtemberg, en Prusse, on faisait renouveler la revaccination dans les casernes, et durant cette époque, 356,672 soldats furent réinnoculés. La proportion des succès obtenus variait alors entre 31 et 51 pour 100.

En France, à cette époque, on nous disait que la vaccination était toujours préservatrice quand elle réussissait; que ceux chez lesquels la vaccine prenait la seconde fois avaient dû être mal vaccinés la première. Telle était la doctrine de M. Bousquet, et jusqu'au jour où j'ai été chargé du service de vaccine, je l'avais vu dominer sans conteste.

Pourtant, avant même qu'il fût question de la vaccine animale, j'entrepris une série d'expériences sur les revaccinations.

Tant par moi-même que grâce au concours de chirurgiens militaires qui voulurent bien me rapporter les résultats de leurs recherches, je pus m'appuyer sur 29,594 revaccinations de sujets portant des stigmates non douteux de vaccinations antérieures.

Les succès complets varièrent de 13 à 20 pour 100.

Ces chiffres sont faibles par rapport à ceux que j'ai cités précédemment, mais ils suffisent pour montrer que la vaccination ne réussit pas toujours à rendre indemne de toute variole ou vaccine ultérieure.

Il faut l'avouer, l'Académie, et, avant elle, le comité central de vaccine, ont joué un grand rôle dans les retards que la vérité a éprouvés pour se faire jour.

Le comité central était composé de médecins fort honorables; à la tête, se trouvaient Husson, Jadelot et autres praticiens justement estimés. A l'Académie de médecine, lorsque la vaccine rentra dans ses attributions, M. Bousquet développa beaucoup de dévouement et un grand zèle, je lui rend justice à cet égard, mais je repousse les erreurs capitales qu'il a professées, et dans lesquelles il a entraîné l'Académie.

Son *Traité de la vaccine* a eu deux éditions. La première date de 1833, et la seconde est postérieure d'une douzaine ou quinzaine d'années. Il s'est fait, dans cet intervalle, dans les idées de M. Bousquet, un grand changement, dont nous verrons les causes.

Dans la première édition, trois chapitres avaient pour titres les trois questions suivantes : 1° Le vaccin a-t-il dégénéré; 2° Faut-il renouveler le vaccin? 3° Faut-il revacciner? A ces trois questions, M. Bousquet répondait par la négative, en ajoutant, pour la troisième, cette réflexion qui peint bien l'homme. « Revacciner, c'est une affaire de sentiment. Que celui qui le voudra le fasse. » Une affaire de sentiment! Quand c'est une question capitale, quand déjà plus de cent mémoires sur l'insuffisance de la vaccine comme préservatif de la variole avaient été de tous côtés envoyés à l'Académie! M. Bousquet ajoutait de grands mots sur ce qu'il appelait *l'inviolabilité de la vaccine*. « Il nous la faut immaculée, s'écriait-il, pure et sans tache. »

Il fallut un événement accidentel pour changer ses dispositions trois ans plus tard. En 1836, M. Bousquet reçut, d'un confrère, du cow-pox de Passy. Il l'innocula, en distribua à un certain nombre de vaccinateurs; puis il emboucha la trompette en l'honneur du nouveau cow-pox.

Pour montrer combien il était plus efficace que le vaccin ordinaire, il fit représenter et mettre en parallèle les pustules obtenues par l'inoculation de l'un et de l'autre; vous avez tous vu ces tableaux; le peintre a bien un peu forcé les différences, mais ces différences, je vous les ai représentées tout aussi nettes lorsque je me suis servi en même temps de vaccine animale et de vaccine humaine. Les pustules obtenues par moi à l'aide du vaccin animal dont je me servais étaient même, peut-être, plus belles que celles du cow pox de Passy.

Dès lors, M. Bousquet changea complétement de langage; il fit amende honorable; il s'était trompé, il le reconnut, et Fiat, qu'il avait aidé à faire mourir de chagrin, ne s'était pas trompé. L'ancien vaccin s'était affaibli; le nouveau devait mieux préserver; les revaccinations étaient nécessaires.

Puis il aborde la question de savoir par quel procédé on peut renouveler le vaccin. Peut-être, dit-il, par l'inoculation des eaux aux jambes, car on ne sait pas bien l'origine du vaccin. Peut-être faut-il inoculer la variole à la vache. Quant à la vaccine, il ne croyait pas qu'il fût possible de l'inoculer aux animaux. Étant directeur de la vaccine depuis trente ans, il n'avait pas pu s'assurer du fait. Aussi, plus tard, lorsque je commençai mes expériences sur le cow pox, en plaisantait-il, persuadé que le virus serait éteint après trois ou quatre inoculations.

Il conclut que le seul moyen est de reprendre le vaccin sur *le pis de la vache*. On a cru d'abord, en effet, que le pis et le pis d'une vache était le seul lieu de formation du cow pox.

Mais, puisqu'il fallait employer le cow pox naturel, comment s'en procurer? C'était si rare alors. Parbleu! tout est rare quand on ne veut pas se donner de peine. Depuis que je dirige le service de la vaccine, j'ai déjà trouvé du cow pox spontané dix à douze fois; je me charge encore d'en trouver quand je voudrai. Mais pour cela faire, il ne faut pas rester oisif, il faut être prêt à aller saisir l'occasion, en province, où elle se trouve, et ne pas attendre que l'éruption soit trop ancienne pour pouvoir fournir un bon virus. Ainsi, je le répète, je ne crains pas que le cow pox devienne assez rare pour que le vaccin ne puisse pas se régénérer autrement que par la *culture*.

Cette culture du vaccin, M. Guérin nous l'avait déjà annoncée, il a deux ans. Le mot n'est pas nouveau. Il avait été employé antérieurement par M. Ricord pour la syphilis et par M. Bousquet pour la vaccine elle-même. Je ne veux pas même laisser à M. Guérin le petit mérite du mot. Quant à la chose, elle n'est pas nette. En 1867, M. Guérin nous a dit qu'il nous indiquerait en son temps les lois de cette culture.

Depuis lors, deux ans se sont passés; pendant deux ans, j'ai provoqué de toutes les manières M. Guérin à prononcer son nouveau discours. J'ai entendu ce discours et j'en suis au même point. Rien autre chose à ce sujet que des expressions vagues ou ronflantes. J'en conclus que mon adversaire n'a aucune loi à indiquer, ou n'a que celles qui se trouvent entre les mains de tout le monde.

Moi aussi, je fais de la sélection, et à ce propos je dois répondre à une petite insinuation de M. Guérin; il a dit : « Je ne veux pas blâmer M. le directeur de la vaccine, mais enfin, il est bien possible que s'il eût été présent, il n'eût pas empêché les mêmes accidents de se produire à la suite des vaccinations. »

C'est un reproche de négligence que je ne puis pas accepter. Toutes les vaccinations de l'Académie sont faites par moi, excepté pendant les huit ou dix jours de vacances que je prends chaque année, et pendant lesquels je suis remplacé par mon habile collègue M. Jacquemin, le directeur-adjoint. J'examine moi-même chaque enfant; j'étudie les antécédants autant que possible, et je choisis exclusivements pour vaccinifères ceux qui ne me paraissent pas suspects. Souvent les parents me sont connus. Je fais le vœu que le successeur qui voudra bien prendre ma place, car je commence à en être las, consacre le même temps et le même zèle; et je fais ce vœu dans l'intérêt de l'Académie.

Je crois que j'ai plus fait que M. Guérin pour la culture de la vaccine. J'ai constaté que le vaccin dégénérait; j'ai pensé qu'il fallait remonter à sa source, et le chercher sur les animaux, puisque c'est un liquide qui a été emprunté aux animaux.

M. Guérin a fait d'abord une distinction entre trois vaccins : le vaccin Jennerien, le vaccin humain, le vaccin animal. Depuis, il a renoncé au vaccin Jennerien, et je dois le constater, car c'est la seule concession qu'il ait voulu me faire. Mais il distingue toujours dans le vaccin de l'homme deux éléments : l'élément bestial et l'élément humain. Ce dernier lui semble indispensable. Alors,

ceux qui ont inoculé directement de la bête à l'homme ont donc commis un acte des plus graves ?

Mais Jenner lui-même a inoculé directement de la vache, ce que M. Guérin semble oublier. Il a inoculé à son propre fils, d'abord inutilement du cow pox pris sur la vache, puis utilement la variole.

Je ne sais pourquoi M. Guérin fait appel aux sentiments les plus généreux de l'Académie en faveur de cette vaccine jennérienne menacée par moi.

A l'en croire, M. Depaul voudrait se faire un piédestal du vaccin de génisse aux dépens de la vaccine traditionnelle.

La question n'est pas là : la question était de savoir si l'on peut régénérer la vaccine, et la commission désignée par l'Académie s'en est assurée. J'adjure tous les membres de cette commission de dire si les pustules produites par le cow pox de la vache n'étaient pas plus belles que les autres. M. Guérin, bien que faisant partie de la commission n'en a guère suivi les travaux; il n'est pas allé comme nous visiter chez eux les vaccinés pour constater les résultats produits; il n'a jamais suivi qu'une seule expérience, et encore était-ce dans l'espoir de renverser la vaccine animale.

Encore un mot; M. Guérin, qui ne s'attache pas aux faits, mais aux grands principes généraux, voudrait faire croire qu'il a déduit de ces principes la connaissance de l'identité du virus vaccin et varioleux. Ce n'est pas la première fois qu'il élève cette prétention. Déjà en 1866, il s'appuyait sur un passage écrit par lui en 1862 pour s'attribuer le mérite de cette découverte, et on peut voir, dans les bulletins de l'Académie, comment je lui ai répondu à cette époque. M. Guérin, comme je le prouve dans cette réponse, avait écrit l'article en question quelques jours après avoir assisté à une discussion académique dans laquelle j'avais démontré que ces deux virus ne différaient pas réellement, et que la vaccine était la variole inoculée aux animaux.

M. BOUCHARDAT. Etes-vous toujours de même opinion ?

M. DEPAUL. Certainement, je crois toujours que la vaccine et la variole sont identiques de nature.

La séance est levée à 5 heures 25.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 juillet 1869, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, et conformément au décret du 18 juin 1864, ont été nommés présidents :

De la Société de secours mutuel des médecins du Calvados, à Caen, M. Vastel, président actuel;

De la Société de secours mutuels des médecins de la Meurthe, à Nancy, M. Simonin (Jean-Baptiste-Edmond), directeur de l'Ecole de médecine, en remplacement de M. Grandjean, démissionnaire;

De la Société de secours mutuels des médecins des Hautes-Pyrénées, à Tarbes, M. Dimbarre, docteur en médecine, président actuel.

— Bonne clientèle dans les environs de Paris. Situation exceptionnelle. Produit de 8 à 10,000 fr. — S'adresser au bureau du journal.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

96. Godivier (Joseph). Recherches sur la pathogénie et le diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac.
97. Gadaud (Élie). Étude sur le nystagmus.
98. Le Breton (Jules). Du céphalæmatome.
99. Lelong (Marcel). Étude sur la phlébite rhumatismale aiguë.
100. Fontagnères (Julien). De l'emploi des flèches caustiques.
101. Chailley (S.). Considérations sur l'hygiène de la femme nouvellement accouchée.
102. Tommasini (A.-P.). Des kystes hydatiques du foie.
103. Billetou (Alex.). De la hernie lombaire.
104. Servain (Georges). Des abcès du poumon dans la pneumonie aiguë.
105. Roustan (Auguste). Des abcès rétropharyngiens idiopathiques et de l'adénite suppurée rétropharyngienne chez les enfants.
106. Ferrand (S.). Essai sur les complications et le traitement des fistules génito-urinaires chez la femme.
107. Bottentuit. Des gastrites chroniques.
108. Dieulafoy (Georges). De la mort subite dans la fièvre typhoïde.
109. Davila (A.). Des unions entre consanguins, de leur danger, et de l'utilité des croisements.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. — Le premier demi-volume du tome dixième (de la 1re série); vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : *Botanique*, par M. Baillon; *Bouche*, par MM. Magitot, Gubler, Rollet; *Bougies*, par M. Voillemier; *Bourses*, par M. Marc Sée; divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau, etc., etc. — Prix du demi-volume : 6 fr.

Diagnostic des maladies de la Hanche, par le docteur NICAISE, prosecteur des hôpitaux. 1 vol. in-8. Prix : 3 fr.

Des Fistules uréthrales chez l'homme, par le docteur COCTEAU, prosecteur des hôpitaux, ancien interne lauréat des hôpitaux, lauréat de la Faculté. Grand in-8° de 127 pages. Prix : 2 fr. 50.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ligature de la fémorale. — La clinique de M. Richet.

Ce matin, M. Richet a pratiqué la ligature de la fémorale pour un anévrysme poplité chez un malade qui avait été traité inutilement par la compression digitale, la compression instrumentale et la flexion forcée du membre.

Cet homme, qui avait servi au Mexique, où il avait éprouvé beaucoup de privations et de fatigues, exerçait depuis son retour le métier de berger dans une ferme, lorsque, vers la fin de l'année dernière, il s'aperçut qu'une tumeur s'était formée vers le bas de sa cuisse gauche, en arrière du genou. Cette tumeur était alors peu considérable, mais elle grossit progressivement, et vers le mois de janvier, on reconnut que c'était un anévrysme.

Lorsque le malade fut adressé à M. Richet, la tumeur avait acquis un assez grand volume et occupait tout l'espace poplité. Le diagnostic n'était pas douteux. Le bruit du souffle, les battements expansifs étaient aussi marqués que possible.

Il était facile de sentir que l'anévrysme avait des parois minces. M. Richet fit remarquer cette minceur exceptionnelle; en général, la poche anévrysmale est doublée de dépôts fibrineux plus ou moins épais; mais, dans ce cas, il ne semblait pas s'en être formé. C'était là une condition défavorable pour la guérison, car cela prouvait que le sang avait peu de tendance à se coaguler.

Cependant on ne pouvait découvrir aucune cause diathésique qui le fluidifiât; l'homme était jeune, vigoureux, il n'avait jamais eu de maladie sérieuse, et en dehors de son anévrysme, il jouissait encore d'une bonne santé.

M. Richet voulut donc essayer d'abord les méthodes les plus simples et les plus innocentes, à commencer par la compression digitale.

Depuis huit heures du matin jusqu'à dix heures et demie du soir, les élèves du service se relayèrent pour maintenir exacte cette compression. Sous cette influence, et dès les premières heures, les battements avaient cessé complètement dans la tumeur. Pour assurer le résultat, on appliqua l'appareil compresseur de Signorini, qu'on enleva seulement le matin du quatrième jour, lorsque le malade déclara ne pouvoir plus le supporter. Ainsi la compression avait été maintenue 72 heures, dont 14 et demie avec les doigts, et le reste du temps avec l'appareil.

La tumeur s'était affaissée ; elle ne présentait plus ni bruits de souffle, ni battements expansifs ; et l'on pouvait croire à un succès. Mais dès le lendemain quelques battements avaient reparu dans la poche. D'abord assez faibles, très-peu expansifs, ils s'accentuèrent de plus en plus. Puis le bruit du souffle devint évident; enfin la tumeur reprit tout à fait la physionomie et le volume qu'elle avait présentés avant la compression.

Ainsi ce procédé, en arrêtant le cours du sang, avait bien eu pour résultat de provoquer la formation de caillots dans l'anévrysme; mais ces caillots étaient restés mous, *fibrino-globulaires*, suivant l'expression de M. Richet, qui repousse comme inexacte celle de *passifs*. Ils ne s'étaient point organisés en couches fibrineuses concentriques, comme les caillots qui restent permanents. Lorsqu'ils furent en contact avec le sang liquide en circulation, ils ne tardèrent pas à s'y dissoudre.

Déjà, durant la compression, par la mollesse de la poche, on avait pu juger que les caillots ne s'organisaient pas.

Une particularité sur laquelle M. Richet eut soin d'attirer l'attention, c'est qu'aussitôt la compression cessée, l'artère fémorale se remit à battre dans toute sa moitié supérieure, bien que la compression eût été exercée, comme d'habitude, vers le pli de l'aine. Ceci prouvait que la compression n'agissait pas en obturant l'artère sur le point même où elle portait, comme le ferait une ligature; et bien que ce fait fût la règle, il était bon de le noter. Les battements cessaient d'être perceptibles à quelques travers de doigt seulement au-dessus du sac anévrysmal.

Nous avons dit que la circulation ne tarda pas à se rétablir à travers le sac, tout le long du tronc artériel.

Le résultat du premier mode de traitement était donc pleinement négatif. Maintenant que fallait-il faire ?

M. Richet songea à la flexion forcée.

Bien que la flexion semble devoir agir à peu près comme la compression, en mettant obstacle au cours du sang, elle a réussi dans certains cas où la compression avait échoué.

Le principe en est des plus simples. Rien n'est plus facile que d'arrêter les battements des artères du pied et de la jambe en faisant fléchir fortement celle-ci sur la cuisse. Ce n'est pas du reste la seule région où des artères puissent être comprimées par la position seule. On arrête la circulation : dans l'avant-bras, en le fléchissant sur le bras jusqu'à ce que la main vienne toucher l'épaule; dans le bras, en le portant fortement en arrière et un peu en dedans, de telle sorte que la sous-clavière se trouve pressée entre la clavicule et la première côte. Enfin, par la flexion forcée de la cuisse sur le bassin on peut faire cesser les battements de la fémorale elle-même.

M. Richet a fait l'historique de cette méthode dans l'article ANÉVRYSME du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*. Il y a montré que, née en France, l'idée de la flexion avait été appliquée d'abord, efficacement, par Maunoir de Genève à la guérison des anévrysmes. Les premières observations de M. Ernest Hart, en Angleterre, sont postérieures; mais on peut voir, d'après les chiffres recueillis par M. Stopin dans sa thèse, que la nouvelle méthode a été employée surtout en Angleterre.

Le plus grand nombre des anévrysmes ainsi traités siégeaient dans le creux poplité, comme, du reste, le premier de tous, celui qui fut traité par Maunoir.

Chez le malade de M. Richet, la flexion de la jambe sur la cuisse fut obtenue d'une façon très-simple : à l'aide d'un caleçon et d'une guêtre qui se rattachaient l'une à l'autre par des bretelles latérales. On eut soin de ne pas la porter dès l'abord aux dernières limites, de crainte qu'elle ne devînt bientôt insupportable pour le malade, comme il advint dans plusieurs des cas rassemblés par M. Stopin. Le second jour seulement, la traction des bretelles fut poussée assez loin pour que le talon fût mis en contact avec la fesse.

Le malade ne se plaignit pas de douleurs trop vives vers l'articulation du genou, mais la pression de la guêtre sur la crête du tibia lui devint si pénible, qu'il fallut changer la position des bretelles latérales en les rapprochant du talon. La flexion fut maintenue forcée pendant dix jours. Les battements expansifs avaient de nouveau disparu dans la tumeur; on n'y entendait plus de bruit de souffle ; elle avait beaucoup diminué et s'était durcie.

Le onzième jour, on rendit la flexion plus modérée; mais dès le lendemain, les mouvements d'expansion s'étaient reproduits, ainsi que le bruit du souffle.

C'était encore un insuccès, insuccès en partie prévu d'après le peu de tendance qu'avait montrée le sang à se coaguler en caillots fibrineux solides.

Restaient les méthodes sanglantes, et en premier lieu la ligature de la fémorale supérieurement à l'anévrysme.

M. Richet pratiqua cette opération vers le tiers moyen de la cuisse. A cet endroit, l'artère se trouve exactement dans la direction d'une ligne qui, du tubercule de l'adducteur, tomberait sur le milieu de l'arcade crurale. La gaine des vaisseaux et des nerfs est tout à fait superficielle, si on a soin de tourner légèrement le membre en dehors, de manière à empêcher le muscle couturier de se porter trop en dedans.

On se trouve assez éloigné de l'anévrysme pour n'avoir point à craindre de voir le travail inflammatoire, provoqué par le traumatisme, se propager jusqu'à la tumeur; et les branches anastomotiques qui restent en dessous de la ligature diminuent les chances de gangrène.

Il faut dire d'ailleurs que chez un malade qui a été soumis antérieurement à la compression de l'artère et à la flexion forcée, maintenue durant plusieurs jours, on a moins à craindre la gangrène ; car les branches artérielles collatérales et anastomotiques ont eu le temps de se développer.

Ainsi l'homme dont il s'agit avait éprouvé pendant quelques jours, alors que la jambe était fortement fléchie sur la cuisse, des fourmillements analogues à ceux qui se produisent lorsque, les jambes étant croisées, l'artère fémorale de l'une est comprimée par le genou de l'autre.

Ces fourmillements ne se rattachaient certainement pas, comme on aurait pu le croire, à la pression de la tumeur sur les nerfs voisins, car la sensibilité était parfaitement intacte dans le pied. Ils se dissipèrent au bout de quelques jours, avant que la flexion eût été diminuée, parce que les artères collatérales s'étaient développées suffisamment pour rétablir la circulation.

Il peut donc être avantageux, à ce point de vue, de commencer par la flexion forcée du membre, alors même qu'il faudra finir par la ligature de l'artère.

M. Richet eut soin de ne pas pratiquer cette ligature trop près de l'origine de la fémorale profonde, de crainte que le courant sanguin ne vînt à ébranler le caillot protecteur.

Fendant la peau et l'aponévrose sur une longueur de 5 centimètres environ, dans la direction des vaisseaux, il dénuda l'artère sur une très-petite étendue, 1 centimètre et demi à peu près; avant de la lier, il s'assura qu'elle n'était pas double, comme il arrive quelquefois, car, en la comprimant, on ferait cesser tout battement dans la tumeur; puis il constata la position de la veine, qui, au lieu de se trouver en dehors de l'artère, comme d'ordinaire à la partie moyenne de la cuisse, était déjà située en arrière, comme plus bas.

Il expliquait sa manière d'agir à ses auditeurs en opérant.

Nous aimons beaucoup la méthode qu'emploie M. Richet dans ses leçons cliniques. C'est la plus instructive de toutes, à notre avis.

Il commence par raconter en peu de mots l'histoire du malade, insistant seulement sur les points qui peuvent servir à fixer le diagnostic ou qui peuvent fournir quelques indications pour le pronostic ou le traitement.

Puis il se place au point de vue de la science pathologique pour faire bien connaître aux élèves la maladie dont il s'agit et les moyens à employer contre elle. Il ne craint pas de faire l'historique de la question quand elle est importante, de citer les observations antérieures et les résultats obtenus précédemment par les méthodes entre lesquelles il faut choisir.

Contrairement à l'opinion de ceux qui font de la clinique et de la pathologie deux genres d'enseignement absolument distincts, il ne renvoie pas ses auditeurs aux traités dogmatiques pour voir quel est l'état des connaissances actuelles, ou quels systèmes sont en présence.

Mais, alors même qu'il semble le plus engagé dans la science abstraite, il ne perd pas de vue son malade.

Les détails dans lesquels il entre sont utiles pratiquement et dans le cas actuel.

Ils mettent en lumière certains points d'observation qui auraient échappé et qu'on peut vérifier de suite, certaines particularités qu'il faut avoir présentes à l'esprit pour bien comprendre l'opération à faire, certaines difficultés qu'il faut connaître.

En un mot, ils aident à voir et à bien voir. Ils gravent dans la mémoire des faits complets et scientifiques au lieu de vagues souvenirs; ils préparent ainsi le praticien futur, et tel est le but de la clinique.

De l'engorgement de l'utérus.

A propos des tumeurs fluxionnaires de l'utérus, nous avons dit que M. Courty était excusable de conserver les mots *fluxion* et *engorgement*, à côté des mots *inflammation* et *hypertrophie*, dans la description des maladies de la matrice.

Ces distinctions, que M. Nonat n'a point admises dans sa nouvelle édition (1), et qu'on ne retrouve pas dans le traité très-élémentaire du docteur Elleaume (2), ont cependant leurs raisons d'être.

Tous les gynécologues connaissent cet état, que M. Courty a nommé : engorgement de l'utérus.

Il diffère de la métrite par l'absence de tout symptôme véritablement inflammatoire, de toute chaleur anormale, de toute sensibilité exceptionnelle à la pression. Il en diffère aussi par sa marche essentiellement chronique, sans exacerbations, sans retentissement bien marqué sur les fonctions menstruelles ou autres.

Il diffère de l'hypertrophie, en ce qu'il n'est pas, comme elle, absolument définitif.

L'hypertrophie proprement dite devient pour ainsi dire une difformité plutôt qu'une maladie. Pour la faire disparaître il faut supprimer la partie sur laquelle elle porte ; elle résiste à tous nos moyens thérapeutiques non destructeurs. L'engorgement est d'une autre nature et je l'ai souvent vu guérir par un traitement approprié.

Quant à la fluxion, elle se rapproche davantage de la métrite aiguë, si l'engorgement ressemble plus à l'hypertrophie; et son évolution rapide ne permet pas de la confondre avec une affection tenace, à progression presque insensible.

C'est surtout au point de vue pratique qu'il peut y avoir intérêt à distinguer l'une de l'autre ces affections voisines.

La fluxion franche contre-indique l'emploi des cautérisations destructives ou autres, comme du reste la métrite aiguë.

(1) *Traité pratique des maladies de l'utérus, des annexes et des organes génitaux externes*, par MM. Nonat et Linas. Paris, 1869.

(2) *Traité élémentaire des maladies des femmes*, par le docteur Elleaume. Paris, 1869.

Tandis qu'au contraire l'engorgement est modifié surtout par elles lorsqu'elles sont pratiquées d'une manière méthodique.

J'ai obtenu en cas pareils des résultats très-remarquables du crayon de nitrate d'argent ou de sulfate de zinc, abandonné dans la cavité du col ou du corps, en éteignant à l'aide de l'électricité la sensibilité locale.

Chez ces malades, la consistance de l'organe engorgé était, au commencement, au moins aussi considérable que dans l'hypertrophie la plus franche, bien que la nature du mal ait été montrée par la guérison. Dans l'hypertrophie proprement dite, on n'obtient rien par les caustiques faibles.

Il n'est donc pas toujours exact de dire, avec M. Courty, que l'hypertrophie se distingue de l'engorgement par sa dureté plus grande.

Légitime au point de vue clinique, puisqu'elle conduit à des déductions thérapeutiques, l'introduction du terme : engorgement, l'est peut-être moins au point de vue étiologique.

Entre l'engorgement du parenchyme et l'inflammation de la la muqueuse il y a souvent une liaison évidente.

Cette liaison est-elle nécessaire ? La muqueuse est-elle la première à être atteinte dans la plupart des cas ? L'engorgement de l'utérus est-il une dépendance de la métrite interne ? Est-il comparable à l'œdème qui avoisine parfois l'inflammation ? Ces questions nous mèneraient trop loin ; nous voulions seulement montrer aujourd'hui, quel sens M. Courty attache au mot engorgement, et quels motifs pourraient conduire à l'adopter.

Dr Victor Revillout.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PAR LA DIGITALE.

MM. J.-B. Baillière nous ont communiqué les épreuves du volume qui paraîtra bientôt du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*.

L'article Digitale est dû à M. le professeur Hirtz, de Strasbourg; et les pages suivantes, sur le traitement de la pneumonie par la digitale, nous ont paru trop remarquables pour n'être pas publiées par nous.

Nous aurons d'ailleurs à revenir prochainement sur cette question dans une revue clinique.

Les *maladies inflammatoires* auxquelles on a principalement appliqué la digitale sont la pneumonie, la pleurésie, le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle, la péricardite, la bronchite généralisée, etc.

L'application de la digitale à tout ce groupe de maladies comporte une objection générale que le caractère encore dominant de nos réminiscences d'école ne manquera pas de susciter. Sur quelle partie de la pneumonie agit la digitale ? Évidemment pas sur le parenchyme directement. Antagoniste du pouls et de la chaleur, elle ne peut agir que contre la fièvre. Or, dira-t-on, la fièvre n'étant qu'un effet, qu'une ombre du corps de la maladie, c'est la cause locale qui doit dominer l'indication ; autrement vous ne combattrez qu'une ombre, c'est-à-dire un symptôme. A cette objection que nous avons cherché à présenter dans toute sa force, nous nous garderons de répondre par le succès, c'est-à-dire par la statistique : c'est la réponse des empiriques qui ont toujours une statistique pour eux. Nous nous croyons obligés, en vertu de nos principes, à une réponse plus scientifique. Nous répondrons en indiquant *comment* la digitale guérit les fièvres inflammatoires, les pneumonies par exemple. Et d'abord la fièvre, dans la pneumonie surtout, n'est pas seulement un effet, c'est une complication, c'est une cause ultérieure de combustion et de destruction. Elle est comme l'incendie qui, né d'une étincelle, développe à son tour la chaleur et le vent qui activent le travail destructeur. D'ailleurs la fièvre n'est pas seulement un danger, elle est le danger lui-même, comme dit Wachsmuth. La combattre et la vaincre c'est déjà écarter un des graves éléments de la maladie.

D'où vient ce danger de la fièvre ? Il n'est ni dans la destruction des tissus, ni dans la circulation des déchets qui en proviennent ; ces causes n'agissent que lentement ; il est surtout dans l'élévation de la température. Expérimentalement Cl. Bernard, Calliburcès, Panum démontrent que c'est le cœur qui subit surtout l'influence des chaleurs excessives, non par des lésions grossières, mais par des altérations intimes, portant sur l'élément contractile.

Le sang des animaux soumis à une température dépassant 42° se coagule tantôt partiellement (Weikart) ou d'autres fois se liquéfie. (Richardson.) Sur l'homme malade, la clinique conduit aux mêmes conclusions. (Liebermeister, Kühne, Zenker.) Le premier surtout *Ueber die Wirkung der Temperatur Steigerung, Deutsch. Archiv.* 1860) montre que dans la plupart des affections pyrétiques, quelle qu'en soit la nature, la température fébrile, si elle reste quelque temps à une certaine hauteur conduit à des lésions particulières, au ramollissement régressif du foie, des muscles, du rein et surtout du cœur, ce qui explique cette faiblesse du pouls, cette asystolie relative et l'extrême prostration dans les fièvres graves ; lésions déjà entrevues par Louis dans la fièvre typhoïde et par Solkes dans le typhus. Charcot, dans de récentes leçons sur la pneumonie des vieillards, s'est également inspiré de ces faits et des considérations que nous avons déjà nous-même exposées ailleurs (art. Chaleur, p. 806), et il montre que la plupart des cas, où la fièvre pneumonique a dépassé 40°5, ont été mortels, même alors que la lésion locale était peu étendue.

Enfin un argument plus directement afférent à notre sujet, c'est précisément l'action puissante des antipyrétiques appliqués au traitement des maladies aiguës à haute température. Quelle est, en effet, leur action la plus prépremptoire : c'est d'abaisser d'une manière plus ou moins accentuée la température fébrile.

Mais la fièvre n'est-elle réellement qu'un effet, qu'un reflet de l'inflammation, ou n'est-ce là qu'un préjugé d'école ? L'observation prouve que, dans la pneumonie, la fièvre est au moins contemporaine de la lésion, que quelquefois elle la précède et qu'ordinairement, même dans le décours spontané de la maladie, elle cesse avant la lésion locale. Bien plus, toutes nos observations, celles de Coblentz empruntées à notre clinique, celles de Traube, celles de Kulp, établissent comme une règle que, du moment où la fièvre a cessé, la maladie locale ne fait plus de progrès et commence son mouvement régressif. Non : la pneumonie ne constitue pas un traumatisme interne ; sa marche cyclique, son évolution régulière, sa terminaison préfixe constituent une forme morbide qui la rapproche de ces affections dycrasiques comme l'érysipèle, la méningite épidémique, où la fièvre n'est pas subordonnée à la lésion locale et où toutes les deux semblent relever d'une influence plus générale. C'est ce qu'avait merveilleusement compris le génie ancien et qu'ont fait valoir de nos jours un certain nombre de cliniciens. (Traube, Marrotte.)

Donc, à tous ces points de vue il ressort clairement, que, en agissant sur la fièvre par la digitale, on domine en même temps la maladie locale. D'ailleurs, comment agissent les autres contre-stimulants acceptés depuis longtemps dans le traitement des inflammations fébriles ! Comment agissent la quinine, la vératrine, les antimoniaux, la saignée elle-même ? Où est leur action locale et spéciale sur le poumon ? Qui peut douter qu'elle ne soit de même ordre que celle de la digitale, c'est-à-dire agissant sur la fièvre ou sur la combustion moléculaire ? D'ailleurs, pour peu qu'on vienne à démontrer, ce qui est probable, que la digitale contracte les capillaires par les vaso-moteurs, on comprendra que cette action exercée sur les organes engorgés contribuera à son tour à la résolution locale.

Mais revenons à la clinique et examinons de plus près le rôle de la digitale dans un certain nombre de phlegmasies aiguës, à commencer par la *pneumonie*.

Ici il convient de placer encore une proposition de pathologie. Dans les maladies à marche cyclique, comme les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde et la pneumonie, la guérison arrive spontanément par l'évolution régulière des métamorphoses naturelles, pourvu que chemin faisant le malade ne meure pas en route par une aggravation spéciale. Or de quoi meurt-il le plus souvent ? De l'intensité de la fièvre ou des troubles du système nerveux qui, eux-mêmes, sont souvent les résultats de l'excès de température. Or il s'agit d'empêcher le malade de mourir jusqu'au moment possible de la solution et celui qui tient entre ses mains un moyen puissant, presque certain, de dominer la fièvre et par elle presque tout le drame morbide, l'innervation, etc., ne dispose-t-il pas de chances nombreuses ? Les moyens thérapeutiques, si on regarde de près, ne s'adressent pas au fait concret de la maladie ; il n'existe pas plus d'antivarioliques que d'antipneumoniques. C'est par les modifications générales relatives au système nerveux ou sanguin qu'ils amènent le résultat cherché. Or c'est là le rôle de la digitale et de ses similaires dans le traitement de la pneumonie. Si les symptômes sont modérés, pas n'est besoin de son intervention, mais que le danger vienne comme c'est l'ordinaire, par l'un des facteurs de la fièvre, on dispose d'un moyen héroïque.

Quoique les phlegmasies pulmonaires aient été comme nous l'avons dit, soumises par plusieurs observateurs anciens et par Rasori à l'usage de la digitale, nous ne nous appuierons que sur les faits qui datent de Traube et de son école. Ce n'est que depuis ce moment que l'action des médicaments a pu être précisée à l'aide du thermomètre et qu'une méthode rigoureuse a présidé à l'observation. Ces faits sont aujourd'hui nombreux et concluants. Les recueils de cliniques et particulièrement ceux de l'école de Berlin, la thèse de Kulp, entre autres, sont démonstratifs ; elle fait voir, par ses tableaux très-lumineux, sur quel facteur agit la digitale. Nous-mêmes (1862) nous avons suivi la méthode de Traube et abouti aux mêmes conclusions, et nous la continuons depuis cette époque avec des résultats qui nous y confirment. Coblentz a développé ces mêmes recherches par de nouveaux faits empruntés à nos cliniques de Strasbourg, dans une thèse, véritable modèle d'étude thérapeutique. Nous donnons ici un de nos tableaux qui résume, sous forme synoptique, le cours entier d'une pneumonie traitée par la digitale. Nous le faisons suivre du tracé graphique de la température et de la circulation, et d'une courbe sphygmographique du pouls, relevés sur le même malade.

La dose à laquelle nous administrons la digitale dans la pneumonie est généralement de 0 gr. 75 à 1 gramme sur 100 grammes d'eau et 20 grammes de sirop ; administré par cuillerées d'heure en heure ; rarement nous allons à 1 gr. 25 et exceptionnellement à 1 gr. 50. Cette dose doit être répétée aussitôt que la première est absorbée. Elle est à peu près de moitié moindre de celle prescrite par les médecins allemands. Toutefois, elle a toujours produit les effets immédiats voulus. Cela tient sans doute aux qualités parfaites de notre médicament. Nous avons néanmoins constaté ce que Traube indique pour la digitale comme pour la saignée, à savoir que plus la maladie est récente, c'est-à-dire éloignée de la période critique, plus elle résiste à la digitale et exige des doses un peu plus fortes qu'aux approches de la défervescence naturelle.

A tous nos malades, soir et matin, on applique à la même heure, le thermomètre placé dans l'aisselle et gradué par dixième de degré. Aux approches de la défervescence, ces mensurations sont répétées plus souvent ; elles sont nécessaires pour graduer l'effet du remède et n'en pas dépasser les limites, car, au premier abaissement de la température, on le cesse ordinairement. Ces précautions sont moins onéreuses et moins indispensables, du reste, qu'on ne le pense généralement, puisqu'elles sont vulgarisées partout aujourd'hui en Allemagne. Et d'ailleurs le chirurgien ne se soumet-il pas quotidiennement à des procédés bien autrement minutieux qui le font réussir ?

Elles paraissent cependant décourager quelques praticiens. Voilà pourquoi la digitale, malgré sa merveilleuse efficacité ou à cause même de la précision de son action, ne se vulgarisera pas facilement parmi les praticiens qui se contentent de remèdes insignifiants. Mais, ceux qui se soumettent à ces exigences parce qu'ils tiennent à une thérapeutique sérieuse, disposent d'un moyen héroïque. L'observation ainsi conduite nous montre qu'en général il faut au moins vingt-quatre heures et quelquefois trente-six et quarante-huit heures pour que l'action de la digitale se fasse sentir. Cependant, si le cas était pressant, un renforcement de la dose conduirait à un résultat plus prompt. D'abord, c'est le pouls qui éprouve les premières modifications, du moins dans la pneumonie. Car, dans la défervescence spontanée ou dans la fièvre typhoïde, c'est souvent la température qui fléchit la première. Le pouls devient d'abord ondulant, puis irrégulier, intermittent, s'accélère même par instants par les mouvements du malade, puis se ralentit définitivement en devenant plus fort et plus plein. Le ralentissement le ramène ordinairement au-dessous de 60. Il atteint en quelques jours son minimum, qui est souvent de 40 ou de 50, et s'y maintient pendant un certain temps, malgré la suspension du remède. Le minimum varie suivant la dose à laquelle on a poussé le médicament et aussi suivant la susceptibilité individuelle. Nos minimums n'ont jamais été inférieurs à 40 : mais nous trouvons dans Traube plusieurs cas où le pouls est réduit à 29 par minute, sans qu'aucun accident soit survenu pendant ce ralentissement, qui peut paraître effrayant.

Parallèlement à la chute du pouls, mais un peu plus tardivement, marche celle de la température. Il faut moyennement, avec nos doses modérées, de trente-six à quarante-huit heures pour la faire arriver à son minimum, qui est quelquefois de 1°, 5 au-dessous de la normale. Cette chute de la chaleur s'annonce d'abord par l'absence de l'exacerbation fébrile du soir, puis le lendemain on trouve que la température a baissé de 2 à 3 degrés (de 40 degrés à 36,5). Ceux qui ont cherché à préciser l'heure propice de cette défervescence la placent généralement à la première moitié de la nuit (Thomas). Une fois commencée, la défervescence digitalienne semble marcher plus rapidement que la crise naturelle de la pneumonie, et, après quelques heures, pouls et température atteignent et dépassent même en moins le chiffre physiologique. Cela arrive surtout lorsque ce moment coïncide avec celui de la solution spontanée. Pendant celle-ci la température descend rarement immédiatement au-dessous du type physiologique, et elle n'y arrive que pendant la convalescence.

La température artificiellement réduite reste moins longtemps que le pouls sous l'influence de la digitale, et déjà, après deux ou trois jours, elle reprend sa normale, alors que longtemps encore le pouls reste au-dessous. Mais la chaleur, une fois revenue à son type, ne le dépasse plus ; la fièvre est définitivement vaincue ; ce n'est donc pas une action passagère comme la saignée.

Une fois la fièvre abattue, nous faisons suspendre toute médication. A ce moment, et en règle générale, la maladie locale persiste encore avec tous ses caractères, matité, souffle ou râle, et cependant, chose digne d'attention, le malade n'a plus d'oppression et éprouve un véritable sentiment de soulagement. A dater de ce moment l'hépatisation s'arrête dans ses progrès. Bientôt les râles, de retour, annonçent la résolution commençante et toute cette évolution régressive dure plusieurs jours encore, avec les signes physiques correspondants. Ce fait n'est nullement particulier à la digitale. Il s'observe par tout autre traitement et même quand la solution survient naturellement, pendant l'expectation ; la fièvre tombe, avant la maladie locale, c'est la règle. Grisolle lui-même le constate, tant il est vrai que la fièvre, étiologiquement, n'est pas subordonnée à la maladie locale.

D'ailleurs, en y réfléchissant, on comprend qu'il n'en saurait être autrement. La fièvre, qui tient sans doute originellement, tout tend à le prouver, à une modification rapide du système nerveux vaso-moteur, suit les évolutions rapides inhérentes aux actions nerveuses ; elle naît instantanément et disparaît de même, soit naturellement, soit par des moyens artificiels. L'inflammation, au contraire, constituée par des hyperémies, des exsudats, des proliférations diverses, ne saurait se liquider aussi vite dans son évolution régressive. La seule modification prompte dont elle soit susceptible, c'est l'arrêt de la marche progressive, c'est-à-dire la pression vaso-motrice, et celle-ci lui est commune avec la fièvre et obéit aux même modificateurs. Voilà pourquoi, si l'inflammation recule lentement, du moins elle n'augmente plus quand la fièvre est vaincue, et voilà pourquoi, sans doute instinctivement ou par expérience, on a toujours eu recours aux moyens antipyrétiques dans les inflammations fébriles. Quoi qu'il en soit de ces considérations de pathologie générale, constatons que la fièvre une fois vaincue, la maladie locale, livrée à elle-même, s'arrête d'abord et se résout définitivement en quelques jours, sans récidive comme aussi sans malaise, car, dès le lendemain ou le surlendemain de la défervescence, on voit se promener dans les salles des malades qui mangent de bon appétit, tout en offrant encore les signes physiques de la pneumonie. Dans l'immense majorité des cas, on ne constate ni retour de fièvre, ni recrudescence locale, à moins d'un noyau tuberculeux.

La défervescence par la digitale dans la pneumonie s'accompagne à peu près des mêmes phénomènes critiques que ceux qu'on observe dans le décours normal. Le fait habituel est l'apparition d'une sueur profuse, généralisée, abondante ou modérée, et précédée elle-même, nous insistons sur ce point, par l'abaissement de la température. Cette sueur est chaude sur les parties couvertes, un peu fraîche sur les mains et la figure, froide même quelquefois, lorsque la défervescence a été brusque et intense. L'attitude du malade est généralement celle du bien-être avec un peu d'apathie et d'étonnement et légère dilatation de la pupille, quelquefois un peu de somnolence et de prostration. Cet état, sauf la lenteur du pouls, se dissipe vite. On y aide quelquefois par un peu de café et de vin chaud. Souvent, au moment de la saturation médicamenteuse, surviennent des nausées et des vomissements ; rarement, avec nos doses, ces manifestations sont immodérées ; bien des fois elles manquent, ou se bornent à quelques régurgitations. Très-souvent aussi il n'y a aucun trouble gastrique, et la plupart de nos malades voient revenir leur appétit le lendemain ou le surlendemain de la cessation de la fièvre. Quant aux urines, comme nous les examinons tous les jours, nous pouvons affirmer qu'elles sont toujours diminuées de quantité, assez foncées de couleur et d'un densité augmentée. Quelques recherches analytiques, entreprises par M. Hepp et consignées dans la thèse de Coblentz, conduisent aux mêmes résultats, résultats incomplets et partant très-provisoires et faits pour tenter les observateurs ultérieurs. Traube a, comme nous, conservé les urines de vingt-quatre heures chez tous les malades et les a trouvées diminuées (de 1/4 à 3/1, entre 300 et 900). La physiologie pathologique laissait prévoir ce résultat. Somme toute, après le traitement par la digitale, la convalescence est franche est courte ; les malades se remettent très-promptement, sans anémie ni trouble digestifs, ni nerveux. Ajoutons que nous n'avons jamais observé d'intoxications ni d'accidents graves qui aient pu lui être imputés,

sauf un cas de thrombose et de syncope passagère dont nous avons parlé.

Parmi le petit nombre de cliniciens qui, en France, ont employé la digitale à doses contre-stimulantes contre la pneumonie, nous nous faisons un devoir de mentionner particulièrement Duclos (de Tours, 1856). Il s'est servi de l'extrait hydroalcoolique à la dose de 0 gr. 50 à 0 gr. 60, dose très-forte indiquant un produit inférieur. Il a observé les effets contre-stimulants sur le pouls, précédant de très-peu son action sur la phlegmasie pulmonaire. Il a remarqué la longue persistance du ralentissement du pouls après la cessation de toute médication; il pense que les doses plus fortes sont mieux tolérées que les doses faibles; il n'a jamais constaté de troubles cérébraux et n'a jamais observé d'action diurétique. Cet observateur intelligent, quoique privé de thermomètre, paraît avoir bien saisi l'effet général de la médication. Des conclusions rigoureuses ne peuvent se déduire de ce travail, puisque la digitale a presque toujours été associée aux antimoniaux ou précédée d'une saignée ou d'un purgatif.

Dans la pneumonie, la digitale est particulièrement indiquée lorsque la fièvre est franchement inflammatoire, la température élevée de 39 à 41 degrés, le pouls fréquent et le sujet fort et jeune. Cependant les enfants, les femmes et même les personnes âgées, lorsqu'elles ne sont pas débilitées, supportent bien le traitement. La pneumonie typhoïde, celle des vieillards avec sidération, réfrigération des extrémité, petitesse et fréquence du pouls, avec température périphérique peu élevée quoique la chaleur centrale soit forte, contre-indique-t-elle la digitale? Nous avouons ne l'avoir jamais essayée dans ces cas extrêmes, non par la crainte de nuire, puisque ces cas sont absolument mortels, mais par crainte de compromettre le médicament dans une lutte sans succès possible. Cependant, si nos idées sur l'action de la digitale sont fondées, son indication serait encore plus formelle ici.

Il est des cas, non-seulement dans la pneumonie, mais dans toutes les fièvres aiguës où le pouls est très-fréquent, la chaleur périphérique souvent basse, quoique la température rectale soit élevée. C'est cet état éminemment dangereux que les anciens appellent *causus* et les Allemands *callapsus* et que nous avons décrit (art. CHALEUR, t. VI, p. 782 et 808). Dans cette situation, qui accuse une paralysie vasculaire presque toujours mortelle, on craint d'employer la digitale; peut-être est-elle, avec les effusions d'eau froide, la seule chance de salut. Nous avouons, pour les mêmes raisons que ci-dessus, n'avoir pas osé l'employer.

En préconisant la digitale dans des conditions déterminées, nous n'entendons nullement exclure à son profit d'autres médications également appuyées sur une longue expérience; il s'agit seulement d'en faire un choix opportun.

La saignée, par exemple, conserve encore quelques indications à côté de la digitale. Un des reproches qu'on peut adresser à celle-ci, c'est de ne produire son impression curative que vingt-quatre ou trente-six heures après son début. Si donc il y avait imminence d'asphyxie, congestion violente, transport tumultueux vers le cerveau, l'ouverture de la veine pourrait être momentanément préférée; mais, en dehors de cet avantage, la saignée est bien inférieure à la digitale, dont l'effet, une fois produit, ne se perd plus, tandis que la saignée n'a qu'un résultat fugace sur le pouls et la chaleur et qui ne dure que quelques heures, souvent moins encore. (Bærensprung, Traube, Thomas, Laennec.) Il faut alors recommencer et y revenir encore, comme Bouillaud, mais c'est au prix de sacrifices considérables imposés à l'économie et en épuisant le malade pour épuiser la maladie, selon l'expression de Trousseau. Dans ces cas d'urgence, on peut donc débuter par une saignée et continuer par la digitale. Souvent nous lui associons des ventouses scarifiées sur le côté malade, surtout quand celui-ci est douloureux et l'élément pleural bien accentué.

Le *veratrum viride* agit plus vite que la digitale, surtout sur le pouls, qui, au bout de une ou deux heures, peut être réduit de moitié. Il déprime moins la température; il compte d'heureux succès entre les mains des médecins suisses, américains et allemands; il conviendra principalement dans les cas d'urgence, mais son effet est aussi fugace qu'il est prompt, et le vomissement et le malaise beaucoup plus prononcés. Nous ne pensons pas qu'il constituera jamais une méthode générale comme sa rivale.

Le *tartre stibié*, outre qu'il présente à un bien plus haut degré toutes les contre-indications de la digitale, est d'une administration bien plus fatigante et plus déprimante, surtout quand il produit la diarrhée. Son efficacité, selon nous, n'est pas supérieure, si elle est égale à celle de la digitale. Quoique son usage soit encore général en France, nous maintenons pour notre part la préférence à la digitale, et nous ajoutons que là où l'émétique est indiqué, la digitale l'est autant, et que là où il est contre-indiqué, il l'est bien plus que la digitale.

Le *sulfate de quinine*, nullement nauséeux, d'une digestion facile, d'une innocuité absolue pour les voies digestives, serait à préférer à tous les autres contre-stimulants s'il en avait les vertus et n'avait pas ses défauts à lui. Mais son action sur le pouls et surtout sur la température est bien loin d'avoir la constance et l'intensité de celle de la digitale ou du veratum et même des antimoniaux; elle est souvent insignifiante. De plus, il produit l'ivresse quinique, des bourdonnements d'oreille et des surdités souvent rebelles, des vertiges, voire même des congestions cérébrales, et ce n'est d'ordinaire que consécutivement à ces phénomènes qu'on observe une diminution de la fièvre.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 2 juin 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — *Le Sud médical* ;

Relation humoristique d'une excursion médicale aux eaux de Schinznach, par le docteur Putegnat (de Lunéville);

De la part du collége des médecins de Londres : *The nomenclature of diseases drawn up by a joint committee appointed by the royal college of physicians* ;

Der erste verband auf dem Schlachtfelde (premier pansement sur le champ de bataille), par le professeur Esmarch;

Treatise on the transport of sick and wonded troops by inspector general T. Longmoore, ouvrage important avec 200 planches ;

M. le docteur Goiral adresse un manuscrit intitulé : *Des divers moyens opposés aux descentes de matrice*. — Renvoyé à M. Tarnier;

M. Gripouilleaud envoie la *Description de l'appareil prothétique qu'il propose pour les amputés du bras*. (Commission : MM. Le Fort, Tilaux, Panas;

M. Dewalz communique une observation de plaie de la région fessière accompagnée d'hémorrhagie grave. Tentative de la ligature dans la plaie. Arrêt spontané de l'hémorrhagie avant l'opération.

RAPPORTS

M. Léon Le Fort fait un rapport verbal sur un mémoire de M. Philippe, chirurgien principal de l'armée, intitulé : *Peromoplastie, ou autoplastie du moignon après les amputations dans les cas de saillie de l'os*. Ce procédé, appliqué sur un malade amputé de la cuisse depuis quelques jours, consiste à détacher les chairs au ras de l'os saillant, de manière à pouvoir les faire glisser jusqu'à ce qu'elles recouvrent l'os faisant saillie. La Société décide que des remercîments seront adressés à M. Philippe pour son intéressante communication, et que ce travail sera honorablement déposé dans ses archives.

COMMUNICATIONS

Des résultats cliniques et scientifiques obtenus avec les injections sous-cutanées de sublimé, à petites doses, dans l'étude de la syphilis. — M. LIÉGEOIS. — Je me propose d'appeler l'attention de la Société de chirurgie sur les services qu'il est permis d'espérer de l'emploi de la méthode hypodermique appliquée à l'étude de la syphilis. Quoique mes recherches dans cette direction datent de dix-huit mois et portent sur plus de 400 observations, j'aurais ajourné encore l'exposition de mes résultats cliniques, et attendu avec patience que le temps ait consacré les espérances que cette méthode promet, si le problème de l'action des mercuriaux ne s'était, en quelque sorte, naturellement imposé à moi et ne m'avait engagé dans une voie d'investigation toute particulière sur laquelle je désirerais actuellement appeler l'attention.

Dans les essais faits jusqu'ici avec la méthode hypodermique appliquée à la syphilis, les sels mercuriels seuls ont été employés. En 1864, Serrenzio fit essai du calomel à la dose de 20 centigrammes pour 9 grammes d'eau distillée. Trois ou quatre injections suffirent pour la guérison de la syphilis.

La méthode de Serrenzio fut employée en Italie, par Ambrosoli, Ricordi et Monteforte ; en Belgique, par Max O. Van Mous. En 1866, Barclay Hill, en Angleterre, se servit du sublimé à la dose de 1 centigramme par injection. Vers la même époque, G. Lewin, de Berlin, employait aussi les injections de sublimé à la dose de 6 milligrammes chez la femme, 13 milligrammes chez l'homme, en dissolution dans 15 grammes d'eau. Les observations de cet auteur, consignées dans un volumineux ouvrage, portent sur 700 observations, prises de 1865 à 1867. La méthode de Lewen est actuellement étudiées par Hébra, Viederhoffer, Doblic, B. Richter, Blœse, Klemm, Merscheim, Grünfeld, Stœhr. En France, elle a été employée par M. Hardy, sans succès. En 1868, M. A. Martin a proposé, pour injections, l'iodure de mercure et de potassium. M. Bricheteau, en 1869, a appelé l'attention sur l'iodure de mercure et de sodium, sans preuves à l'appui. Disons enfin que Mullez, en commun avec M. Pouillet, ont pratiqué avec succès la méthode hypodermique d'après le procédé que j'indiquerai bientôt sur vingt malades.

Mes premiers essais datent du mois d'octobre 1867. Ils m'ont été suggérés par Lewin lui-même, lors du congrès médical international. Dix-huit femmes de l'Ourcine, atteintes d'accidents syphilitiques secondaires graves, ont été mises aux injections de sublimé telles que Lewin les donne (6 milligrammes pour 1 gramme d'eau; une injection par jour). Aucun régime tonique n'a été prescrit, aucun traitement local n'a été fait. Toutes mes malades ont guéri de leurs accidents dans l'espace de quinze à vingt jours. Mais la fréquence de la salivation, les abcès, les escarres qui survinrent au niveau de la piqûre me firent renoncer au moyen de Lewin. Entré à l'hôpital du Midi le 15 décembre de la même année, le souvenir de ces guérisons, en quelque sorte merveilleuses, obtenues à l'Ourcine, me revinrent sans cesse, et un beau jour, le 15 janvier 1869, je reprenais la seringue de Pravas, me proposant de chercher à mitiger les effets irritants locaux de l'injection de sublimé. Après plusieurs tentatives, je constatais que la dose de 4 centigrammes de ce sel environ, diluée dans 2 grammes d'eau, et injectée en deux fois, était parfaitement innocente. C'est cette dose que j'ai employée constamment dans mes recherches subséquentes.

Une fois convaincu de l'innocence de ma solution, je résolus de mettre à l'écart, tout d'abord, les autres moyens qui pourraient influencer, dans un sens ou dans un autre, les résultats de la méthode, et pour cela, je fis, du 15 janvier au 1er décembre, des injections de sublimé sur une série de sujets (196), choisis parmi les plus gravement atteints de syphilis, mais chez lesquels aucun traitement local ne fut mis en usage : ni bains, ni lotions, ni cautérisations. Parmi ces sujets, quelques-uns seulement, dans un but comparatif, furent mis aux injections et aux toniques (vin de quinquina, pilules de Vallet). Les malades atteints d'accidents légers furent soumis, soit aux pilules de protoiodure de mercure, soit à la liqueur de Vanswieten, soit aux toniques, sans employer non plus chez ceux-ci aucun traitement local.

Depuis le 1er décembre 1868, la plupart de mes malades atteints de syphilis grave sont mis aux injections sous-cutanées et au traitement local; un certain nombre sont traités, dans un but comparatif, par les frictions mercurielles.

Je ne consignerai ici que mes résultats de l'année 1868, me proposant, en 1870, de rapporter les seconds et de les comparer aux précédents.

La formule de mon injection est la suivante :

Eau distillée	90 gr. »
Sublimé	» gr. 20
Chlorure de morphine	» gr. 10

Ce qui fait un peu plus de 2 milligrammes de sublimé pour une seringue de Pravaz, de la contenance de 1 gramme.

Tous les matins, deux injections successives ont été faites dans le tissu cellulaire du dos : l'une à droite, l'autre à gauche. En général, elles sont accompagnées d'une sensation douloureuse, excessivement variable chez les sujets, mais très-supportable. Aucune réaction inflammatoire ne se produit au niveau du point piqué. Deux fois seulement, l'injection ayant été poussée dans l'épaisseur de la peau, il se forma une légère escarre. La salivation est exceptionnelle; sur 196 sujets, elle a eu lieu 4 fois et a été des plus légères. Cinq ou six jours après le début du traitement, le malade accuse un mieux sensible dans son état général. Vers la même époque, s'il s'agit de plaques muqueuses, celles-ci commencent à s'améliorer; les formes sèches des manifestations secondaires de la syphilis s'améliorent plus lentement. Rarement, à partir des cinq ou six premiers jours, les accidents augmentent d'intensité; plus rarement encore des accidents d'une nouvelle forme apparaissent. Toutes les fonctions, pendant le traitement, parurent se faire avec activité, notamment la fonction de digestion. L'embonpoint augmenta dans la généralité des cas, dans de fortes proportions.

Statistique générale : 196 malades ont été traités par les injections de sublimé pour des accidents secondaires. Sur ces 196 malades, 127 ont été notés guéris à leur sortie; 69 ont été notés améliorés. Pour les guéris, le nombre moyen d'injections a été de 68; pour les améliorés, de 50. Le nombre des récidives a été, pour les guéris, de 12 (9.45 0/0); pour les améliorés, de 14 (20.30 0/0).

Par améliorés j'entends tout sujet qui ne conserve pas trace des accidents secondaires qu'il a présentés à son entrée. La plupart touchaient à la guérison; c'est ce qui explique la proportion relativement faible de récidive chez ces sujets.

Statistiques partielles. Un des avantages de la méthode sous-cutanée telle que je l'explique, avantage sur lequel je n'insisterai qu'ici, c'est qu'elle permet de savoir exactement la dose de sel mercuriel qui pénètre dans l'organisme et qui concourt à la guérison de la syphilis, ce que l'on ne peut connaître par les autres moyens, aussi ai-je utilisé cet avantage pour l'examen des conditions spéciales thérapeutiques, physiologiques, morbides, dans lesquelles se trouvaient les sujets syphilitiques soumis à mon observation.

De ma statistique particulière portant sur les conditions thérapeutiques des sujets mis aux injections, statistique que je présenterai sous forme de tableau dans mon mémoire, il résulte que les sujets qui guérissent le plus facilement par les injections hypodermiques sont ceux qui ont subi, à une époque plus ou moins reculée, un traitement mercuriel (liqueur, proto., frictions.) Il faut, à ces sujets, en moyenne, 60 injections, c'est-à-dire 30 jours de traitement. Puis viennent ceux qui, ayant été mis, à leur entrée à l'hôpital, à un traitement mercuriel ou aux toniques ont, ne voyant pas d'amélioration dans leur état, demandé à être mis aux injections, il leur faut 61 injections. Puis viennent les malades mis simultanément aux injections et aux toniques; il faut à ceux-ci 63 injections. Puis enfin viennent ceux qui ont été mis aux injections de sublimé seules (121 malades sont dans cette catégorie); ceux-ci réclament, pour leur guérison, une moyenne de 74 injections, 37 jours de traitement. Pour la durée du traitement, le désavantage est donc aux injections de sublimé employées chez des sujets n'ayant subi aucun traitement antérieur et n'ayant point été mis au régime tonique. Mais si l'on tient compte des récidives, celles-ci sont d'autant plus assurées que le traitement par les injections a été moins long, à l'exception cependant des malades en récidive d'un traitement mercuriel, chez lesquels l'état constitutionnel a été modifié par un traitement antérieur de plus ou moins longue durée. Chez ceux-là il y a seulement 6 0/0 de récidive. Mais pour les malades mis à leur entrée à un traitement mercuriel et mis, au bout de quelques jours au sublimé, les récidives sont dans les proportions de 37.50 0/0. Chez ceux qui ont été mis simultanément aux injections et aux toniques, les récidives sont dans les proportions de 12.50 0/0. Chez ceux qui ont été mis seulement aux injections, les récidives sont seulement de 7.69 0/0.

Les diverses conditions qui suivent ont été étudiées chez des sujets mis exclusivement aux injections et non guéris à leur sortie.

Age. Depuis 15 ans jusqu'à 40 ans, plus le sujet est jeune, plus il faut d'injections, mais moins il est exposé à une récidive; tandis que, de 10 à 15 ans, il faut, pour la guérison de la syphilis, 70 injections; de 20 à 30 ans, il en faut 68; de 30 à 40 ans, 65; mais dans le premier cas, il n'y pas de récidive; dans le deuxième cas, le chiffre de celles-ci est représenté par 6.66; dans le troisième cas, par 18.75.

Nature des accidents secondaires. La roséole est l'accident qui guérit le plus facilement, il faut 62 injections; puis viennent les plaques muqueuses, il faut 64 injections; puis viennent les syphilides pulpuleuses, il faut 66 injections; puis viennent les plaques muqueuse combinées à d'autres accidents; il faut 81 injections.

Mais les récidives sont en raison inverse du nombre d'injections; les sujets atteints de roséole faisant seuls exception, pour ceux-ci nous n'avons pas de récidives. Pour les plaques muqueuses, elles sont dans la proportion de 11 pour 100; pour les syphilides papuleuses, elles sont de 6 pour 100; pour les plaques muqueuses combinées à d'autres accidents, elles sont de 4 pour 100.

Accidents tertiaires. Dans les trois cas d'accidents tertiaires traités par les injections (syphilide tuberculeuse ulcérée du front, syphilide tuberculeuse de la face et du front, périostite de la voûte palatine avec ulcération), la guérison s'est effectuée chez l'un au bout de 42 injections, chez l'autre au bout de 30 injections, chez l'autre au bout de 42 injections.

Date du début des accidents secondaires. Le nombre d'injections nécessaires pour la guérison est d'autant plus considérable que le début de ces accidents est plus éloigné. Tandis que pour des accidents qui datent de 1 à 15 jours, il faut 55 injections; pour ceux qui datent de 15 à 25 jours, il faut 68 injections; de 25 à 35 jours, 69 injections; de 45 à 55 jours, 67 injections; de 55 à 65 jours, 77 injections; de 65 jours et au-delà, 79 injections. Mais les récidives sont en raison inverse du nombre d'injections. Pour les accidents qui datent de 1 à 15 jours, il y a 4,50 pour 100 de récidive; de 15 à 25 jours, pas de récidive; de 25 à 35 jours, 11 pour 100 de récidive; de 45 à 55 jours, 16 pour 100 de récidive; de 55 à 65 jours, pas de récidive; de 65 jours et au delà, pas de récidive.

Incubation du chancre. Plus l'incubation du chancre a été longue,

plus il faut d'injections. Il a fallu 63 injections pour une incubation de 6 à 10 jours; 79 injections pour une incubation de 10 à 20 jours; 43 injections pour une incubation de 20 à 30 jours, 91 injections pour une incubation de 30 à 40 jours; 86 injections pour une incubation de 40 à 120 jours.

Date du chancre. Des sujets se sont présentés avec des accidents secondaires qu'ils rapportaient à des chancres datant de 5 ans, 18 mois, 12 mois, 6 mois. Les accidents secondaires, sans doute, avaient échappé à leurs observations. A ceux-là il a fallu 84 injections, chiffre supérieur à notre moyenne générale (74).

Il résulte donc de toutes ces statistiques partielles que la syphilis résiste d'autant plus au traitement que l'affection est plus ancienne; en cela elle diffère des maladies virulentes ou miasmatiques, qui, en général, passent par des phases d'augment, d'état stationnaire, de déclin; mais elle se rapproche des affections constitutionnelles dues à un trouble de la nutrition, scrofule, phthisie, etc. Il résulte aussi que, dans quelques conditions que ce soit, la syphilis a d'autant plus de chances de récidive qu'il faut moins d'injections pour faire disparaître les manifestations secondaires. Quand celles-ci disparaissent rapidement, l'état général n'est pas suffisamment modifié, et les rechutes sont à redouter.

Injections préventives. Les injections préventives ont, comme avec les autres traitement, reculé l'apparition des accidents secondaires; de plus, elles ont atténué leur intensité, à part un cas. 3 sujets sur 11 n'ont pas été revus, mais on ne peut en inférer qu'ils aient été indemnes d'accidents consécutifs.

Les avantages de la méthode hypodermique, comparée aux autres méthodes nous paraissent incontestables. 1° Elle est d'une application facile; des personnes étrangères à la médecine, le malade lui-même, peuvent, avec quelques conseils du médecin, faire des injections sur des endroits variés du corps. 2° Elle met à l'abri des accidents locaux, que les autres méthodes hypodermiques n'ont pu jusqu'ici éviter, même la méthode de Lewin (abcès, eschares, ulcères, indurations sous-cutanées). 3° Elle permet d'éviter presque sûrement la salivation; c'est là surtout ce qui la rend supérieure à la méthode des frictions, méthode que je considère comme étant elle-même bien supérieure sous tous les autres rapports aux autres employées jusqu'ici. Le procédé de Lewin, donnant 37 pour 100 de stomatite, n'a pas non plus l'avantage du sublimé à petite dose, au point de vue de cet accident. 4° Elle est d'une efficacité des plus grandes contre les manifestations secondaires, peut-être aussi contre les accidents tertiaires, car jusqu'ici aucune forme de syphilis ne s'est montrée réfractaire au traitement. 5° Elle ne trouble aucune des grandes fonctions de l'économie, et en particulier la fonction de digestion; elle semble au contraire favoriser leur activité. 6° L'efficacité de la méthode, que les malades des hôpitaux ne manquent pas de remarquer chez les sujets en traitement, est une cause des plus puissantes pour les retenir pendant tout le temps voulu pour la guérison. Tandis que, pour les individus traités par le protoiodure, on compte 60 pour 100 d'améliorés à la sortie, pour les sujets mis aux injections on n'en compte que 35 pour 100. 7° Elle paraît moins exposer aux récidives que les autres méthodes, c'est du moins ce qu'indique le chiffre de 7 pour 100. J'ajouterai que depuis six mois écoulés depuis ma statistique, quatre malades seulement, notés guéris à la sortie, ont eu des rechutes. Sous ce rapport, elle me paraît être notablement supérieure à celle de Lewin, qui a eu 25 pour 100 de récidive, mais elle est bien supérieure au traitement par le protoiodure et la liqueur de Van Swiéten. 8° Les récidives sont, en règle très-générale, d'une bénignité remarquable et réclament pour leur guérison un petit nombre d'injections. Il n'est pas rare au contraire, pour le traitement par le protoiodure et par la liqueur, de voir des récidives aussi graves que les premières manifestations. 11° Elle permet plus que les autres de pallier à des accidents pressants, en faisant 4, 6 injections successives, dans les cas, par exemple, d'iritis graves, de plaques muqueuses du larynx.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. Panas présente un malade portant un enchondrome du 2e métacarpien, et demande l'avis de ses collègues sur le parti à prendre. MM. Demarquay, Després, Verneuil et Le Fort pensent que l'on peut tenter l'ablation de la tumeur avec l'os sur lequel elle repose. Il faut prévenir le malade que l'amputation des 2e et 3e métacarpiens avec les doigts correspondants pourra être faite séance tenante, car c'est le parti que vraisemblablement le chirurgien sera obligé de prendre pendant l'opération.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 juillet, le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences de l'Institut impérial de France est autorisé à accepter, aux charges, clauses et conditions imposées, au nom de ladite Académie, le legs à elle fait par le sieur Chaussier (Franck-Bernard-Simon), suivant son testament olographe du 19 mai 1863; ledit legs consistant en une rente sur l'Etat de 2,500 fr., dont les arrérages cumulés formeront, tous les quatre ans, un prix de 10,000 fr., qui portera le nom du fondateur et qui sera décerné par l'Académie des sciences à l'auteur du meilleur livre ou mémoire qui aura fait faire un pas à la science médicale, soit au point de vue de la médecine légale, soit au point de vue de la médecine pratique.

— Le concours pour deux places de chef de clinique à la Faculté s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Legroux et Choyau, titulaires;

MM. Bordier et Labbé, suppléants.

— M. le docteur Liétard vient d'être nommé médecin inspecteur adjoint aux eaux de Plombières.

— Bonne clientèle dans les environs de Paris. Situation exceptionnelle. Produit de 8 à 10,000 fr. — S'adresser au bureau du journal.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Académie des sciences. — L'Académie est surtout occupée d'une discussion interminable sur de prétendus autographes de Pascal, Newton, Galilée, Rotrou, Montesquieu, Louis XIV, etc. Nous ne voulions pas en parler à nos lecteurs, car ces documents ne présentent pas un caractère suffisant d'authenticité ; mais nous ne pouvons nous empêcher de regretter le temps ainsi perdu.

— M. Dareste continue ses expériences sur la production artificielle des difformités dans l'embryon de poulet.

Lorsqu'on entretient dans la couveuse artificielle une température basse, 40 degrés centigrades ou même moins, l'embryon souffre, et on peut être sûr que, s'il ne meurt pas trop rapidement, il présentera quelque anomalie due à un arrêt de développement de telle ou telle de ses parties constitutives.

Tous les genres de difformités et d'anomalies embryonnaires sont possibles en pareil cas.

L'une des plus curieuses est la transformation de la cicatricule en blastoderme sans qu'un embryon soit produit.

« Cette anomalie, dit M. Dareste, est d'autant plus remarquable qu'elle donne une confirmation de l'opinion émise récemment par M. Milne Edwards sur la nature de la cicatricule, qu'il considère comme un être vivant indépendant de l'embryon, et comme représentant les générations non sexuées dans le cycle des générations alternantes. »

— *Hôpital des cliniques.* — On sait que le traitement antisyphilitique ne réussit presque jamais contre les rétrécissements *dits syphilitiques* du rectum.

Aussi se borne-t-on maintenant le plus souvent à employer contre eux la dilatation du rectum, qui ne donne pas toujours des résultats très-satisfaisants ni très-durables.

Mais parfois la muqueuse rectale, au niveau du rétrécissement, est couverte de granulations et de fongosités qui, par leur présence, entretiennent la contraction spasmodique ou pour mieux dire la contracture du muscle rectal.

En cas pareil, la cautérisation de la muqueuse, comme la pratique M. Richet, donne les meilleurs résultats.

M. Richet emploie, pour la faire, un gros porte-caustique construit sur le modèle du porte-caustique de Lallemand, qui permet de porter sur les surfaces malades le nitrate d'argent solide.

Deux femmes ont été traitées dernièrement par cette méthode, et, chez l'une et l'autre, le rétrécissement a notablement diminué après la cautérisation.

On se rappelle que M. Desormeaux dans son traité de l'*endoscope*, conseille aussi d'attaquer d'abord et surtout les granulations urétrales, lorsqu'on les trouve coïncidant avec un rétrécissement de l'urètre. Là aussi, le rétrécissement disparaît souvent avec elles, lorsqu'il n'est pas devenu fibreux.

Un grand nombre de médecins, du reste, croient à la nature *vénérienne*, mais non *syphilitique*, des rétrécissements rectaux. Ils y voient les suites d'une blennorrhagie rectale qui laisse après elle des granulations, comme les blennorrhagies de l'urètre, et celles du col utérin.

— *Hôtel-Dieu.* — A propos d'une malade atteinte de variole et qui se trouve en ce moment dans son service, M. Guéneau de Mussy a appelé l'attention de ses élèves sur plusieurs particularités remarquables, soit dans la marche de la maladie principale, soit dans les signes qui ont permis d'en reconnaître les complications.

Lorsque cette femme est entrée à l'hôpital elle présentait une éruption variolique très-discrète sur le tronc et sur les membres, sans aucun bouton sur la figure. Cependant la fièvre était vive, la face altérée, anxieuse ; toute l'expression de la malade accusait une grande angoisse.

D'après les faciès, M. Guéneau de Mussy jugea qu'il devait y avoir quelque complication du côté de l'appareil circulatoire. Il y avait en effet une péricardite, comme le prouvaient suffisamment la matité précordiale et le bruit de frôlement non douteux qu'on entendait à la région du péricarde.

Mais outre ces signes de péricardite, connus de tout le monde, il en est d'autres que M. Guéneau de Mussy a signalés et qu'il était bon de rechercher dans le cas actuel.

D'abord la sonorité du poumon gauche et particulièrement du lobe supérieur est généralement modifiée. Lorsqu'il s'est fait un épanchement considérable dans le péricarde, cette sonorité, à la percussion, peut rappeler le son tympanique. Chez la femme dont il s'agit il n'existait encore le premier jour qu'une élévation de tonalité, bien accusée dans la région sous-claviculaire et surtout dans le sillon qui du tiers externe de la clavicule se dirige en bas et en dehors vers l'aisselle.

De plus, ordinairement, le nerf phrénique d'un côté, ou les deux nerfs phréniques également, participent à l'irritation du péricarde. De là une sensibilité très-vive à la pression vers deux points où ce nerf se trouve superficiel : en haut, vers l'union du sternum et de la clavicule, entre les insertions du muscle sterno-cleido-mastoïdien ; en bas, à la région costo-xiphoïdienne. Ces deux points d'hypéresthésie se répondent toujours du même côté ; si l'on trouve l'un des deux à gauche, on peut être sûr de trouver l'autre également à gauche ; et comme c'est le cas le plus fréquent, M. Guéneau de Mussy a cru pendant longtemps que, dans la péricardite, la sensibilité anormale siégeait exclusivement sur le nerf phrénique gauche. Mais, chez d'autres péricardiques, le nerf phrénique droit était seul atteint, et chez la malade en question, l'hypéresthésie existait également intense des deux côtés, dans les points cleido-sternaux et costo-xiphoïdiens.

Chez elle, du reste, la sensibilité était exaltée généralement dans ses divers modes : sensibilité au chatouillement, au pincement, à la pression. Les gouttières rachidiennes, les régions sus-iliaques, etc., étaient le siége d'une hypéralgésie marquée. Il y avait aussi un peu d'excitation et d'agitation hystériques.

Ce n'est pas tout ; on constata chez elle une adénopathie bronchique du côté droit.

Les signes à l'aide desquels M. Guéneau de Mussy reconnaît le gonflement des ganglions bronchiques ont une valeur incontestable, car plusieurs fois et récemment encore à notre connaissance, le diagnostic basé sur eux s'est vérifié à l'autopsie.

Voici quels furent ces signes dans le cas présent :

La percussion donnait un son obscur sur la moitié droite de la partie supérieure du sternum, avec diminution de l'élasticité, résistance au doigt. La tonalité y était plus aiguë que sur la moitié gauche du même os. En arrière de la poitrine, la région scapulo-rachidienne droite, à sa partie supérieure, présentait les mêmes phénomènes par rapport à la région correspondante du côté gauche.

La transmission du souffle trachéal et la bronchophonie qu'on entendait vers les mêmes points, à droite, dans la région scapulo-rachidienne et dans le premier espace intercostal, vers le sternum, y prouvait également la présence de corps durs qui conduisaient bien les sons produits dans la trachée et dans les bronches.

La pression de ces corps sur les tuyaux bronchiques se traduisait par la faiblesse de la respiration dans tout le côté droit et par le prolongement de l'expiration, devenue presque soufflante, dans le lobe supérieur.

En résumé, variole au début, très-discrète, péricardite commençante, adénopathie bronchique du côté droit, fièvre vive avec pouls serré, température élevée, agitation hystériforme, hypéresthésie générale : tel était l'état de la malade lorsqu'elle entra dans le service.

On fit mettre un vésicatoire à la région précordiale.

Le lendemain, il existait une éruption de *rash*, qui s'était faite dans la nuit, consécutivement, par conséquent, à l'éruption variolique : fait exceptionnel ; en général, le rash précède la variole au lieu de la suivre.

Cette éruption se montrait sous la forme d'un vaste exanthème rubéolo-scarlatino-érythémateux. Il ressemblait plus à la scarlatine sur la partie moyenne du tronc, plus à la rougeole sur le reste des téguments et sur le voile du palais. Il s'accompagnait d'une adénite post-cervicale.

Le développement des ganglions post-cervicaux, dont on voulait autrefois faire un signe de syphilis constitutionnelle, peut se produire après toute espèce d'éruption. Il ne manque presque jamais dans la rougeole ; et d'autres adénopathies peuvent, bien entendu, coexister ; ainsi, l'engorgement des ganglions bronchiques n'est pas rare dans cette affection.

On pourrait donc se demander si l'adénopathie bronchique, que l'on trouvait encore persistante chez la malade dont nous parlons, ne se rattachait pas au rash, bien qu'ayant précédé l'apparition de cet exanthème.

L'hypéresthésie générale constatée la veille, et qui avait maintenant disparu, pouvait aussi se rattacher au rash, dont elle eût été un phénomène préparatoire.

Mais les points cleido-sternaux et costo-xiphoïdiens étaient devenus plus douloureux encore du côté gauche. Ils tenaient donc bien à la péricardite, qui avait marché dans l'intervalle.

La matité de la région précordiale était plus nette, plus étendue ; les bruits du cœur s'étaient éloignés ; le frottement péricardique avait disparu ; mais, par une pression très-forte, vers la partie inférieure gauche de la région péricordiale, on faisait apparaître de nouveaux bruits de frottement, comparables au bruit de savate.

Stokes avait remarqué ce fait que la pression fait naître dans certains cas les bruits de frottement péricardique : il l'avait érigé en règle générale ; mais M. Guéneau de Mussy a également rencontré l'inverse. Lorsque l'épanchement s'est résorbé, que les frottements se font entendre de nouveau, il peut arriver que la pression, loin de les augmenter, les fasse disparaître. La règle de Stockes n'est vraie que tant qu'il existe du liquide dans le péricarde.

On comprend du reste très-bien les causes de ces différences.

Les bruits de frottement sont produits par le contact de surfaces dépolies, irrégulières, glissant l'une sur l'autre. Ces conditions se trouvent réunies dans le péricarde lorsque la séreuse est enflammée et se couvre de pseudo-membranes.

Mais si une couche de liquide vient s'interposer entre les surfaces correspondantes, les bruits anormaux cessent. Une forte pression peut alors, en faisant refluer le liquide, rétablir le contact et les bruits, sur le point qu'on ausculte.

Si au contraire les surfaces se touchaient, n'étant séparées par aucun liquide, la pression ne peut que diminuer l'étendue des mouvements qui les font glisser l'une sur l'autre, et, par conséquent, ne peut que diminuer l'intensité des bruits.

L'augmentation de volume du péricarde eut ses conséquences ordinaires chez la malade de M. Guéneau. On trouva cette fois à la région sous claviculaire gauche un son tympanique, au lieu d'une simple élévation de tonalité, comme la veille.

Pourquoi le sommet du poumon gauche et parfois le lobe inférieur en arrière du péricarde, ne donnent-ils plus à la percussion leur son normal en pareil cas ?

Nous avons indiqué récemment comment la théorie de la *consonnance* pouvait s'appliquer aux sons pulmonaires, soit d'auscultation, soit de percussion.

Le refoulement du tissu pulmonaire, son tassement, pour ainsi dire, change la forme et le volume des tubes bronchiques et des vésicules qui doivent entrer en vibration, et par conséquent la note dominante.

Peut-être arrive-t-il que certaines ramifications bronchiques subissent un mouvement de torsion qui les rend moins perméables à l'air. L'effort que cet obstacle exige pour être vaincu dans l'inspiration, se transforme en excès de pression sur l'air contenu dans les vésicules qui se vident mal. La réaction de leurs parois se trouve ainsi graduellement vaincue par une pression excentrique qui les dilate peu à peu.

Nous risquons cette explication sans y attacher d'importance. L'essentiel est de bien savoir qu'un épanchement péricardique peut amener un son tympanique dans certaines parties des poumons ; exactement comme les pleurésies à l'occasion desquelles Skoda étudia ce même bruit : *le bruit skodique.*

— Un grand nombre de faits pratiques, tels que nous aimons à les signaler dans nos revues des hôpitaux, se trouvent réunis dans l'histoire de cette seule malade.

Au point de vue du diagnostic, on y trouve les signes de la péricardite et ceux de l'adénopathie bronchique.

Au point de vue de la clinique pure, une éruption de rash apparaissant postérieurement à une variole discrète, et précédée d'hypéresthésie générale, d'agitation, de fièvre vive. Tous ces symptômes se calmèrent aussitôt après son apparition, tandis que se formait l'adénite cervicale.

Enfin, parmi les phénomènes non-expliqués, mais qu'il est bon de faire connaître pour appeler sur eux l'étude des praticiens, et faire observer attentivement des faits semblables, on peut noter cette adénopathie bronchique, survenue chez une malade qui présentait alors seulement quelques boutons de variole discrète, disséminés sur le tronc et les membres, mais chez laquelle apparut bientôt une éruption rubéolo-scarlatino-érythémateuse.

Dr VICTOR REVILLOUT.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY

Hydro-épiplocèle congénitale prise pour une hydrocèle simple ; ponction.

(Observation recueillie par M. BLANQUINQUE, interne du service.)

Le 18 février 1869 entrait à la maison municipale de santé un jeune homme âgé de 18 ans, envoyé par M. Ricord pour se faire opérer d'une hydrocèle congénitale. Suivant le dire du malade, ce diagnostic a été également porté par M. Paulet, du Val-de-Grâce,

et par M. Laillier, de Saint-Louis. Sans préciser la date de l'apparition de la tumeur, les parents nous disent qu'ils l'ont vue survenir dès la plus tendre enfance; les médecins consultés à cette époque n'ont jamais pensé qu'à une hydrocèle.

Le malade n'en a jamais souffert, il éprouve seulement un peu de tiraillement quand il fatigue trop et quelques douleurs vagues dans le bas-ventre. Malgré cela, il tient beaucoup à se faire opérer.

La tumeur que nous avons sous les yeux est pyriforme, à base inférieure, elle a le volume d'un œuf de dinde et ne se prolonge pas sensiblement le long du cordon, qui ne paraît pas plus gros que du côté opposé. Elle est molle, fluctuante, mate à la percussion, d'une transparence parfaite; la présence des testicules au milieu de la tumeur se manifeste par un point plus opaque. En pressant sur les bourses, la tumeur disparaît assez facilement sans produire de gargouillement. Si on maintient les doigts appliqués sur l'anneau inguinal, et qu'on fasse tousser le malade la tuméfaction se reproduit et on sent le liquide glisser sous les doigts.

Nous diagnostiquons : Hydrocèle congénitale et l'opération est différée jusqu'au 24.

24. — Le malade s'est promené un instant avant la visite pour que tout le liquide s'accumule dans la tunique vaginale; nous le faisons couler et M. Demarquay se propose, après avoir ponctionné la tumeur, d'y faire une injection iodée. Il nous charge d'appliquer fortement les doigts sur l'anneau inguinal pour empêcher le liquide injecté de pénétrer dans la cavité péritonéale. Mais, au grand étonnement des assistants, la ponction pratiquée, il ne sort *pas une goutte de liquide*. Craignant qu'un caillot fibrineux n'ait obstrué la canule, on introduit un stylet dans son intérieur; rien encore. M. Demarquay retire alors lentement la canule, et nous voyons sortir par la plaie de la ponction, un peu d'épiploon qui rentre aussitôt.

Nous avons donc sous les yeux une hernie épiploïque, qui est certainement compliquée d'hydrocèle, car la transparence ne peut être produite dans ce cas que par un liquide. Après la ponction, nous cherchons de nouveau la transparence, mais nous ne la constatons qu'imparfaitement, ce qui tient à ce que le malade est couché, tandis que, pendant les examens antérieurs, il était debout. Dans la crainte d'accidents du côté du péritoine, on prescrit au malade le repos au lit; suspensoir, cataplasme.

Cette ponction n'amène aucun accident. On commande un bandage spécial pour maintenir l'épiploon réduit et obtenir, si cela se peut, l'oblitération du canal de communication.

Les jours suivants, le 25 et le 27 entre autres, nous montrons de nouveau la transparence à tous les élèves du service et, le 2 mars, le malade étant levé, M. Demarquay fait une nouvelle ponction avec un trocart explorateur dans l'endroit le plus transparent; il s'écoule environ 40 grammes d'un liquide clair, un peu verdâtre. Comme il reste un peu de transparence dans la partie décline, M. Demarquay y fait une seconde ponction, il ne sort qu'un peu de sang.

Remarquons en passant la disproportion qui existe entre le peu de liquide enlevé et la parfaite transparence qu'on observait.

Après cette opération, on trouve la tumeur diminuée de volume. Elle est molle, pâteuse, donnant à peu près la sensation du varicocèle.

3. — Ce matin, un peu de douleur dans les bourses.

Dans l'après-midi, on apporte au malade le bandage qui a été commandé pour lui et on l'applique, bien que l'épiploon ne soit pas rentré.

Le soir, nous le trouvons très-souffrant, le ventre est douloureux dans toute son étendue, il y a un peu de tympanite; la tumeur est rouge, un peu tendue, j'essaie vainement le bandage enlevé, de faire rentrer la hernie. 100 pulsations. Température axillaire, 39°,7. Céphalalgie. Langue blanchâtre. Constipation.

4. — Id... Pas de vomissements. Cataplasmes laudanisés sur le ventre. Lavements.

5. — Le malade a plusieurs selles après avoir pris deux verres d'eau de sedlitz. Les symptômes de péritonite s'apaisent. L'inflammation se localise dans les bourses, la tumeur est très-douloureuse et se prolonge, manifestement cette fois, dans le canal inguinal.

10. — Fluctuation.

12. — Incision de 2 à 3 centimètres, pénétrant dans la tunique vaginale; il s'en échappe deux cuillerées de pus bien lié. En introduisant le doigt dans la plaie; on sent des adhérences de l'épiploon avec le testicule et avec les parois de la vaginale.

19. — Le malade va très-bien, la plaie est à peu près fermée, la tumeur a beaucoup diminué; quand le malade se lève, l'épiploon ne peut plus s'étaler au fond de la tunique vaginale à cause des adhérences qui l'en empêchent. Aussi la base de la tumeur estelle supérieure au lieu d'être inférieure comme autrefois. Sauf la réductibilité, nous avons cette fois tous les signes d'une épiplocèle congénitale.

31. — Le malade retourne chez lui; on lui conseille un bandage peu sevré pour ne pas irriter l'épiploon et empêcher l'irruption de l'intestin dans la tunique vaginale. M. Demarquay a revu le malade dans le courant du moi de mai; la tumeur était peu volumineuse, mais il y avait encore un peu de transparence. Ponction exploratrice. Pas de liquide.

Qu'on lise attentivement la description que nous avons faite de la tumeur en question et on avouera qu'il n'est guère possible de rencontrer plus de chances d'erreur. Sans doute rien n'est plus facile, en théorie, que de distinguer une hernie congénitale d'une hydrocèle. Dans le premier cas, la tumeur est sonore à la percussion, opaque, se prolongeant dans le canal inguinal et (le scrotum étant court chez les enfants) plus large en haut qu'en bas. Quand on la réduit, on perçoit le plus souvent un bruit de gargouillement, et une pression légère maintient la réduction. Dans l'hydrocèle, au contraire, nous avons des signes tout à fait opposés à ceux que nous venons d'énumérer.

Quand les deux affections se compliquent, un peu d'attention suffit pour éviter toute méprise. Pour cela, « on réduit complétement la tumeur, et comme le conseille A. Cooper, on applique le doigt sur l'anneau. Le liquide descend quand même dans le fond du scrotum. Si après cela ou diminue un peu la pression et qu'on fasse tousser le malade, on sent l'intestin sortir de nouveau et glisser sous le doigt. »

Mais supposez qu'il n'y ait dans la tunique vaginale rien que de l'épiploon et en assez petite quantité pour que le pédicule soit très-mince, et tous les caractères différentiels diminueront de valeur. Nous n'en exceptons même pas celui que donne A. Cooper; car, dans l'observation que nous venons de rapporter, nous avons cherché à le vérifier après la première ponction, c'est-à-dire après avoir acquis la conviction de la présence de l'épiploon. Eh bien! nous devons déclarer qu'il nous était impossible de distinguer nettement, sous le doigt, le passage du liquide, du passage de l'épiploon. Nous nous sommes assurés par exemple, de l'inégalité des deux cordons; mais encore la différence était peu sensible et pouvait être attribuée à des veines variqueuses. Une autre particularité aurait pu nous guider si nous avions eu un instant des doutes sur le diagnostic, c'est que la transparence n'était pas la même dans la position verticale et dans la position horizontale. En effet, quand le malade était couché, si on relevait les bourses, le fond, qui était transparent dans la position verticale, devenait incomplétement opaque, peut être parce que l'épiploon flottait sur le liquide de l'hydrocèle.

Le livre d'A. Cooper, si riche en observations curieuses, ne relate pas un seul cas de hernie congénitale composée uniquement d'épiploon. Il en est de même de ceux de Pott, de Curling et de Boyer. La présence de l'épiploon a donné lieu cependant à certaines méprises. Ainsi Lamories, de Montpellier (*Mém. de l'Acad. roy. de chirurgie*, t. III, p. 404), ayant, dans un cas, fait une incision pour la cure radicale de l'hydrocèle, reconnut qu'il s'était mépris sur la nature de la maladie, et que la tumeur était formée par une hernie épiploïque remplie d'hydatides.

Il y a encore dans notre observation un point de pathogénie intéressant, car il est évident que, dans l'enfance de notre malade, ou bien il n'avait qu'une hydrocèle congénitale, ou bien il avait de l'intestin dans la tunique vaginale, attendu que la hernie congénitale n'est jamais formée primitivement que par l'intestin. Boyer fait remarquer très-judicieusement que l'épiploon est trop court à l'époque où cette tumeur commence par s'insinuer dans les bourses, tandis, qu'avec l'âge, la hernie peut se changer en entéro-épiplocèle ou seulement n'être formée que par l'épiploon (*Boyer*, t. VIII, p. 232).

Nous inclinons vers la première hypothèse, car, dans la seconde, la tumeur serait devenue beaucoup plus volumineuse, et les médecins, consultés à cette époque, auraient reconnu la présence de l'intestin, d'autant plus que c'est la première chose à laquelle on doive s'attendre.

Il est à regretter, pour le malade, que les ponctions aient déterminé des adhérences de l'épiploon, car on aurait pu, au moyen d'un bandage, oblitérer l'orifice de communication de la vaginale avec le péritoine et opérer ensuite son hydrocèle. C'est ainsi que A. Cooper opéra une hydrocèle chez un enfant de 5 ans. Une autre fois, c'était une hernie congénitale que la pression d'un bandage avait guéri. (Obs. 259.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 9 juin 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

Des luxations coxo-fémorales soit congénitales, soit spontanées, au point de vue des accouchements, par le docteur Guéniot. Thèse de concours pour l'agrégation en accouchements. — Remerciments.

La Cochinchine géographique et médicale, par le docteur Jules Gimelle. — *Disjonction de l'os molaire, avec semi-luxation en arrière; paralysie du nerf sous-orbitaire, etc. Guérison*, par le docteur Sonrier. *Étude sur la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques de la tête*, par M. Larrey, extrait des *Mémoires de la Société de chirurgie* (tome VII). — Remerciments.

Mme veuve Foucher offre à la Société, l'ouvrage de notre regretté collègue E. Foucher : *Traité du diagnostic des maladies chirurgicales* (tome Ier, 1re et 2e parties). — Des remerciments seront adressés à Mme Foucher.

COMMUNICATION

M. Liégeois termine sa communication sur le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de bichlorure de mercure.

Les seules objections qu'on puisse faire à la méthode hypodermique telle que je l'emploie, c'est qu'elle donne lieu à un peu de douleur au niveau du point injecté et qu'elle réclame pour guérir une moyenne de 37 jours. Mais pour la douleur, quand elle existe, elle est très-supportable, et s'atténue de plus en plus. 8 sujets seulement se sont refusés à l'emploi des injections pour cette cause; le nombre de sujets qui se refusent aux pilules de protoiodure ou à la liqueur est, sans contredit, infiniment plus considérable. Quant au temps nécessité pour la guérison, s'il est plus faible que pour le traitement par le protoiodure et par la liqueur, il est plus long que celui de Lewin, qui ne réclame que 15 à 20 jours. Mais l'inconvénient de la durée du traitement est largement compensée par les plus grandes chances de guérison durable.

J'ai laissé de côté à dessein un des avantages de la méthode hypodermique, parce que celui-ci va servir de base à la partie en quelque sorte physiologique de mon sujet. Aucun traitement, ni tonique, ni mercuriel, n'intervient aussi efficacement que les injections hypodermiques de sublimé à petite dose sur l'état de la nutrition chez les sujets syphilitiques.

Frappé de l'embonpoint qu'ils présentaient, j'ai eu l'idée de peser à leur entrée et à leur sortie un certain nombre de malades mis aux injections; après quoi j'ai pesé, pour avoir des termes de comparaison, des sujets mis à d'autres traitements.

Les poids que je vais donner sont des moyennes prises sur la défalcation générale des pertes et des gains, et rapportées à un sujet.

Inutile de dire que toutes les précautions ont été prises pour que les malades se présentassent à la balance toujours avec le même vêtement, qui, dans la généralité des cas, consistait en leur simple chemise :

1 sujet non syphilitique mis au régime ordinaire de l'hôpital gagne 342 grammes (nombre de sujets pesés, 16).

1 sujet syphilitique mis au régime ordinaire de l'hôpital perd 1,100 grammes (nombre de sujets pesés, 3).

1 sujet syphilitique traité par les toniques seuls a gagné 674 gr. (nombre de sujets pesés, 9).

1 sujet traité par les injections de sublimé seules a gagné 1,255 grammes (nombre de sujets pesés, 74).

1 sujet traité par les injections de sublimé et les toniques a gagné 2,037 gr. (nombre de sujets pesés, 13).

1 sujet traité par la liqueur de Van Swieten a gagné 640 gr (nombre de sujets pesés, 9).

1 sujet traité par le protoiodure de mercure a perdu 362 gr. (nombre de sujets pesés, 17).

On voit donc par ce tableau l'énorme différence qu'il y a dans l'augmentation de poids des sujets syphilitiques soumis aux injections de sublimé à petites doses et comparée à ceux mis aux toniques, à la liqueur, au protoiodure. C'est là assurément un avantage dont on doit tenir grand compte dans l'application des divers moyens employés contre la syphilis, surtout quand il s'unit à celui d'augmenter rapidement les forces et d'activer toutes les fonctions de de l'organisme. Un certain nombre d'auteurs ont déjà signalé l'influence reconstituante du mercure chez certains sujets syphilitiques, mais ces auteurs étaient portés à croire que, dans ces cas, le mercure ne relevait les forces de l'organisme, n'augmentait l'embonpoint, que parce qu'il agissait sur le virus syphilitique, cause des désordres nutritifs et fonctionnels. La syphilis étant guérie, l'activité de la nutrition augmentait.

Afin de juger cette question, j'ai fait des injections de sublimé à petites doses sur l'homme et sur l'animal sains. 4 sujets porteurs de chancres mous ont été mis aux injections avec notre dose habituelle de deutochlorure. En moyenne, le sujet a gagné 3662 grammes, chiffre bien supérieur à celui de 1255 grammes, poids moyen d'un sujet syphilitique mis aux injections, même bien supérieur à celui de 2037, poids moyen d'un sujet mis aux injections et aux toniques.

Deux lapins, ayant acquis leur développement complet, ont reçu chaque jour une injection contenant 1 milligramme de sublimé, depuis le 17 février jusqu'au 9 avril. L'un de ces lapins a gagné 650 grammes, l'autre 1000 grammes. Du 9 avril au 3 juin, les injections sont continuées; le premier n'a ni gagné ni perdu; le second a encore gagné 150 grammes.

Une lapine a été mise aux injections de 1 milligramme, depuis le 23 juin jusqu'au 10 août. On s'aperçut, dans l'intervalle, qu'elle était pleine; elle met bas, avant le 10 août, 6 petits bien portants. Malgré la gestation, elle avait gagné 220 grammes le 10 août.

Un lapin de cette portée, en voie d'accroissement, a été mis aux injections de 1 gramme chaque jour, du 10 décembre au 1er novembre. Pendant ce temps il a augmenté de 650 grammes. Un autre lapin de la même portée n'a pas été mis pendant le même temps aux injections, et a été pesé à la même époque que le précédent; ce second n'avait augmenté que de 550 grammes : différence, 100 grammes par rapport à l'autre.

Sur un autre lapin, au lieu d'injecter 1 milligramme de sublimé, j'en ai injecté 2 milligrammes, depuis le 2 août jusqu'au 2 juillet; ce lapin a perdu 750 grammes pendant ce temps. Le 28 juin, il était d'une faiblesse extrême; c'est à ce moment qu'il a été pesé. Le 2 juin, il est trouvé mort.

Enfin, j'ai voulu savoir quelle dose de sublimé était nécessaire pour tuer un lapin avec la solution que j'employais habituellement; cette dose a été de 25 centigrammes pour 90 grammes d'eau.

On voit donc, d'après ces expériences, que le sublimé, et probablement tous les sels mercuriels, peuvent agir sur l'organisme sain de trois façons, suivant les doses données; à petite dose, le mercure est reconstituant; à dose plus forte il débilite; à dose plus forte encore, il est toxique. Or, si à petite dose il est reconstituant, chez les sujets sains comme chez les sujets syphilisés, il est bien certain que chez ces derniers l'activité du travail d'assimilation nutritive n'est pas une conséquence de la guérison de la syphilis, mais bien le résultat d'une action particulière du sel mercuriel sur la propriété de nutrition.

L'augmentation des phénomènes nutritifs étant constatée; je dois me demander de quelle valeur pouvait être cet élément dans l'action curative du sublimé chez les syphilitiques. Le tableau que je présente à la société permet de constater qu'en général les malades sortis guéris ont augmenté de poids, rarement ils ont diminué; il est donc probable que la suractivité du travail d'assimilation nutritive, cause de cette augmentation de poids, joue un rôle très-important dans la guérison de la syphilis. Mais, comme d'un autre côté on voit dans ce tableau que des malades sont sortis seulement améliorés quoiqu'ils aient reçu autant d'injections que beaucoup d'autres sortis guéris; comme on voit, d'autre part, que quelques malades sont sortis guéris quoiqu'ils aient diminué de poids; comme on voit enfin des malades qui ont eu des récidives malgré une augmentation de poids assez notable, il est bien évident que là n'est pas tout entière la question. Du reste, tous les malades guéris et n'ayant pas eu de récidives auraient-ils augmenté de poids, qu'il serait impossible avec cette seule donnée de formuler une théorie quelle qu'elle soit de l'action curative du sublimé à petite dose dans le traitement de la syphilis.

Je me suis demandé dès lors si, portant mon attention sur le second facteur de la nutrition, la désassimilation, je n'arriverais point à quelques résultats plus instructifs. Sur ma demande, M. Byasson, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, a bien voulu, chez quatre sujets syphilitiques soumis aux injections du sublimé, se livrer pendant le traitement à l'analyse des urines. Chaque jour il a pesé

les urines de vingt-quatre heures, s'est assuré de leur densité, a recherché la quantité de matières solides et d'urée qu'elles contenaient. De plus, les malades ont été pesés chaque huit ou dix jours. Or, les tracés graphiques que je présente démontrent que la quantité d'eau a été notablement augmentée, ainsi que la densité, ainsi que les matières solides. L'urée seule a présenté de grandes oscillations en hausse et en baisse pendant le traitement. On voit encore que la quantité des matières solides s'est accrue aussi bien quand les malades augmentaient de poids que quand à un certain moment ils diminuaient. Parmi ces quatre malades, il en est un chez lequel l'eau, la densité, les matières solides, sont représentées par des chiffres plus faibles que les autres; or, fait remarquable, celui-là a récidivé, et les autres non. Ainsi donc en même temps que, sous l'influence du sublimé à petites doses, le travail de nutrition est activé, le travail de dénutrition l'est aussi, dans des proportions cependant moins considérables que le premier, puisque l'individu augmente en poids. N'est-on pas dès lors en droit de penser que, le mercure favorisant l'apport de matériaux nouveaux, le départ de matériaux anciens opère une rénovation relativement rapide des principes immédiats du sang des tissus, et que c'est à cette rénovation qu'est due la disparition de l'état morbide constitutionnel de la syphilis. Dans cette manière de voir la syphilis, ne peut, par conséquent, être considérée à juste titre comme un trouble survenu dans le travail nutritif sous l'influence de la pénétration d'une matière virulente dans l'organisme, trouble qui va jusqu'à l'aberration en donnant naissance à des productions hypergénétiques. Mais si le sublimé à petite dose active les phénomènes nutritifs et généraux à l'avantage du phénomène d'assimilation, il n'agit pas d'une façon semblable sur toutes les parties de l'organisme syphilisé; ce rapport est renversé pour les tissus morbides qui représentent les manifestations apparentes de la syphilis. Ainsi que je l'ai dit, en effet, sous l'influence seule du sublimé, introduit sous la peau d'une partie quelconque du corps, ces productions nouvelles disparaissent; le travail de désassimilation chez elles l'emporte par conséquent sur le travail d'assimilation. J'ai pu, de plus, m'assurer que des injections de sublimé, poussées sous des plaques muqueuses, faisaient disparaître ces plaques en quelques jours. Enfin, j'ai suivi presque pas à pas la régression des éléments nucléaires ou cellulaires embryoplastiques dans les plaques muqueuses et dans les syphilides cornées jusqu'à la disparition complète de ces éléments. Il est à remarquer toutefois que ces deux modalités de la nutrition, différentes dans les tissus en apparence sains, et dans les tissus hyperplastiques, ne marchent pas toujours de front et n'aboutissent pas toujours au même instant à leur résultat curatif, sous l'influence du sublimé à petites doses. Ainsi, souvent les manifestations secondaires disparaissent rapidement, alors que l'état général constitutionnel n'est pas encore suffisamment modifié pour mettre à l'abri des rechutes, si le traitement est discontinué. C'est là ce qui explique ce fait, que l'on peut ériger en loi, que plus les manifestations secondaires de la syphilis guérissent vite, plus les récidives sont imminentes.

Nous avons à nous demander maintenant pourquoi le traitement par le protoiodure de mercure, par la liqueur de Van Swieten, n'a pas la même efficacité que le traitement par les injections de sublimé à petite dose; pourquoi aussi les toniques, qui sont des reconstituants, n'ont pas non plus les mêmes avantages. Pour le protoiodure et la liqueur, le poison me paraît résider dans la dose énorme de médicament que l'on fait pénétrer dans l'organisme. Faisons remarquer que 14 centigrammes de sublimé constituent la moyenne des doses qui, par mon procédé, suffisent à la guérison, tandis qu'un sujet qui prend pendant trois mois deux pilules de protoiodure de mercure, contenant chacune 5 centigrammes, ingère 9 grammes de protoiodure. Dans le même espace de temps, un sujet qui prend deux cuillerées de liqueur Van Swieten par jour (chaque cuiller contenant 1 centigramme de sublimé), ingère de 1 gramme 80 centigrammes de sublimé. Or, ces fortes doses de substance, par rapport à celle que j'emploie avec le sublimé, altérant la constitution du sang, sont sans doute la cause pour laquelle le travail d'assimilation au moins est diminué; et, nous avons vu que ce travail était d'une grande importance pour la rénovation moléculaire, de laquelle paraît dépendre la guérison de la syphilis.

Ce qui vient surtout à l'appui de cette opinion, c'est que la liqueur de Van Swieten, donnée à plus petite dose que le protoiodure, d'après un grand nombre de praticiens, a une efficacité supérieure à cette dernière médication, quoique cependant elle trouble davantage les fonctions digestives; or nous avons vu que les malades mis au sublimé, en général, engraissaient, tandis que les malades mis au protoiodure diminuaient de poids.

Pour les toniques, si l'on n'avait égard qu'aux effets reconstituants généraux du sublimé à petites doses, on pourrait ranger le mercure dans la même classe de médicaments que ceux-ci. Mais au point de vue de leur mode d'action sur l'organisme syphilisé, ils paraissent différer radicalement.

Les toniques, en effet (amers, quinquina, fer), semblent n'agir qu'en augmentant l'activité des fonctions digestives; de là une restitution au sang et aux tissus de matériaux nouveaux réparateurs, qui concourent par conséquent à activer l'énergie des actes nutritifs. Le sublimé à petite dose, au contraire, ne paraît avoir d'action qu'en augmentant par sa présence l'activité nutritive des tissus; c'est du moins ce que paraît démontrer l'injection hypodermique faite au-dessous des plaques muqueuses; c'est ce que démontre aussi la rapidité de la guérison de celles-ci sous l'influence du badigeonnage avec une solution faible de sublimé. Si cette idée, la seule qui, d'après ces observations, puisse venir à l'esprit, est juste, elle appuie les idées de Virchow sur l'irritabilité nutritive que j'ai combattue dans mon livre de physiologie, parce qu'elle me paraissait reposer sur des expériences fort discutables. Si différent que soit ce mode d'action du sublimé à petite dose et des toniques, il n'en est pas moins vrai que les uns et les autres agissent sur la propriété de nutrition; seulement les degrés d'action sont différents, et ce qui le prouve, c'est l'embonpoint plus considérable des sujets sous l'influence des injections, c'est aussi que les toniques ne guérissent jamais les manifestations secondaires de la syphilis, à moins que l'intervention d'un traitement local fasse disparaître préalablement celles-ci, véritables foyers d'infection pour l'organisme, tant qu'elles subsistent. Quand les accidents secondaires ont disparu avec un traitement local approprié, seulement alors les toniques peuvent, par leur action directe sur le travail nutritif, activer suffisamment celui-ci pour guérir la syphilis, mais toujours au prix d'un traitement de longue durée.

Si le sublimé injecté sous la peau à petite dose n'agit que sur la propriété nutritive des tissus, on comprend le vaste champ d'application dont est susceptible la méthode que j'applique aujourd'hui au traitement de la syphilis. Mais là où surtout elle me paraît devoir être d'une grande utilité, c'est dans les affections cutanées indépendantes de la syphilis; déjà j'ai traité avec le plus grand succès, par cette méthode, trois sujets atteints d'affections cutanées qui avaient été rebelles à d'autres traitements (sycoses de la lèvre et du menton, eczéma et ecthyma généralisés), et ces trois sujets ont guéri avec un nombre assez limité d'injections.

Pour terminer, je dirai que si j'ai affecté dans mon langage une certaine assurance à propos des nombreux problèmes que soulève la syphilis étudiée par les injections hypodermiques, c'est que tous mes résultats sont déduits de l'observation, en dehors de toute idée théorique préconçue. Toutefois, si puissantes que soient pour la valeur d'un sujet scientifique l'observation et l'expérience, on ne peut jamais être sûr d'être à l'abri de l'erreur, quand surtout il s'agit de questions subordonnées à tant de conditions, que celle que j'ai abordée. Je reconnais, de plus, que le nombre de mes observations n'est considérable qu'en apparence, et je fais les vœux les plus grands pour qu'elles se multiplient dans d'autres mains que les miennes, prêt à abandonner mes vues si elles me sont démontrées inexactes.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. LÉON LABBÉ. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société une malade que j'ai examinée avec mon collègue et ami M. Tillaux. Il s'agit d'une femme qui porte à la partie supérieure, antérieure et droite du crâne, une tumeur volumineuse, bilobée, non réductible, non pulsatile, fluctuante dans une partie de son étendue, et offrant, au niveau de la base de son plus grand lobe, des parois très-résistantes.

Cette malade a été examinée déjà par un grand nombre de chirurgiens français et des chirurgiens étrangers. L'avis à peu près unanime n'a pas été favorable à l'idée d'une intervention chirurgicale.

M. Tillaux et moi, nous avons posé le diagnostic entre deux espèces de tumeurs : 1° vastes kystes sébacés avec dégénérescence des parois ; 2° tumeur fibro-plastique ayant pris naissance aux dépens du périoste du crâne. Nous avons tous les deux une grande tendance à rejeter l'existence d'une tumeur fongueuse de la dure-mère, et nous désirons avoir l'opinion de nos confrères relativement à la possibilité d'une intervention chirurgicale.

Catherine K..., 61 ans, boulangère (Moselle), entre le 1er juin.

Elle présente, sur la partie droite et supérieure de la tête, une énorme tumeur pour laquelle elle vient demander les soins des médecins de Paris. Cette femme, qui semble jouir d'une robuste constitution et n'a jamais fait de maladie en dehors de son affection actuelle, présente encore un embonpoint et une coloration de la peau qui dénotent un tempérament sanguin avec intégrité complète de la santé générale. Le début de la tumeur remonte, d'après la malade, à vingt ans. Elle se serait, à cette époque, heurté la tête contre une porte; et ce choc, sans produire de solution de continuité, aurait été suivi de douleurs pendant une période de trois semaines environ. Ce n'est qu'un an après ce choc que la tumeur a commencé à paraître, gro se d'abord comme un pois; puis, trois ans après, comme une noi ette. C'e t à cette époque qu'un médecin rappelle à la malade qu'elle avait dû recevoir un coup sur la tête.

La tumeur, à son début, était située à peu près au niveau de la suture temporo-fronto-pariétale. Complétement immobile sur les parties profondes, mobile sous la peau, cette tumeur s'est développée progressivement et lentement, de manière à acquérir, il y a dix ans, le volume d'une noix; il y a cinq ans, celui d'une petite pomme. Il y a quatre ans, la malade pouvait l'embrasser et la couvrir avec le creux de la main. Il y a trois ans que la progression est beaucoup plus rapide. La tumeur principale a rapidement pris, depuis lors, le volume des deux poings, et un prolongement a paru à sa partie interne, augmentant de beaucoup encore le volume total. Pendant toute cette période de développement de la tumeur pas plus qu'avant son apparition, la malade n'éprouva de douleur d'aucune sorte, ni de troubles cérébraux, ni chutes, ni éblouissements, ni bruits anormaux de l'ouïe, ni troubles visuels, ni paralysies ; en un mot, la santé générale n'a jamais souffert de la présence de la tumeur.

Examen de la tumeur. — Située au niveau de la partie droite de la tête, immédiatement en arrière du front, et recouvrant toute la fosse temporale. Limitée en bas par l'oreille, l'arcade zygomatique, l'os malaire, le contour de la tumeur passe en dehors du rebord orbitaire externe, pour s'étendre sur une très-petite portion du front, en haut et à droite; de là, il se recourbe en arrière, en passant à trois travers de doigt de la ligne médiane, atteint la suture-fronto-pariétale et redescend au niveau de l'oreille.

La forme de la tumeur est celle de deux lobes assez irrégulièrement arrondis. Le lobe interne, le plus récent, est implanté sur le lobe primitif, dont il dépasse très-peu la circonférence du côté externe. Ce lobe secondaire, très-régulièrement arrondi, date de trois ans. Il présente un pédicule d'un diamètre un peu inférieur à celui de la tumeur. Le lobe primitif est au contraire plus large à sa base. La surface des deux lobes est recouverte par de la peau saine, tendue, sous laquelle rampent des vaisseaux veineux assez volumineux, mais en nombre restreint; des battements indiquent la présence d'une artère située à la partie antérieure de la tumeur principale. Diamètre : à la base de la tumeur antéro-postérieure, 9 centimètres; transversal, 12 centimètres. Circonférence à la base, 36 centimètres. Les diamètres de la tumeur secondaire sont de 6 centimètres.

La palpation de la tumeur donne une sensation de mollesse de toutes les parties proéminentes, avec une couronne très-dure, résistante, entourant la base. Cette couronne, limitée par un rebord net du côté de la tumeur, se continue insensiblement avec la surfac osseuse du crâne, à la périphérie; à partir de la circonférence, elle s'élève en plan incliné jusqu'à son rebord interne. La base du petit lobe interne ne présente pas une base aussi indurée.

Les battements qu'on perçoit sur la tumeur se trouvent le long d'une ligne oblique située à la partie antérieure et dans une largeur correspondant à une artère d'un petit volume. On ne perçoit pas d'expansion de la tumeur qui, de même, est complétement irréductible. On entend, par l'auscultation immédiate, un très-léger bruit de souffle simple qui se renforce à mesure qu'on se rapproche de l'artère dont on a perçu les battements.

Dilatations des veines coronaires des paupières, du côté droit, se continuant avec les dilatations superficielles des veines de la tumeur.

La tumeur est d'ailleurs complétement indolore. La malade, dont la santé n'a jamais subi aucune atteinte, n'a pas même éprouvé de troubles visuels, malgré le voisinage qu'affecte avec l'œil droit la tumeur et les varicocités des paupières qu'a produites sa présence.

M. MARJOLIN. Quelques-uns de nos collègues peuvent se rappeler avoir vu, il y a quelque vingt-cinq ans, à la clinique de Lisfranc, une jeune fille de 16 à 18 ans, portant une tumeur tout à fait analogue à celle que porte la malade de M. Labbé. Dieffembach et mon père, qui avaient été consultés d'abord, avaient émis l'opinion qu'il fallait s'abstenir de toute opération; car, malgré une mobilité plus apparente que réelle, il leur semblait que la tumeur devait avoir son point de départ dans le crâne. Lisfranc s'abstint également de toute opération, la malade succomba à des accidents de compression cérébrale. La tumeur était constituée par un cancer venant des méninges.

Il y a ici une artère volumineuse à la base de la tumeur, qui sans doute n'arrêterait pas, par crainte d'hémorrhagie, mais qui témoigne de la vascularité de toute cette masse. En haut on sent comme une coque osseuse qui se continue avec la boîte crânienne, ce qui n'existe pas en bas, il semble que cette tumeur ayant une origine profonde soit venue faire hernie à travers la boîte osseuse.

M. GUÉRIN. Je crois qu'il y aurait la plus grande imprudence à intervenir dans un cas pareil, si on se décidait à une opération, je serais peu étonné d'apprendre que le bistouri a conduit l'opérateur jusqu'au cerveau ou du moins jusqu'à ses enveloppes. La longue durée de la maladie ne préjuge rien ici sur sa nature, il est des tumeurs de la dure-mère qui mettent quinze ou vingt ans à arriver à un volume considérable. Dans un cas où j'ai cru pouvoir opérer par suite de l'absence de paralysie, de symptômes cérébraux, j'arrivai cependant sur une ouverture de la boîte cranienne, j'avais affaire à une tumeur de la dure-mère.

M. LARREZ. Un diagnostic précis me paraît difficile à formuler. La vascularisation des parties qui avoisinent la tumeur, et de la tumeur elle-même, me porterait à la ranger dans la classe des fongus hématose, décrits par Wardrop et par Warren. Mais au point de vue du traitement, je crois qu'il n'y a lieu de tenter aucune opération.

M. TRÉLAT. Le développement considérable des veines qui, pour la plupart des plus importantes, sont sous la dépendance de l'ophthalmique, ne me paraît pouvoir être expliqué que par une compression à l'intérieur du crâne ou de l'orbite, aussi, je ne crois guère qu'on puisse attribuer à la tumeur un caractère d'extériorité, je suppose qu'elle prend naissance dans des kystes sébacés. Cette opinion qui peut surgir à l'instant où on voit la tumeur pour la première fois, cède à un examen même rapide.

M. VERNEUIL. J'ai observé une malade, âgée de 25 ans, portant une tumeur analogue, mais ulcérée à sa surface, c'était une tumeur fibro-plastique nucléaire, un sarcome, c'est-à-dire une de ces tumeurs qui peuvent persister longtemps sans entraîner d'accidents mortels. Comme mes collègues, je crois qu'il faut s'abstenir de toute intervention.

M. LABBÉ. La tumeur observée avec le plus grand soin ne nous a pas donné de bruit de souffle; quant à cette coque osseuse dont parle M. Marjolin, je crois qu'on peut l'attribuer à des jetées ossiformes naissant du périoste. Notre dessein à M. Tillaux et à moi, était, non pas d'intervenir par une opération; mais de tenter une ponction exploratrice avec un trocart capillaire dans la plus petite des tumeurs.

MM. DEMARQUAY et VERNEUIL croient que cette tentative doit être abandonnée comme aussi dangereuse par ses suites que l'opération elle-même.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Arrêt du testicule droit dans le canal inguinal, où il reste fixé par une bride épiploïque derrière laquelle une anse intestinale est venue s'étrangler, d'où péritonite et mort. — M. DEMARQUAY. Le 2 juin, un enfant de 15 ans, est entré dans mon service avec une péritonite des plus évidentes. Il raconte que quinze jours avant son entrée il fit une chute à la suite de laquelle il éprouva de vives douleurs dans le ventre. Il fallut le reporter chez lui. Depuis ce moment, il ne cessa de souffrir. Des sangsues furent appliquées au niveau du canal inguinal droit. Au moment de son entrée nous avons constaté, un grand ballonnement du ventre, des vomissements verdâtres et la continuité des garderobes, la face grippée, et le pouls petit, fréquent et filiforme. Au-dessus du pli de l'aine droit, il existe une petite tumeur formée par un corps arrêté dans le canal inguinal. Cette tumeur a le volume d'un œuf, elle n'est point douloureuse à la pression; la péritonite est évidente, mais le parcours de l'intestin est libre.

Je me demande quelle a pu être la cause de cette péritonite. La mort qui arrive au bout de quarante-huit heures nous permet de constater : 1° que le testicule droit atrophié est arrêté dans le canal inguinal du même côté, et que là il est entouré par une espèce de membrane séreuse de nouvelle formation.

2° Le testicule est fixé dans le canal inguinal par une bride épiploïque qui ferme en même temps l'orifice supérieur du canal.

3° Entre cette bride épiploïque et la paroi antérieure de l'abdomen une anse intestinale a été pincée dans une faible partie de son étendue. C'est le pincement de l'intestin qui à la longue a amené la péritonite généralisée, à laquelle notre petit malade a succombé.

4° Le pincement de l'intestin ne s'opposant point au parcours des matières intestinales et des gaz, de sorte que si contre toute raison on avait fait ici la gastrotomie, l'on n'aurait point évité la péritonite et l'on aurait point eu pour se guider le développement des anses intestinales situées au-dessus de la poche pincée, puisque le pincement de l'intestin ne s'opposait point dans le cas particulier au parcours des gaz. A ce sujet, M. Demarquay fait observer que la vacuité de l'intestin au-dessous de la portion pincée de l'intestin, n'est point

un signe certain, attendu que les gaz intestinaux sont formés dans tout le parcours de l'intestin, et que dans un cas particulier, il lui est arrivé dans un cas d'étranglement interne situé assez haut sur le parcours de l'intestin, d'ouvrir une anse d'intestin très-distendue et située bien loin de l'étranglement.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— La Société impériale de chirurgie voudrait pouvoir établir sur les bases sérieuses de l'observation et de l'expérience, la différence dans la mortalité après les opérations pratiquées dans les hôpitaux et dans la clientèle civile, soit en ville, soit à la campagne.

Elle fait un appel pressant à tous les chirurgiens de France, et serait heureuse de recevoir directement la liste intégrale des opérations pratiquées par eux durant leur carrière médicale.

Il serait utile d'avoir des renseignements précis sur le sexe, l'âge du malade, la cause de l'opération, la durée de la convalescence, les complications, l'époque et la cause probable de la mort.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

— Dons et legs faits à l'Association des médecins du département de la Seine pendant le premier semestre de l'année 1869 :

MM. Nélaton, 500 fr.; — Victor Masson et fils, 50 fr.; — un anonyme, 37 fr.; — Vautier, 20 fr.; — Mme Robert, 20 fr.; — Mme veuve Marjolin, 50 fr.; — Mme veuve Blandin, 50 fr.; — Asselin, 50 fr.

Pour perpétuer leur cotisation :

MM. Lacroix, 1,000 fr.; — Tessereau, 400 fr.; — Delmas, 500 fr.; — Bourse, 500 fr.; — Boinet, 400 fr.

Pour perpétuer la cotisation de leurs maris :

Mmes Duclos, 1,000 fr.; — Oudet, 400 fr.

Pour perpétuer leurs cotisations par fractions :

MM. Schloss, 200 fr.; — Desruelles, 30 fr.; — Thibierge, 240 fr.; — A. Richard, 40 fr. — A. Labric, 50.

Dons avec destination spéciale :

MM. Axenfel, 500 fr.; — Nélaton, 500 fr. — Legs de M. Meurdefroy, 540 fr.; — Legs de M. Perraudin, 2,000 fr.

Le total des dons et legs faits durant ce premier trimestre est de 9,077 francs.

— La société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 6 août à l'hôtel de ville, à trois heures et demie très-précises,

Ordre du jour. — 1° Suite de la discussion sur l'expulsion spontanée d'une myôme.

2° Rétrécissement syphilitique des bronches; mort. Par M. Jules Worms.

3° Communications diverses.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

110. Bertrand (Adolphe). Étude sur les fractures compliquées, et leur traitement par l'occlusion collodionnée.

111. Chatagnion (Antoine). Des causes de la névralgie faciale.

112. Dionis du Séjour. La convalescence étudiée à l'Asile impérial de Vincennes, et principalement dans la variole.

113. Morand (Albert). De la rupture centrale du périnée.

114. Ramniceanu (G.). Quelques considérations sur le tabac et sur son emploi en thérapeutique.

115. Reumaux (Tobie). Étude sur l'allaitement artificiel; ses dangers.

116. Normand (Louis). Hygiène et pathologie de deux convois de condamnés aux travaux forcés, transportés de France en Nouvelle-Calédonie, par la frégate *la Sibylle*, en 1866-1867.

117. Martin (Eugène). Epidémie de fièvre puerpérale observée à l'hôpital Saint-Antoine en 1869.

118. Petiteau (Isaïe). Étude sur les essais chimiques de la clinique médicale.

119. Caillard (Joseph). Quelques considérations sur l'étiologie et le traitement prophylactique de la phthisie pulmonaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Considérations médico-philosophiques sur quelques points de l'éducation des enfants, par le docteur Alph. LOUIS BLANC. — In-8° de 140 pages. Prix : 2 francs.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. FOLLIN et Simon DUPLAY. — Tome III°, fascicule 2 (pages 220-444. Figures 37-107). Prix : 3 fr. 50 c.

Guide du médecin et du touriste aux bains de la vallée du Rhin, de la forêt Noire et des Vosges, par le docteur AIMÉ ROBERT, rédacteur en chef de la *Revue d'Hydrologie médicale*. 1 vol. in-18 de 570 pages. Prix : 6 fr.

De la Contagion, seule cause de la propagation de la lèpre, par le docteur CH. DROGNAT-LANDRÉ. Brochure in-8° de 87 pages Prix : 2 fr. 50.

Bulletin et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. Tome 5°, 2° série, année 1868. 1 vol. grand in-8°. Prix : 5 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Fauvel inspecteur général des services sanitaires de France, a entretenu l'Académie d'une mission confiée à M. le docteur Proust. Ce jeune médecin très-distingué doit étudier les mesures à prendre, soit en Perse, soit sur le littoral de la mer Caspienne, pour empêcher le choléra de nous parvenir par cette voie. Il paraît que le choléra reprend une certaine intensité en Perse, et qu'il commence à se généraliser dans les Indes orientales. Parviendra-t-on cette fois à l'arrêter dans son voyage vers l'Europe? Le premier succès des mesures prises dans le bassin de la mer Rouge donne quelque espoir de retarder, sinon d'empêcher sa venue.

Entre deux grands lutteurs comme M. Guérin et M. Depaul, la discussion sur la vaccine menace de s'éterniser. Aucun des deux ne veut laisser un mot de l'autre sans réponse, et les trois discours du premier appelaient nécessairement trois discours de son adversaire. Celui d'hier portait exclusivement sur la syphilis vaccinale.

M. Depaul a sur M. Guérin le grand avantage d'avoir vu, du moins en partie, les faits dont il parle. Quand il affirme que les enfants examinés par lui étaient bien atteints de vérole, qu'ils présentaient les phénomènes secondaires caractéristiques, nul ne peut songer à mettre en doute la vérité de ses assertions.

Que, parmi les faits observés par d'autres, plusieurs aient pu être des cas de pseudo-syphilis, la chose est très-probable; mais les siens restent inattaquables au point de vue du diagnostic.

Au point de vue de l'étiologie, la question devient plus complexe; et il n'est pas indifférent, à notre avis, de constater si le vaccinifère était ou non syphilitique.

S'il ne l'était pas, peu importe que sa mère le soit ou non; il devient difficile de croire que la vérole transmise par la vaccination, l'ait été par le fait du seul vaccin. Une lancette peut avoir servi à faire quelque opération chez un vénérien, et avoir été mal essuyée. Elle peut ainsi porter à la fois deux virus, différents de nature, comme d'origine, et qui, déposés en même temps sur un même point, y produiront isolément leurs effets ordinaires.

Mais quand le vaccinifère était syphilisé, il devient au contraire infiniment probable qu'il a fourni la syphilis avec le vaccin.

Du reste il paraît que le germe syphilitique n'est pas le seul que le vaccin puisse porter avec lui.

Nous appelons toute l'attention de nos lecteurs sur un fait récent, raconté par M. Depaul.

Plusieurs personnes, vaccinées le même jour avec le même virus, ont éprouvé des accidents graves : accidents purement locaux, mais qui ont failli causé la mort de l'une d'elles.

Ces vaccinés, ou revaccinés ont eu des abcès, des phlegmons profonds, des érysipèles.

Si tous ces phénomènes s'étaient produits isolément chez un seul d'entre eux, on y verrait tout simplement une complication assez ordinaire du traumatisme.

S'ils s'étaient reproduits chez d'autres quelques jours avant ou après, on aurait pu y voir l'effet d'une constitution médicale particulière.

Mais il s'agit de tout un groupe d'hommes, de jeunes filles et d'enfants qui furent également atteints, ayant été inoculés dans une même séance. Ce n'est pas une coïncidence qu'on puisse attribuer au hasard seul. Il faut qu'il y ait eu quelque chose de spécial dans le vaccin inoculé ce jour-là.

Ce fait est de ceux qui ne doivent pas passer inaperçus.

On ne sait pas encore si tel ou tel germe morbide est inoculable; de très-bons esprits tendent à croire que certains accidents chirurgicaux peuvent se rattacher à des germes mal définis, mais transportables de malade à malade.

Pour éclairer ces questions difficiles, l'inoculation vaccinale, se pratiquant sur la plus grande échelle, peut remplacer peut-être, dans une certaine limite, l'expérimentation directe, qui serait impossible ou coupable.

Nous prions les vaccinateurs d'étudier attentivement, au point de vue étiologique, tous les accidents qu'ils rencontrent dans leur pratique, fussent-ils purement locaux et sans aucun rapport possible avec la syphilis.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Tumeur des os.

(Leçon recueillie par M. DUBREUIL.)

Nous avons dans ce moment-ci dans nos salles un homme qui va nous fournir l'occasion d'étudier les tumeurs des os et de constater le retentissement que la même affection peut avoir en même temps sur les divers tissus de l'économie.

Cet homme, pâle et amaigri, porte sur la jambe gauche, au-devant de la face antérieure du tibia, une tumeur volumineuse, à surface uniforme, lisse, sans bosselure. Elle est dure; la peau qui la recouvre présente un peu de rougeur et de chaleur, comme s'il y avait là un travail morbide surajouté à celui qui existait déjà.

Quand on cherche si la tumeur est pulsatile, on ne sent rien, si ce n'est quelques légères pulsations au niveau de l'espace interosseux, sur le trajet de l'artère tibiale antérieure, qui n'appartiennent certainement pas à la tumeur. Il arrive quelquefois que la main, placée sur une tumeur, est soulevée par les battements sans que l'explorateur en ait conscience; si alors, s'aidant de la vue, on regarde les doigts, on voit les pulsations rendues sensibles par le soulèvement qu'elles leur impriment. Chez notre malade, ce mode d'examen ne donne qu'un résultat négatif.

La tumeur est, en résumé, volumineuse et dure, mais moins dure que le tissu osseux. Elle est aussi très-douloureuse, et le malade ressent des douleurs vives et constantes, qui ne cessent ni nuit ni jour. Ces souffrances ont la plus fâcheuse influence sur son état général, et l'ont conduit à la maigreur où vous le voyez réduit.

Pour compléter l'examen de la tumeur, il nous restait à savoir si à son niveau il n'existait pas une solution de continuité de l'os, ainsi que cela arrive fréquemment en pareil circonstance. Aussi, faisant saisir par un aide l'extrémité supérieure du tibia, j'ai pris moi-même la partie inférieure et j'ai cherché à lui imprimer des mouvements de latéralité et des mouvements antéro-postérieurs. Je n'ai pu en déterminer d'aucune espèce; je n'ai pu produire de crépitations. Il n'y a donc pas de fracture. Cherchons maintenant quelle peut être la nature de cette tumeur. Nous pouvons tout d'abord éliminer les tumeurs inflammatoires des parties molles, car nous n'avons ici ni la mollesse ni la fluctuation qui les caractérisent.

C'est donc une tumeur osseuse; mais parmi ces dernières, les unes sont bénignes, les autres malignes.

Voyons d'abord les premières : elles comprennent l'exostose, l'hyperostose, l'ostéite, l'ostéo-périostite, le kyste hydatique des os, que nous allons passer en revue pour voir si l'une d'elles offre des caractères identiques à ceux présentés par notre tumeur.

Les exostoses sont rares à cet âge-là, surtout à la partie moyenne du tibia. Si nous avions affaire à une exostose syphilitique, elle serait mieux circonscrite, moins volumineuse, et on en trouverait de semblables sur d'autres points du corps.

Les hyperostoses succèdent à un coup, à un traumatisme, et il n'y a rien d'analogue dans les antécédents de cet homme.

L'ostéite, l'ostéo-périostite, produisant la nécrose, ne s'observent que bien rarement à l'âge de notre malade; ce sont des maladies de l'adolescence, tout au plus de l'âge adulte, mais non pas de la vieillesse. En outre, elles produisent une tuméfaction plus étendue, plus diffuse.

Les hydatides des os sont si rares, qu'on n'en connaît guère les caractères cliniques. Cependant, si c'était à un kyste de cette nature que nous avions affaire, en pressant la tumeur, nous trouverions ou de la fluctuation, ou bien cette sensation que donne une lame osseuse qui se laisse déprimer et revient ensuite à sa position primitive, deux phénomènes qui font ici complétement défaut.

Ainsi cette revue rapide nous conduit à constater que la tumeur en question ne peut être rangée dans la catégorie des tumeurs bénignes; c'est en effet une tumeur maligne, un ostéosarcome du tibia, qui laisse le péroné intact; c'est un cancer qui n'en est pas encore arrivé à cette période inflammatoire conduisant au ramollissement. Mais quelle est cette variété de cancer? Ici les caractères cliniques nous manquent pour établir un diagnostic plus précis, et je ne sais si nous devons la rapprocher des tumeurs ostéoïdes, des enchondromes ostéoïdes de Virchow, variété qui survient cependant, en général, à un âge moins avancé. Y rencontrerions-nous ces aiguilles osseuses qu'a signalées Nélaton? Y trouverions-nous des myéloplaxes? C'est ce qu'il me paraît impossible d'affirmer.

Le pronostic est déjà fâcheux par le seul fait de la tumeur, qui expose le malade à une grave mutilation; mais l'étude de la constitution tout entière le montre plus fâcheux encore, et nous fait un devoir de nous abstenir de toute tentative opératoire.

Puisque notre malade est affecté d'une tumeur que nous jugeons de nature cancéreuse, il était indiqué de voir si nous ne retrouverions pas de lésion analogue sur d'autres points du corps. La bouche, la langue, la mamelle, qui en sont souvent affectées, n'en présentent pas ici de trace. Mais nous avions encore à passer en revue deux organes que le cancer envahit fréquemment, mais où, fréquemment aussi, il reste d'abord inaperçu, en raison de leur profondeur; je veux parler de l'estomac et du rectum. Dans ce cas-ci l'appétit est conservé; le malade n'a ni dégoût ni vomissement, la palpation de la région épigastrique ne fait découvrir aucune tumeur, et nous pouvons éliminer le cancer stomacal. Voyons le rectum. Lorsqu'on interroge le malade sur la manière dont s'accomplissent les fonctions de défécation, il répond que, il y a quatre ans, il a commencé à éprouver des douleurs dans le fondement chaque fois qu'il allait à la selle, douleurs qu'il attribuait à des hémorrhoïdes, dont il n'a du reste jamais constaté la présence, et qui s'accompagnaient d'un écoulement de matières glaireuses mêlées de sang. Les douleurs et l'écoulement persistent encore, mais à un moindre degré. Or notre malade n'a pas eu d'hémorrhoïdes; ce n'est pas à l'âge qu'il avait alors (56 ans) que débute cette maladie, qui appartient à la jeunesse ou au commencement de l'âge adulte. En explorant la région anale, nous ne trouvons pas d'hémorrhoïdes externes, et nous savons que quand il y a des hémorrhoïdes internes fluentes, on en rencontre toujours d'externes plus ou moins gonflées.

Mais, en revanche, le toucher rectal permet de constater la présence, à un centimètre et demi de l'anus, d'un anneau dur, bosselé, très-étendu, dont le doigt ne peut atteindre la limite supérieure, et qui ne peut être qu'un cancer du rectum, cancer dont l'existence, je vous le disais tout à l'heure, nous empêche de recourir à l'amputation, que nous eussions sans cela proposée à notre malade.

APOPLEXIE CAPILLAIRE DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE.

CONSÉCUTIVE A L'OBLITÉRATION D'UNE VEINE MÉNINGIENNE.

(Observation lue par M. le docteur FOVILLE à la Société de médecine de Paris).

M. G... était âgé de 40 ans lorsqu'il entra à la maison de Charenton, le 25 décembre 1854. Ancien professeur de l'Université, il avait été obligé de renoncer à ses fonctions depuis plusieurs années, par suite d'une maladie mentale caractérisée par des hallucinations, des idées de défiance et des actes extravagants. Ses parents avaient voulu d'abord le garder avec eux et le faire voyager; mais il devint de plus en plus difficile à vivre et même violent, et ils durent se décider à le placer loin d'eux.

Pendant un séjour de treize ans dans l'établissement, M. G... ne changea pas de manière d'être. Taciturne, restant à l'écart, ayant presque l'apparence de la stupeur, il parlait rarement; mais quand, de loin en loin, il sortait de son mutisme, on pouvait constater que ses facultés intellectuelles n'étaient pas abolies, et qu'elles continuaient à être troublées.

En 1867, il toussa fréquemment et dépérit de manière à être souvent placé à l'infirmerie. Pendant tout le mois de décembre, son état s'aggrava considérablement; il avait une toux opiniâtre et des sueurs profuses. L'auscultation fit constater, aux deux sommets, l'existence de tubercules en voie de ramollissement. A ces symptômes vint s'ajouter une diarrhée qui résista aux différents modes de traitement, et G... finit par succomber le 10 janvier 1868, dans un état de marasme complet.

Le jour même de sa mort, il parla encore à plusieurs reprises, de manière à faire voir qu'il était toujours sous l'influence des mêmes conceptions délirantes, mais que son intelligence n'était pas abolie et qu'il avait conscience de la gravité de son état et de sa fin prochaine.

Autopsie le 12 janvier. — Nous ne faisons que mentionner une tuberculisation générale des poumons, des plèvres, des ganglions mésentériques et de l'intestin grêle, ensemble d'altérations par lequel les symptômes observés pendant la période ultime de la vie sont parfaitement expliqués.

Nous trouvons en outre, dans le cerveau, une autre lésion qui appelle toute notre attention.

La masse encéphalique a presque le même aspect qu'à l'état normal; les circonvolutions ont conservé d'assez belles formes; elles ne sont ni hypertrophiées, ni atrophiées. Les méninges sont, presque partout, fines et transparentes et diffèrent, en cela, des méninges épaisses, opaques et résistantes que l'on trouve chez presque tous les malades qui ont été longtemps aliénés. Elles offrent cependant ces altérations, à un faible degré, au niveau de la scissure de Sylvius, surtout à droite.

Il n'y a, nulle part, trace d'adhérences entre les membranes et la substance cérébrale.

En examinant la base du cerveau, on trouve cependant une lésion importante; le lobule sphénoïdal droit présente, au centre de la surface, une tache rouge, foncée, ayant environ l'étendue d'une pièce de deux francs. Avant que les méninges soient enlevées, on voit que cette tache est partagée en deux parties à peu près égales par une grosse veine méningienne oblitérée, formant un cylindre plein, gros comme une plume de corbeau. Sa partie oblitérée dépasse l'étendue de la tache, et a environ 4 ou 5 centimètres de long; elle est entièrement remplie par un caillot homogène qui, avec quelques efforts, peut être séparé de ses parois, et qui se prolonge dans les vénules affluentes. Ce caillot est d'un rouge brun foncé, d'une consistance caséeuse, ne paraît pas avoir de traces d'organisation, ni contenir d'éléments étrangers à ceux du sang.

J'enlève les méninges avec soin; elles sont très-vascularisées à droite et à gauche de la veine oblitérée; mais elles ne présentent aucune trace d'ecchymose, ni d'hémorrhagie.

Après leur enlèvement, on voit que la tache rouge tient uniquement à la coloration de la substance cérébrale. Il n'y a extérieurement ni déformation, ni changement apparent de consistance. A la veine oblitérée correspond l'intervalle de deux circonvolutions. Les deux lèvres de cette anfractuosité, ses parois et son fond ont la même coloration, rouge lie de vin ou amaranthe. Toutes les parties ainsi colorées ont un aspect un peu grenu.

Une coupe nette est pratiquée au milieu de la tache perpendiculairement à l'anfractuosité. On voit que la coloration pénètre à environ 1 centimètre dans l'épaisseur de la substance cérébrale, intéressant à la fois la substance grise et la blanche. Son maximum d'intensité est vers la surface. Plus on s'en éloigne, moins elle est compacte, du blanc paraissant entre ces taches rouges. Enfin, plus loin, le blanc domine, et il n'y a plus que des taches rouges disséminées.

Aucune modification de forme ni de consistance n'apparaît après la coupe, pas plus qu'avant.

Les sinus de la dure-mère sont examinés avec soin, et l'on constate qu'ils sont tous libres.

Ce fait, malgré sa simplicité, pouvait donner lieu à plus d'une considération importante; il nous suggéra de suite les réflexions suivantes:

1° Nous avions sous les yeux une lésion cérébrale qui n'avait pas été soupçonnée pendant la vie. Nous avions vu le malade succomber aux progrès d'une affection tuberculeuse généralisée sans que son intelligence présentât, jusqu'à la fin, d'autres désordres que ceux auxquels elle n'avait cessé d'être en proie depuis plus de quinze ans sans que la sensibilité ni la motilité parussent altérées. Il est vrai que le malade étant très-faible et quittant peu le lit, l'état de ces deux dernières fonctions n'avait pas été bien scrupuleusement examiné pendant les derniers jours de la vie. Cependant s'il y avait eu, de ce côté, quelque modification importante, elle n'aurait pas pu échapper complétement à l'attention. Du reste, il n'y a rien d'invraisemblable à penser que la lésion était toute récente; de plus elle était peu étendue et éloignée des parties centrales du cerveau. Ces différents motifs réunis peuvent très-bien expliquer l'absence de tout symptôme pendant la vie.

2° Au point de vue de la nature et du mécanisme de la lésion, il était impossible de ne pas être frappé des rapports de la veine oblitérée et de l'accumulation sanguine. La première paraissait servir de centre ou plutôt d'axe à la seconde, qui, très-intense à son contact immédiat, allait en diminuant à mesure qu'elle s'en éloignait. On peut considérer comme à peu près certain que l'oblitération de la veine a été le phénomène initial; elle a dû avoir pour résultat d'arrêter la circulation veineuse et capillaire dans toute la région dont les vénules s'abouchent directement dans la portion de tronc veineux ainsi oblitérée. Cet arrêt circulatoire a déterminé la stase sanguine qui allait en diminuant d'intensité en s'éloignant du tronc oblitéré, à cause de la possibilité d'établissement d'une circulation collatérale. Le sang ne s'était pas épanché en dehors des vaisseaux, en sorte que la consistance et la forme de la substance cérébrale étaient conservées, nouvelle preuve de la formation toute récente de la lésion. Si la mort ne l'avait pas suivi de si près, le tissu cérébral n'aurait pas manqué de se désorganiser, en sorte que l'on aurait eu un ramollissement ou, dans la langue du jour, un processus nécrobiotique, dû, non pas à une oblitération artérielle, comme cela est le cas le plus fréquent, mais à une thrombose veineuse, et dans lequel la coloration rouge amaranthe aurait tenu à l'obstacle apporté à la circulation de retour et à la stase du sang dans les vénules et non à l'afflux plus considérable de sang dans les artérioles paralysées, ainsi que cela a lieu vraisemblablement pour les ramollissements roses et hortensias produits par l'embolie ou la thrombose d'une artère.

3° Quant à la cause de l'oblitération veineuse, en admettant qu'elle fût primitive, nous ne pourrions guère la trouver que dans la disposition à la coagulation que le sang présente dans certaines cachexies, principalement dans la cachexie tuberculeuse, et que, dans ces dernières années, l'on a pris l'habitude de désigner sous le nom encore assez peu répandu *d'inopexie*. C'est à la même cause que doivent être attribués les caillots veineux qui se forment chez les malades affaiblis et qui déterminent, aux membres inférieurs ou supérieurs, des symptômes de la phlegmasie alba dolens.

De ces réflexions, nées à l'amphithéâtre même, à la simple vue de la pièce anatomique, celles relatives à l'influence de l'occlusion veineuse sur la formation d'un infarctus qui n'aurait pas tardé à dégénérer en un foyer de ramollissement rouge, pouvaient seules être soumises au contrôle de recherches bibliographiques. Celles auxquelles nous nous sommes livrés, nous ont confirmé dans l'appréciation que nous avions portée d'abord.

M. Cruveilhier a décrit, sous le nom d'apoplexie capillaire une lésion qui nous paraît identique à celle que nous a présenté l'autopsie de M. G..., et il l'a trouvée également liée à une oblitération veineuse. Une jeune fille, soignée à l'Hôtel-Dieu pour une fièvre typhoïde, succombe après avoir présenté, pendant quatre ou cinq jours, des symptômes cérébraux graves; à l'autopsie on trouve le sinus longitudinal supérieur et tous les troncs veineux qui y aboutissent oblitérés par des caillots adhérents, et en même temps, il y a de chaque côté, à la surface des circonvolutions et des anfractuosités « plusieurs foyers d'apoplexie capillaire caractérisés par une pulpe couleur lie de vin foncée, et en outre, çà et là, de petites extravasations sanguines miliaires, tantôt groupées, tantôt irrégulièrement disséminées. La figure 1 de la planche IV (Tome Ier, livraison XX) représente cette lésion, dont l'aspect est absolument semblable à ce que nous avons observé chez M. G...; et à cette occasion, M. Cruveilhier, après avoir signalé la relation de ces foyers avec l'oblitération des sinus et des veines, rappelle que déjà, dans la Bibliothèque médicale (1826), il avait théoriquement admis que la phlébite de ces canaux devait avoir pour résultat la formation de foyers d'apoplexie veineuse dans la substance cérébrale.

M. Calmeil a rapporté plusieurs cas analogues, où la substance cérébrale était, dit-il, comme hépathisée, et qu'il considère comme des noyaux d'encéphalite aiguë à l'état de crudité. Dans l'une (*Maladies inflammatoires du cerveau*, 1859, tome II, page 132, observation 121e), le sinus longitudinal supérieur est entièrement rempli par un caillot fibrineux très-dense, et les veines afférentes « oblitérées par des filaments fibrineux rampent sur la face convexe des lobes cérébraux; » de chaque côté, à la surface des hémisphères, sur le milieu de leur convexité, existe un foyer rutilant et violacé, non encore ramolli, mais s'écrasant facilement sous le doigt. Celui de droite est traversé par une veine complétement oblitérée.

Dans l'observation suivante (122e), les vaisseaux superficiels de la pie-mère, c'est-à-dire les veines, sont dilatés et solides; sur le lobule antérieur droit, une circonvolution présente une plaque de 2 centimètres environ de couleur amaranthe, sans ramollissement de la substance cérébrale. Deux autres observations présentent encore des noyaux superficiels, à aspect framboisé, ou de chair crue, dit l'auteur, sans qu'il y ait de détails donnés sur l'état des sinus de la dure-mère, ni des veines méningiennes.

M. Lancereaux a consacré dans sa remarquable thèse sur la thrombose et l'embolie cérébrales (thèses de Paris 1862), une étude spéciale à la thrombose des sinus de la dure-mère, et donné une liste complète des cas de cette lésion rapportés par les auteurs. Il signale, comme conséquence ordinaire de l'oblitération veineuse « la distention des vaisseaux veineux des méninges et du cerveau, congestion passive, la formation de foyers apoplectiques nombreux et d'un petit volume bien décrits par Cruveilhier sous le nom d'apoplexie capillaire. » Il ajoute que le ramollissement d'une partie plus ou moins étendue du cerveau, avec ou sans infiltration sanguine a été noté plusieurs fois; que la coloration de ce ramollissement, rouge d'abord, devient d'autant plus jaunâtre que l'oblitération du sinus paraît avoir une date plus ancienne, et que l'un des caractères qui le peuvent différencier du ramollissement par embolie artérielle est sa situation superficielle, dans la substance grise des circonvolutions. Ces altérations se produiraient, presque toujours, à la période ultime de maladies chroniques ayant amené la cachexie et le marasme, et surtout des affections tuberculeuses. Quand, au contraire, la phlébite des sinus de la dure-mère est produite par la propagation d'une lésion traumatique ou chirurgicale des régions voisines de la tête, il ne se produit pas, d'ordinaire de foyer apoplectique, parce que les veines ne sont oblitérées que lentement et qu'il peut s'établir une circulation collatérale.

Enfin, MM. Prévost et Cotard, dans leurs intéressantes études sur le ramollissement cérébral (Paris, 1866), indiquent la thrombose des sinus de la dure mère et des veines cérébrales comme causes d'une variété de ramollissements qui auraient pour caractères spéciaux d'être superficiels, de s'accompagner d'une forte congestion, d'apoplexies capillaires ou d'extravasations sanguines. Il donnent à l'appui deux observations du service de M. Charcot où des foyers superficiels de ramollissements lie de vin des circonvolutions, étaient dus à l'occlusion des veines correspondantes.

En rapprochant les opinions des différents auteurs que nous venons de citer, des résultats qui nous ont été fournis par l'autopsie de M. G..., nous nous croyons en droit de formuler les conclusions suivantes:

L'oblitération des sinus de la dure-mère ou des veines méningiennes peut avoir pour résultat de déterminer, dans les portions du cerveau tributaires des canaux oblitérés, des foyers d'apoplexie capillaire, que l'on peut appeler infarctus veineux.

Ces foyers sont ordinairement superficiels d'une couleur amaranthe ou lie de vin, d'autant moins intense que l'on s'éloigne davantage, en superficie et en profondeur du tronc veineux oblitéré.

Lorsque c'est un sinus longitudinal qui est oblitéré, et que la gêne circulatoire s'étend aux deux côtés, les foyers apoplectiques sont disposés dans les deux hémisphères d'une manière à peu près symétrique.

Lorsqu'au contraire, l'occlusion porte sur une veine méningienne ou un sinus latéral, sans se prolonger dans un sinus médium, il n'y a de foyer d'apoplexie capillaire que dans un seul hémisphère, et ce foyer peut-être symétriquement disposé autour de la veine oblitérée qui lui sert d'axe.

Ces oblitérations se forment surtout, chez des malades cachectiques, particulièrement chez les tuberculeux, et doivent être rapprochées des concrétions analogues qui, chez la même catégorie de malades, servent de point de départ à la *phlegmatia alba dolens;* les unes et les autres doivent être attribuées à une altération du sang qui consiste dans sa tendance à se coaguler plus facilement qu'à l'état normal, et que l'on désigne, depuis peu d'années, sous le nom *d'inopexie*.

A une époque très-rapprochée du début, la substance cérébrale, siége de l'infarctus, conserve sa forme et sa consistance, et l'accumulation du sang veineux lui donne un aspect framboisé ou lie de vin, qui a été comparé à de la chair crue, à de l'hépatisation rouge.

A une époque plus éloignée du début, la substance nerveuse, gorgée de sang stagnant entre en décomposition, forme une pulpe friable, composée des débris des éléments nerveux et de ceux du sang, et constitue une forme de ramollissement amaranthe.

Avec le temps, cette coloration s'affaiblit et passe par toutes les successions de nuances, entre les plus foncées et les teintes jaunâtres.

En résumé, bien que les oblitérations artérielles jouent le principal rôle dans la pathogénie du ramollissement cérébral, cependant, celui-ci peut être aussi le résultat d'une oblitération veineuse; il se distingue alors par sa situation ordinaire à la surface des hémisphères; par la multiplicité fréquente des foyers symétriquement placés des deux côtés de la ligne médiane, et par sa coloration, lie de vin et amaranthe au début, et progressivement moins foncée.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 3 août 1869. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

Deux rapports supplémentaires d'épidémie, par M. le docteur Rousse (de Fontenay-le-Comte), et par M. le docteur Pujos (d'Auch).

Un mémoire sur le sulfate de fer, par M. le docteur Girard (Commission des remèdes secrets et nouveaux).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend:

1° Une note sur la gomme iodée, par M. Husson, pharmacien aide-major;

2° Une note de M. le docteur Cordier sur l'emploi en médecine de la tige de agavé d'Amérique;

3° Une nouvelle note de M. Descamps, dentiste à Constantinople, sur la clef de Garengeot.

M. VERNOIS présente, au nom de M. le docteur Charpignon, une notice sur les maîtres en chirurgie de la ville d'Orléans jusqu'en 1789.

M. CERISE présente un exemplaire du bulletin de la société médico-pratique de Paris, de 1863 à 1867.

M. BUSSY, remplaçant M. Denonvilliers au fauteuil, informe l'Académie que l'état de M. Blache s'est sensiblement aggravé depuis quelques jours, et invite MM. Roger et Chauffard à vouloir bien être auprès de l'honorable président les interprètes des sentiments et des vœux de ses collègues.

LECTURE

M. EUGÈNE CAVENTOU lit une note faite en collaboration avec M. Willm, et relative à l'action qu'exerce à froid le permangate de potasse sur la cinchonine.

Les auteurs résument en ces termes les résultats de leurs recherches:

« L'action exercée par le permanganate de potasse n'a pas répondu au but que nous nous proposions tout d'abord: celui de fixer seulement un atome d'oxigène sur la cinchonine ou d'obtenir des produits de dédoublement qui permettraient d'entrevoir sa constitution. La réaction, néanmoins, mérite de fixer l'attention; premièrement, parce qu'elle fait connaître une base nouvelle existant à l'état de mélange avec la cinchonine; secondement, parce qu'il a été possible de retirer de cette oxydation si complexe, des corps curieux par leur composition ou leurs propriétés chimiques. » (Commissaires: MM. Bussy, Poggiale et Mialhe.)

COMMUNICATION

M. FAUVEL. J'ai l'honneur d'appeler l'attention de l'Académie sur une importante mission qui vient d'être confiée par le gouvernement, à un jeune médecin des plus distingués, à M. le docteur Proust, agrégé à la Faculté et médecin des hôpitaux de Paris.

L'objet de cette mission est d'explorer le littoral de la mer Caspienne, depuis Astrakan jusqu'à Recht, en vue de rechercher les circonstances locales qui font que le choléra régnant en Perse a constamment suivi cette voie pour pénétrer en Europe, d'étudier sur place les mesures prises par le gouvernement russe pour s'opposer à une nouvelle invasion de ce côté, et d'indiquer au besoin les modifications qu'il conviendrait d'introduire dans les moyens de défense pour parvenir plus sûrement à ce but.

La mission doit ensuite pousser de Recht jusqu'à Téhéran, à l'effet d'insister auprès du gouvernement persan, pour qu'il s'associe sérieusement à nos efforts par des mesures qui auraient pour but d'atténuer, et peut-être de faire cesser les ravages que le choléra exerce presque constamment en Perse sous l'influence de causes bien connues.

Ce seul énoncé suffit pour permettre d'apprécier l'importance de la mission confiée à M. le docteur Proust.

Il ne suffit pas, en effet, comme je l'ai dit, dans une précédente communication, de chercher à nous garantir du côté de la mer

Rouge par toutes les précautions que j'ai énumérées, il faut aussi consacrer une partie de nos efforts à tarir le foyer cholérique qui se maintient en Perse, et à fermer au besoin la route que l'expérience des épidémies antérieures, nous montre être la voie de prédilection, suivie jusqu'à présent par le choléra, pour parvenir jusqu'à nous à travers la Russie. Cette voie de terre n'est pas moins dangereuse que l'autre.

Il nous a paru d'autant plus urgent d'y porter notre attention que, d'après les dernières nouvelles de Téhéran, en date du 15 juillet, le choléra y sévirait de nouveau avec une certaine intensité, et qu'il est à craindre que la maladie, se propageant dans la direction du nord, n'envahisse les provinces situées sur le littoral de la mer Caspienne, et de là, le territoire russe, soit par la voie maritime, soit de proche en proche, en suivant le littoral.

J'ai dit, dans une précédente communication, quels étaient les points de ce littoral les plus favorables à la propagation de la maladie; j'y reviendrai dans un instant.

Il est donc pour nous d'un grand intérêt de savoir au juste quel est l'état réel des choses de ce côté, soit au point de vue des circonstances qui peuvent y favoriser la marche envahissante du choléra, soit sous le rapport des moyens de défense qu'il est possible d'y organiser.

Il ne faut pas oublier que, depuis l'installation de bâteaux à vapeur qui font un service régulier entre les ports russes et ceux de la Perse, cette voie est de plus en plus fréquentée par les voyageurs et le commerce, c'est-à-dire se prête de plus en plus à une importation rapide de la maladie. C'est là une raison de plus pour voir si les moyens de protection sont en rapport avec le danger croissant.

L'itinéraire de la mission est le suivant :

Se rendre d'abord à Saint-Péterbourg, où M. Proust, muni des recommandations nécessaires, exposera l'objet de sa mission, et où un médecin russe lui sera peut-être adjoint.

De Saint-Pétersbourg, gagner Astrakan, où commencera la mission par la visite des établissements quarantenaires russes.

S'embarquer à Astrakan et faire escale sur les principaux points du littoral jusqu'à Bakou, port principal des provinces transcaucasiennes.

Entre Bakou et Recht se trouve la partie la plus importante du littoral à explorer; là se trouve l'embouchure du Kour et le delta formé par les branches de ce fleuve. Il importerait que l'exploration de cette région se fît autant que possible par terre.

Parvenu à Recht, M. Proust se transportera à Téhéran, qui n'en est éloigné que de cinq à six jours de marche.

A Téhéran, l'objet de la mission serait, ainsi qu'il a été dit, d'insister auprès du gouvernement persan pour qu'il se décide à donner suite à l'organisation sanitaire projetée depuis deux ans, et surtout au fonctionnement régulier du conseil de santé créé à la même époque, et qui, jusqu'à ce jour, est resté pour ainsi dire lettre morte.

L'une des mesures les plus importantes à faire exécuter en Perse serait celle qui aurait pour résultat de mettre fin, en temps de choléra surtout, à ce transport incessant de cadavres en putréfaction qui accompagnent les caravanes de pèlerins et sont une des causes principales de la propagation et de la persistance du choléra en Perse.

Le retour de la mission s'effectuera à travers les provinces transcaucasiennes, par Tiflis, pour gagner Poti sur la mer Noire, et de là Constantinople.

M. Proust est en route depuis plusieurs jours. Il est probable qu'il sera rendu à Astrakan le 1er septembre et à Téhéran dans les premiers jours d'octobre.

Par ces quelques détails l'Académie peut se faire une idée assez exacte de la mission confiée à M. Proust, et en apprécier l'utilité.

J'ajoute que le ministre, M. Gressier, en a compris toute l'importance et s'est empressé d'y donner suite.

J'espère que l'Académie l'accueillera avec la même faveur et y verra la preuve que nous ne perdons pas de vue les grands intérêts sanitaires qui lui sont confiés.

Suite de la discussion sur la vaccine.

M. DEPAUL. Jusqu'ici j'ai dû m'attacher à démontrer une vérité que je croyais inattaquable, la dégénérescence de la vaccine humaine. J'aurais pu multiplier à l'infini les preuves de cette dégénérescence; mais celles que j'ai fournies m'ont paru suffisantes pour mettre à néant les assertions de M. Jules Guérin.

D'ailleurs, bien que j'attache à cette question toute l'importance qu'elle mérite, ce n'est pas elle qui m'a ému, ce n'est pas elle qui m'aurait, à elle seule, fait entreprendre toutes mes recherches, toutes mes expériences, tous mes travaux sur les divers genres de vaccine.

Mais je me suis préoccupé surtout de la question que j'ai posée en ces termes : « En demandant le vaccin à l'organisme humain, est-on exposé à lui emprunter en même temps le germe de quelque autre maladie diathésique et le virus syphilitique en particulier ? »

Cette question est d'une gravité bien autrement considérable, et M. Guérin l'a compris, car c'est là qu'il a dirigé toutes ses batteries, sans grand résultat, il est vrai. Il s'est servi d'arguments sans valeur, de raisonnements qui ne prouvent rien. Il a tâché ainsi de soutenir une thèse qu'il a adoptée cette fois, mais qui n'a pas toujours été la sienne. Écoutez combien M. Guérin a varié sur ce point, comme sur tous les autres d'ailleurs.

Il y a deux ans, M. Guérin s'exprimait ainsi : « Je commence par déclarer et par affirmer que je crois à la syphilis vaccinale. » Cette déclaration était précise, et M. Guérin se bornait à ajouter que les faits étaient rares, exceptionnels.

Il vous a dit cette fois tout autre chose. La syphilis vaccinale est un mythe, c'est un trompe-l'œil avec lequel je m'efforce, moi, d'attirer des partisans à la vaccination animale.

Pour résister à la puissance des faits, M. Guérin les divise; il écarte par un subterfuge ceux qui sont antérieurs aux dernières années. Toujours heureux de mettre en opposition ses confrères les uns avec les autres, il s'empare d'une phrase de M. Blot et lui attribue un sens contraire au sens réel. M. Blot a dit : « *le vaccin pur ne* donne jamais la syphilis. » Que signifient ces mots « le vaccin pur? » M. Jules Guérin ne l'a pas compris. Il n'avait pas assez d'expérience en pareille matière, ou, pour mieux dire, il n'avait pas du tout d'expérience. Il s'agissait de savoir si le vaccin suffisait, ou s'il fallait du sang, pour transmettre la syphilis, et c'est alors qu'un de nos collègues, avec lequel j'aime à rester dans de bonnes relations autant que possible, a déclaré que le vaccin pur, le vaccin seul, était sans danger. Et c'est sur cela que M. Guérin se base pour repousser les faits anciens et ne plus s'occuper que des faits nouveaux.

M. GUÉRIN. Mais ce n'est pas là ce que j'ai cité.

M. DEPAUL. Je continue. Parmi les faits nouveaux, il en est beaucoup que M. Guérin passe sous silence : ceux du Bas-Rhin, ceux de M. Cusset (de l'Allier), etc. Ceux dont il parle, il les explique à sa manière. Selon lui, la vaccine, prise sur un enfant sain, peut donner lieu à des accidents qui se rattachent à diverses causes : les influences générales, les constitutions épidémiques, et que sais-je? Ce n'est donc point de la syphilis, mais bien de la pseudo-syphilis que nous avons examinée avec d'autres observateurs. Nous avons commis une erreur grossière; nous ne savons pas ce que nous voyions.

Reprenons donc l'histoire des faits du Morbihan. Ces faits me sont communs avec mon collègue et ami M. Roger. Il voulait d'abord prendre la parole pour soutenir notre diagnostic. Mais, en renonçant à parler, il m'a écrit pour m'en avertir et me dire qu'il était toujours d'une opinion parfaitement identique. Je regrette qu'il me laisse seul pour répondre à M. Guérin, dont les idées ont été tellement variables et multiples que la tâche en devient un peu lourde.

Il y a deux ans M. Guérin disait : « Ainsi les faits du Morbihan ont été vus et discutés par différents médecins d'une égale valeur ; » et il opposait à l'opinion de M. Closmadeuc, de Vannes, le rapport de M. Fouquet, qu'il présentait comme contradictoire; il insistait sur une circonstance très-importante : le vaccin aurait été fourni par des plaques venant de la préfecture. Eh bien, à tout cela je dois répondre : erreur, erreur. Le vaccin fourni par la préfecture n'était pas celui qui a servi aux vaccinations du Morbihan, mais à celles de Lorient, ce qui est tout autre chose. Il y a là deux classes de faits qu'il importe de ne pas confondre : les vaccinations du Morbihan ont été pratiquées de bras à bras. Quant à M. Fouquet, c'est lui-même qui va répondre aux allégations de M. Guérin sur son compte. J'ai là une lettre de lui, lettre qui m'a été écrite dans les circonstances suivantes. En 1867, en octobre, après ma discussion avec M. Guérin, j'étais perplexe de voir que nous étions si loin de nous entendre. Je croyais alors que nous cherchions sincèrement la vérité l'un comme l'autre, et je craignais de m'être trompé. Dans ces dispositions, j'allais écrire à M. Fouquet pour lui demander des détails sur ce qu'il avait observé, lorsque le docteur Closmadeuc (de Vannes) vint un matin dans mon service. Je lui parlai de ce qui me préoccupait, et il me dit aussitôt que j'avais mille fois raison; que M. Fouquet, son ami, regrettait vivement l'abus que M. Guérin faisait de son nom, et n'attendait qu'une occasion pour m'exprimer son sentiment à cet égard. De retour à Vannes, le 16 octobre, il me répéta les mêmes choses dans une lettre, en m'annonçant que M. Fouquet m'écrirait bientôt de son côté; ce qu'il fit, en effet, le 25 octobre. M. Fouquet exprime sa surprise de voir son nom invoqué sur des faits qui ne sont pas même passés sous ses yeux, et au sujet desquels il ne pouvait par conséquent exprimer aucune opinion favorable ou défavorable. Les accidents vaccinaux observés à Auray avaient eu du retentissement dans toute la contrée, on s'en préoccupait à Vannes outre mesure; et c'est alors que M. Fouquet fut chargé par le préfet de calmer ces craintes, en montrant qu'il n'existait pas de syphilis vaccinale à Vannes; mais il n'a pas eu à s'occuper des faits d'Auray, qui constituent un autre groupe et n'ont pas le moins du monde une même origine, comme le prétend M. Guérin.

Autre erreur. 127 enfants ont été atteints d'accidents vaccinaux regardés comme syphilitiques, et sur ce nombre une trentaine à peine auraient été traités, suivant M. Guérin, et tous auraient guéri. Mon contradicteur emprunte ces chiffres au rapport de M. Bodélio. M. Bodélio est un médecin que j'estime, car je ne le connais pas; mais, je dois le dire, il a fait son rapport sans avoir vu, d'après des récits peu exacts.

Il reconnait lui-même d'ailleurs, n'avoir pas vu les 40 enfants de Granchamps et 17 enfants d'une autre commune, et je le sais, il n'en a pas vu 20 des autres. S'il eût observé par lui-même, il n'aurait pas pu dire que 30 enfants seulement avaient été traités. Quant à nous, M. Roger et moi, sur 54 enfants qu'on nous a montrés, 45 étaient traités depuis un mois ou six semaines. Nos notes ont été prises avec le plus grand soin; tantôt M. Roger écrivait et je dictais, tantôt c'était l'inverse. Nous voulions avoir sur chaque fait notre impression double. Eh bien, nous n'avons pas gardé le moindre doute sur la nature syphilitique des accidents que nous avons observés.

Notre collègue M. Guérin a parlé d'accidents locaux, d'ulcérations sur le bras. Nous ne sommes point assez jeunes pour faire notre diagnostic avec un signe de ce genre. La syphilis vaccinale a un aspect, une marche caractéristique; je n'ai pas besoin de voir l'accident initial pour la reconnaître, pas plus que les syphiliographes lorsqu'ils voient le chancre induré et les éruptions secondaires n'ont besoin de remonter au sujet infectant pour affirmer qu'il y a syphilis.

Sur les 54 enfants que nous avons examinés, 9 ont été écartés par nous comme cas douteux parce qu'ils n'avaient pas d'accidents secondaires; mais chez les 45 autres le tableau était complet : taches cuivreuses sur la peau, plaques muqueuses sur les parties génitales, vers la bouche, vers l'anus, chancre induré ou stigmate au bras.

Que reste-t-il des allégations de M. Guérin sur ces faits? Il s'était appuyé sur M. Fouquet. M. Fouquet a protesté; il avait cité M. Bonélio, M. Bonélio n'a pas vu; il comptait 30 enfants traités sur 127, et il y en avait déjà 45 sur 54 seulement; il parlait d'accidents locaux, et toutes nos observations mentionnent des phénomènes généraux caractéristiques. Il n'est pas possible de mettre en doute la nature syphilitique de ces accidents vaccinaux du Morbihan, si on les raconte fidèlement tels qu'ils ont été observés.

Passons aux faits du Lot.

Un médecin, M. Lafage reçoit du vaccin d'un de ses confrères, et vaccine 22 enfants à Cardaillac; bientôt on le prévient que ces enfants ne vont pas bien; une grande rumeur s'élève dans le pays, et M. le docteur Clary fait sur ce sujet un rapport. Il dit que les vaccinés ont la vérole; quant au vaccinifère et à sa mère, il les a examinés et n'a rien trouvé de suspect, seulement il fait la remarque que l'enfant était né hors mariage. Le médecin des épidémies M. Guary est chargé d'examiner les enfants à son tour. Comme le docteur Clary, il trouve les vaccinés syphilitiques, et le vaccinifère indemne de tout accident vénérien; mais la mère ne lui paraît pas aussi saine que M. Clary l'avait pensé; il existait des ulcérations à la base des grandes et des petites lèvres; ces ulcérations pouvaient bien être syphilitiques. M. Guérin en vous parlant des faits du Lot devait mentionner ces réserves de M. Guary, il s'en est gardé; il n'a pas pour les observations qu'il rapporte, ce respect qui, pour moi, les rend sacrés, et m'empêche d'en rien changer ou d'en rien taire, dussent-elles tourner contre moi.

J'arrive aux faits de l'Académie, et je dois le dire, ma surprise n'a pas d'égale quand je vois avec quelle légèreté M. Guérin en parle.

M. GUÉRIN. Je proteste contre la manière dont M. Depaul travestit toutes les phrases de mon discours, et me prête pour les combattre des opinions que je n'ai jamais eues. Citez textuellement!

M. DEPAUL. Je ne travestis rien. Vous pourrez répondre. Pour le moment, ne m'interrompez pas; c'est une manœuvre que je ne puis admettre.

Le 19 août 1865, il y eut une vaccination à l'Académie; je n'y étais pas, et je me le suis reproché pendant longtemps. On a vacciné 9 enfants, 33 ouvriers de la manutention militaire, plus un jeune homme qui allait partir pour un voyage de long cours et qui m'étais recommandé. Le 20 septembre, remarquez bien les dates, elles sont importantes, un mois après donc, M. le docteur Millard m'écrivit qu'il soignait un jeune homme atteint de syphilis vaccinale contractée à l'Académie. Je m'inquiétai et je voulus savoir ce qu'étaient devenus les autres sujets vaccinés le même jour. Grâce à moi, car j'ai introduit cette innovation, les noms et les adresses des vaccinés et des vaccinifères sont toujours inscrits sur un registre; je pus donc retrouver, non sans peine, les neuf enfants. L'un était mort, un autre ne tarda pas à mourir dans un état inconnu; les sept autres étaient atteints de syphilis vaccinale; chancres indurés développés du douzième au vingtième jour sur les points inoculés; après cinq ou six semaines, phénomènes généraux, plaques muqueuses aux parties génitales, à la bouche, à l'anus, éruptions cutanées plus que suspectes, dépérissement, rien ne manquait pour assurer le diagnostic. Les médecins qui virent avec moi ces enfants, ceux qui furent appelés près du jeune homme, MM. Millard, Hardy, Ricord, n'hésitèrent pas. Ce sont là des autorités compétentes en fait de vérole. Au bout de quelques semaines de traitement, les enfants parurent guéris, sauf un seul, qui mourut, je crois, de syphilis. Mais ce ne fut pas tout. M. Londe, médecin militaire au Val-de-Grâce, m'avertit qu'il y était entré trois soldats atteints de syphilis vaccinale, contractée à l'Académie. Je les allai voir. Ils avaient été vaccinés le 15 août, eux aussi. tardivement, à l'époque où la syphilis se développe d'ordinaire, avaient présenté des accidents secondaires : syphilides, plaques muqueuses, etc.; ils avaient des chancres sur le bras où ils avaient été inoculés.

Je recherchai les vaccinifères. L'un était vivant et se portait bien; l'autre était mort avec de la diarrhée et probablement de syphilis. Sa mère, portière dans la rue Jacob, me raconta que, quittant le pays basque pour venir à Paris, elle avait confié son enfant a une nourrice, fille-mère; que bientôt on lui avait écrit de venir reprendre son enfant parce que la nourrice menait la plus mauvaise conduite, et était atteinte, disait-on, de mauvais mal. L'enfant, quand elle le reprit, était couvert de boutons et de pustules; elle le baigna, le soigna, et quand il parut aller mieux, elle le porta à l'Académie pour le faire vacciner. C'est sur cet enfant que, huit jours après, fut pris le vaccin qui servit pour les trois enfants, pour le jeune homme et pour un petit nombre de militaires. Le second enfant, qui se portait bien, fournit du vaccin pour les autres soldats, et c'est pourquoi ceux-ci n'eurent pas d'accidents.

Ainsi, les faits de l'Académie, comme ceux du Lot, comme ceux d'Auray, sont de nature à ne comporter aucun doute; et quant aux autres arguments de M. Guérin, vous allez juger ce qu'ils valent.

M. Guérin, s'appuie sur les expériences de M. Bourguet, d'Aix, qui a inoculé quinze personnes avec du vaccin provenant de syphilitiques et n'a pas produit de vérole. Il s'appuie surtout sur la thèse de M. Delzenne, interne distingué de Saint-Lazare. J'étais un des juges de cette thèse, et j'ai dû y faire plus d'une objection. Mais encore faut-il reconnaître que M. Delzenne n'est pas l'adversaire de la syphilis vaccinale, comme M. Guérin veut le faire supposer. A la page 40 de cette thèse, et à la page 41, l'auteur déclare que la syphilis vaccinale existe certainement, et rappelle les faits qui ont été observés par d'autres; toute la question pour lui est de savoir si la syphilis se transmet par le sang ou par le vaccin seul. Or, voici ce qu'il a observé. En 1864, on vaccina ou revaccina à Saint-Lazare toutes les femmes qui s'y trouvaient. On se servit de trois vaccinifères. L'un des trois était un enfant de deux mois et demi qui, six semaines après se trouvait atteint de syphilis. Mais la syphilis congénitale ne tarde pas en général jusqu'au quatrième mois. L'enfant vivait à Saint-Lazare, il était exposé à toutes les chances de contamination, rien ne prouve donc qu'il était syphilitique lorsqu'on lui emprunta du vaccin. Plus tard, M. Delzenne s'inocula lui-même avec du vaccin de syphilitique; il eut une pustule, mais rien de vénérien. Enfin, il pratiqua des inoculations avec du vaccin conservé dans des tubes. M. Guérin ne vous a pas dit que le vaccin n'était pas frais; il a prétendu que la vaccination avait donné des pustules vaccinales, ce qui n'est pas vrai : elles n'ont rien produit. Puis, quand il a dû convenir de cette erreur, il l'a traitée comme sans importance : il l'a pris de haut avec moi; ce n'était pas cette vaccination, mais une autre qui avait donné des pustules. M. Guérin avait fait un transport de circonstance, un simple virement, suivant l'expression en usage pour le budget, il était donc sans reproche.

M. GUÉRIN. Je proteste contre la manière dont M. Depaul...

M. DEPAUL. Je vous ai bien écouté patiemment; laissez-moi parler à mon tour. Puisque, suivant M. Guérin, la vaccination ne peut pas produire de syphilis, il faut bien avoir une explication pour les accidents signalés. Cette explication, M. Guérin veut la trouver dans les observations d'accidents purement locaux, dues à MM. Le Duc (de Seine-et-Oise), Mordret (du Mans), Lalagarde (de l'Allier). Mais, des faits semblables, je pourrais lui en fournir une centaine; ils ne sont pas rares, tant s'en faut. Je vais en citer un récent, qui s'est produit à l'Académie.

Le 30 janvier dernier, j'ai vacciné ici un enfant d'un an, un de six mois, un autre de huit mois, 8 chasseurs du 23e tirailleur, 15 filles de la communauté de la rue Saint-Guillaume, 1 garçon employé

dans un bureau de nourrices, 4 femmes, 5 hommes, et enfin un monsieur qui occupait une position considérable dans une administration, et qui venait, recommandé par son médecin, M. Pelletan. Au bout de quatre ou cinq jours, j'appris que ces vaccinations avaient eu de mauvais résultats ; et pour en avoir le cœur net, je me rendis boulevard Magenta, chez une dame de ma clientèle, dont l'enfant était au nombre des vaccinés. Je trouvai la mère très-inquiète, elle allait m'écrire. Autour des boutons de vaccine, le bras de l'enfant était d'une rougeur violette dans toute la moitié de sa circonférence. Je fis mettre des cataplasmes ; mais il fallut ouvrir des abcès profonds et combattre une inflammation de forme érysipélateuse assez tenace. Pourtant je rassurai pleinement les parents, et, en effet, l'enfant a guéri en quelques jours. Les choses furent beaucoup plus graves chez ce monsieur qui m'avait été recommandé, et qui faisait partie d'une administration ; pendant deux mois, il fut entre la vie et la mort; des phlegmons diffus se déclarèrent dans le bras, puis passèrent au tronc et à la jambe. Je fis tous les jours demander de ses nouvelles, et ce me fut un grand soulagement quand j'appris qu'il était guéri. Quatre ou cinq des filles de la maison religieuse de la rue Saint-Guillaume offrirent des accidents semblables, inflammation, érysipèle, abcès. Récemment encore, M. Robinet me parlait d'un enfant qui, lui aussi, avait été très-malade, après une vaccination pratiquée à l'Académie. Mais dans tout cela il n'y a rien de syphilitique, et jamais la pensée ne me serait venue de rapprocher ces faits de ceux du Morbihan, par exemple. M. Guérin, et moi, nous ne parlons pas la même langue.

M. GUÉRIN. Je m'en félicite.

M. DEPAUL. Et moi aussi. Je parle la langue de la science sérieuse, celle des faits. Lorsque je nomme la syphilis vaccinale, je désigne une affection *sui generis* dont je n'ai plus à donner la définition.

C'est en 1864 et 1865 que, dans cette enceinte, je parlai pour la première fois de la syphilis vaccinale. Je soulevai d'abord un *tolle* général, énorme ; on m'accusait de vouloir perdre la vaccine. Mais après une discussion qui fut assez vive, tous les opposants, se ralliant à mon opinion, M. Ricord en tête, admirent la réalité de cette syphilis vaccinale. Je dis tous, sauf M. Guérin, qui reste avec M. Bousquet.

Ai-je besoin de rappeler les faits anciens de Cérioli : 10 morts par syphilis vaccinale ; de Lecoq : plusieurs soldats de marine syphilisés et dont l'un guérit après un an seulement, l'autre après un long traitement, le vaccinifère fut reconnu syphilitique, etc. A tous ces faits, qui sont bien connus, je pourrais en ajouter d'autres. Un vieux praticien, M. Millet, qui avait à lui seul vacciné 21,315 sujets depuis 1815, m'adressa, en 1866, une observation recueillie par lui en 1863. Il avait vacciné 8 enfants le même jour. Trois mois après, l'un d'eux, celui qui avait été vacciné le premier, présentait un chancre induré, des plaques syphilitiques sur la peau et sur les muqueuses; les autres n'offraient rien de suspect. Le vaccinifère fut reconnu syphilitique, et il avait contaminé sa nourrice, ainsi qu'une autre femme qui lui avait donné le sein pendant quelques jours. L'une et l'autre avaient eu des ulcérations syphilitiques du mamelon.

Les faits actuellement connus de syphilis vaccinale s'élèvent au nombre de 1,000 à 1,200. Comment donc des faits semblables ont-ils pu passer pendant si longtemps inaperçus ? La faute en était aux doctrines qui régnaient sur la syphilis et sur la vaccine. La vaccine était inviolable, pure et sans tache ; la syphilis exigeait un chancre pour se transmettre. Comment songer à mettre sur le compte d'une vaccination les accidents syphilitiques qui se déclaraient après elle ?

En vain le public, mieux éclairé par son bon sens que les médecins par leurs théories, exprimait-il des craintes sur les effets possibles d'un mauvais vaccin; en vain des médecins, de loin en loin, venaient-ils émettre quelque doute sur la parfaite innocuité de la vaccine; on leur fermait la bouche avec les paroles de M. Bousquet.

Aujourd'hui les choses ont changé : on a appris à reconnaître la syphilis vaccinale, maladie qui débute toujours par un chancre, après lequel apparaissent, au bout d'un certain temps, les phénomènes secondaires.

On ne peut plus nier l'existence de cet accident éventuel des vaccinations; il faut maintenant chercher à le prévenir, et c'est pourquoi je me suis occupé de vaccination animale.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. RICHET. Je regette que l'heure avancée ne me permette de donner des détails circonstanciés sur l'opération dont je montre ici les résultats très-remarquables. Cette jeune fille a subi la résection du genou gauche pour une ancienne tumeur blanche suppurée. Elle avait huit ans quand la maladie a commencé, elle en a maintenant vingt et un. Lorsqu'elle me fut adressée par M. Nélaton, qui considérait la résection comme possible, elle avait sa jambe fléchie sur la cuisse et se servait pour marcher d'une jambe de bois sur laquelle portait son genou.

Le genou gonflé était le siége de cette douleur très-vive, qui est causée par les abcès osseux profonds. Il restait encore un peu de mobilité dans l'articulation. Je fis la résection par la méthode de Mackensie, sciant obliquement les condyles du fémur, et la tubérosité du tibia de manière à produire une perte de substance en forme de coin. Puis je redressai le membre et maintins en contact les surfaces osseuses à l'aide de sutures métalliques.

L'opération eut lieu le 30 novembre, les fils métalliques furent retirés 100 jours après, le 10 mars; la consolidation s'était faite comme dans une fracture avec plaie communicante. Le raccourcissement, qui était de 5 centimètres 1/2 avant l'opération, ne dépasse pas encore 6 centimètres; les douleurs ont complétement disparu, et vous voyez que cette jeune fille marche très-bien de sa jambe opérée ; elle est venue à pied de la clinique et doit s'en retourner de même.

Le raccourcissement du membre avant l'opération portait surtout sur le tibia et était dû à l'inaction de cette partie du membre. La malade se servait de sa cuissse pour marcher, et le fémur n'était raccourci que de 1 centimètre.

Les fragments d'os enlevés par moi contenaient des abcès osseux et des sequestres.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pleurésies suppurées. — Nouvelle méthode de traitement.

M. le professeur Baccelli, de Rome, dans un mémoire déjà cité, a montré que l'inflammation suppurative changeait absolument les conditions normales de la plèvre.

On n'a plus affaire à une séreuse, pour ainsi dire, mais à une surface suppurante telle qu'on pourrait en rencontrer partout; et on peut la traiter comme s'il s'agissait d'une poche purulente ordinaire, sans craindre l'absorption trop rapide des substances qu'on peut y porter.

D'après ces principes, M. Baccelli propose de donner, par une large ouverture, un libre écoulement au pus secrété, et de modifier au besoin l'état des parois par des injections irritantes. Cette méthode lui a pleinement réussi un assez grand nombre de fois.

Dans les hôpitaux de Paris, les essais que nous avons vu faire ont été moins complétement satisfaisants. Les malades ont bien commencé par accuser un soulagement considérable après l'opération, qui, en ouvrant largement la cavité pleurale, empêchait le pus d'y séjourner. Ils ont repris d'abord de l'appétit, du sommeil et des forces; mais la suppuration ne tarissant pas, bientôt la fièvre hectique reprenait son cours et les malades finissaient par succomber.

Il faut dire aussi que le milieu n'est pas favorable quand on opère dans un hôpital, à Paris.

Des germes pernicieux, des miasmes nosocomiaux peuvent être introduits avec l'air dans la vaste poche suppurante.

Il serait utile d'empêcher le pus de stagner, sans cependant permettre à l'air de pénétrer.

Cette indication peut être remplie à l'aide d'un petit appareil que M. Potain vient d'imaginer dans un tout autre but.

Un pauvre phthisique de son service était atteint d'une pleurésie purulente avec perforation pulmonaire et pneumo-thorax. M, Potain pratiqua la thoracentèse, qui donna issue à une grande quantité de pus fétide.

Puis il songea à nettoyer la poche en y faisant passer un courant d'eau.

Deux tubes de caoutchouc, introduits dans la plèvre par une de leurs extrémités, et solidement fixés à l'aide de diachylon, furent employés à cet effet.

Un des deux tubes se rendait dans le vase chargé de recueillir le pus, tandis que l'antre plongeait dans un vase d'eau tiède placé plus haut que le malade. On pouvait régler l'entrée de l'eau dans la poitrine et sa sortie, en serrant un des tubes ou l'autre. La manœuvre était des plus simples. Quand le tube supérieur était fermé par cette pression, la cavité pleurale se vidait du pus et de l'eau qu'elle contenait. Quand le tube inférieur était fermé, l'eau pénétrait encore, mais ne sortait plus. Enfin, quand les deux tubes étaient ouverts en même temps, un courant continu s'établissait à travers ce double syphon.

Pendant les premiers jours, on avait pratiqué des lavages assez rares. Le tube inférieur était maintenu seul constamment ouvert, de manière à permettre au pus de s'écouler à mesure qu'il se formait. Mais comme ce pus avait toujours une odeur excessivement fétide, M. Potain se résolut à essayer de l'irrigation continue.

A la place des tubes assez gros employés d'abord, on en mit d'autres presque filiformes, de manière à rendre l'écoulement beaucoup moins rapide, et on les laissa constamment ouverts en ayant soin de maintenir dans le vase supérieur un niveau d'eau tiède toujours élevé.

On arriva ainsi à rendre le pus sans odeur et c'est un grand point. Quant à espérer une guérison, la nature tuberculeuse de la maladie ne le permet pas.

Mais il n'en serait plus de même s'il s'agissait uniquement d'une pleurésie suppurée, sans perforation ni phthisie.

Alors à l'aide des deux tubes on pourrait régler comme on le voudrait l'écoulement du pus, et introduire facilement dans la poche soit de l'eau pure, soit des liquides irritants ou modificateurs sans mélange d'air.

Si l'un des tubes était fermé, tandis que l'autre, ouvert, plongerait dans un vase plein d'eau bouillie, en abaissant plus ou moins ce vase au-dessous du niveau du lit, on exercerait une sorte de traction plus ou moins forte sur les parois de la cavité pleurale.

En effet, la pression interne qui contrebalance la pression atmosphérique serait diminuée proportionnellement à la hauteur de la colonne liquide qui serait contenue dans le tube; et si cette hauteur était trop grande, elle produirait les mêmes effets qu'une véritable ventouse.

En ne dépassant pas une certaine limite, et en augmentant très-lentement la différence de niveau, d'abord assez faible, ne pourrait-on pas favoriser le rapprochement des parois, et par conséquent la guérison?

Dans la pleurésie suppurée, le poumon se trouve, il est vrai, enveloppé de fausses membranes qui ne lui permettent pas de se dilater comme il le ferait normalement. Il reste d'abord une grande cavité qui ne se comblera que très-graduellement, par suite du rapprochement des côtes, au moins autant que par l'expansion du tissu pulmonaire.

Il y aurait donc des inconvénients considérables à vouloir exercer une traction trop forte sur les parois très-résistantes de cette cavité.

Chez une malade de M. Potain, on provoquait des douleurs atroces et des hémorrhagies dans la poche pleurale, en portant seulement à un mètre la différence de niveau.

Mais rien n'est plus facile que de régler suivant les cas le vide, c'est-à-dire la traction que l'on veut produire.

Chose précieuse, cette traction peut être maintenue alors même qu'on s'est résolu à pratiquer une irrigation continue dans la cavité purulente.

En effet, si l'on place inférieurement au lit, mais à des hauteurs différentes, deux vases contenant de l'eau tiède, par exemple, et dans chacun desquels plongera un des tubes, une fois l'appareil amorcé, et il le sera naturellement par les mouvements respiratoires, par le principe du syphon, l'écoulement du liquide vers le vase inférieur deviendra contenu, et l'eau tiède contenue dans le vase supérieur sera aspirée.

En résumé, il nous a semblé qu'il y aurait là les éléments d'une nouvelle méthode pour le traitement des pleurésies suppurées.

Le plus grand obstacle à la guérison dans ces pleurésies, est le refoulement du poumon, et la présence des fausses membranes par lesquelles il se trouve étreint.

Par les procédés ordinaires, on ne peut complétement vider le pus contenu dans une cavité à parois rigides sans y introduire l'air.

En appliquant ici le principe du syphon, on parvient à faire des lavages aussi prolongés qu'on le veut, à chasser quand on le veut jusqu'au dernier globule du pus déjà produit, sans mettre un seul instant la surface pleurale en communication avec l'air extérieur.

En outre, on peut exercer une traction sur les parois : traction modérée, rendue aussi faible qu'on le désire, et qui, bien conduite, peut sans doute aider au rapprochement de ces parois.

Si l'on emploie des tubes filiformes, on peut encore plus aisément régulariser cette traction. Alors la capillarité soutient, dans une certaine mesure, le poids de l'eau, et les efforts d'inspiration ne peuvent faire rentrer dans la poitrine qu'une quantité de liquide infiniment plus faible.

Il nous semble que cette méthode devra être expérimentée de préférence à celle des larges ouvertures. La pratique conduira sans doute à améliorer sur bien des points les procédés employés d'abord : tout en conservant le principe, qui est le principe du syphon.

Études de thérapeutique : l'eau distillée de bourgeons de sapin.

De toutes les branches de la science médicale, celle qu'on a le plus négligée dans notre siècle, est sans contredit la thérapeutique.

Les principes fondamentaux en sont journellement méconnus, et cela par les pathologistes les plus habiles.

Combien n'en est-il pas qui nient le principe de la tolérance, et qui décrivent gravement, comme constant, l'effet produit par telle ou telle dose déterminée d'un agent médicamenteux.

Il en est qui vont même plus loin et qui proportionnent la dose

---

FEUILLETON

DE LA GOUTTE

HYGIÈNE DES GOUTTEUX (1)

Dans une visite faite, il y a plus de trente ans, à l'Hôtel-Dieu, le fameux chirurgien anglais Avley Cooper demandait à Dupuytren : « Avez-vous beaucoup de goutteux à Paris? » Dupuytren répondait : « Nous avons des gourmands. »

C'est en effet une opinion fort répandue, même parmi les médecins, que la goutte est le fruit de la bonne chère, et l'on ne manque pas de faits à l'appui de cette doctrine, ne fût-ce que celui-ci, que la goutte se montre à peine chez les gens sobres de la campagne, tandis qu'elle hante volontiers les habitants des villes, riches et vivant bien. Aussi n'ôtera-t-on pas de l'esprit de certaines gens que les goutteux sont peu à plaindre, qu'ils n'ont que ce qu'ils méritent, *fructus belli*. — Il faut distinguer pourtant entre la goutte héréditaire *constitutionnelle*, et la goutte *accidentelle*. La première, hélas! frappe les hommes les moins amateurs de la table et menant la vie la plus régulière; le régime le plus sévère n'y peut rien; je me trompe, il y peut quelque chose en diminuant la force et la fréquence des accès, mais il ne détruit pas la maladie et l'on n'en reste pas moins goutteux. La seconde au contraire est souvent le produit des excès de nourriture ou plutôt d'une alimentation mal entendue et de l'usage de substances contraires à certains tempéraments. C'est de celle-ci seulement que je veux parler, l'autre étant une véritable maladie qui réclame les secours de la médecine plus encore que ceux de l'hygiène, et d'ailleurs ce que je dirai des précautions hygiéniques applicables à l'une pourra n'être pas inutile pour l'autre. Ce n'est pas un traité de la goutte que j'écris, ce sont quelques conseils seulement, résultat de l'observation et de l'expérience, et je les adresse aux personnes prédisposées à ce mal.

Je dirai d'abord ce qui m'est arrivé à moi-même. Si tous les médecins observateurs, se recueillant à la fin de leur carrière, racontaient ce qu'ils ont étudié sur eux-mêmes, en cas de maladies, d'incommodités, ou d'infirmités, peut-être cet ensemble ne formerait-il pas le livre le moins précieux de la médecine.

« Et j'avais cinquante ans quand cela m'arriva! » C'est en effet à cet âge que je fus pris, pour la première fois, d'un accès de goutte; il fut violent et caractérisé. Je fus surpris de ce dérangement de ma santé, si bonne jusque-là. Pourquoi la goutte à cinquante ans et comment devenir goutteux à l'âge où cette maladie décline plutôt qu'elle ne s'accroît? Y avait-il donc quelque changement notable dans mon genre de vie et dans mon régime? J'avais bien quelque disposition innée à cette affection, j'en avais subi, chose rare, une attaque à dix ans, qui avait mis ma vie en danger; je produisais, depuis lors, avec une grande facilité, pour le moindre écart de régime, l'acide urique, compagnon ordinaire des tempéraments goutteux; mais je n'avais ressenti aucun nouvel accès et ma santé était parfaite. Qu'y avait-il donc de changé en moi ou dans mes habitudes? J'avais quitté Paris, j'étais à Strasbourg, mais nulle part le régime alimentaire n'est plus sain. J'y vivais en garçon, ma famille n'étant pas encore venue me rejoindre. Pour simplifier mes repas, surtout le matin où j'avais à travailler, je m'étais mis au café; deux œufs, ou deux côtelettes de mouton et une tasse de café noir, composaient mon déjeuner. Successivement, je prenais le café plus fort, et comme cela arrive presque toujours quand on le fait chez soi et qu'on y met du soin, j'en étais venu à faire usage d'un café très-aromatique et très-énergique. Je préviens tout de suite, que quand je parle des effets du café, je n'ai en vu que celui-ci, l'infusion noire et sans saveur que l'on débite dans la plupart des cafés, étant inerte pour moi-même qui suis très-sensible à l'action du moka. Pour en revenir à mon accident, je ne voyais que ce changement dans mon régime qui pût l'expliquer. Mais comment attribuer un accès de goutte à une substance qui en parait si innocente, selon l'opinion commune, et que même certains goutteux regardent comme bienfaisante? J'essayai pourtant. M'étant abstenu de café pendant six semaines, je n'éprouvai plus aucune douleur de goutte; ce pouvait n'être qu'une coïncidence. Je me remis donc au café pour faire la contre-épreuve, et bientôt des douleurs rhumatismales (douleurs si voisines de la goutte) se firent sentir dans les épaules et se fixèrent dans un bras. Les bains de vapeur avec friction furent inutilement employés. Le gros orteil s'entreprend de nouveau et j'en suis encore pour un bel et bon accès de goutte. Le café fut donc proscrit, et tant que dura l'abstinence de cette liqueur, il n'y eut aucune apparence de goutte. Pendant un an et plus, je me suis soumis à ces alternatives de régime, toujours avec le même résultat, et maintenant encore, l'usage un peu prolongé de café noir assez fort suffit pour faire reparaître des douleurs rhumatismales, ou pour me donner un véritable accès de goutte. On comprend qu'averti comme je le suis, je ne m'expose pas légèrement à la visite de cet hôte incommode. Je ne me livre à mon goût pour le café que quand je suis en voyage ou aux champs et que je puis mener une vie très-active, dans laquelle

(1) Fragment d'un ouvrage que M. le docteur Donné, recteur de Montpellier, fera bientôt paraître chez M. Baillère et Fils, sous le titre : *Hygiène des gens du monde.*

au poids du corps ; tant de centigrammes de remède par kilogrammes de malade!

On ne doit donc pas s'étonner si l'on se borne à classer en bloc les substances dont l'action utile a été reconnue empiriquement.

Par exemple, on possède un groupe de médicaments hémostatiques ; et pour combattre une hémorrhagie, on puise au hasard dans ce groupe, sans chercher à déterminer lequel doit plutôt convenir dans le cas présent.

Pourtant l'hémostase s'obtient par des moyens bien différents, suivant que l'hémorrhagie est active ou passive, qu'elle tient au sang lui-même ou aux vaso-moteurs.

Celles qui tiennent à l'état du sang seront arrêtées, bien entendu, par des substances qui modifieront l'état du sang. Dans son évidence naïve, cette proposition fait voir que de telles substances doivent être de vrais remèdes dont l'action n'est pas limitée à l'hémostase.

Sans être humoriste, on doit admettre que la constitution du sang, sa composition, sa manière d'être, jouent un grand rôle dans l'évolution des phénomènes morbides; et que tout ce qui peut influer d'une façon quelconque sur ces propriétés, doit être soigneusement étudié par le médecin.

L'eau distillée de bourgeons de sapin est un de ces hémostatiques, et depuis une dizaine d'années que je l'emploie dans ma pratique, j'ai eu tellement à m'en louer que je m'étonne de la voir si rarement prescrite par d'autres.

Aucun remède ne m'a semblé plus généralement utile dans ces états nerveux compliqués de chloroanémie qu'entraînent si souvent à leur suite les affections chroniques de l'utérus.

Je cite particulièrement ces affections, parce que ce sont elles qui m'ont fourni le plus d'observations ; mais dans les chloroanémies, suites d'anciennes fièvres paludéennes chez des créoles, etc., je m'en suis également servi avec avantage.

Je l'emploie habituellement pour hâter la convalescence, surtout chez les sujets nerveux et anémiques.

Deux fois, dans le courant de fièvres typhoïdes des plus graves, je l'ai prescrite alors que la maladie, déjà dans le troisième septenaire, m'inquiétait vivement par l'intensité des phénomènes cérébraux. Chez ces deux malades l'amélioration a été très-prompte et je suis persuadé que l'eau distillée de bourgeons de sapin a été pour beaucoup dans la guérison.

Je dois ajouter que l'eau distillée de bourgeons de sapin, hémostatique puissant lorsqu'il s'agit d'hémorrhagie passive, de purpura par cachexie, j'en ai recueilli de nombreux exemples, a toujours échoué entre mes mains dans les hémorrhagies fluxionnaires de l'utérus ou de quelque autre organe.

Je reviendrai prochainement sur cette question avec plus de détails. Aujourd'hui, je me borne à appeler l'attention de mes confrères sur l'eau distillée de bourgeons de sapins.

Dr Victor Revillout.

RÉTRÉCISSEMENT SPASMODIQUE DE L'ŒSOPHAGE.

GUÉRISON PAR LA DILATATION FORCÉE.

(Observation présentée à la Société de chirurgie, séance du 23 juin, par M. Broca.)

Une demoiselle, âgée de 26 ans, hystérique, était atteinte depuis quelque temps d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage, lorsqu'elle vint réclamer mes soins. Ce rétrécissement était situé très-haut, derrière le larynx. Son caractère spasmodique est prouvé par ce fait seul qu'il disparaissait momentanément pour reparaître, surtout au moment du passage des aliments. J'essayai la dilatation avec la tige garnie d'olives, mais sans succès; on pouvait assez souvent passer l'olive la plus grosse, mais à peine était-elle introduite qu'un spasme survenait et rendait son extraction difficile. Pendant deux mois, ma malade fut nourrie au moyen de la sonde œsophagienne. Je fis alors construire une boule de plomb du volume du doigt, longue de cinq centimètres, et creusée d'une gorge à sa partie moyenne. Mon intention était de la laisser pendant quelques heures dans le rétrécissement au niveau duquel elle resterait spontanément fixée par la contraction de l'œsophage sur l'espèce de poulie cylindrique formée par cette boule. Tout cela fut inutile.

Je songeai qu'il y avait là quelque chose d'analogue à ce qui existe dans le spasme de l'anus affecté de fissure, et je voulus tenter la dilatation au moyen des pinces courbes. Mais ces pinces, en s'écartant, prennent la forme d'un coin dont la base est à l'extrémité des mors et le sommet à la charnière. Si l'on force pour les ouvrir, ce coin, engagé par sa base dans le rétrécissement immobile, glisse de haut en bas, la pince est en quelque sorte avalée; elle n'agit plus comme dilatateur, et peut déterminer une lésion de l'organe dans la partie située sous le rétrécissement. Je fis deux tentatives : la première ne me donna aucun résultat ; la seconde produisit un peu d'amélioration pendant quinze jours. Le procédé me paraissait bon. Il me restait à chercher un moyen de l'appliquer. Je fis alors construire une pince dont les branches, au lieu de s'entrecroiser, restent écartées au niveau de la charnière et portent une articulation excentrique. Grâce à cette disposition, les branches, à leur extrémité libre, restent parallèles, même dans un écartement de 6 centimètres, et si, par un écartement plus grand, la divergence oblique se manifeste, l'élasticité de l'acier fait que, sous l'influence de la pression, le parallélisme se rétablit. Je fis une dernière tentative avec cet instrument; la dilatation fut faite et le succès complet ne s'est pas démenti depuis deux ans.

Ce qui prouve du reste combien étaient justes mes appréciations sur la nature du mal, c'est que depuis l'opération ma malade a été atteinte d'un spasme de l'anus, qui céda également *à la dilatation*.

NOTE

Sur le traitement des maladies nerveuses par l'eau froide.

Par le docteur Judée.

M. Decaisne, dans une note qu'il vient d'envoyer à l'Académie des sciences à propos du traitement de l'épilepsie par l'eau froide, déclare que ce mode de traitement peut donner les meilleurs résultats non-seulement dans l'épilepsie, mais encore dans toutes les affections nerveuses présentant à un degré plus ou moins accusé la forme intermittente.

Il ne fait en cela que partager ma manière de voir ; car, dès 1854, je recommandais dans la *Gazette des Hôpitaux* les applications répétées d'eau froide sur l'épigastre, les regardant comme capables de calmer en quelques minutes la plupart des attaques nerveuses et d'en éloigner les apparitions.

Grâce à M. Victor Meunier, qui en parla à cette époque dans un des feuilletons scientifiques, ce remède devient populaire, et tout porte à croire que beaucoup de personnes y ont encore recours.

Quand je faisais à la Charité, dans le service de M. Briquet, mes expériences sur l'action de l'eau froide sur les femmes hystériques, je constatai de plus un fait extrêmement remarquable et qui expliquerait comment il a pu se faire que M. Louis Fleury soit parvenu à guérir des fièvres intermittentes par l'eau froide, c'est que presque toutes les *femmes frappées d'hystérie étaient en même temps sujettes à des accès de fièvre intermittente.*

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 16 juin 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— *Plaies du larynx, de la trachée et de l'œsophage, leurs conséquences et leur traitement,* thèse de concours pour l'agrégation, par le docteur Paul Horteloup.

— *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Toulouse*, brochure par le docteur Bateil, professeur à l'École de médecine de Toulouse.

— M. le docteur Gadaud, ancien interne des hôpitaux, adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale : *Étude sur le Nystagmus.*

— M. Trélat offre à la Société : 1° *De la trachéotomie dans les lésions syphilitiques des voies respiratoires*; — 2° *De l'hypertrophie unilatérale partielle ou totale du cœur*, par MM. Trélat et Monod.

— M. Christôt adresse un travail intitulé : *Tétanos traumatique et névrotomie.* Renvoyé à MM. Tillaux, Desprès et Cruveilhier.

— M. Achille Bonnes envoie une observation de *Polype naso-pharyngien opéré par un nouveau procédé.* — Renvoyé à M. Houel.

Discussion sur le traitement de la syphilis. (Suite.)

M. DESPRÉS. M. Liégeois vous a entretenu d'une méthode de traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sublimé, méthode appliquée par MM. Scarenzio et Lewin. Il nous a soumis une statistique et des chiffres. Depuis deux ans, j'attendais une statistique; elle se présente, je m'y attache avec d'autant plus de plaisir que je l'ai longtemps attendue.

La méthode des injections sous-cutanées était prévue du jour où l'on a mis en usage la méthode hypodermique pour l'introduction des médicaments dans l'économie. C'est encore un nouveau mode de traitement par le mercure qui vient apporter la confusion dans la thérapeutique de la syphilis par les mercuriaux.

Je laisse de côté les statistiques de MM. Lewin et Scarenzio; il y a des diagnostics dont je ne suis pas sûr. Je me borne à examiner la statistique française, celle de M. Liégeois. Notre collègue diagnostique comme nous. D'ailleurs, il n'y a pas de pays où l'on connaisse mieux la syphilis qu'en France, pas de ville où on l'étudie mieux qu'à Paris et à Lyon. La statistique française suffit.

Je vais examiner rapidement devant vous la statistique de M. Liégeois, les effets des injections, et comme réponse principale aux propositions de notre collègue, je donnerai ma statistique de l'hôpital de Lourcine, que je préparais au moment où cette discussion vient d'être commencée.

L'hôpital du Midi, messieurs, nous a déjà fourni des surprises, des événements inattendus, et je me souviens encore de l'enthousiasme de M. Panas pour les frictions mercurielles, qui lui paraissaient, à cet hôpital, d'un si heureux effet.

M. Liégeois nous a dit qu'il avait obtenu des résultats magnifiques des injections de sublimé pendant l'année 1868-1869. Du 15 janvier 1868 au 15 janvier 1869, il y a eu 127 malades guéris, sur lesquels 9 récidives seulement ont été observées (je prends la statistique dans ce qu'elle a de plus favorable). M. Liégeois a donné des chiffres de récidive plus élevés dans la dernière séance; je me contente de la statistique la plus favorable. C'est à l'aide d'une moyenne de 66 injections de 0 gr. 002 de sublimé qu'il a guéri ses malades.

Et d'abord, qu'a guéri M. Liégeois? Des malades que M. Panas a dit avoir guéri par une moyenne de 19 frictions mercurielles, ce qui, entre parenthèse, était bien plus prompt. Or, ce que M. Panas avait guéri, c'était des plaques muqueuses, des chancres qui, par de simples cautérisations, guérissent en quinze jours ou trois semaines. C'était encore des syphilides papuleuses légères qui arrivent presque en même temps que des plaques muqueuses et guérissent presque aussi vite. Je ne parle pas des syphilides cornées auxquelles M. Liégeois a fait allusion et qu'il a décrites dans sa seconde communication; j'ai compris qu'il s'agissait de croûtes sur des plaques muqueuses de la peau, et ces lésions guérissent assez vite seules, à l'aide de quelques topiques légèrement caustiques. J'ai fait le service à l'hôpital du Midi, lorsque j'étais au bureau central; je connais le genre de malades qui sont reçus au Midi. Des chancres douteux, des plaques muqueuses de l'anus et de la gorge, des syphilides papuleuses légères, voilà le gros des malades, et toutes ces lésions guérissent en peu de temps. Il y des cas rebelles; M. Liégeois en a eu, nous allons les retrouver tout à l'heure. M. Liégeois vient de vous présenter un malade qu'il trouve déjà amélioré par les injections et qu'il compte guérir vite. C'est un cas de syphilide squammeuse proriasiforme qui vient d'être traitée pendant 4 mois à Saint-Louis par du sirop de Gibert. L'éruption est encore dans sa période d'état. Abandonnées à elles-mêmes, ces éruptions durent 6 mois si l'on a soin de donner de fréquents bains au malade et si l'on touche avec la teinture d'iode les plaques qui sont sur le visage. Traitées par

---

se dépense l'excès de fluide nerveux que peut développer la nourriture ou l'usage de certaines substances.

Je me ménage d'autant plus volontiers sur le café, que cette liqueur est pour moi le brevage le plus *intellectuel*, si je puis dire ainsi, celui qui met l'intelligence dans les meilleures conditions de travail et de production. Certes, je ne suis pas matérialiste, mais enfin, je reconnais l'influence du physique sur le moral, et je puis avouer, qu'avec une bonne tasse de café, je suis tout ce que je peux être intellectuellement. Il ne faut pas abuser de ce moyen, car l'effet s'en use, et quand on a pris du café pendant un certain temps, il devient une habitude, et son *charme* est détruit (1).

La conclusion à tirer de ce que je viens de raconter, c'est qu'il est bon de s'observer, quand on a quelque disposition à la goutte. D'abord, il est clair qu'une certaine sobriété est de rigueur; mais, en outre, il convient de remarquer l'influence de divers aliments solides et liquides dont on fait usage afin de s'en abstenir ou d'en éviter au moins le retour trop fréquent dans le régime.

L'observation des urines est utile aussi en pareil cas. Quand elles prennent une couleur trop foncée ou qu'elles laissent déposer un sédiment couleur de brique (acide urique), c'est un avertissement dont il faut tenir compte. L'eau, l'eau en abondance, est le meilleur agent de dissolution, le plus favorable aux tempéraments sanguins, aux personnes affectées de gravelle ou disposées à la formation des calculs.—Et maintenant, quel est le traitement le plus efficace pour combattre l'accès de goutte quand il est venu?

Ce point demande explication. Il faut encore s'entendre et savoir s'il s'agit de la goutte *constitutionnelle* ou *accidentelle*. Pour la première, j'admets volontiers que les remèdes sont dangereux par cette raison, qu'étant énergiques, la nécessité d'y revenir souvent peut fatiguer les organes et produire un mal plus grave que la maladie elle-même à laquelle on les oppose. C'est ainsi par exemple qu'on ne recourt pas impunément aux purgatifs violents qui sont un des meilleurs moyens de soulagement dans les accès de goutte très-douloureux. La fameuse médecine Leroy, dans le temps de sa vogue, a tué plus de pauvres goutteux que ne l'eût fait la goutte elle-même. Mon ami Janin, qui s'y connaît, avait donc raison de m'écrire un jour : « Hélas! quel bonheur ce brin de goutte au petit doigt de mon vieux camarade! Il me vaut une aimable lettre, un cher souvenir. Il y a longtemps que la goutte est mon amie. Elle est une sagesse, un repos, une inspiration. Heureux qui la mérite et qui sait bien s'en servir. Justement, ce petit Horace que la goutte a mis sous tes yeux, c'est elle qui me l'a dicté. Donc, sois calme et sois patient, méprise tous les guérisseurs; méfions-nous des Lartigue; ils nous guérissent, mais ils nous tuent. » Précisément, j'étais en train de prendre des pilules de Lartigue! Confiant en la grande expérience de mon vieil ami goutteux, je les laissai là, et je me résignai à la patience. Toutefois, j'y suis revenu depuis sans inconvénient et même avec avantage, car il a du bon, ce remède, quand il est employé sagement et avec modération, et c'est ce que je veux expliquer ici.

Les pilules de Lartigue sont un purgatif énergique, mais n'agissant pas à la manière des purgatifs salins, qui déterminent des évacuations abondantes. C'est sur l'organe sécréteur de la bile, sur le foie, qu'elles portent surtout leur action; elles produisent un écoulement de bile, de ce principe éminemment carboné, et en quelques heures, une demi-douzaine de ces pilules, prises deux à deux, dès qu'elles ont sollicité le foie à se débarrasser de l'excès de sa liqueur, procurent du soulagement; en vingt-quatre heures elles enlèvent un accès de goutte mieux que ne feraient des émissions sanguines ou tout autre moyen, mais il est évident que ce traitement n'est efficace et sans danger qu'à la condition d'un bon estomac, d'organes digestifs sains, et même dans ce cas, il ne faut pas y revenir trop souvent.

En résumé, si la goutte héréditaire, *constitutionnelle* est le résultat de la bonne chère et des excès de table, de la gourmandise, en un mot, la faute doit en être reportée pour bien des gens au grand-père ou au bisaïeul, qui en auraient transmis le principe avec le sang, car on connaît des gens fort sobres qui n'en peuvent mais, et sont cruellement affectés de ce mal; et que ne feraient-ils pas pour se délivrer de leurs souffrances? la diète ou tout au moins le régime sévère serait pour eux le plus doux des remèdes! mais il est probable que cette affection a des racines plus profondes dans l'économie et qu'elle a pour causes des conditions complexes et cachées. De là la difficulté de l'atteindre. Mais dans tous les cas, l'abstinence de mets trop substantiels et de haut goût, d'excitants et de vins généreux, est le régime propre des goutteux en général.

Quant à la goutte plus bénigne, à celle qui n'est pas inhérente à la constitution même, et que j'ai appelée *accidentelle*, on peut l'attaquer dans ses crises mêmes, parcequ'elles sont rares et qu'on ne risque pas de fatiguer des organes digestifs, sains d'ailleurs, et capables de supporter une secousse. Mais il faut surtout observer les circonstances qui la font naître et y pourvoir par un régime exclusif de certains aliments, ou de certaines liqueurs, par une dépense plus régulière et plus accentuée de force musculaire et de fluide nerveux, par tout ce qui peut rafraîchir le sang en portant la chaleur au dehors et en ranimant les fonctions de la peau.

(1) Le café n'agit pas moins comme excellent digestif que comme stimulant du cerveau.

les mercuriaux, les rougeurs pâlissent, mais la disquammation persiste, et le mal dure plus longtemps que si on l'avait abandonné à lui-même. M. Liégeois peut traiter ce malade par les injections, le mal a déjà 4 mois de durée, encore 2 à 3 mois sont nécessaires à la guérison, sauf une récidive imminente. J'attends que M. Liégeois présente ce malade dans 2 mois. Il verra alors où en sera son malade après une vicissitude d'injections de sublimé et de repos; je lui prédis que la syphilide offrira encore de la desquammation, et qu'elle ne sera pas guérie.

Pour ce qui est des chiffres de la statistique de M. Liégeois en eux-mêmes et que j'accepte, je dis que sa statistique donne 9 récidives sur 127 malades déclarés guéris. Vous verrez plus loin que cette proportion est un peu moins bonne que la mienne (il est toujours questions des récidives observées dans le service de M. Liégeois et des récidives observées dans mon service). Mais je vais plus loin. J'ai jeté sur la statistique de M. Liégeois un coup d'œil de contradicteur, et j'y ai trouvé deux chiffres qui ne m'avaient pas frappé en entendant sa communication. A côté de 9 récidives sur 127 malades guéris, j'ai vu 20 récidives sur 69 malades améliorés. J'appelle votre attention sur ces chiffres; c'est là que se trouvent les cas défavorables à la méthode de traitement, car dans le nombre des améliorés il y a, M. Liégeois vous l'a dit, des malades qui ont reçu 100 et 110 injections de sublimé. Si je compare mes chiffres à ceux de M. Liégeois, vous allez voir une différence. Je compte mes récidives en bloc; je dis, sur 296 malades guéris ou amélicrés ou non guéris traités par moi, j'ai eu dans mon service 27 récidives, ce qui me donne une proportion de récidives de 9.1 pour 100, tandis que si je réunis les malades guéris ou améliorés de M. Liégeois, j'arrive à un chiffre de 14.5 pour 100. Mais, messieurs, je n'en demande pas tant, l'égalité suffirait à ma démonstration.

M. Liégeois a dit avoir fait la comparaison entre le traitement tonique et le traitement par les injections. Il a traité je crois 9 malades par les toniques, est-ce un nombre suffisant? Je n'en sais rien, et c'est pour cela que je place mes malades au nombre de 296 traités par les toniques en comparaison de ceux qu'il a traités par le mercure en injection. Si j'ai bien retenu ce que nous a exposé M. Liégeois, il nous a dit qu'il avait traité des malades par les toniques et qu'ensuite, voyant que le mal ne faisait point de progrès, il avait eu recours aux injections. Cela ne s'appelle pas traiter des malades par les toniques. Puis il a ajouté qu'il avait traité les cas simples par les toniques et le protoiodure. Mais ne vient-il pas à l'esprit qu'il s'agissait de malades au début d'une poussée et que si M. Liégeois avait persisté encore une semaine ou deux dans l'emploi des toniques, la guérison serait survenue seule, ainsi que je le vois chez mes malades de Lourcine.

J'arrive à la question de l'embonpoint acquis par les malades traités par les injections de sublimé, et à cette proposition que le mercure donné à petite dose est tonique. Vous vous rappelez ce qui a été écrit, sur ce tableau, les chiffres de l'enbompoint gagné par les malades soumis à divers traitements mercuriels; tous les malades gagnent quelque chose. Ceci a déjà été dit par M. Verneuil, et c'est comme je le disais il y a deux ans, au régime de l'hôpital qui est confortable, eu égard à la nourriture de la population qui fréquente nos hôpitaux, et au repos que l'on doit attribuer le meilleur état des maladcs après un séjour d'une semaine dans nos salles. Le mercure engraisser les malades! cela est-il possible? Est-ce que les ouvriers qui manient le mercure engraissent? Les expérienees de MM. Overbeck et Kusmaul, les leçons de M. Sée, qui ont établi que le mercure enlevait de l'albumine au sang, dénourrissait les organes et arrétait les néoplasies, sont-elles devenues nulles ou n'étaient-elles point l'expression de la vérité? Pour ma part, je suis tout à fait édifié sur ce point. Lc mercure, quand il est absorbé, altère plus ou moins le sang et causé la salivation, ce qui n'est certes pas une condition pour engraisser.

Mais voyons ce que nous disent les chiffres de M. Liégeois. C'est ici que nous trouvons comment, en voulant trop prouver, on prouve le contraire de ce que l'on veut avancer.

16 malades ont été mis au simple régime de l'hôpital, 9 aux toniques, 74 aux injections de sublimé, 19 aux injections et aux toniques, 30 à la liqueur de Van Swieten, je prends trois groupes de chiffres.

Ces malades, soumis au régime tonique, ont gagné, du quinzième au trentième jour, 1,950 grammes, et du trentième au soixantième jour, 328 grammes.

Les malades soumis aux injections ont gagné, du quinzième au trentième jour, 508 grammes; du trentième au soixantième jour, 1,795 grammes.

Pour les malades soumis aux injections et aux toniques, il doit y avoir une combinaison de chiffres dans des proportions analogues. Il n'en est pourtant rien. Les malades soumis au régime tonique et aux injections de sublimé ont gagné dans le premicr mois 1,446 gr., dans le second, 3,143 grammes. Si nous retranchons de ces nombres ce qui appartient aux injections seules, nous arrivons à trouver qu'il reste pour le régime tonique 938 grammes de gain pour la première période et 1,348 pour la seconde. Ce qui n'est ni les chiffres ni la proportion indiquée plus haut et attribués au régime tonique. Il y a, de toute évidence, des erreurs dans les expériences, puisqu'elles comportent des contradictions aussi visibles.

La liqueur de Van Svieten et le protoiodure sont traités par cette statistique d'une manière désespérante pour les partisans du mercure. Ces préparations font moins de bien aux malades que le régime ordinaire de l'hôpital. C'est un partisan du mercure qui vous le dit, constatez-le. Je n'ai pas même été aussi dur pour ces médicaments. Encore une nouvelle manière de donner le mercure qui traite les autres manières et les injections de sublimé en particulier comme la liqueur de Van Swieten vient d'être traitée, où en sera l'efficacité du mercure?

Un mot sur l'embonpoint donné par les injections aux lapins que nous a montrés M. Liégeois. D'abord, je ne les ai point trouvés si gras. Celui qui a été sacrifié devant nous n'était pas très-gras; il avait d'ailleurs dans le dos une ulcération large comme une pièce de un franc, au point où avait été faite une injection de sublimé, et je ne sache pas que ce soit là une condition favorable à l'enbonpoint. L'augmentation de poids du lapin a peu de valeur puisque nous ne savons pas s'il a été pris jeune ou vieux. Si le lapin était jeune, il était naturel qu'il augmentât de poids malgré les injections.

Les effets des injections de sublimé sont problématiques. Ce qu'il y a de plus certain, au moins pour ce que j'ai vu, c'est qu'elles causent des ulcérations. J'ai vu dans mon service deux malades que M. Liégeois avait soignées à Lourcine. Il leur avait fait 20 injections. Chez une malade, il y avait 11 ulcérations ou cicatrices d'ulcérations correspondant toutes à des injections. Ces malades avaient été traitées pour des plaques muqueuses, lesquelles avaient duré plus d'un mois, notons ce fait. Les plaques muqueuses cautérisées, chez les malades soumises au régime tonique, ne durent pas plus de 15 jours à 4 semaines, et je parle des cas les plus rebelles. Vous voyez quels effets ont eu les injections de sublimé dans ces deux cas. M. Hardy a mis en usage chez quelques malades les injections. J'ai vu une de ces malades. C'était une femme qui avait des plaques muqueuses et une syphilide papuleuse assez confluente. En ville, elle avait pris des pilules de protoiodure pendant 6 semaines, et M. Hardy avait fait 14 injections. Il y avait des phlébites capillaires au niveau des piqûres et des ulcérations. Malgré cela, la malade avait encore des plaques muqneuses et sa syphilide papuleuse. Une des deux maladcs de M. Liégeois, traité par 20 injections, avait pris ensuite des pilules de protoiodure pendant trois mois, elle est venue deux fois dans mon service, toujours avec des plaques muqueuses.

Les injections de sublimé agissent-elles réellement comme M. Liégeois les a appliquées à l'hôpital du Midi à dose moitié moins forte que celle qu'il a employées à l'hôpital de Lourcine? C'est ce que je vais discuter. Le sublimé est peu soluble dans l'eau, il l'est en faible proportion dans l'eau distillée parfaitement pure. Il précipite par les matières organiques. Est-on sûr d'en injecter toujours la même quantité? D'autre part, puisqu'il y a des ulcérations dans certains cas sur le même individu, tandis qu'en d'autres cas l'injection n'en cause pas, ne peut-on pas inférer de là qu'il y a inégalité d'absorption pour les injections d'un jour à un autre. D'ailleurs, puisque des injections plus faibles à l'hôpital du Midi causent moins d'ulcérations que n'en ont causé les injections plus fortes faites à l'hôpital de Lourcine, il faut en conclure que la dose du médicament est pour quelque chose dans le fait de l'ulcération. Pour moi, je pense que le sublimé est peu absorbé, qu'il ne fait pas plus que les autres préparations mercurielles lorsqu'il est absorbé, et que quand les malades ont absorbé un peu de mercure, quand ils n'ont pas d'ulcérations ni de salivation, ils en ont absorbé si peu que c'est comme s'ils n'en avaient pas absorbé.

M. Liégeois, au lieu de voir dans la syphilis une infection par un virus qui tend à s'éliminer seul, pense que la syphilis est une diathèse comme la scrofule; il pense neutraliser le mal par les injections. Mais il ajoute qu'il considère les accidents syphilitiques comme des foyers d'infection, ceci ne me paraît pas logique. Neutralise-t-on des foyers d'infection, même par des injections de sublimé? Ne vaut-il pas mieux ouvrir, inciser un foyer d'infection? Cette dernière pratique, messieurs, on la réalise en cautérisant les lésions syphilitiques. Une surface d'élimination apparaît, elle sert à éliminer sous forme de croûtes, de squammes ou de débris épidermiques des parties contaminées. En cautérisant, on hâte l'élimination, on active le travail commencé. C'est ce que je compte obtenir en cautérisant les plaques muqueuses et les syphilides de la face et des mains. Je crois être logique eu égard à la manière dont j'envisage la syphilis, et ce serait être logique dans l'hypothèse même de M. Liégeois, si l'on considère les accidents syphilitiques comme des foyers d'infection.

En résumé, les injections de sublimé ne me paraissent, d'après les faits, avoir aucun avantage sur les autres préparations mercurielles, si ce n'est qu'on donne à peine de mercure, et souvent pas du tout. Dans les cas les plus favorables, elles ne font rien de plus que le traitement tonique, uni à un scrupuleux traitement local des accidents; et, dans les cas graves, elles ne font ni plus ni moins que les autres traitements mercuriels, et pas plus que le traitement tonique.

Comme principal argument contre les injections sous-cutanées de sublimé, j'ai à donner la statistique des malades de mon service pendant l'année 1868-69.

Du 23 mai 1868 au 23 mai 1869, j'ai traité 296 malades syphilitiques. Des malades sont sorties du service pendant la même année, et c'est avec les pancartes des sortantes que je construis ma statistique. Sur ce nombre, 77 étaient des malades traitées antérieurement par le mercure, qui n'étaient pas guéries ou avaient des récidives. 27 malades avaient été antérieurement traitées dans mon service pendant un temps variable.

Les récidives de plaques muqueuses observées offraient ceci de particulier que les malades dont les récidives étaient les plus éloignées et les plus multipliées étaient celles qui avaient été traitées par le mercure. Il y avait eu des plaques muqueuses 3 ans, 2 ans et 15 mois auparavant. Plusieurs sortaient du service de M. Liégeois. Je n'ai point revu des anciennes malades traitées chez moi par les toniques. Je n'en ai point vu de 1865 et 1866, sauf deux malades dont je parlerai plus tard. Encore une vérification d'une de mes propositions de l'année dernière, que les traitements mercuriels font durer la période des plaques muqueuses.

Les malades qui avaient pris du mercure en avaient pris, 3 pendant 3 ans, 2 ans ou 10 mois. 7 avaient été traitées pendant 6 mois. 41 avaient pris du mercure pendant 4 à 2 mois. 27 pendant 1 mois et moins.

Les malades qui ont été traitées sans mercure et qui sont revenues avec des récidives avaient été traitées par les toniques : 1 pendant 6 mois, 1 pendant 5 mois, 1 pendant 4 mois, 10 pendant 3 mois, 5 pendant 2 mois, 3 pendant 1 mois, 6 pendant moins de 1 mois. Sur ce nombre, 9 malades avaient été antérieurement traitées par le mercure, et la récidive était l'éternelle plaque muqueuse.

Parmi mes malades, 145 sont sorties avec la mention : guérie, sur leur pancarte; 151 sont sorties sur leur demande ou sont parties non-guéries ou améliorées. Parmi les malades rentrées, 9 avaient été au nombre des guéries, 18 avaient été du nombre des améliorées et des non-guéries. J'ai donc les proportions suivantes : 9 récidives pour 145 guéries, soit 6.2 pour 100; 18 récidives pour 151 améliorées ou non-guéries, soit 11.8 pour 100.

Vous voyez les résultats : M. Liégeois vous annonce 9 récidives pour 125 guéris, soit 6.9 pour 100; j'ai 6.2 pour 100 de récidive. Constatons que les résultats des injections et des toniques sont à peu près les mêmes. Je le demande encore une fois : le mercure a-t-il fait mieux que le traitement tonique, lorsque nous prenons les mêmes éléments de comparaison? Les chiffres sont là pour montrer que non, et je n'en veux pas plus pour constater l'inutilité du mercure.

Les récidives que j'ai observées chez mes malades étaient relativement bénignes, sauf deux malades qui ont eu des accidents tertiaires.

J'ai observé des syphilides généralisées, des roséoles papuleuses, des syphilides précoces. Elles ont guéri dans un temps différent. Les roséoles papuleuses ont guéri en 3 semaines, les syphilides papuleuses un peu confluentes et les plaques muqueuses de la peau, en 1, 2 ou 3 mois. J'ai observé 65 de ces syphilides : sur ce nombre, 18 fois, j'ai vu la syphilide naître chez des maladcs traités par les toniques, et 14 fois je l'ai vu naître chez des malades qui avaient pris du mercure. Je rappelle ici que 219 malades étaient traités par les toniques, et 77 seulement avaient été traités par les mercuriaux. Parmi ces syphilides, celles qui apparaissaient aux époques normales où elles doivent se produire et qui ont une durée plus longue; j'ai fait la même remarque que l'année dernière. Chez les malades vicrges de mercure, 6 syphilides ont duré, 3, cinq mois, 3, six mois. Chez les malades qui avaient pris du mercure, 5 syphilides ont duré, 1, cinq mois, 1, six mois, 2, sept mois, 1, huit mois. Ainsi les traitements mercuriels débilitants troublent l'évolution de la syphilide, et celle-ci évolue régulièrement quand on cesse le mercure.

J'ai observé 4 syphilides précoces, dont une syphilide tuberculeuse précoce, caractérisée comme l'on sait par des élevures du derme ayant la consistance et la forme de kéloïdes, elles ont guéri en 6 mois et 6 mois et demi, sauf une qui existait chez une malade traitée antérieurement pendant 4 mois par du sirop de Gibert. Le mal a encore duré 3 mois et la malade a quitté l'hôpital guérie, conservant encore sur quelques points un peu de disquammation.

J'ai observé 6 iritis dont 3 doubles. Elles ont guéri en 10 ou 12 jours, par le moyen du collyre mydriatique, des vésicatoires aux tempes et des purgatifs. Et chez les malades qui avaient des iritis au moment de leurs règles, j'ai employé des sinapismes promenés sur les cuisses et les jambes. Une fois j'ai eu une complication de kératite en fusée chez une malade qui avait eu, avant sa syphilis, des ulcères de la cornée. Un hypopion est survenu, le mal a guéri après 3 ponctions de la cornée. Une autre fois, il y a eu une complication de choroïdite. C'était chez une malade qui avait eu autrefois une choroïdite avant d'être syphititique; deux ponctions de la cornée, avec évacuation de l'humeur aqueuse, ont guéri la lésion; la vue a été conservée dans son intégrité.

J'ai vu, à côté de cela, une malade qui avait eu, avant d'entrer dans mon service, une iritis double et qui avait été traitée par les préparations mercurielles; les iritis avaient duré 3 et 5 semaines. La comparaison peut-être faite facilement.

En fait d'accidents tertiaires, j'ai eu deux de mes malades qui en ont présenté; ces deux malades, jointes à une troisième dont je vous ai parlé et à une autre qui a été traitée par le mercure après être sorties de chez moi, sont les seules malades qui aient eu des accidents tertiaires sur les 914 malades que j'ai traitées de la syphilide depuis quatre ans que j'ai mon service à l'hôpital de Lourcine. La première malade est la fille Taron, que vous retrouverez dans mes précédentes statistiques. Elle a eu un ulcère à la jambe, guéri par la cautérisation et la compression, l'autre a eu une syphilide tuberculo-crustacée, qui a guéri par des lotions à la teinture d'iode.

J'ai vu des accidents tertiaires chez des malades qui avaient pris du mercure: une fois, des douleurs ostéocopes; une fois du tremblement mercuriel et des syphilides serpigineuses du voile du palais, une fois de l'ecthyma, une fois des petits ulcères des jambes dus à des gommes de la peau. Cette malade, traitée autrefois dans mon service, avait été traitée dans son pays par du mercure pour consolider, disait-on, sa guérison. Mais ce que j'ai vu de plus remarquable à cet égard, c'est la malade suivante : Une femme m'est amenée aveugle et paralysée, ayant deux rétinites syphilitiques et probablement une tumeur cérébrale. Mariée il y a quatre ans, elle avait gagné la syphilis avec son mari. Traitée aussitôt, elle a suivi pendant trois ans tous les traitements mercuriels possibles : protoiodure, liqueur de Van Swiéten, sirop de Gibert, frictions mercurielles, fumigations de cinabre et iodure de potassium. Malgré cela elle a mis au monde un enfant mort et macéré dix mois après son mariage. Elle a eu des boutons sur le corps, des iritis, et finalement une lésion cérébrale. J'ai traité cette malade par l'iodure de potassium en vain, et, il y a quelques semaines, cette pauvre femme a été réintégrée dans son département comme infirme par l'administration.

J'ai pu suivre, messieurs, un certain nombre de mes malades. Plusieurs de mes malades ont été revues bien guéries, et j'ai eu des malades qui sont venues dans mon service pour des maladies utérines et qui, deux ans et trois ans auparavant, avaient été traitées par les toniques dans mes salles pour des accidents syphilitiques dont elles ne portaient plus aucune trace.

PROGRAMME D'UN CONCOURS

Pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris.

I. CONDITIONS D'ADMISSION. — Le concours qui doit s'ouvrir, en exécution du présent programme, aura lieu :

A Strasbourg, le 7 décembre 1869,

A Montpellier, le 15 du même mois,

Et à Paris, le 21 du même mois,

A moins que le petit nombre de candidats ne motive leur concentration à Paris.

Les conditions d'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi determinées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852 :

1° Être Français;

2° Être docteur en médecine de l'une des trois Facultés de l'Empire (les élèves qui ont subi les cinq examens pour le doctorat seront admis à concourir, s'ils s'engagent à produire le diplôme de docteur avant le 15 janvier 1870; ils ne seront commissionnés en qualité de stagiaire qu'après avoir satisfait à cette condition);

3° Être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire;

4° N'avoir pas dépassé l'âge de vingt-huit ans à l'époque de l'ouverture du concours (cette limite d'âge est absolue, et nul ne pourra être admis à la dépasser que dans la proportion de services militaires antérieurs pouvant être compris dans la liquidation d'une pension de retraite);

5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre;

6° Souscrire un engagement d'honneur de se vouer pendant cinq années au moins au service de santé militaire.

Les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste qui sera ouverte à cet effet, dans les bureaux de MM. les intendants des 1re, 6e et 10e divisions militaires, à dater du 1er septembre prochain. La clôture de cette liste aura lieu à Strasbourg et à Montpellier, quinze jours avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours dans chacune de ces localités, et à Paris, le 19 décembre.

Les candidats des concours de Strasbourg et de Montpellier, reconnus admissibles, recevront, pour se rendre à Paris, l'indemnité de route attribuée au grade de médecin sous-aide.

II. FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Le diplôme de docteur en médecine ou le certificat de réception au cinquième examen (cette pièce pourra n'être produite que le jour même de l'ouverture des épreuves);

3° Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire; cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury d'examen;

4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours;

5° Pour les candidats comptant des services militaires, les pièces constatant ces services,

L'entrée à l'École du Val-de-Grâce des candidats admis aura lieu du 1er au 15 janvier 1870.

III. NATURE DES ÉPREUVES. — 1° Une composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicales;

2° Une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques;

3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

Ces épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire qui la présidera, et de deux professeurs à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires désignés par le ministre.

Après la dernière épreuve, le jury procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général de tous les candidats a lieu à Paris.

IV. MODE D'EXÉCUTION DES ÉPREUVES. — Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition écrite, sans livres ni notes; sous la surveillance d'un membre du jury; la question est la même pour tous les candidats.

Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion.

Au commencement de la séance, chaque candidat tire sa question, qui est numérotée par le président, dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition; elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve.

La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

V. STAGE A L'ÉCOLE IMPÉRIALE DU VAL-DE-GRACE. — La durée de ce stage ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent. Pendant leur séjour à l'École, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelles dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire.

Ils sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent pendant leur séjour à l'École, les appointements de médecins stagiaires, soit 2,760 fr. par an, y compris le supplément de Paris et l'indemnité de logement.

Ils ont droit, en outre, à une indemnité de première mise d'habillement fixé à 500 fr., et payable : 250 fr. au moment de leur admission à l'École et après avoir souscrit l'engagement dont il est question ci-dessus, et 250 fr. après qu'ils ont satisfait aux examens de sortie.

Au terme de leur temps de stage, ils obtiennent, sous la réserve de ces examens de sortie, le brevet du grade de médecin aide-major de deuxième classe, et ils jouissent, à partir de ce moment, des priviléges inhérents à la position d'officier. Après deux ans de grade, ils passent de droit aides-majors de première classe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le docteur Charles-Gustave Carus, connu par de nombreux scientifiques sur la psychologie et la physiologie, est mort à Dresde, le 28 juillet, à l'âge de 80 ans.

— La souscription ouverte par les amis de Trousseau a terminé son œuvre. Deux bustes du regretté professeur ont été exécutés; l'un, en marbre, figure dans la salle des actes de la Faculté de médecine; l'autre, en bronze, vient d'être placé sous le péristyle de l'Hôtel-Dieu. Non-seulement les dépenses ont été amplement couvertes, mais l'excédant des recettes a permis d'envoyer à chacun des souscripteurs dont l'adresse est connue, une épreuve photographique du buste, comme souvenir de la souscription et de la pensée qui l'a inspirée.

— Un des praticiens les plus honorables et les plus instruits de la capitale, M. le docteur Laroche, vient de succomber.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Société des sciences médicales de Lyon. — Dans le dernier volume des mémoires et comptes rendus de cette Société, nous trouvons un travail qui porte ce titre : *Étude sur la physiologie pathologique de la fièvre.*

Ce mémoire comprend deux parties, l'une purement critique et l'autre théorique.

Dans la première, l'auteur, M. le docteur Clément, s'est évidemment inspiré des leçons cliniques de M. Jaccoud (1). Ce sont les mêmes arguments, les mêmes tracés thermométriques.

Comme M. Jaccoud, M. Clément voit dans l'élévation de la température la caractéristique de la fièvre ; et il attribue cette élévation de température à une activité plus grande des oxidations organiques.

Il n'admet pas l'intervention primitive du système nerveux dans la production de ces phénomènes, parce qu'ils commencent avant que le système nerveux ait manifesté quelque trouble. Dans l'accès de fièvre intermittente le frisson paraît seulement alors que la température s'est accrue d'à peu près 2 degrés ; or avant le frisson, on ne note aucune contraction des capillaires périphériques, rien qui prouve une excitation des vaso-moteurs.

Ainsi l'excitation des nerfs vaso-moteurs, serait le résultat et non la cause de l'accès fébrile ; ce serait une convulsion produite par le contact du sang qui se serait rapidement échauffé ; et le frisson pourrait manquer toutes les fois que l'élévation de la température serait lentement progressive.

M. Clement s'accorde également avec M. Jaccoud pour ne pas attribuer la fièvre à l'excitation ou à la paralysie de centres nerveux calorifiques dont l'existence ne leur paraît pas démontrée.

Quelle peut donc être l'étiologie de la fièvre, si le système nerveux, soit central, soit périphérique ne joue aucun rôle dans sa production ?

M. Clément n'hésite pas à adopter une théorie humorale et chimique.

Sous l'influence de germes miasmatiques venus du dehors ou de fermentations intérieures, le sang aurait acquis des propriétés pyrogènes. Par une action que les chimistes nomment catalytique, et qui est celle des ferments, le mode d'activité des éléments anatomiques serait modifié, les échanges organiques deviendraient plus intenses, les combustions plus vives, et la température s'augmenterait en même temps que la production de l'urée.

M. Jaccoud ne paraît pas croire à cette action catalytique, et il se garde bien d'émettre aucune théorie nouvelle.

Voici comment, dans son nouvel ouvrage, il résume les théories humorales et les apprécie en les réunissant aux *théories nerveuses* (2).

« La théorie humorale relègue au second plan le rôle du système nerveux ; elle suppose que la cause pyrétogène agit d'abord sur le sang et le modifie, soit en lui enlevant un principe modérateur des combustions (la quinoïdine, par exemple), soit de quelque autre manière, et cette modification primordiale a pour effet l'accroissement de combustion et de chaleur, qui tient sous sa dépendance tous les autres phénomènes fébriles.

« Je ne pouvais passer sous silence ces tentatives d'interprétation pathogénique, mais il est facile d'en apprécier la fragilité ; il n'y a là que l'hypothèse pure, et toutes ces théories portent l'empreinte d'une erreur trop fréquente qui consiste à confondre une explication avec une démonstration, et à substituer l'une à l'autre. Je l'ai dit ailleurs : « Ce qui est certain, ce qui est saisissable par l'observation, c'est que la cause pyrétogène crée dans l'organisme une modalité anormale de la nutrition (accroissement des oxydations); c'est que ce mode nutritif a pour conséquence une augmentation parallèle de la chaleur ; c'est que sous l'influence de cette chaleur fébrile l'action du cœur s'exagère ; c'est que cette température anormale provoque souvent une convulsion réflexe temporaire qui constitue l'épisode du frisson et de l'algidité ; » mais, au delà de ces notions certaines, je ne vois que contradictions et hypothèses, et je ne trouve dans toute cette histoire qu'une seule vérité positive, c'est celle qui est exprimée dans notre définition même : la fièvre est un accroissement morbide de la combustion et de la température organiques. »

Vu l'état actuel des connaissances physiologiques, nous ne pouvons qu'approuver cette sage réserve de M. Jaccoud ; bien que nous soyons moins convaincu qu'il ne semble l'être de l'inaction complète du système nerveux lors de l'apparition de la chaleur fébrile.

Un accès de fièvre peut être produit par la douleur, par un choc moral, par mille autres causes dont l'influence se fait sentir d'abord dans les centres nerveux.

On comprend aisément que l'excitation puisse de là se transmettre aux nerfs de la vie organique ; mais on ne voit pas bien comment, sans leur intermédiaire, elle pourrait modifier directement la nutrition des éléments anatomiques, les phénomènes d'oxydation ou de désassimilation, etc.

Il est donc probable que les nerfs agissent. Mais quels nerfs ? et comment ? Là est la question.

— *British medical association.* — Dans un discours sur les progrès de la chirurgie, M. Nunneley a traité assez longuement la question de la trépanation de la colonne vertébrale, dans les cas où la moelle se trouvait comprimée par des fragments osseux : à la suite de fractures comminutives, par exemple.

M. Mac-Donnel avait rassemblé 26 observations de ce genre dans un mémoire où il se montrait favorable à cette opération. Il lui semblait que la vie avait été certainement prolongée chez plusieurs malades (7 sur 26), et il croit avoir obtenu le même résultat chez un autre qu'il a trépané depuis lors.

M. Nunneley lui-même a trépané, depuis cette époque, 4 malades ; 3 sont morts peu de temps après l'opération ; mais à l'autopsie, on a constaté que les dégats antérieurs étaient beaucoup trop graves pour permettre la guérison.

Un quatrième malade a survécu deux ans et demi, jouissant d'une très-bonne santé, bien que faible et partiellement paralysé des membres inférieurs. Il s'était trouvé cependant dans des conditions très-défavorables au moment de l'opération, et aussitôt après il avait été pris de la gangrène d'hôpital qui régnait alors dans la salle ; une vaste escharre occupait le sacrum et s'étendait jusqu'aux bords de la plaie. Malgré toutes ces complications, la plaie avait fini par se cicatriser, et le résultat définitif était certainement satisfaisant.

MM. Gordon, de Dublin, et Potter, de New York, ont obtenu chacun un succès semblable.

Le malade de M. Potter vit encore et se porte bien. Celui de M. Gordon a pu reprendre son travail qui était très-fatigant, et qui demandait un assez grand déploiement de forces. Sa sœur avec laquelle il vivait, a déclaré qu'il ne paraissait pas avoir l'épine dorsale plus faible qu'auparavant.

Ainsi on peut compter trois succès complets sur un total de 33 trépanations.

Chez les trois malades qui ont guéri, la plaie était complétement cicatrisée, et la colonne vertébrale semblait avoir repris toute sa solidité.

Suivant M. Nunneley, aucun des trois ne pouvait guérir sans opération. Ces résultats sont donc encourageants, bien que le nombre des succès complets ne soit que le onzième du nombre total. Il faut d'ailleurs tenir un certain compte des huit malades dont l'état a paru d'abord amélioré par l'opération.

M. Nunneley pense qu'on s'est beaucoup exagéré les difficultés et les dangers de cette opération. On a dit qu'elle devait provoquer dans la moelle et dans ses membranes une inflammation destructive. M. Nunneley s'est assuré qu'il n'y avait pas même trace d'inflammation dans la moelle ou dans ses membranes, chez les trois malades qui sont morts après qu'ils les eut trépanés.

Seulement il reconnaît lui-même qu'on ne peut pas toujours savoir d'avance si la trépanation sera utile ou si, au contraire, les fragments osseux qui compriment la moëlle épinière devront être laissés en place, parce qu'ils appartiennent aux corps des vertèbres et non point à leurs apophyses.

Hôpital Necker. — M. Lasségue a employé la créosote chez deux malades atteints d'ulcères simples de l'estomac, et il a calmé par ce moyen tant les vomissements que le sentiment de pesanteur épigastrique, de plénitude et de malaise dont les malades se plaignaient.

La dose a été d'une à quatre gouttes par jour dans une potion de 100 grammes.

On avait déjà recommandé la créosote contre certaines formes de dyspepsie sans ulcération de la muqueuse.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. LORAIN.

Atrophie de corps fibreux de l'utérus, après l'accouchement.

(Observation recueillie par M. EDMOND ALLING, interne des hôpitaux.)

Je viens d'être témoin, dans notre service d'accouchements à Lariboisière, d'un cas intéressant qui vient à l'appui des autres faits d'atrophie des corps fibrineux utérins après l'accouchement.

La nommée X..., femme de 44 ans, ayant déjà plusieurs enfants âgés, vient accoucher à l'hôpital Lariboisière le 21 mars 1869. Elle entre l'après-midi, la poche des eaux rompue, et les pieds de l'enfant dans l'excavation ; je termine l'accouchement, l'enfant est vivant. Quelques instants après, elle expulse le placenta, et lorsque j'explore le ventre pour voir si l'utérus se rétracte bien, je trouve une tumeur volumineuse comme une tête de fœtus, vers le fond de l'utérus. Pensant avoir affaire à un second enfant, je pratique le toucher, mais je ne trouve pas de parties fœtales ; comme le placenta était sorti avec un seul cordon et que la femme ne perdait pas de sang, je n'ai pas voulu la tourmenter en insistant sur le toucher. J'explore cependant de nouveau par la palpation ; je retrouve une tumeur, grasse comme une tête de fœtus de huit mois, avec la dureté de l'os, cette tumeur se trouvait plus haut que l'ombilic, mais je ne trouvais pas de tronc attenant à cette tête. Sur le côté droit de l'utérus, au-dessous de la première tumeur (qui occupait à peu près le milieu du fond), je trouve une petite tumeur pointue, donnant absolument l'idée d'un coude de fœtus que l'on écarte du tronc ; j'ausculte alors avec soin, mais sans entendre nulle part de battements de cœur fœtal. J'étais très-indécis sur le diagnostic, cependant je n'ai pas voulu faire par l'intérieur de l'utérus une exploration complète au moins inutile pour la femme, et j'ai préféré attendre ; je dirai dès maintenant que la femme me disait à plusieurs reprises de ne pas m'occuper de cette grosseur parce qu'elle l'avait toujours eue à ses autres accouchements et qu'elle disparaissait après ses couches.

Le lendemain, je retrouve la grosse tumeur, mais je ne retrouve pas la tumeur pointue ; à sa place, ou peut-être un peu plus bas se trouve une tumeur arrondie, grosse comme un œuf, dure et un peu mobile.

Deux jours plus tard, je ne retrouve plus que la grosse tumeur, et la femme répète en insistant qu'elle est sûre que la tumeur s'en ira toute seule comme les autres fois.

Quelques jours après, j'explore de nouveau le ventre ; mais je ne puis plus retrouver de limites nettes à la tumeur ; la femme a eu de la diarrhée, et il y a de la tympanite ; on sent bien qu'il y a là une tumeur, mais on ne peut en distinguer les limites.

Son enfant est envoyé en nourrice et la malade passe dans un service de médecine ; n'ayant pas de lit vacant, dans notre service de médecine, elle est mise dans un autre, et je cesse de la suivre. Elle est prise au bout de quelques jours d'infection putride et meurt le 12 avril.

A l'autopsie, on trouve près de l'angle de l'utérus, à droite, une petite tumeur fibreuse de la grosseur d'une noix, et au dessous une autre encore plus petite. Nulle part ailleurs on ne trouve de traces de corps fibreux. L'utérus avait à peu près dix centimètres de hauteur.

Nous voyons donc ici une femme chez laquelle, au moment de l'accouchement, il existait des tumeurs dans les parois de l'utérus, dont une avait le volume et la consistance d'une tête de fœtus, d'environ huit mois ; ces tumeurs on les sentait aussi nettement que si on les avait à nu (la femme était multipare et avait le ventre très-souple) ; et à l'autopsie on trouve deux petites tumeurs fibreuses, dont la plus grosse avait le volume d'une noix.

C'est là, je crois, un exemple important de résorption de corps fibreux après l'accouchement.

Je rappellerai encore que la femme répétait avec instance qu'elle avait eu ces tumeurs à des accouchements antérieurs, et qu'elles avaient disparu après les couches.

Comme cette question a été dans ces derniers temps à l'ordre du jour à la Société de chirurgie, j'ai cru devoir signaler ce fait.

COMPRESSION DIGITALE

DIRECTE, INDIRECTE ET INTERMITTENTE

Dans les hémorrhagies traumatiques,

Par M. BOINET.

(Rapport lu à la Société de médecine de Paris.)

Dans la séance du 5 mars 1869, M. le docteur Delpeuch vous a lu une note intitulée : *Plaies artérielles guéries par la compression di-*

(1) Leçons cliniques faites à l'hôpital de la Charité, par M. Jaccoud. — Paris, 1867.
(2) *Traité de Pathologie interne*, par M. S. Jaccoud. Paris, 1869.

recte, la flexion forcée et la compression indirecte intermittente, il vous a communiqué en même temps trois observations pour démontrer que des plaies artérielles pouvaient guérir par la compression directe, la flexion et la compression digitale indirecte. C'est sur ce travail que vous m'avez chargé de faire un rapport.

Les trois observations communiquées par M. Delpeuch offrent un grand intérêt et viennent prêter leur appui à des idées déjà anciennes, à des méthodes qui, quoique proposées depuis longtemps, n'ont jamais été employées qu'exceptionnellement. Mais il est probable que les succès si remarquables obtenus dans les anévrysmes par la compression digitale indirecte et intermittente apporteront quelques changements dans les idées de nos chirurgiens au point de vue du traitement des blessures des artères, et que des méthodes qu'ils ont rejetées jusqu'à présent se généraliseront probablement un jour. Lier les deux bouts d'une artère au point lésé, telle est la pratique généralement suivie aujonrd'hui et conseillée à l'exelusion de toute autre. Avant d'examiner si cette pratique ne peut pas avoir de rivale, aujourd'hui que nous connaissons les bons effets de la compression digitale indirecte dans le traitement des anévrysmes et que des faits bien observés sont venus prouver qu'on peut guérir des hémorrahagies traumatiques par la flexion et la compression digitale, nous allons vous rappeler brièvement les observations de M. Delpeuch, les analyser et les rapprocher de plusieurs autres relatées dans la science, ou qui nous sont particulières. Puis ensuite nous exposerons les raisons qui militent en faveur d'une méthode, moins dangereuse que la ligature pour guérir les plaies des artères.

La première observation de M. Delpeuch date de 1854. Elle a été consignée dans le rapport de la Société médicale de l'arrondissement de Gannat pour l'année 1855. La voici :

Un boucher, âgé de 25 ans, s'enfonce dans l'avant-bras, le 10 mars 1853, un couteau à lame étroite et acérée. Le sang jaillit ausitôt par saccades. Une ligature appliquée autour du bras arrête provisoirement l'hémorrhagie. La plaie, tansversale, était située au devant du radius, à deux travers de doigt du pli du bras, et avait à peine 1 centimètre d'étendue.

Le souvenir d'un anévysme faux consécutif guéri par Thierry, au moyen de la flexion forcée du membre, me fit penser, dit M. Delpeuch, que ce procédé, combiné avec la compression directe, trouverait une application heureuse dans ce cas particulier. Une compresse en plusieurs doubles fut donc placée sur la plaie, par-dessus une pièce de monnaie, par dessus encore deux autres compresses, et le tout fut fortement serré par un bandage. On fléchit ensuite l'avant-bras sur le bras autant que le permettait la présence de cet appareil.

Les jours suivants, douleurs assez intenses à l'avant-bras et à la main, qui se tuméfie ; au sixième jour, compression de l'humérale au moyen d'une pelote, afin de prévenir l'hémorrhagie dans le cas où l'on serait obligé d'enlever le premier appareil. Douleurs moindres à mesure que l'on gagne du temps.

Au quinzième jour, on enlève tous les bandages. La plaie extérieure n'est pas encore complétement cicatrisée. Il reste une notable tuméfaction de la main, mais la circulation est rétablie dans la radiale, et l'on ne trouve aucune trace d'anévrysme.

Par mesure de prudence, on établit alors une nouvelle compression plus légère, de manière à pouvoir fléchir complétement l'avant-bras. Douze jours après, on débarrasse le membre de tout appareil. L'avant-bras est maintenu fléchi six jours encore. Le malade est alors complétement et définitivement guéri, puisqu'il a pu vaquer à ses travaux depuis plus d'un an, et qu'aujourd'hui l'examen le plus minutieux ne décèle rien d'anormal à cet avant-bras.

La guérison de cette blessure de l'artère radiale à sa partie supérieure est due évidemment aux trois méthodes qui ont été mises en usage simultanément. Mais est-ce à la compression directe ou indirecte ou bien à la flexion qu'on doit l'attribuer, il serait difficile de le dire ; toujours est-il que ces trois méthodes combinées ont produit une guérison que la compression directe seule ou aidée de la compression indirecte ne procurent pas toujours, et que c'est parce que ces deux méthodes, la compression directe et l'indirecte exposent souvent à des hémorrhagies consécutives, à des anévrysmes diffus, qu'on conseille, dans toutes les blessures artérielles, d'aller lier, dans la plaie, les deux bouts de l'artère lésée. Mais s'il était bien démontré que la compression directe et indirecte, aidées de la flexion du membre, quand elle est possible, peut guérir les blessures des artères, il vaudrait mieux avoir recours à ces méthodes combinées qu'à la ligature, soit dans la plaie, soit d'après la méthode d'Anel, parce que les débridements, les incisions qu'on est obligé de faire pour pratiquer la ligature sont souvent aussi dangereux que la blessure artérielle elle-même. Cette observation n'offre donc de l'intérêt qu'au point de vue de la combinaison des trois méthodes qui ont été employées, puisque la compression directe ou indirecte dans les plaies des artères, à titre d'hémostatique définitif, accessoire ou provisoire est de pratique journalière, mais il n'en est pas de même de la flexion, qui n'est recommandée que depuis une douzaine d'années pour guérir les tumeurs anévrysmales siégeant dans le creux poplité ou au pli du bras. La flexion forcée de l'avant-bras sur le bras pour arrêter les hémorrhagies des veines du pli du coude et même celles de l'artère humérale blessée dans une saignée malheureuse est de date ancienne, et tout le monde sait que lorsqu'on ne peut pas arrêter le sang, à la suite d'une saignée, il suffit de faire plier le bras du malade pour y parvenir. Genga (article PHLÉBOTOMIE, du *Dictionnaire* en 60 vol., tome XLI, 1820) conseillait, dans le cas de blessure de l'artère brachiale, à la suite d'une saignée, de faire fléchir l'avant-bras sur le bras après avoir appliqué un bandage. Plus tard, en 1838, Malgaigne rappela cette manière de faire et montra que la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras arrêtait les hémorrhagies des veines du pli du coude et celle de l'artère humérale, Plus tard encore, en 1846, un chirurgien de la marine, J. Fleury, dans un cas de blessure de l'humérale, au pli du coude, et dans un cas de blessure d'une artère au poignet, obtint la guérison par la flexion permanente (*Journal de chirurgie*, 1846). Quelques années après, Thierry, ayant à traiter un anévrysme traumatique du pli du coude, employa la flexion forcée, continuée pendant trois jours et gardée avec moins de rigueur cinq jours encore, et la guérison définitive eut lieu. On lit dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, à l'article ANÉVRYSME (tom. IV, p. 599) que, vers 1855 ou 1856, un des internes de King's Collége-Hospital, en examinant un malade atteint d'anévrysme poplité, s'aperçut que les battements de la tumeur disparaissaient sous l'influence de la flexion de la jambe sur la cuisse. M. Fergusson employa le même traitement, conjointement à la compression, dans un cas d'anévrysme poplité, et lorsqu'on permit l'extention du membre, les battements avaient cessé dans la tumeur.

En 1857, Maunoir, de Genève, guérit, par la flexion permanente, un anévrysme poplité. En 1858, un chirurgien anglais, M. Hart employa la méthode de la flexion, et communiqua le succès qu'il avait obtenu à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres. Il s'efforça d'ériger en méthode, pour le traitement des anévrysmes placés dans le pli des membres, la flexion à l'aide de laquelle il avait obtenu une guérison, méthode qui tire évidemment son origine, du moyen hémostatique indiqué par Genga, Malgaigne et Thierry. Quoi qu'il en soit, depuis que M. Hart a attiré l'attention des chirurgiens d'une manière toute particulière sur cette méthode, de nouveaux succès sont venus la confirmer, tels sont ceux de MM. Shaw, de Middlesex Hospital ; de Spence, à l'hôpital d'Edinburgh ; de Pembuton (de Birmingham) ; de Craven, de Hull (guérison d'un anévrysme de la radiale) ; de Collin (de Dublin) ; de Pritchard (de Bristol), etc.

Il résulte donc, du court historique et des faits, que la flexion peut donner des succes aussi bien dans les plaies artérielles que dans les anévrysmes, et que cette méthode doit être appliquée dans l'un et l'autre cas, quoi qu'on semble aujourd'hui vouloir la réserver pour les anévrysmes seulement. Nous ferons remarquer en passant que la méthode de M. Hart, pour les anévrysmes, est la même que celle de Genga pour les plaies artérielles, et que ces deux chirurgiens appliquent un bandage roulé : l'un depuis le pied jusqu'au genou ; l'autre depuis la main jusqu'au coude, en même temps qu'ils mettent les membres dans la flexion.

Par quel mécanisme, se demande M. Le Fort, auteur de l'article ANÉVRYSME, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (tome IV, p. 601), la flexion permanente amène-t-elle la guérison de l'anévrysme ? Notre confrère ne croit pas que la flexion seule puisse interrompre la circulation, soit de l'humérale, soit de la poplité, et il cherche à expliquer que si la flexion réussit, cela vient de ce que la plaie artérielle, pour les hémorrhagies de l'humérale blessée au coude, est serrée, comprimée entre les parties molles du bras et de l'avant-bras, et que ces parties se trouvent dans les mêmes conditions qu'une plaie recouverte d'un bandage compressif, et que, pour l'anévrysme poplité, la guérison est due à la compression que l'anévrysme lui-même, qui agit comme une pelote dans le creux du jarret, aidée de la compression des parties molles, exerce sur l'artère fémorale ou poplitée, dont il interrompt la circulation. Il est impossible, en effet, que la compression exercée soit par les muscles, soit par les parties molles, soit par l'anévrysme lui-même, au moment de la flexion, puisse arrêter la circulation dans les vaisseaux, mais il n'en est pas moins vrai que la flexion seule, faite d'une manière convenable et sans lésion aucune, soit artérielle ou anévrysmale, peut interrompre et diminuer considérablement la circulation de l'artère. Dans le cas de M. Delpeuch, par exemple, la lésion de l'artère n'avait pas lieu au pli du coude, mais à la partie supérieure de l'artère radiale, à deux travers de doigt du pli du bras. Il est vrai que, dans ce cas, la compression directe et la compression indirecte furent employées en même temps ; compressions auxquelles il serait toujours prudent de recourir si on reconnaissait que la flexion seule n'est pas suffisante pour interrompre le cours du sang.

C'est encore par la flexion et la compression directe que M. Delpeuch obtint la guérison dans le cas suivant ; il s'agit d'une petite fille de 8 ans, qui eut l'arcade palmaire superficielle ouverte par un fragment de verre, le 21 mai 1857. Appelé aussitôt, notre confrère vit un jet de sang rutilant s'échapper par saccades d'une plaie transversale de la paume de la main. Il parvint sans trop de difficultés à lier un des bouts artériels, mais n'ayant pu lier l'autre bout, l'hémorrhagie continua, alors il eut recours à la compression directe, avec un petit plumasseau imbibé de perchlorure de fer au 30°, à un bandage par-dessus des compresses graduées et à la flexion forcée. Six jours se passèrent sans accidents, mais au bout de ce temps, les parents ayant laissé leur enfant sortir pour jouer avec d'autres enfants, l'hémorrhagie se reproduisit, et le même appareil que la première fois, fut encore appliquée, ce qui n'empêcha par l'hémorrhagie de reparaître trois jours après. Ce qu'il faut noter, c'est que la compression des artères radiale et cubitale n'arrêtait pas l'écoulement du sang ; M. Delpeuch proposa la ligature de l'humérale qui fut refusée par les parents.

Pour la troisième fois, l'appareil compressif fut appliqué directement sur la plaie, et une compression digitale intermittente fut exercée sur l'humérale par les parents, auxquels notre confrère avait appris à faire la compression de cette artère ; cette compression fut religieusement faite pendant cinq minutes, tous les quart d'heure, par le père et la mère, et une voisine, qui se succédèrent jusqu'au lendemain matin.

Le deuxième jour, la compression n'eut lieu que pendant cinq minutes, toutes les demi-heures, puis pendant dix minutes, toutes les deux heures, et enfin abandonnée le quatrième jour.

L'appareil compressif et la flexion furent maintenus pendant huit jours encore, jusqu'au 4 juin ; et à partir de cette époque le chirurgien se borna à laisser en place la charpie, qui adhérait fortement dans la plaie, et à tenir le bras en écharpe. Six jours après la charpie se détachait facilement, la plaie était cicatrisée et la guérison complète.

Chez cette enfant, la compression directe et la flexion forcée avaient pu arrêter l'hémorrhagie pendant six jours, et il est probable que si au lieu d'aller courir et jouer avec ses camarades, cette petite fille fût restée tranquille, sans imprimer aucun mouvement à son bras, l'hémorrhagie n'eût pas reparu. Le même appareil et la flexion furent pratiqués de nouveau, ce qui n'empêcha pas l'hémorrhagie de reparaître trois jours après. Que fallait-il faire, recourir à la ligature de l'humérale, comme le proposa M. Delpeuch, puisque la compression de la radiale et de la cubitale n'empêchaient pas le sang de couler. Les parents ayant refusé cette opération, il fallut revenir pour la troisième fois à la compression directe et à la flexion forcée, qui une première fois avaient supendu l'hémorrhagie pendant six jours, et une seconde fois pendant trois jours, mais comme ces moyens n'inspiraient qu'une médiocre confiance à notre confrère, il eut l'heureuse idée, connaissant les succès obtenus par la compression digitale dans les anévrysmes, de recourir en même temps, à la compression digitale intermittente, et de la faire exécuter par les parents, auxquels il avait appris à la faire. Elle fut faite pendant quatre jours, et au bout de huit jours, tout moyen de traitement fut discontinué, seulement par mesure de prudence le bras fut encore maintenu dans une écharpe pendant six jours, — depuis cette époque la guérison ne s'est pas démentie. Cette observation est donc encore un exemple d'une hémorrhagie traumatique, difficile à arrêter, guérie sans le secours de la ligature des bouts artériels, par la compression, aidée de la flexion forcée et de la compression digitale intermittente. Cette manière de faire, offre assurément moins de danger pour le malade, et est moins douloureuse que s'il eût fallu débrider la plaie, faire des incisions, disséquer les muscles pour aller à la recherche des bouts de l'artère, ou pratiquer la ligature de l'humérale, quand on ne parvient pas à trouver les bouts artériels, ce qui arrive quelquefois.

La troisième et dernière observation de M. Delpeuch est celle d'une jeune fille de 13 ans qui, en tombant sur une faucille, s'ouvrit l'artère cubitale un peu au-dessus du poignet. La plaie était profonde, le tendon du cubital antérieur avait été divisé, et son bout supérieur ainsi que celui de l'artère s'étaient rétractés et cachés dans l'épaisseur des tissus. L'enfant avait perdu beaucoup de sang, jusqu'au moment ou par une forte ligature circulaire, faite au-dessus de la plaie, on avait enfin pu arrêter l'hémorrhagie. M. Delpeuch vit la blessée quatre heures après l'accident ; et lorsqu'il eut défait la ligature, un jet de sang rutilant et saccadé lui annonça que la cubitale était coupée. Son premier soin fut d'aller à la recherche des bouts de l'artère pour les lier dans la plaie, mais la famille ne voulut permettre ni débridement, ni agrandissement de la plaie, il fut obligé de s'en tenir à la compression directe et à la flexion forcée, c'était le 25 septembre 1860. Dans la nuit du 27 au 28, survint une hémorrhagie qui força de réappliquer le même appareil que ci-dessus. Nouvelle hémorrhagie dans la nuit du 1er au 2 octobre, arrêtée encore par la compression directe et la flexion forcée. Le 5 octobre retour d'une hémorrhagie abondante ; alors aux moyens ci-dessus indiqués, M. Delpeuch joint la compression digitale intermittente de l'humérale, qui est faite soigneusement pendant trois jours, comme pour le sujet de la deuxième observation. Huit jours après le bandage roulé fut enlevé, la flexion forcée ne fut pas continuée, et la plaie qui n'était pas entièrement cicatrisée fut pansée avec du cérat. L'avant-bras, à demi-fléchi, fut placé dans une écharpe et la guérison eut lieu.

Dans ce cas, les bons effets de la compression digitale intermittente, sont de la dernière évidence, et cette hémorrhagie qui s'était renouvelée trois fois, avec force, malgré la compression directe et un bandage roulé, aidés de la flexion forcée ne céda définitivement qu'à la compression digitale, qui exercée pendant trois jours seulement, amena la cessation complète de l'hémorrhagie et une guérison complète. Pourra-t-on dire, que la ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie, ou bien la ligature de la cubitale, ou celle de l'humérale d'après la méthode d'Anel, auraient fourni un résultat plus prompt et meilleur ; nous ne le pensons pas et la malade aurait été exposée à tous les inconvénients et à tous les dangers qu'entraîne la ligature d'une artère.

Comme le fait remarquer M. Delpeuch dans sa note, ces trois observations prouvent que la compression directe, la flexion forcée et la compression digitale indirecte et intermittente, doivent se prêter un mutuel appui.

La compression faite sur la blessure met un obstacle quelquefois suffisant à la sortie du sang, et en aplatissant les bords de la lésion artérielle, prépare en quelque sorte un moule à la formation du caillot.

La flexion forcée ralentit la colonne sanguine, et préserve de la violence de son choc, le caillot encore peu solide.

La compression indirecte intermittente, vient en aide aux deux premiers moyens, en facilitant la formation du bouchon fibrineux, tantôt en le mettant à l'abri des efforts expulsifs de la colonne sanguine, tantôt en laissant après un instant d'arrêt, revenir jusqu'à lui le sang qui lui apporte les matériaux indispensables à sa consolidation.

Dans les cas de blessures artérielles, ces moyens seuls ou combinés doivent être préférés, toutes les fois qu'ils sont applicables, à la pratique suivie aujourd'hui et regardée comme la meilleure, nous voulons dire à la méthode qui consiste à aller au fond de la plaie rechercher les bouts de l'artère blessée. Nous savons tous les dangers qu'elle entraîne après elle ; si la blessure n'est pas suffisamment large, pour se prêter aux recherches des bouts de l'artère, il faut la débrider, l'élargir, pratiquer une ou deux incisions suivant le trajet de l'artère et d'autant plus longues, que celle-ci est profondément située ; il faut même quelquefois couper les muscles en travers... Enfin, il n'est pas toujours facile de faire ces débridements, ces dissections au-dessus et au-dessous de la blessure, au fond d'une plaie remplie de sang par les vaisseaux capillaires divisés, ou par le bout inférieur de l'artère elle-même... sans compter tous les dangers de suppuration, auxquels exposent toutes les manœuvres nécessaires pour dégager les bouts de l'artère, avant de pouvoir les saisir et les lier.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 16 juin 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

(SUITE ET FIN)

J'arrive à la syphilis des femmes enceintes : j'ai eu pendant cette année 11 femmes enceintes qui ont accouché à l'hôpital.

5 avaient été traités seulement par les toniques et leur accouchement a eu lieu de la manière suivante : 3 de ces malades dont la syphilis remontait au début de la grossesse ont mis au monde un enfant vivant, mort plus tard d'inanition faute de nourrice ; 1 malade qui avait gagné sa syphilis pendant sa grossesse, accoucha à terme d'un enfant mort et macéré ; 1 qui avait gagné sa syphilis au début de sa grossesse, avorta à 6 mois. Toutes ces malades étaient enceintes pour la première fois.

6 avaient été traitées par le mercure une ou deux fois pendant leur

grossesse; 4 ont avorté à 6 et 7 mois, l'enfant était mort. De ces 4 malades, 1 avait pris en deux fois 120 pilules de protoiodure; 1 avait pris 2 mois de protoiodure; 1 avait pris 1 mois de liqueur de van Swieten, 1 avait pris 1 mois et 4 jours de protoiodure, et 10 jours environ de liqueur van Swieten. Toutes ces malades avaient leur syphilis depuis le début de leur grossesse, sauf une qui l'avait 6 mois avant la grossesse; 1 malade qui avait pris 6 semaines de pilules de protoiodure à l'hôpital Saint-Louis, et 60 pilules en ville, qui était syphilitique depuis le début de sa grossesse, met au monde à terme un enfant mort et macéré.

1 malade qui était enceinte pour la deuxième fois, et qui avait gagné la syphilis à peu près au moment du début de la grossesse, après avoir pris pendant 2 mois du sirop Gibert, accouche d'un enfant vivant à terme.

Voyez ce que donne la comparaison : sans mercure, 3 enfants vivants sur 5 malades; avec le mercure, avec le traitement mercuriel, 1 seul enfant vivant sur 6 malades. C'est là une série heureuse pour le traitement tonique simple. Je ne dis pas que l'on observera toujours de semblables proportions, et je serais satisfait pour les besoins de ma démonstration que les résultats fussent les mêmes. Cela prouverait surabondamment que le mercure est inutile.

D'ailleurs, je répète encore cette année que les malades enceintes qui ont une syphilis faible, gagnée au début de la grossesse, peuvent accoucher d'un enfant vivant si on les soigne, si elles se ménagent et si on les soumet à un bon régime, et que le mercure ne fait rien de mieux, et qu'il n'a aucune action spécifique.

Messieurs, j'ai trouvé des observations destinées à prouver l'efficacité du mercure, pour faire venir à terme les enfants. Ce sont des observations du service de M. Depaul; elles sont consignées dans une thèse soutenue l'année dernière à la Faculté de médecine. (Thèse de M. Dianu, 1868).

De ces observations, je tire les réflexions suivantes : Des malades ont pris du mercure pendant un mois et quelques jours. L'une accouche d'un enfant qui meurt après d'inanition, l'autre accouche d'un enfant qu'elle emmène. Ces deux malades avaient gagné leur syphilis pendant les premiers temps de la grossesse. C'est à un mois de traitement mercuriel qu'est attribué l'accouchement, dans ces observations du service de M. Depaul.

Il y a une malade, vierge de mercure, qui accouche d'un enfant vivant, mais qui est syphilitique et meurt en peu de temps.

Enfin il y a 3 malades de mon service, ayant gagné leur syphilis au début de la grossesse. Elles sont sorties de mon service non guéries, 1 avorte, 1 accouche d'un enfant qui meurt presque de suite, et qui a présenté à l'autopsie une péritonite dite péritonite syphilitique. Cette femme, entre son séjour dans mes salles et sa présence dans le service de M. Depaul, avait pris en ville 40 pilules (pilules mercurielles sans doute), c'est-à-dire environ un mois de traitement. Remarquez, messieurs, que les deux malades accouchées d'un enfant vivant, et qui sont données comme des exemples probants en faveur de l'efficacité du mercure contre les avortements ou la syphilis des nouveau-nés, avaient pris seulement un mois et quelques jours du mercure dans le service de M. Depaul.

La troisième malade est plus intéressante, elle accouche à 7 mois d'un enfant vivant, après avoir pris dans mon service seulement des toniques, l'enfant est mort le dix-septième jour probablement d'inanition. La malade est soumise au traitement mercuriel pendant un temps qui n'est pas déterminé, elle accouche 11 mois après sa première couche d'un enfant vivant. On met sur le compte du mercure l'accouchement du second enfant, sans mettre au profit du traitement, tonique le premier, et cependant la syphilis était alors de date plus récente.

Cette manière de poser les observations, vous le voyez, est tout à fait fâcheuse. Mais ce n'est encore rien.

Deux malades, dont la syphilis remontait à 5 ans et 3 ans, ont amené, l'une un enfant vivant, l'autre un enfant mort-né. La première avait été traitée, il y a cinq ans, pendant 4 mois par le protoiodure, l'autre avait été traitée depuis 2 ans 1/2, jusqu'au mois de février 1868, à plusieurs reprises par les bains de sublimé, les pilules de protoiodure, la liqueur de van Swieten et les fumigations mercurielles. Dans le premier cas, il est dit que c'est le traitement mercuriel qui a permis l'accouchement normal; dans le second cas, il est dit que la malade n'avait pas pris de mercure pendant sa grossesse. En vérité ceci n'est point sérieux. Cela revient à dire que quand une malade a pris du mercure et avorte, on doit affirmer qu'elle n'a pas pris assez de mercure, et que quand elle accouche d'un enfant vivant, c'est le mercure qui l'a fait accoucher normalement quand même, dans les deux cas, les malades auraient pris la même quantité de mercure. Il y a là un parti pris évident.

Si ceux de mes collègues, qui ont des services d'accouchements, croient avoir de meilleures observations qu'ils les apportent, mais qu'ils apportent en même temps tous les faits relatifs à la syphilis des femmes grosses, et nous compterons.

Je vous ai exposé, messieurs, les résultats du traitement tonique, je viens de le comparer aux traitements vantés hier, vantés aujourd'hui, vous aurez pu voir de quel côté est l'avantage. Et cependant il n'est pas nécessaire que l'avantage soit du côté du traitement tonique. Si les résultats sont semblables, le traitement tonique est plus acceptable que le traitement mercuriel associé aux toniques, puisqu'il est reconnu que le mercure est un agent tonique.

La syphilis n'a pas de contre-poison spécifique, je le répète. Elle est une variété d'infection purulente, la moins grave de toutes peut-être, et nous savons qu'il n'y a pas de contre-poison spécifique pour l'infection purulente. La syphilis guérit seule par une série d'élimations spontanées. Soutenons l'économie pendant que ce travail s'accomplit, pendant que l'individu élimine, sous forme de plaques muqueuses ou de syphilides papuleuses, les parties contaminées de son sang; traitons scrupuleusement les accidents locaux, tel est le traitement physiologique de la syphilis. Encore quelques années, messieurs, la démonstration se fera, et la syphilis rentrera dans le cadre des maladies générales d'où elle n'aurait jamais dû sortir.

M. DEPAUL demande la parole pour un fait personnel. Il s'étonne que M. Després se permette de le mettre en cause à propos d'une thèse soutenue par un élève qu'il ne connaît pas. Cette thèse renferme des observations prises à la clinique d'accouchement, mais le professeur ne saurait en aucune façon être responsable de la manière dont sont rédigées des observations qui ne lui ont même pas été communiquées.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Nombre des votants...... 29

M. Giraud Teulon obtient......... 25 voix.

M. Bailly.......................... 4 —

En conséquence, M. Giraud Teulon est nommé membre titulaire de la Société.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. LIÉGEOIS. Je demande à la Société la permission de lui présenter, à l'appui de l'efficacité des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis, un sujet soumis à ce moyen depuis dix jours seulement. Ce sujet avait eu un chancre du fourreau de la verge au mois de mars 1867. Il a été traité pour ce chancre par des pilules, dont il ne connaît pas la nature. Trois ou quatre mois après, sont apparues des syphilides sur toute la surface du corps, puis des ulcérations dont il porte encore les traces cicatricielles. Une cicatrice placée à la partie externe de la cuisse, a l'étendue environ de la main; les autres ont, pour la plupart, l'étendue d'une pièce de 5 francs. Au début de ces accidents, le malade a été traité par un sirop d'iodure de mercure. Au bout de cinq à six mois, voyant qu'il ne guérissait pas, il entra à Saint-Louis dans le service de M. Bazin. Là, il fut mis au sirop de biodure de mercure, depuis le mois de novembre 1867 jusqu'au mois de novembre 1868, à l'exception de trois semaines, pendant lesquelles il avait quitté l'hôpital. A sa sortie, il ne lui restait plus qu'une petite ulcération des amygdales. Il y a quatre mois, son corps se couvrit de rougeurs et de boutons. Il fut mis alors, par un praticien de la ville, au nitrate d'or, et ce traitement fut suivi jusqu'au jour de son entrée au Midi, le 7 juin. A cet instant, le malade présentait sur tout le corps et surtout sur la face, une syphilide tuberculo-crustacée des plus confluentes. La face était hérissée d'une quantité considérable de saillies mamelonnées et dures, les unes pressées en amas sur de larges surfaces, les autres disposées en cercle. Elles étalent, en général, d'une couleur rouge intense, qui se continuait là où il restait un peu de peau saine sur celle-ci. Une grande quantité de ces tubercules étaient recouverts de croûtes minces et très-adhérentes. Deux croûtes, du volume d'une amande, existaient au front; une autre, du volume d'une grosse noix, existait à la base du nez et oblitérait en partie l'ouverture des narines. Ces croûtes étaient d'un brun sale, très-dures, et fortement adhérentes à la peau sur laquelle elles reposaient. Toute l'étendue de la surface du corps étaient recouverte de plaques ayant une largeur variable, depuis celle d'une pièce de 1 franc, jusqu'à celle de la main, et même plus. Ces plaques étaient d'un rouge vicié, saillantes, irrégulières, dures et étaient en général hérissées ou bordées de nombreuses saillies mamelonnées. Un grand nombre de ces plaques étaient recouvertes de squames, quelques-unes de croûtes.

Au point de vue de l'état général, le sujet paraissait profondément débilité, il était d'une maigreur très-grande. Le dessin que je présente, dû au talent de M. E. Beau, permet de constater l'état de la face lors de l'entrée de ce malade à l'hôpital du Midi. Depuis dix jours, ce sujet a subi 56 injections, 4, 6, 8 par jour, graduellement. Chaque injection contenant 2 milligrammes. Aujourd'hui, on peut constater sur ce malade présent combien l'affection a été profondément modifiée. Déjà à la face on ne reconnaît plus les saillies tuberculeuses, elles sont complétement affaissées, et, au lieu de croûtes, on trouve des squames peu adhérentes, faciles à enlever; les deux croûtes du front sont tombées, celle du nez persiste; la peau a perdu complétement sa coloration rosée. Les plaques du tronc et des membres sont aussi affaissées; on ne retrouve plus de saillies mamelonnées. Presque toutes les plaques sont recouvertes de squammes très-minces; quelques-unes encore, parmi celles des jambes, sont recouvertes d'une mince croûte. Le malade est atteint d'une salivation légère. Malgré le nombre considérable d'injections faites dans le dos en dix jours, on peut s'assurer qu'il n'y a et qu'il n'y a pas eu de trace d'inflammation.

Ce malade ne rentre pas dans la catégorie de ceux qui font le sujet des recherches dont j'ai exposé les résultats dans la dernière séance. Ici, j'ai employé la méthode hypodermique à fortes doses de sublimé, uniquement dans le but de montrer toute la puissance de l'action de la méthode, appliquée à un cas exceptionnel comme gravité. Je ne me propose pas de continuer sur mon malade ces injections, étant convaincu qu'une syphilis qui guérit trop vite est des plus sujettes à la récidive. Je vais diminuer insensiblement les doses, jusqu'à ce que j'arrive à la dose physiologique, c'est-à-dire celle que j'emploie habituellement, 4 milligrammes. Je demande à la Société la permission de lui représenter ce malade, quoiqu'il arrive.

M. LE DOCTEUR THELMIER présente un petit malade âgé de quinze mois, auquel il a pratiqué avec succès la trachéotomie il y a six semaines.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

Séance du 23 juin 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — Le *Marseille médical*. — Le *Montpellier médical*.

— *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy*, pour l'année 1867-68. Par le docteur Ed. Lallement, secrétaire. — Nancy, 1869.

— *Traitement du cancer du col de l'utérus*. Thèse inaugurale, par J. J. Lassales, ancien interne. Paris, 1869.

— *Ovariotomie, guérison*. Par le docteur Ch. Jonard (de Marseille). Broch. in-8, 1869.

COMMUNICATIONS

Épispadias. — Autoplastie, insuccès partiel. — Guérison par les cautérisations. — M. VERNEUIL. — Dans la dernière séance, j'avais fait venir, afin de le présenter à la Société, un de mes petits malades, guéri des inconvénients si graves que cause l'épispadias l'heure avancée m'a empêché de faire cette communication, mais la plupart d'entre vous ont pu examiner celui qui en fait le sujet.

Cet enfant, âgé de dix ans, habite la province; atteint d'épispadias complet, il lui était impossible de retenir son urine. Le 28 décembre 1868, je lui fis l'autoplastie par le premier procédé de Nélaton. Je disséquai un lambeau abdominal, que je vins rabattre comme un toit sur la gouttière urétrale. La face cruentrée répondant à l'extérieur fut insinuée à droite et à gauche, sous la face profonde de la peau formant les bords de cette gouttière. La suture échoua, car il y eut sphacèle du lambeau abdominal.

Il me restait un entonnoir profond, comme aplati de bas en haut et présentant des commissures à droite et à gauche. Avec un couteau galvanique, je cautérisai légèrement les commissures. Après une seule cautérisation, le malade pouvait déjà retenir un peu l'urine. L'entonnoir s'était notablement rétréci. Une seconde cautérisation faite il y a sept semaines amena, non la guérison de l'épipadias, mais la guérison de l'incontinence d'urine.

Ainsi, ce malade est venu de Lariboisière, il a séjourné près de deux heures dans l'antichambre, et lorsqu'il a manifesté le besoin urgent d'uriner, il y avait trois heures qu'il n'avait pas laissé échapper une goutte d'urine.

Rétrécissement spasmodique de l'œsophage; guérison par la dilatation forcée. M. BROCA. (Voir le numéro du 7 août.)

RAPPORT

Sur le bras artificiel de M. Gripouilliot médecin à Mont-Louis (Indre-et-Loire) — M. LÉON LE FORT fait un rapport verbal sur le mémoire envoyé par M. Gripouillot à l'appui de sa présentation d'un bras artificiel destiné aux travailleurs des campagnes, aux manouvriers, terrassiers, etc. Après avoir passé rapidement en revue les progrès de la prothèse du membre supérieur et fait ressortir l'importance de la découverte faite vers 1844 par van Péters en d'un principe de traction permettant au malade de donner le mouvement au membre artificiel sans l'aide de la main saine, M. Le Fort compare les bras de M. de Beaufort et ceux de M. Gripouillot, et leur utilité pour les malades amputés du bras.

L'appareil de M. de Beaufort ne jouit pas de mouvements propres au niveau du coude. L'avant-bras est réuni au bras au moyen de deux charnières latérales. A la partie antérieure de la pièce brachiale et dans l'intérieur du cylindre qui représente le bras, existe un cliquet de bois parallèle au membre, lorsque ce dernier est dans l'extension. A la partie postérieure et supérieure de la pièce antibrachiale est un trou au travers duquel peut venir saillir le cliquet lorsque le coude est fléchi.

Lors donc que le malade veut fléchir son bras artificiel; il doit saisir la main de l'appareil avec la main saine ou l'appuyer sur un plan résistant; et fléchir l'avant-bras sur le bras. Dans ce mouvement, l'avant-bras se mettant à angle droit avec le bras, le cliquet vient se trouver au niveau de l'ouverture anti-brachiale s'y engage, s'y fixe par son arrêt et la position est conservée, sans pouvoir être modifiée. Pour étendre le membre, la main saine doit venir repousser le cliquet pour le dégager de l'ouverture. Il est inutile de faire remarquer qu'un cliquet de bois mince, retenu par les bords d'une ouverture taillée dans un morceau de cuir, ne présente aucune garantie de solidité et qu'il serait impossible au malade de tenir sur son avant-bras fléchi l'anse d'un panier un peu fortement chargé, sous ce rapport l'appareil de M. de Beaufort est en progrès mais en progrès rétrograde sur le bras que A. Paré fit construire il y a trois cent ans par le petit Lorrain.

La main artificielle du même appareil est empruntée à l'appareil si ingénieux construit en 1844 par Petersen et décrit par Magendie dans le rapport fait à l'Institut; seulement le pouce seul est mobile ce qui ôte de l'illusion, mais avec l'avantage d'augmenter un peu la solidité, et de diminuer beaucoup le prix de revient. Voici comment cette mobilité était obtenue par van Petersen et comment elle l'est par M. de Beaufort.

Le pouce à sa face palmaire donne attache au niveau de l'éminence thénar à une lanière de caoutchouc vulcanisé qui remonte vers l'avant-bras, le traverse et vient s'attacher à la partie moyenne de sa face postérieure. A sa face dorsale s'insère une corde à boyau qui remonte le long du bras, se réfléchit sur une poulie de renvoi au niveau de l'épaule et vient s'insérer soit sur un corset, soit au bouton du pantalon.

Si le malade porte les deux épaules en avant, en faisant ce qu'on appelle le gros dos, ou s'il redresse le tronc, il tend la corde; la corde tendue tire sur le pouce; et, lorsque cette traction surpasse la résistance de la tige de caoutchouc, le pouce s'écarte, pour se fléchir de nouveau lorsque cesse la tension de la corde. La force de préhension déterminée par la force élastique du caoutchouc n'est pas très-grande; le malade que l'on exhibait au palais de l'industrie à l'admiration, fort incompétente en chirurgie, des princes grands et petits ne put tenir de sa main artificielle une livraison de la *Revue des Deux-Mondes* que je le priai de tenir comme expérience. Il semble que rien ne serait plus facile que d'augmenter la force du ressort; mais dans ce cas la tension de la corde exigerait à son tour une force que l'on ne trouverait que dans un énergique redressement du tronc; il faudrait donner plus de course à la corde de traction et l'on est fort limité à cet égard, même en plaçant la puissance comme l'ont fait MM. Robert et Collin au niveau de la racine de la cuisse.

Je me hâte d'ajouter que si l'on ne demande à l'appareil de M. de Beaufort, c'est-à-dire à l'appareil de van Petersen simplifié et rendu pécuniairement plus pratique, que ce qu'il peut donner, il rend de très-grands services aux individus qui n'ont pas à exercer de travail manuel exigeant quelque force; il permet aux employés qui guident l'étranger dans les bureaux des administrations, aux petits rentiers, aux militaires pensionnés, de tenir un journal, quelques papiers, une canne, de saluer même du chapeau. Mais on aurait tort de lui appliquer le titre immérité de prothèse du pauvre; le pauvre n'a pas seulement besoin d'un appareil peu couteux, il lui faut un appareil solide, avec lequel il puisse manier ses outils, déployer une certaine force; il veut se servir de sa main artificielle, non pour la tendre à l'aumône, mais pour qu'elle lui permette de gagner son pain et celui de sa famille.

Cette condition importante entre toutes est merveilleusement

réalisée, pour ce qui concerne les agriculteurs et les terrassiers, par le bras de M. Gripouilleau. Ici rien n'est donné à l'élégance et à l'illusion, tout est donné à la force et à l'utilité pratique. Voici comment il est disposé : Le moignon est entouré d'une manche en toile solide, fixée sur l'épaule et autour du corps par des courroies de même nature. A l'autre extrémité cette manche s'attache autour d'une sorte de calotte hémisphérique en bois, percée à son centre d'outre en outre. Dans ce trou s'engage un pieu de fer, se terminant du côté du bras par une tête aplatie, et du côté libre et saillant au dehors par une mortaise. Dans cette mortaise est reçue la tête aplatie, à forme de lame, d'une tige de fer représentant l'avant-bras ; et celle-ci, bifurquée également en bas, s'articule avec une troisième pièce représentant la main.

Cette main est tantôt constituée par un anneau s'il s'agit de faucher, par une douille s'il faut manier la pelle ou la pioche, par un crochet s'il faut traîner la brouette ; et la pièce antibrachiale se met ou se supprime selon la nature du travail. Le principe du bras de M. Gripouilleau est une extrême mobilité dans tous les sens.

J'ai eu récemment l'occasion de l'utiliser sur un de mes malades que j'avais dû amputer du bras l'année dernière. Cet homme incapable de travailler, et de pouvoir nourrir sa famille, implora mon secours pour lui faire fabriquer quelque chose qui pût lui permettre de se livrer aux travaux des champs. J'étudiais particulièrement alors la prothèse du membre supérieur, et mon attention était spécialement attirée sur le bras de M. Gripouilleau ; je fis venir le malade à l'hôpital Cochin et je lui fis, avec l'autorisation de l'administration, construire par M. Guillot un bras qui, malgré quelques modifications, n'était après tout que le bras de M. Gripouilleau.

(*A suivre*).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Si nous sommes bien informés, la Faculté de médecine de Paris vient de recevoir une donation importante, destinée à la création d'une nouvelle chaire.

Un maître des requêtes au conseil d'État, frappé de l'insuffisance de l'enseignement médical sous le rapport de l'histoire, est mort récemment, après avoir fait les dispositions testamentaires dont voici l'analyse :

Je lègue à la Faculté de médecine une somme de 200,000 francs, affectée à la création d'une *Chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie*.

Je laisse à la Faculté le soin de présenter la personne qu'elle jugera convenable pour cet enseignement.

Si cela était possible, je désirerais bien que M. Cusco soit jugé apte à remplir cette chaire.

Si un an après ma mort la chaire n'est pas donnée, l'argent reviendra à ma famille.

Puis, par un codicille, M... réduit à 150,000 francs la somme primitivement allouée à cette fondation.

On dit que la Faculté donnera au ministre l'avis que cette donation doit être refusée, l'enseignement de l'histoire de la médecine ne devant pas faire partie du programme des études médicales. D'une autre part, on dit que si l'on accepte la donation, il faudrait créer une chaire d'ophthalmologie ou une cinquième chaire de clinique chirurgicale, pour y placer M. Cusco.

Tout cela est bien gros de difficultés et d'embarras. Refuser un don de cette nature n'est pas possible. Supprimer la volonté du testateur n'est guère légal, et il faudra l'autorisation du conseil d'État. Pourvu que les formalités ne traînent pas en telle longueur qu'on perde un an à discuter la question, et qu'alors au coup de minuit du 365ᵉ jour réglementaire la famille ne rentre en possession de son argent !

— Depuis plusieurs semaines, la préfecture de la Seine distribue aux médecins un *Bulletin hebdomadaire des causes de décès d'après les déclarations de l'état civil*.

Les rédacteurs de ce bulletin ont pour but de faire connaître les constitutions médicales. Ils s'occupent exclusivement des maladies qui peuvent être considérées, à la rigueur, comme épidémiques, et ils réunissent toutes les autres sous un même titre : « *Autres causes*. » (Ces autres causes non déterminées comprennent quelquefois plus des quatre cinquièmes des cas.)

Ainsi l'on ne donne pas le nombre des phthisies ; mais on donne celui des bronchites, comme si l'intérêt des familles ne faisait pas souvent déclarer de vraies phthisies sous le nom de bronchite.

Ainsi limitées, les indications deviennent presque sans intérêt au point de vue médical, du moins en temps ordinaire.

Cependant, depuis une quinzaine de jours, ce bulletin révèle dans le nombre et la gravité des affections du tube digestif une augmentation qu'il est utile de signaler. Tandis que sur la mortalité de 2,414 cas pour trois semaines (805 par semaine en moyenne), du 27 juin au 17 juillet, on ne comptait que 37 cas de mort par diarrhée et pas 1 seul par choléra, la dernière semaine de juillet, du 25 au 31, le chiffre de mortalité étant normal, 807, la diarrhée figure pour 48 et le choléra pour 5. Dans la première semaine d'août, la proportion est encore augmentée : 49 décès par diarrhée, 13 par choléra, 4 par dysenterie. Il faut, bien entendu, réunir ces trois chiffres pour se faire une juste idée de la constitution médicale actuelle.

— Des difficultés ont surgi à propos du dernier concours pour deux places de médecins au bureau central.

M. Brouardel a été nommé sans difficulté à la première place, l'ayant emporté sur ses concurrents de plusieurs points ; mais pour la seconde, viennent trois concurrents : MM. Ball, Baudot, Lanureaux, qui ont obtenu chacun 106 points.

Le cas n'est pas prévu par le nouveau règlement, et les juges ne sont pas d'accord sur les mesures à prendre. La majorité proposait une épreuve supplémentaire entre ceux qui se trouvent *ex æquo* ; mais on nous affirme que l'un d'eux s'y refuserait absolument, et que le jury n'est plus au complet.

— MM. Lanelongue et Dubreuil viennent d'être nommés chirurgiens du Bureau Central.

Le directeur, Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous devrions être en pleines vacances académiques. Ordinairement, durant le mois d'août, l'ordre du jour est peu chargé, et pour occuper les séances, M. le secrétaire général fait quelque lecture plutôt historique et littéraire que médicale.

Cette année, M. Dubois, d'Amiens, devait passer du dictateur César à l'empereur Auguste. Il avait préparé un mémoire historique « sur sa vie privée, ses maladies, ses infirmités et son genre de mort; » mais les séances deviennent trop courtes pour les sujets qu'on doit y traiter, bien que se prolongeant chaque jour davantage.

S'il attend donc pour prendre la parole que personne ne la demande, M. Dubois, d'Amiens, peut attendre longtemps, à moins que quelqu'un des orateurs ne réclame au dernier moment un délai pour fourbir ses armes.

M. Depaul a prononcé son troisième discours, et il l'a fait avec un luxe de démonstrations qui rend la réplique difficile pour M. Guérin.

Il semble incontestable que la vaccination animale réussit à peu de chose près aussi fréquemment que l'inoculation du virus humain. Récemment, deux fois, on a arrêté des épidémies de variole en faisant venir sur les lieux des génisses vaccinifères et inoculant tout le monde avec le cow-pox qu'elles fournissaient.

Ainsi le cow-pox est efficace comme préservatif de la variole. Il ne donne pas la syphilis, et, ajoute M. Depaul, il ne transmet pas d'autres maladies, sur la nature desquelles le savant rapporteur ne veut pas s'expliquer, quant à présent. Trois fois il est revenu sur cette inconnue menaçante, et, comme nous le disions jeudi dernier, la principale question paraît être encore là.

On ne sait pas tout ce qui peut être inoculé en même temps que la vaccine. On a signalé tardivement la syphilis et depuis le jour où l'attention a été fixée sur ce sujet, les cas se sont multipliés. Mais combien d'autres maladies n'existe-t-il pas qui sont peut-être inoculables à un degré quelconque? Pour être pleinement rassuré sur la vaccination, il faudrait avoir étudié à ce point de vue tous les germes morbides qu'un vaccinifère peut porter en soi.

M. Villemin ne tend-il pas à prouver par ses expériences que la tuberculose peut être inoculée non-seulement à l'aide de produits manifestement tuberculeux ; mais peut-être à l'aide du sang et de diverses sécrétions qui semblent normales?

Il est vrai que M. Villemin, s'il a trouvé de fervents apôtres, a rencontré aussi quelques contradicteurs.

Un de ces derniers, M. le docteur Dubuisson, vient de lire à l'Académie une note importante, sur laquelle nous appelons toute l'attention de nos lecteurs, et dont nous donnons une analyse très-étendue.

M. Dubuisson en est venu, expérimentalement, à reproduire les objections formulées en Angleterre par MM. Clarck, Simon, etc.

Nous les avons trop longuement exposées dans plusieurs articles, les années dernières, pour en dire aujourd'hui plus que quelques mots.

Que M. Villemin ait obtenu des granulations pulmonaires et autres en inoculant du tubercule chez les animaux, le fait est certain; mais toute la question est de savoir si ces granulations sont bien du tubercule.

Déjà on avait remarqué, en Angleterre, que les cellules ou les noyaux dont elles se composaient n'avaient pas le volume et la disposition des cellules ou des noyaux dont est formée la granulation grise des vrais phthisiques. Ces différences ont été constatées par le chef du laboratoire histologique, de Clamart, M. Grancher.

En outre, en Angleterre, on avait vu les granulations, d'abord produites, se résorber chez es animaux qui auraient survécu assez longtemps. L'absence de toute zone de prolifération autour des granulations que M. Grancher a examinées rend ce résultat assez probable.

Ces caractères différentiels tendent à séparer des tubercules de la vraie phthisie, ceux qui sont le résultat d'une inoculation.

M. Dubuisson contredit encore M. Villemin sur un autre point. D'après ses expériences, il ne croit pas qu'on puisse rendre un animal phthisique en le nourrissant avec des poumons tuberculeux.

Comme les animaux de la race bovine meurent souvent phthisiques à Paris, on comprend combien il importe de savoir au juste ce qu'il en est.

La phthisie de la race bovine rattache l'une à l'autre les deux questions qui furent abordées dans cette même séance académique : celle de la vaccine et celle des maladies transmissibles d'une façon quelconque.

Nous croyons savoir que le célèbre expérimentateur de Lyon, M. Chauveau, prépare une étude sur la phthisie de la race bovine, et particulièrement sur son étiologie expérimentale ou naturelle.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Division congéniale du voile du palais et de la voûte palatine. Bec-de-lièvre opéré à trois mois.

Observation recueillie par M. NOLLE, externe du service.

La nommée Marie Ch., âgée de 17 ans, est entrée dans nos salles le 14 juin dernier; cette jeune fille qui éprouve, depuis qu'elle a l'usage de la parole, une gêne considérable dans l'exercice des fonctions de la voix, au point qu'il lui est impossible de se faire comprendre, venait réclamer un remède à cette infirmité.

Lorsque nous l'examinons, la première chose qui nous frappe est l'existence d'un bec-de-lièvre, probablement double, d'après les traces de cicatrices que l'opération a laissées. De plus, le résultat de l'opération n'a point répondu au but qu'on se proposait d'atteindre, bien qu'au dire de la malade, les tentatives de réunion aient été renouvelées trois fois ; en effet, la réunion du côté droit ne s'est faite qu'en partie, de sorte que le bec-de-lièvre subsiste toujours en ce point, mais moins prononcé qu'avant l'opération ; à gauche, au contraire, le résultat a été favorable et il ne reste du bec-de-lièvre qu'une cicatrice assez régulière ; celle du côté droit est assez légèrement déprimée.

Lorsqu'on fait ouvrir la bouche à la malade, on aperçoit, sur la partie médiane de la voûte palatine, une profonde dépression, pour ne pas dire une cavité ; en effet, lorsqu'on introduit le doigt dans cette solution de continuité, on constate d'abord un écartement qui, partant des dents incisives, au niveau du tubercule médian, va en s'élargissant jusque derrière le voile du palais, qui est divisé en deux parties, sur chacune desquelles on aperçoit la moitié de la luette également divisée ; les deux bords de la solution de continuité réunis en avant au niveau du tubercule médian, vont ensuite en s'éloignant l'un de l'autre et laissent entre eux, à la partie tout à fait postérieure, un écartement d'au moins 3 centimètres, ce qui donne à cette perte de substance une forme triangulaire. Si l'on explore cette cavité avec le doigt, on trouve sur la ligne médiane et à la hauteur d'un demi-centimètre environ au-dessus du palais, une crête saillante de consistance osseuse, formée par le vomer ; de chaque côté de cette crête, une dépression, puis une autre saillie longitudinale, comme la crête médiane, et qui n'est autre chose qu'un repli de la muqueuse buccale, et enfin un enfoncement qui semblerait formé, à sa partie inférieure, par la portion palatine du maxillaire supérieur, en avant, et par la portion horizontale du palatin en arrière. La paroi supérieure est formée par les deux cornets inférieurs.

Quant au voile du palais, il n'existe plus sur la ligne médiane, où il est remplacé par un écartement de près de 3 centimètres.

Pour obvier à cette infirmité, trois moyens étaient en présence : la staphylorhaphie, l'uranoplastie ou la prothèse.

Pour la staphylorhaphie et l'uranoplastie, en présence d'un écartement aussi considérable, en présence de cette profonde dépression située au-dessus de la voûte palatine et qui s'étend sur chacun de ses côtés, considérant également l'âge de la malade, pouvait-on espérer que l'opération amènerait un bon résultat? Il n'y fallait pas songer ; M. Gosselin considéra, du reste, la staphylorhaphie ou l'uranoplastie comme des opérations auxquelles on ne devait pas penser dans le cas présent. Il eut été, en effet, impossible de trouver des lambeaux assez grands pour combler cette large perte de substance ; et, en supposant même que l'opération eût été praticable, elle n'aurait amené qu'un demi résultat, puisqu'un obturateur aurait encore été nécessaire pour combler la division de la voûte palatine.

Restait donc l'appareil prothétique. On pouvait employer un obturateur métallique ; mais comme nous l'avons déjà dit, celui-ci n'aurait pas rempli le but, car il fallait songer à remplacer, par une portion flottante ou mobile, ce qui manque du voile du palais. Dans ce cas, l'appareil à la fois si simple et si ingénieux que nous a proposé M. Goldenstein, à qui nous fîmes voir la malade, nous a paru satisfaire aux conditions exigées.

Cet appareil, entièrement en caoutchouc vulcanisé, se compose d'une partie dure destinée à remplacer la voûte palatine ; sa portion supérieure offre une saillie correspondante à la cavité que nous avons décrite plus haut. A cette partie dure et dans sa continuité s'adapte une languette de caoutchouc mou d'une longueur de trois centimètres qui, jointe aux trois centimètres de la partie dure, forme une étendue de six centimètres d'avant en arrière. L'appareil offre dans son plus grand diamètre transversal une largeur de cinq centimètres. Il s'adapte de chaque côté aux deuxième, troisième et quatrième molaires, par trois crochets en or fixés dans la portion dure, qui est elle-même montée sur une plaque en platine ; il masque complétement la division du voile du palais et de la voûte palatine. Sa couleur même est celle qu'offre la muqueuse de la cavité buccale.

Depuis que la malade porte cet appareil, l'émission des sons et l'articulation des mots se sont profondément améliorées. Elle se fait beaucoup mieux comprendre et nous croyons que ce qui empêche qu'elle ne puisse parler comme à l'état normal, c'est peut-être le bec de lièvre persistant du côté droit. Il faut dire de plus que la malade ne porte cet appareil que depuis trois semaines, temps relativement court pour qu'elle puisse y être habituée et en tirer tout le bénéfice qu'il est permis d'en attendre. Au reste, chaque jour amène un progrès sensible dans l'articulation des mots, et, à l'exception de quelques consonnes, comme le C, le K, le T, le Q, en un mot celles dites explosibles, et quelques labiales qu'elle n'accentue pas très-bien, on peut facilement la comprendre. M. Goldenstein, qui exerce la malade tous les jours, espère, d'après ses observations antérieures, un succès plus confirmatif encore.

HOPITAL DE MARSEILLE. — M. SIRUS-PIRONDI.

Des pansements en général.

(Leçon recueillie par M. Ch. LIVON, élève externe attaché au service de la Clinique.)

Si, d'habitude, au début de nos conférences cliniques, nous jetons un rapide coup-d'œil sur les plus récents progrès de la chirurgie, pour cette fois, notre revue rétrospective n'envisagera qu'un seul chapitre de ce vaste sujet : celui qui a trait au pansement des plaies.

Aussi bien la réforme qui s'opère autour de cette partie, si improprement reléguée dans le domaine de la petite chirurgie n'a pas attendu les succès de divers chirurgiens fort distingués, de MM. Bardinet de Limoges, et Lister de Glascow, entre autres, pour être tentée à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les mêmes doctrines sur le mode d'action de l'air sont depuis longtemps professées dans cette enceinte, et peut-être la priorité d'utiles initiatives échapperait moins souvent à notre école si chacun de nous montrait plus d'empressement à revendiquer pour son voisin la part qui lui revient dans le mouvement général de notre art.

Mais circonscrivons d'abord le terrain sur lequel je tiens à fixer en ce moment votre attention.

Le mot pansement, dans sa plus stricte acception, exprime *l'application d'un topique* ou *d'un appareil sur une partie malade*, et le pansement d'une plaie n'est autre chose, par conséquent, que l'art d'appliquer sur cette plaie les topiques nécessaires à son occlusion, et par cela même à sa cicatrisation. Il est des pansements simples, il en est de compliqués ; les uns et les autres répondant à des lésions spéciales n'ont évidemment qu'une importance relative sur les deux systèmes de pansements *rares* ou de pansements *fréquemment renouvelés*, attendu que leur simplicité ou leur complication n'ajoute ou n'enlève pas grand'chose à la force des arguments qu'on peut faire valoir pour ou contre chacun d'eux qui, en définitive, ont leurs indications propres et, à notre avis, parfaitement définies.

Une *première question* à se poser, au point de vue qui nous occupe, est la suivante :

Quels sont les dangers inhérents à l'existence d'une plaie ?

D'abord, que les parties ne puissent se réunir sans que la région ne perde un ou plusieurs de ses attributs physiologiques.

Que la suppuration, une fois établie, ne traîne après elle quelques-uns de ces accidents qui sont toujours graves et souvent mortels.

Que sa prolongation ne finisse par épuiser les constitutions

les plus robustes, lorsqu'il s'agit surtout de la population nosocomiale.

Deuxième question : Quelles sont les causes qui peuvent retarder la prompte cicatrisation d'une plaie ?

En premier lieu, son étendue; comme conséquence de cette étendue, l'impossibilité d'en rapprocher les bords; en troisième lieu, une suppuration trop abondante, et surtout de mauvaise nature. D'où il suit que supprimer les causes qui retardent la cicatrisation d'une plaie, c'est supprimer du même coup les dangers inhérents à la plaie elle-même, c'est remplir une double indication, c'est viser au but principal : la guérison.

Mais, plaçons ici une courte digression.

Si l'on examine de près ce que fait la nature abandonnée à elle-même, dans les cas où notre intervention est impossible, et si nous cherchons à l'imiter là où cette intervention est praticable, on arrive au parallèle suivant : dans une contusion violente ou dans une entorse grave, par exemple, il y a évidemment déchirure, lésion de continuité, plaie enfin, puisque du sang a été épanché, et que ce sang finit par se montrer sous la peau, laquelle peau constitue pour lui une barrière infranchissable. Cette plaie couverte par cette barrière formant enveloppe, cette plaie dite par cela même sous-cutanée, se cicatrisera-t-elle plus promptement ou plus lentement que si l'enveloppe n'existait pas? La réponse n'est pas douteuse; il faut seulement ajouter que la cicatrisation s'opère d'autant mieux et d'autant plus vite que les parties sous-cutanées ont moins souffert et qu'il y a moins de chances d'*emphysème spontanée*, autrement dit, d'une complication regrettable due à la *libération* de gaz, par suite de ruptures vasculaires, et dont l'effet peut devenir plus ou moins délétère, selon les réactions chimiques auxquelles ces mêmes gaz peuvent donner lieu. Mais cette complication est rare, très-rare même. Eh bien, remplacez maintenant ces gaz par l'air atmosphérique, tout change immédiatement, et là où la décomposition était une exception, elle devient une règle. Pourquoi? nous le verrons tantôt.

Pour le moment, il nous faut revenir à nos premières remarques et les résumer en disant que l'indication principale et indispensable à remplir en présence d'une plaie, c'est de placer cette plaie dans des conditions qui la rapprochent ou l'assimilent, le plus possible, à celles dont la nature seule se charge de la guérison, soit, des plaies sous-cutanées.

Examinons donc les conditions.

1° Une plaie couverte par la peau ne peut se trouver en contact qu'avec des corpuscules, très-divers sans doute, mais appartenant normalement à l'organisme. Les molécules dont se composent ces corpuscules, peuvent se désagréger sans que leurs éléments constitutifs perdent en quelque sorte leurs qualités primitives et la résorption en est dès lors facile et prompte, la brèche sous-cutanée se comble, se réorganise, et la région reprend ses fonctions habituelles.

2° Dans une plaie simple où la réunion immédiate peut être tentée, la cicatrisation est d'autant plus prompte, vous le savez, que l'occlusion de la plaie a pu être opérée plus immédiatement après sa production. Pourquoi? c'est que, moins il y aura eu de contact ou, mieux encore, d'*échanges* entre l'air ambiant et les corpuscules disséminés sur la surface de la plaie, plus et mieux ces corpuscules auront conservé leurs qualités propres et se trouveront par conséquent dans les mêmes conditions que dans les plaies sous-cutanées.

3° Quant aux plaies exposées, celles qui, dépouillées de lambeaux ou placées dans des conditions spéciales, ne peuvent se cicatriser que lentement, graduellement, que par seconde intention; en un mot (expression impropre s'il en fut), l'indication majeure qui se présente, c'est qu'elles suppurent le moins possible et que les liquides ou pus sécrétés à sa surface se coagulent et s'organisent promptement pour constituer ce tissu cicatriciel qui ne manque pas d'inconvénients sans doute, mais qui offre pourtant le seul mode de guérison possible.

Quels que soient donc les arguments sous l'inspiration desquels nous voudrions établir les indications qui s'offrent au chirurgien mis en présence d'une plaie, tous arrivent à ce résultat final : empêcher la décomposition des particules solides et liquides qui, pour ainsi dire, suintent à la surface de cette plaie, et, dans ce but, les soustraire autant que possible au contact de l'air.

4° Mais, est-ce bien l'air lui-même qui constitue ici le principal danger? Non, messieurs, maintes expériences ont prouvé le contraire.

L'air n'est, ou, pour parler plus exactement, ne paraît nuisible que par la présence des innombrables corps organiques et inorganiques qu'il tient en suspension. Leur continuelle projection sur une surface dénudée doit forcément transformer l'état des corpuscules *normaux*, tels qu'ils se trouvent dans les plaies sous-cutanées, et qu'il y ait ensuite, ou qu'il n'y ait pas, comme conséquence de ce mutuel échange, productions de ferments; que l'on adopte ou que l'on repousse les idées de M. Passeur, de M. Béchamp et de bien d'autres, il est tout de même incontestable que les corpuscules inhérents à la plaie elle-même, se désagrégent, se décomposent; leur *réadmission* dans l'organisme vivant devient impossible et la suppuration s'établit.

Il est tellement vrai et incontestable que les choses se passent ainsi, que si l'on veut bien faire abstraction de la part d'influence qu'on ne peut refuser à la constitution des malades, aux diathèses dont ils sont atteints, à leurs *individualités si diverses*, je défie de trouver ailleurs que dans la surcharge de germes malfaisants répandus à profusion dans l'atmosphère nosocomiale, la différence énorme de proportion qui existe entre le nombre de réunions immédiates obtenues dans la pratique privée, et celui que l'on trouve dans les hôpitaux.

Amoindrir par conséquent l'influence de ces germes, tel est le but que doit atteindre un pansement bien fait.

Telles sont les prémisses ou considérations générales que nous tenions d'abord à poser de notre mieux. Passons maintenant à leurs applications.

A. Il s'agit d'abord de soustraire la plaie à l'influence de tout ce qui peut *l'irriter*, et faciliter par cela même la suppuration; tout ce qui agit comme corps étranger irrite, et tout ce qui n'est pas réabsorbable se transforme en corps étranger par rapport à l'organisme.

Nous avons déjà dit que si les corpuscules liquides et solides placés à la surface d'une plaie sous-cutanée rentrent facilement dans le torrent circulatoire, c'est qu'ils peuvent conserver encore leur qualité primitive. Cet avantage étant refusé aux plaies exposées, il s'en suit qu'il faut enlever le plus complétement possible tous ces corpuscules; en d'autres termes, il faut *nettoyer* la plaie.

Le mot est vulgaire; la chose paraît des plus faciles, et rien pourtant ne mérite plus de soin et de minutieuses précautions. En ville, et pour tout malade isolé, que l'on se serve d'éponge, de linge ou de n'importe quoi, cela peut être indifférent, mais il n'en est pas de même dans un hôpital, où les miasmes nosocomiaux finissent par imprégner, de la manière la plus fâcheuse, les éponges, le linge et toutes les pièces déjà plus ou moins contaminées par leur application à toutes sortes de lésions, depuis les bénignes jusqu'à celles qui ne le sont guère. Les éponges surtout offrent un danger permanent que nous avons depuis longtemps signalé, et que nous avons tâché d'éliminer en y substituant un moyen fort simple, commode et peu dispendieux. C'est une burette en fer blanc de dimensions variables et à jet que l'on peut facilement graduer d'après le diamètre laissé au bec d'écoulement. En élevant plus ou moins la burette, on augmente ou l'on diminue la hauteur et par conséquent la force du jet ou douche du liquide, que l'on fait tomber sur la plaie. On dirige ce jet sur toutes les parties de la plaie, on le prolonge là où quelques anfractuosités le réclament plus particulièrement, et l'on obtient ainsi un lavage aussi complet que possible.

B. S'il est des plaies qui, d'après la nature du pansement, peuvent être laissées humides après leur lavage, il en est d'autres qu'il faut sécher soigneusement. Ajoutons que ce sont les cas les plus rares; car, avec le système de la douche, on peut faire partir le liquide de la surface de la plaie sans y laisser le moindre petit lac ou dépôt. Toutefois, lorsqu'il faut sécher complétement la plaie, nous ne saurions trop vous recommander, non-seulement de choisir un linge fin et souple, mais encore de l'humecter légèrement avec le liquide qui sert au lavage, et dont nous allons parler.

Nous en aurions long à dire s'il fallait énumérer toutes les substances qui, sous forme d'emplâtre ou de topiques liquides ou solides, ont tour à tour été vantés pour le pansement des plaies. N'ayant pas à vous faire ici un traité ex-professo sur ce sujet, mais à vous dire tout simplement de quelle manière nous aimons que les pansements se fassent dans le service hospitalier confié à nos soins, nous nous bornerons à dire qu'en général, nous n'aimons guère les corps gras, parce qu'ils rancissent trop facilement, sèchent trop tôt, et deviennent par cela même des centres d'irritation, et, conformément aux prémisses précédemment émises au début de cet entretien, vous trouverez logique que nous recommandions avant tout et par-dessus tout l'usage de l'acide phénique. L'eau phéniquée est donc le liquide dont nous aimons à nous servir depuis longtemps, et nous n'avons réellement qu'à nous louer des résultats qu'il nous a fournis. Sa solution est plus ou moins active et varie dans la proportion de 1/20 à 1/30, selon que nous avons affaire à des plaies ou à des organismes plus ou moins irritables. Les lavages se font donc constamment à l'eau phéniquée; mais quand il s'agit d'abandonner sur la plaie, soit des plumasseaux de leut, soit des bandelettes de linge imbibées d'eau phéniquée, si la cuisson est un peu trop vive, nous faisons parfois ajouter au mélange quelques gouttes de laudanum, et si le pansement ne doit pas être trop fréquemment renouvelé, s'il ne réclame pas un arrosage incessant, on prépare du diachylon phéniqué dans des proportions plus ou moins concentrées, car il est bon d'en avoir à des degrés de concentration diverse.

Tout à l'heure j'ai parlé de leut, et il serait en effet bien utile qu'à l'exemple de l'Angleterre nous pussions avoir à notre disposition, dans les hôpitaux, cette espèce de *charpie vierge* qui n'offre aucun des inconvénients de la charpie commune, provenant de linge toujours suspect; mais le besoin de cette innovation ne s'est pas fait encore suffisamment sentir dans notre pays. Espérons pourtant que cela viendra.

Il est des plaies, telles que les brûlures, dont l'élément douleur se présente avec un tel degré d'intensité que l'on ne peut vraiment pas s'exposer sans nécessité absolue à l'augmenter dans quelque minime proportion que ce soit. Dans ce cas, nous remplaçons l'acide phénique par l'eau de laurier-cerise, et parfois même un glycéré au laurier-cerise légèrement laudanisé nous a donné de très-bons résultats.

C. Pour renouveler le pansement, il est quelques précautions aussi que je ne saurais trop vous recommander : humectez d'abord toutes les pièces avec soin, et faites glisser le jet de la burette entre le pansement lui-même et la plaie qu'il recouvre; ensuite, lorsqu'il s'agit d'enlever le linge, autant que possible il faut le détacher en sens inverse des lambeaux de peau qu'il s'agit de recoller, sans tiraillement aucun sur les bourgeons qui se forment, et surtout l'enlever graduellement de la circonférence au centre, en le soulevant pour ainsi dire par les extrémités des diamètres, pour respecter le plus qu'on le peut les îlots cicatriciels qui commencent à se former.

D. Nous venons de nommer les bourgeons. Lorsqu'ils sont trop proéminents, ils ne se laissent pas trop facilement recouvrir et abattre par le tissu cicatriciel, et personne n'ignore qu'il faut les réprimer par la cautérisation. Mais les chirurgiens savent aussi que parfois la cautérisation avec le nitrate d'argent porté trop loin ou ne porte pas assez, et plus d'une fois, si on n'a pas eu des accidents à déplorer comme suite de ces cautérisations mal appliquées, on a du moins retardé fâcheusement la marche de la cicatrisation au lieu de l'activer. Dans des cas de ce genre, lorsque les bourgeons sont boursouflés et pour ainsi dire spongieux, nous préférons les toucher avec un tout petit cautère rougi à blanc, qui a le double avantage d'unir à une cautérisation instantanée et nullement douloureuse la transformation de la nature même de ces bourgeons.

E. Le pansement étant fait, quelle position faut-il donner à la partie blessée? La règle générale est d'ordinaire assez facile à suivre. Il s'agit, si on le peut, de donner à la partie blessée une déclivité telle que sa position tende à amoindrir l'apport des fluides congestifs.

Le regrettable professeur Gerdy a beaucoup insisté, et avec raison, sur ce sujet, qui a une importance réelle.

F. Enfin, une dernière question se présente ici, et nous ne pouvons pas, comme on dit vulgairement, la résoudre d'un trait de plume. Convient-il de renouveler fréquemment les pansements, ou doit-on les laisser en place le plus longtemps possible? Ici, permettez-moi de vous le dire, c'est le flair pratique du chirurgien qui doit le conduire beaucoup plus que son odorat. Il est des plaies qui suppurent beaucoup et que l'on peut sans danger laisser recouvertes de leur pus, attendu qu'une barrière dite pyogénique s'oppose à l'action délétère du pus sur les vaisseaux absorbants de l'économie; mais il est d'autres cas où cet abandon ne peut être fait sans danger, et s'il était permis ici de formuler un avis général, nous dirions que, pour une plaie récente, le pansement fréquemment renouvelé peut avoir son avantage, et que, pour une plaie comme les ulcères muqueux, par exemple, le pansement rare est de beaucoup préférable; mais, encore une fois, le tact pratique seul peut fournir ici un enseignement suffisant. Ce qu'il nous faut ajouter en terminant, c'est que tout pansement surmonté d'un bandage doit toujours être minutieusement surveillé, car, s'il y a tension de la partie recouverte, avec quelques pulsations profondes, on doit soupçonner l'appareil d'être beaucoup trop serré. S'il y a une température inégale, très-basse d'un côté, très-élevée de l'autre, l'appareil doit se trouver inégalement serré. Si la surface lésée accuse un chatouillement particulier désagréable avec quelques petits élancements changeant fréquemment de place, on doit soupçonner les pièces du pansement de se trouver trop sèches, trop dures, et d'agir par conséquent sur la plaie comme corps étranger capable de l'irriter et d'y déterminer une nouvelle poussée inflammatoire.

Telles sont, messieurs, les recommandations particulières que je tenais à vous rappeler en fait de pansement. Nous pouvons et nous devons en avoir oublié, sans doute, mais nous les rappellerons lorsque l'occasion s'en présentera, et, du reste, nos pauvres malades n'auront pas à se plaindre si vous suivez avec zèle et persévérance, celles que je viens de vous indiquer.

En tout temps, vous avez secondé de votre mieux vos chefs de service, qui, vous le savez, ne peuvent aspirer à quelques bons résultats qu'autant qu'ils sont bien secondés par leurs élèves dans toutes les parties du service qui leur sont confiées. Or, je me fais un plaisir de rappeler dans cette enceinte que votre zèle m'est connu, et que celui des élèves de notre École ne fait jamais défaut lorsque l'on fait appel à votre utile concours pour les soins charitables qu'il s'agit de donner à notre population nosocomiale.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 10 août 1869. — Présidence de M. Denonvilliers.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre des travaux publics et du commerce transmet :

1° Le compte-rendu des maladies épidémiques du département du Haut-Rhin (commission des épidémies);

2° Un exemplaire du rapport général sur les travaux des conseils d'hygiène publique du département de la Meurthe, par M. le docteur Demange.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non-officielle comprend :

1° Un mémoire sur 73 observations de hernies étranglées recueillies par le docteur Goyrand, d'Aix (commissaires, MM. Denonvilliers, Broca et Verneuil).

2° Une note de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, sur une nouvelle pince à ligature d'artère.

3° Une note de M. Sanson sur l'*Alimentation des opérés de résection osseuse*.

M. Gavarret offre en hommage un volume intitulé : *les Phénomènes physiques de la vie*.

M. Alphonse Guérin présente un opuscule de M. Nathan Boseman (de Newgate), sur l'opération de la fistule vésico-vaginale,

pratiquée sans aides, grâce à un appareil spécial de son invention.

M. BOULEY présente, au nom de M. le docteur Constantinoski, une thèse inaugurale ayant pour titre : *De la rage et des lesses.*

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le professeur Purkeng, de Prague, correspondant de l'Académie.

M. ROGER, chargé avec M. Chauffard d'aller, au nom de l'Académie, prendre des nouvelles de M. Blache, donne des renseignements satisfaisants sur la santé de l'honorable président.

RAPPORTS

M. GOBLEY, au nom de la commission des remèdes secrets, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

LECTURE

Sur l'inoculation de produits tuberculeux ou autres.

M. le docteur Dubuisson lit une note sur un certain nombre d'expériences faites à Clamart, avec le concours de MM. Villemin et Grancher.

Nous avons fait, dit-il, deux séries d'expériences; dans l'une, nous avons introduit sous la peau des substances organiques diverses, dans l'autre, nous avons fait pénétrer dans les voies digestives des substances tuberculeuses.

Lorsqu'on insère sous la peau une matière cadavérique, il peut se produire des accidents différents, et par l'époque à laquelle ils se montrent, et par leur nature intime.

1° Dans un certain nombre de cas, les animaux meurent rapidement et sans présenter à l'autopsie de lésions suffisantes pour expliquer la mort; nous possédons deux cas de cette espèce;

Un lapin qui, à la suite d'une injection à l'aine de cinq gouttes de pus de cancroïde délayé dans de l'eau, est mort le lendemain.

Un lapin qui, après insertion à l'aine droite de six centimètres de fil trempé dans du suc cancéreux, est mort le sixième jour.

Deux lapins morts le lendemain d'une introduction sous la peau de l'épaule de un gramme de poumon tuberculeux.

Un lapin mort le sixième jour après introduction sous la peau de l'épaule de six centimètres de fil trempé dans des crachats tuberculeux.

Un lapin auquel on avait inséré sous la peau de l'épaule un centimètre et demi de fil trempé dans des crachats tuberculeux, mort le seizième jour.

Enfin un lapin, mort le cinquième jour, après introduction de cinquante centigrammes de muscle de cadavre sous la peau de l'aine droite.

2° Quelquefois il se produit des accidents plus tardifs, mais qui semblent tenir cependant à l'opération subie par ces animaux, Nous ne possédons qu'un seul cas de cette espèce; c'est un cobaye auquel M. Villemin avait introduit sous la peau du thorax quelques fragments de poumon tuberculeux de lapin et qui, sacrifié deux mois après, présenta à l'autopsie des granulations grises dans les poumons. Ces petites masses sont plus volumineuses, moins dures et d'un volume moins égal que les granulations tuberculeuses, elles sont surtout également répandues dans tout le poumon, et il y en a tout autant à la base qu'au sommet. L'examen microscopique fait avec beaucoup de soin par M. Grancher, chef du laboratoire de Clamart, comparativement à des granulations de poumon d'enfant, a démontré que ce n'était pas là du tubercule. Voici le tableau comparatif de ces caractères différentiels.

TUBERCULE

Masse nettement limitée.

Cellules jeunes, rondes et pressées.

En moyenne 0,10 mil. de diamètre.

Zone de prolifération formée par un groupement plus serré des cellules; celles du centre plus petites, plus rares, déformées.

GRANULATION DU COBAYE

Masse diffuse.

Cellules volumineuses, aplaties, de forme variable, disséminées dans la cavité alvéolaire.

En moyenne 0,06 mil. de diamètre.

Nulle zone de prolifération.

Cellules du centre aussi volumineuses que celles de la périphérie; travées alvéolaires distinctes.

M. Grancher, se fondant sur les caractères histologiques, a vu là de petits noyaux de pneumonie catarrhale.

3° Enfin, dans tous les autres cas, nous n'avons rien obtenu et la nature des produits employés n'a aucunement modifié les suites de l'opération. Nous avons d'abord injecté du liquide recueilli dans le péritoine d'un homme mort depuis 30 heures. Un lapin est mort dans le marasme un mois après injection à l'aine de 12 gouttes de ce liquide; il s'était produit un énorme abcès, mais il n'y avait pas de tubercule.

Un autre lapin a subi d'abord une injection à l'aine de 12 gouttes du même liquide, il a perdu une partie du scrotum qui s'est sphacélé; deux mois après on lui introduit à la base de chaque oreille un morceau de poumon trempé dans du pus d'abcès métastatique; sacrifié au bout de neuf semaines, plus de quatre mois après la première opération, il est remarquable comme vigueur, mais ne présente aucune lésion.

Un chien de 20 kilogrammes reçoit à l'aine 20 gouttes du liquide péritonéal, il se forme un abcès et l'animal se rétablit. Un mois après on lui introduit sous la peau de l'épaule 1 gramme de poumon tuberculeux d'homme; il survient un vaste abcès. Sacrifié au bout de deux mois l'animal ne présente aucune lésion à l'autopsie.

Un cobaye mort cinq semaines après introduction de granulations tuberculeuses sous la peau de l'aine ne présente rien à l'autopsie. Un lapin sacrifié deux mois après qu'on lui eut introduit quelques granulations tuberculeuses sous la peau de l'aine ne présente à l'autopsie qu'un petit noyau de pneumonie lobulaire. Un chien inoculé aux deux aines par M. Villemin avec du tubercule de lapin n'a rien présenté à l'autopsie deux mois après. Il en a été de même d'un lapin inoculé à la base des oreilles par M. Villemin et sacrifié deux mois après. Enfin un autre lapin qui avait aussi subi la même opération n'a présenté, au bout de trois mois que deux petits noyaux de pneumonie lobulaire.

Nous avons fait avaler des crachats tuberculeux à deux cobayes, qui sont morts tous deux sans rien présenter à l'autopsie : l'un, qui avait ingéré 9 grammes de crachats, a succombé le vingtième jour; l'autre, qui en avait ingéré 50 grammes, est mort le huitième jour.

Dans les expériences suivantes, nous avons fait avaler à des animaux des fragments de poumons infiltrés de tubercules à toutes les périodes de leur évolution.

Un chien pesant environ 16 kilogrammes a mangé, en deux mois, 567 grammes de poumon tuberculeux. Il est sacrifié le 11 mars; tous les organes sont sains.

Un chien, pesant environ 15 kilogrammes, en a mangé, en un mois et demi, 653 grammes. Il a été tué quinze jours plus tard; tous les organes sont sains.

Deux lapins, qui avaient déjà passé deux mois dans l'obscurité et l'air confiné reçoivent, le 11 février 1869, 12 grammes chacun d'un liquide obtenu en écrasant du poumon tuberculeux dans de l'eau; l'injection en est opérée au moyen d'une sonde en caoutchouc introduite dans l'estomac. Le 20, injection de 12 grammes de liquide et introduction forcée de 2gr50 de poumon tuberculeux à chacun. Le 24, 12 grammes de liquide et 1 gramme de poumon. Le 26, 12 grammes de liquide et 1 gramme de poumon. Le 27, 12 grammes de liquide et 1 gramme de poumon. Le 10 mars, 1 gramme. Le 11, 2 grammes. Le 20, en tout pour chacun d'eux, 60 grammes de liquide injecté dans l'estomac et 11gr50 de poumon avalé. Ils sont sacrifiés le 20 avril; tous les organes sont sains.

Un cobaye a mangé du 24 février 1869 au 2 avril, en tout 17 grammes de poumon tuberculeux. Sacrifié le 23, il présente dans les poumons quelques granulations qui sont, comme le démontre le microscope, de petites pneumonies lobulaires. On était obligé d'ouvrir la bouche de l'animal avec une paire de ciseaux, de sorte qu'il a pu être blessé, et on a peut-être affaire à une inoculation.

Les expériences précédentes établissent donc que :

1° Les matières inoculées sont le plus souvent inoffensives; la nature des produits employés n'influant en rien sur le résultat;

2° Elles produisent quelquefois des accidents rapides et occasionnent la mort par une espèce d'empoisonnement;

3° Il se produit, dans quelques cas, des pneumonies lobulaires qui sont peut-être consécutives aux inoculations et qui peuvent être confondues avec des tubercules;

4° Les matières tuberculeuses données comme aliments occasionnent quelquefois la mort de l'animal empoisonné comme par les produits septiques;

5° Le plus souvent, les animaux qui mangent du poumon tuberculeux éprouvent un malaise résultant de cette mauvaise alimentation, mais ne deviennent pas tuberculeux.

Nos expériences démontrent donc que la tuberculose n'est, dans son essence, ni virulente, ni contagieuse, pour les animaux sur lesquels nous avons expérimenté.

Suite de la discussion sur la vaccine.

M. DEPAUL. Il me reste à examiner aujourd'hui une troisième question que j'ai formulée en ces termes : « La vaccination animale, telle qu'elle a été expérimentée par l'Académie impériale de médecine, n'est-elle pas le plus sûr moyen de donner et de maintenir au virus vaccin son activité des premiers temps, et de rendre impossible toute contamination syphilitique ? »

Et d'abord, messieurs, permettez-moi de vous dire quelques mots de la nature du vaccin. Qu'est-ce que le vaccin humain ? La réponse ne me semble pas très-difficile à formuler; le vaccin humain c'est la variole de certains animaux inoculée à l'homme. La première inoculation, la plus rapprochée de la source, produit son effet tout aussi bien, et même beaucoup mieux que les suivantes, car le virus, pris à la bête, ne s'est point encore affaibli loin du terrain originel.

Je sais bien que M. Guérin nous a apporté des explications toutes différentes, et qu'il fait jouer un très-grand rôle à ce qu'il nomme l'élément humain.

Il y a deux ans, il s'exprimait autrement. Il parlait alors de l'union du cow-pox avec l'élément varioleux de l'homme.

Je n'ai jamais pu comprendre ce que pouvait être cet élément varioleux chez un homme qui n'était pas atteint de variole. J'ai cherché en vain quelque chose qui pût donner un corps à une théorie semblable. Faire de la variole un élément permanent chez l'homme me paraissait être plus que hasardé. Il paraît que mes objections ont produit quelque effet sur M. Guérin, car cette année il ne parle plus de cet élément varioleux; mais seulement d'un élément humain, qui n'est guères plus intelligible.

On a comparé le cow-pox à une plante, voyons donc comment on la cultive et comment elle se développe. La culture en est des plus simples. Vous l'inoculez; puis il se fait une incubation de quelques jours, puis l'éruption paraît, puis les boutons suppurent et se couvrent de croûtes, puis ces croûtes tombent en laissant des cicatrices permanentes.

Voilà comment se développe le vaccin quelle qu'en soit l'origine. Mais dans chacune des périodes que nous venons d'indiquer les diverses sortes de vaccin peuvent présenter entre elles certaines petites différences d'évolution, fort peu importantes du reste.

Lorsqu'il s'agit de vaccin jennérien l'incubation est silencieuse; l'éruption paraît au bout de deux jours pleins, le plus ordinairement dans le courant du troisième et parfois au commencement du quatrième. Je n'ai pas à décrire ici l'évolution ultérieure des pustules.

Ainsi transportée de bras en bras, ainsi cultivée, la vaccine a rendu d'immenses services. Je l'ai proclamé autant que personne, et non-seulement pour la vaccine animale, mais pour la vaccine jennérienne. Je ne suis point un adversaire de la vaccine jennérienne, tout au contraire, mais, à son égard, je ne ressemble pas à ces pères qui voient tout en beau dans leurs enfants. Je voudrais faire disparaître les défauts que je remarque en elle, et c'est à cela que je travaille depuis plusieurs années.

Chose remarquable, Jenner lui-même, en inoculant quelque chose pour préserver de la variole, n'a pas su ce qu'il inoculait. Il ignorait quelle était l'origine réelle du cow-pox, et il se demandait s'il ne fallait pas la chercher dans les eaux aux jambes du cheval. Il est mort dans l'incertitude, et cette incertitude a duré jusqu'à notre temps. Je crois avoir été le premier à démontrer que le vaccin est la variole de plusieurs espèces animales, qu'il peut se rencontrer également chez le cheval et chez le bœuf, et que les différences présentées par les éruptions varioleuses chez ces divers animaux tiennent à l'espèce et même peut-être à la nature de la peau. Au fond, le cow-pox et le horse-pox sont une même maladie. J'ai inoculé plus de quinze fois du horse-pox et j'ai obtenu de magnifiques pustules. Je ne sais vraiment pas pourquoi on dit que Jenner était instruit de tout ce qui regarde la vaccine. Cette branche de la science, comme toutes les autres, était susceptible de progresser, et elle a fait de grands progrès depuis Jenner.

On sait maintenant que la vaccine jennérienne dégénérait. Je crois certainement à cette dégénérescence; mais ce n'est pas elle qui me préoccupe surtout, c'est le désir d'écarter la crainte de syphilis vaccinale.

Cette crainte m'a conduit à étudier la vaccination animale, mais je n'ai pas émis de conclusions prématurées. J'ai procédé avec discernement et lenteur. Aujourd'hui, il s'est écoulé cinq ou six ans depuis les premières expériences. Depuis lors, on en a fait d'autres partout; elle se sont multipliées presque à l'infini, toujours avec des résultats semblables, et vous voudriez que je me laisse arrêter par une opposition qui ne se base sur aucun fait, sur aucune expérience, sur aucune étude pratique? Je ne puis pas l'admettre, et je défendrai la vaccination animale, parce que je la connais.

Jenner avait une peur considérable de ce qui pouvait donner l'inoculation directe du cow-pox pris sur la vache; aussi n'a-t-il pas étudié la vaccination animale. Il se contentait de transmettre indéfiniment le vaccin de bras à bras, et c'est ainsi que la vaccine s'est progressivement affaiblie, jusqu'à ce qu'on en vint à désirer quelque méthode qui pût conduire à la régénérer.

Parmi les méthodes de culture qu'on a conseillées dans ce but, il en est une dont je dois dire ici quelques mots. Je n'en ai pas grande expérience, mais elle est recommandée par des hommes de mérite, et elle n'est sans doute pas sans efficacité. Voici en quoi cette méthode consiste. On prend sur l'enfant ce vaccin affaibli qu'on veut régénérer et on le porte sur la vache, puis, soit dès la première fois, soit après une ou plusieurs transmissions d'animal à animal, on le reprend et on s'en sert pour pratiquer des inoculations humaines. Parmi ceux qui ont procédé de cette manière, je citerai le précurseur de Nigri, à Naples.

Depuis plus de vingt ans, M. le docteur Alfred Vy (d'Elbeuf) régénère ainsi chaque printemps son vaccin, en le faisant passer sur la vache; de leur côté, MM. Varin et Degot (de Metz) s'étant aperçus que leur vaccin ne produisait plus des pustules aussi développées, aussi durables, ni des cicatrices aussi étendues, ont reporté le vaccin sur la génisse, et dans un mémoire fait en commun, ils annonceaint que leurs vaccinations leur avaient donné depuis lors des succès pres que constants, et les revaccinations, à peu près un tiers de succès. Récemment encore, M. Varin m'a écrit : « Sur 200 enfants inoculés avec le vaccin régénéré, je n'ai eu que trois insuccès. Presque tous les médecins de Metz demandent de ce vaccin, surtout quand il s'agit de leurs enfants. »

M. Monod (de la Nièvre) régénère aussi le vaccin en le faisant passer sur la vache. Il a adressé à l'Académie un travail intitulé : *Expériences faites avec le cow-pox*. Cette expression n'est pas exacte; il ne s'agit pas de cow-pox proprement dit, mais de vaccin d'enfant reporté sur l'animal. Il est vrai que M. Monod étant médecin des enfants assistés que l'administration envoie en nourrice dans le département de la Nièvre, se trouve dans les conditions les plus favorables pour régénérer du vaccin encore très-rapproché de sa source animale. L'assistance publique emploie, en effet, exclusivement le cow-pox pour les vaccinations pratiquées dans les hôpitaux. Les enfants qui sont envoyés en nourrice au sortir des divers services hospitaliers ont donc reçu sans intermédiaire le vaccin de vache; et c'est ce vaccin que M. Monod prend sur leurs bras, lorsqu'ils arrivent pendant la période d'éruption. Aussi accuse-t-il des résultats très-beaux. Avec le vaccin régénéré, il n'a eu que 16 insuccès sur 318 vaccinations; tandis que le vaccin ordinaire lui donnait 64 insuccès sur 893 inoculations. Les revaccinations ont réussi 27 fois sur 105 avec le vaccin régénéré, et 18 fois seulement avec le vaccin ordinaire. M. Monod a remarqué que les pustules étaient plus larges, l'inflammation périphérique plus vive et la période d'incubation généralement plus longue avec le vaccin reporté préalablement sur la génisse.

Mais nous vous avons proposé autre chose que le simple transport. Cela ne nous rassurait pas suffisamment. Le vaccin ayant déjà passé par l'espèce humaine pouvait avoir gardé quelque chose de suspect. Nous ne savons pas ce que le vaccin peut emprunter à l'espèce humaine, soit de syphilis, soit même peut-être d'autre chose.

Il fallait le prendre quand il n'avait encore rien eu de commun avec l'homme, et sur un animal qui ne pût pas lui prêter de propriété malfaisante. Nous avons préféré l'espèce bovine comme moins suspecte que l'espèce équine et pour des motifs sur lesquels nous n'avons pas à revenir.

Certes il nous a fallu de la tenacité pour persévérer, malgré tout, dans nos études expérimentales. Dès le début de nos expériences sur le cow-pox, que ne nous a-t-on pas dit!

M. Bousquet et d'autres annonçaient que nous ne dépasserions pas la troisième génération, qu'après deux ou trois transmissions la vaccine ne se conserverait pas sur la vache. Nous l'y avons conservée un an et demi, tant que nous avons eu d'argent pour le service des vaches à l'Académie. D'autres l'ont conservé 3 ans 4 ans, et plus, à peu près indéfiniment.

On nous a dit : « Le transport du cow-pox de la génisse à l'enfant vous présentera des difficultés. » Vous avez pu voir combien la manœuvre était facile. A l'aide d'une table spéciale que nous avions imaginée, il n'était pas même besoin d'aides pour se rendre maître de l'animal, et vacciner tranquillement, sans avoir plus à se préoccuper de ses tentatives de résistance.

On nous a dit : « Le cow-pox s'altère très-rapidement, vous ne pourrez ni le conserver ni le faire voyager. » Voici, messieurs, une soixantaine de lettres qui prouvent que le cow-pox a pu être envoyé dans toutes les parties du monde, sans rien perdre de ses qualités. Ces lettres des médecins auxquels nous avons fait parvenir du cow-pox, et qui ont réussi dans les vaccinations qu'ils ont pratiquées avec lui, sont datées l'une de Berlin, une autre de Mexico, une autre de Guatemala, une autre de l'île Maurice, une autre de Saint-Pétersbourg, etc. Je n'insiste pas, la démonstration est complète.

On nous a dit : « Le cow-pox réussit-il toujours ? » Mais non, écr-

tainement. La vaccine jennérienne n'a-t-elle donc jamais échoué? On insiste : « A-t-il réussi moins souvent que la vaccine jennérienne? » C'est possible. Je n'ai pas à ce sujet des statistiques assez complètes et assez étendues pour rien affirmer. Mais cela m'est indifférent, car il ne s'agit pas de savoir si le cow-pox donne quelques succès de moins pour cent que l'autre vaccine. Il faut savoir s'il expose moins à contracter la syphilis et peut-être encore autre chose.

On nous a dit : « Mais vous ne donnez pas du cow-pox, vous donnez du vaccin humain transporté sur l'animal. » Messieurs, il me semble qu'on a suffisamment répondu à cette imputation. Le cow-pox dont nous nous sommes servi était bien du vrai cow-pox.

On nous a dit : « Maintenant, attendez. Le vaccin jennérien a 70 ans, le votre est né d'hier. Comment pouvez-vous comparer un vaccin si jeune à celui qui, depuis si longtemps, a fait ses preuves. » S'il nous fallait attendre de l'avoir employé pendant 70 ans pour en parler, peu d'entre nous sans doute auraient à discuter cette question. Mais nous en avons assez vu pour motiver nos conclusions, et d'ailleurs, tout jeune qu'il est parmi nous, le cow-pox est déjà ancien dans certains pays, par exemple à Naples. On ne peut donc pas l'écarter par cette fin de non recevoir.

On dit : « Mais il s'affaiblira, comme la vaccine jennérienne s'est affaiblie. » Je puis répondre qu'au bout de neuf mois, à l'Académie, le cow-pox n'avait point paru s'affaiblir; les dernières inoculations sont peut-être celles au contraire, qui ont donné les résultats les plus magnifiques. Ceux qui se servent du cow-pox en dehors de l'Académie, MM. Negri, de Naples, Lanoix, de Paris, Varlomont, de Bruxelles, déclarent qu'il conserve toute son énergie. D'ailleurs, on peut le renouveler s'il s'affaiblit, et on aura toujours la crainte de syphilis en moins.

(*Sera continué.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers décrets rendus sur la proposition du ministre de l'intérieur ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Constans, inspecteur général du service des aliénés : 32 ans de services; chevalier depuis 1861.

M. le docteur Hérard, médecin de l'Hôtel-Dieu : 28 ans de services; auteur de plusieurs publications scientifiques; chevalier depuis 1855.

Au grade de chevalier. — M. Payen, médecin en chef du quartier d'aliénés d'Orléans : a organisé le service des aliénés dans le Loiret ; 30 ans de services.

M. Marchant, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Toulouse (Haute-Garonne) : 25 ans de services.

M. le docteur Brocheton, inspecteur des enfants assistés du département de Loir-et-Cher : 25 ans de services.

M. Reullet, chirurgien-major au 25e bataillon de la garde nationale de la Seine : 38 ans de services.

M. Cartereau, maire de Bar-sur-Seine (Aube); ancien adjoint; médecin de l'hôpital ; 35 ans de services.

M. Oré, membre du conseil municipal de Bordeaux (Gironde); chirurgien en chef de l'hôpital de cette ville ; 22 ans de services.

M. David adjoint au maire de Voiron (Isère) ; membre du conseil municipal et médecin de l'hôpital de cette ville ; 35 ans de services.

M. Burkardt, membre du conseil d'arrondissement de Sarrebourg (Meurthe) : ancien maire de cette ville, médecin de l'Hôpital ; 37 ans de services.

M. Dufourcq, médecin du bureau de bienfaisance de Metz depuis 49 ans; a fait preuve de dévouement pendant les épidémies.

M. Billon, maire de Loos (Nord), depuis 14 ans; membre du conseil d'arrondissement de Lille; chirurgien de la maison centrale de Loos : 27 ans de services.

M. Delaporte, membre du conseil d'arrondissement d'Argentan depuis 17 ans; préside le conseil depuis la même époque; chirurgien de l'hospice de Vimoutiers depuis 49 ans.

M. Danvin, maire d'Hesdin (Pas-de-Calais), ancien adjoint, médecin de l'hôpital; 31 ans de services : a obtenu une médaille d'honneur pour son dévouement pendant l'épidémie cholérique de 1866.

M. Rack, maire de Benfeld; membre du conseil général du Bas-Rhin; médecin des pauvres depuis 40 ans.

M. Ozanne, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Versailles (Seine-et-Oise) : 24 ans de services.

M. Sureau, membre du conseil municipal de Noisy-le-Grand (Seine-et-Oise) : médecin des armées de 1812 à 1815; médecin des pauvres depuis 39 ans.

M. Fontant, chirurgien en chef de l'hôpital-hospice de Niort (Deux-Sèvres), membre du conseil municipal : 39 ans de services; a fait preuve de dévouement pendant les épidémies cholériques.

M. Clément, chirurgien en chef de l'hôpital d'Avignon (Vaucluse), depuis 33 ans.

M. Merland, médecin de l'hospice de Napoléon-Vendée : services exceptionnels.

M. Mougeot, membre du conseil général des Vosges; maire de Bruyères, médecin cantonal depuis 30 ans.

M. Courot, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Auxerre depuis 40 ans; adjoint au maire de cette ville.

M. Laffore, médecin de l'hospice impérial des Quinze-Vingts; 15 ans de services dans les salles d'asile et les bureaux de bienfaisance.

— Le jury du concours pour la nomination à deux places de médecins au bureau central, s'étant complété par l'adjonction de M. Vulpian, une épreuve supplémentaire a eu lieu entre MM. Ball, et Lancereaux seuls. M. Baudot a refusé d'y prendre part pour des motifs graves qu'il a énoncés dans une protestation adressée au préfet de la Seine, et dont les principaux sont les suivants; M. Baudot aurait eu un demi-point de plus que ses concurrents, et les voix des juges ne s'étant pas partagées également dans le vote définitif, il n'y aurait pas eu lieu d'appliquer l'article 129 du règlement.

M. Lancereaux l'a emporté sur M. Ball et a été nommé médecin du bureau central.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Anévrysme poplité traité par la ligature. — Autopsie.

Nous venons d'assister à l'autopsie du malade dont nous avons parlé, il y a quinze jours, et chez lequel, pour essayer de guérir un anévrysme du creux poplité, on a employé successivement la compression digitale, la compression instrumentale, la flexion forcée et la ligature.

Une dizaine de jours après cette dernière opération, il y avait eu un petit frisson, très-peu accusé, très-fugace ; puis la plaie s'était desséchée ; la peau avait pris généralement une teinte jaunâtre, subictérique ; on y avait remarqué des espèces de plaques d'un rouge vineux, particulièrement sur le cou-de-pied gauche (du côté opéré) et sur le bras droit.

Les forces s'étaient affaissées rapidement ; on avait noté un second frisson semblable au premier, aussi peu marqué, aussi peu durable ; enfin un peu de gangrène avait paru sur les bords de la petite plaie, et le malade avait succombé quatorze jours après l'opération, quatre jours après le premier frisson. Il n'avait accusé pendant ces derniers temps aucune douleur et avait conservé sa connaissance jusqu'à la fin.

Quelle avait pu être la cause de la mort ? On songea d'abord à la phlébite. En effet, la veine fémorale touche à l'artère, derrière laquelle elle était placée, dans le cas présent, au niveau de la ligature. On pouvait croire que l'inflammation provoquée par le traumatisme s'était propagée jusqu'à elle, et y avait produit une de ces phlébites suppurantes qui sont si fréquemment suivies d'empoisonnement infectieux, causé par la pénétration de leurs produits dans la masse du sang.

On examina donc avec le plus grand soin la veine fémorale, et on la trouva parfaitement saine tout le long de la cuisse, soit au-dessus de la ligature, soit à son niveau, soit au-dessous. Nulle part elle ne présentait la moindre trace d'inflammation, le moindre changement d'aspect, le moindre caillot. La cause de la mort n'était donc pas là.

Mais en même temps qu'on découvrait la veine, on fit les remarques suivantes sur l'artère et sur les tissus environnants.

Au point sur lequel avait porté principalement la compression instrumentale, trois à quatre travers de doigt plus bas que l'artère crurale, à quelques centimètres au-dessus de la plaie, il existait autour de l'artère une sorte de suffusion rougeâtre avec induration marquée du tissu cellulaire. Bien que le tissu cellulaire fût généralement un peu infiltré dans tout le membre, la différence de teinte et de consistance distinguait nettement cette partie, qui avait subi la pression de la pelote de Signorini. Un ganglion lymphatique qui s'y trouvait, dans la gaîne des vaisseaux, avait acquis le volume d'une noisette ; mais ce fait n'avait pas d'importance, car les ganglions supérieurs du même membre étaient également tuméfiés, soit à la région inguinale, soit même plus haut, dans la cavité abdominale.

Comme on devait s'y attendre, au-dessus de la ligature jusqu'au niveau de la fémorale profonde, c'est-à-dire sur une longueur de 8 centimètres environ, l'artère fémorale était occupée par un caillot qui lui donnait une forme cylindrique. La suffusion rougeâtre dont nous avons parlé correspondait à la partie moyenne de ce caillot. La gaîne propre de l'artère, son enveloppe cellulaire, présentait une sorte d'infiltration séreuse que M. Richet attribua à une périartérite.

L'artère elle-même étant ouverte, on y trouva le caillot ramolli et diffluent sur la plus grande partie de sa longueur. Il n'était vraiment adhérent, fibrineux que sur une étendue de 2 centimètres environ, à sa partie supérieure, près du point d'origine de la fémorale profonde. Partout ailleurs il existait une mince couche de liquide entre les parois artérielles et les restes de ce caillot qui se dissociaient.

Immédiatement au-dessous de la ligature, l'artère fémorale renfermait un autre caillot plus résistant, légèrement adhérent et élastique, bien qu'étant en majeure partie de couleur rouge et plutôt encore fibrino-globulaire que fibrineux. Évidemment l'organisation n'en était pas très-avancée ; mais il ne tombait pas, comme l'autre, en déliquium.

Lorsqu'on arriva sur la poche anévrysmale on fut tout étonné de voir que vers les parties postérieures et supérieures, cet anévrysme n'avait pas de paroi propre. Il était limité par les muscles eux-mêmes, leurs enveloppes et les aponévroses de la région. Sa cavité contenait un caillot à peu près du volume du poing, peut-être un peu plus, et qui généralement mou, rouge et fibrino-globulaire, présentait pourtant sur certains points, particulièrement vers la partie profonde, des traces d'organisation en couches fibreuses concentriques. Là il offrait aussi une certaine adhérence aux parois de la poche.

Partout ailleurs ces parois étaient lisses et sans revêtement fibrineux.

Tous ces détails étaient importants à noter, car les parties de ce caillot qui présentaient une tendance évidente à s'organiser et qui adhéraient fortement aux parois de la poche, étaient précisément celles qui correspondaient à l'anévrysme vrai primitif, dont la rupture avait dû produire l'anévrysme diffus actuellement existant.

En effet, au fond de la poche, on remarquait un diverticulum ovalaire un peu plus gros qu'un œuf de pigeon, et dans lequel venait s'ouvrir l'artère fémorale en haut et en bas. Ce diverticulum se continuait avec le reste de la poche par sa grande circonférence ; mais ses parois offraient un autre aspect et étaient formées manifestement par les enveloppes artérielles dilatées.

— On a déjà dit que la compression digitale ou instrumentale réussissait mal lorsqu'il s'agissait d'anévrysmes diffus.

Cela tiendrait-il à ce que la présence des enveloppes artérielles aide réellement les caillots qui les touchent à s'organiser définitivement en couches fibrineuses résistantes ?

Cette surface interne des artères, qui ressemble tant aux séreuses, partagerait-elles, avec les séreuses, un propriété *fibrogène*, pour ainsi dire, à laquelle serait due la formation des pseudo-membranes autour des caillots hémorrhagiques dans les méninges aussi bien que dans le liquide d'un épanchement inflammatoire ?

On sait que l'une des questions les plus discutées est celle de savoir si, lorsqu'on trouve dans une séreuse un caillot sanguin enveloppé de couches fibrineuses, l'hémorrhagie s'est toujours produite dans l'épaisseur d'une néo-membrane, ou si, au contraire, la néo membrane doit son origine au caillot sanguin. L'autorité de MM. Vulpian, Charcot, etc., avait fait adopter d'abord presque universellement la première opinion ; mais depuis quelque temps, un certain nombre de médecins se sont rattachés à la seconde, et beaucoup d'autres admettent les deux étiologies comme également possibles en certains cas.

L'histoire des anévrysmes mixtes, primitivement vrais, puis diffus, comme celui dont nous parlons, peut certainement jeter une certaine lumière sur ce point si controversé.

— Pour en revenir à l'autopsie de ce malade, on n'a trouvé aucun abcès métastatique, ni dans le foie, ni dans les poumons. Les reins étaient sains ; la rate un peu grosse ; mais, comme nous l'avons dit, cette homme avait passé plusieurs années au Mexique, comme soldat du train.

On a fait de profondes incisions au niveau des plaques rouges observées sur la peau pendant la vie, c'est-à-dire sur le cou-de-pied gauche et sur l'avant-bras droit, près du coude. Il n'y existait pas de collection purulente comme on l'avait d'abord présumé. Seule, l'articulation du genou gauche contenait une synovie jaune, louche, évidemment mêlée de pus. Cette articulation communiquait avec l'articulation péronéo-tibiale, comme cela arrive très-fréquemment. Sauf une ou deux gouttes de pus sur la plaie elle-même, on n'en a trouvé nulle part ailleurs, bien que plusieurs autres articulations eussent été ouvertes.

De quoi donc ce malade avait-il dû mourir ?

En l'absence de tout autre abcès métastatique, il n'était pas certain que l'arthrite du genou gauche se rattachât exclusivement à la diathèse purulente.

En effet, c'était ce genou qui avait dû subir pendant dix jours consécutifs la flexion forcée.

Cette manœuvre n'avait-elle pas pu provoquer un certain degré d'irritation inflammatoire ? La douleur de l'arthrite se serait confondue avec celle de la flexion, et postérieurement à la ligature, elle aurait passé inaperçue, le membre étant immobilisé.

Cependant, comme le malade avait eu des frissons ; comme, après ces frissons, il avait présenté une teinte ictérique de plus en plus marquée et une prostration des plus grandes ; comme, en même temps, la surface de la plaie s'était desséchée, M. Richet pense que la mort est survenue dans le cours d'une infection purulente, qui n'a pas eu le temps de prendre son développement complet.

Ce serait là, pour ainsi dire, une intoxication purulente sans pyogénie, ou du moins avec pyogénie encore insignifiante, si l'on veut attribuer l'arthrite du genou à cette cause. Cependant il serait possible d'y rattacher également la diffluence des caillots supérieurement à la ligature.

Ajoutons que les ganglions qui recevaient les lymphatiques de de la cuisse droite étaient tuméfiés, comme ils le sont sous l'influence d'un virus.

— En résumé, cette autopsie est des plus instructives à divers points de vue.

Voilà un homme habitué au grand air, qui couchait souvent à la belle étoile avec son troupeau, et qui est obligé de faire un long séjour dans un hôpital de Paris.

Profondément affecté déjà, tant au physique qu'au moral, par ce changement d'existence, par l'insuccès de diverses méthodes chirurgicales successivement essayées sans résultat contre son anévrysme, par les alternatives d'espoir et de désillusion, il subit une opération peu dangereuse en général.

L'artère fémorale est liée sur un point où elle est presque superficielle ; la veine, située en arrière, reste parfaitement intacte. Il ne s'y fait aucun travail inflammatoire : la plaie cutanée n'a pas plus de 4 centimètres 1/2 de longueur. Tout se passe bien les premiers jours. Survient un petit frisson à peine marqué, la peau prend une teinte ictérique, la plaie se sèche, et un peu de gangrène se manifeste sur ses bords, on remarque une plaque rougeâtre sur le cou-de-pied, une antre sur un bras, la prostration devient considérable, et le malade s'éteint avec toute sa connaissance.

A l'autopsie, on ne trouve rien dans le système veineux, rien dans les poumons, le foie, les reins, rien au niveau des plaques rouges du cou-de-pied et du bras, rien dans les diverses articulations, sauf dans une seule, celle du genou, sur laquelle a porté une flexion forcée de dix jours. La rate est un peu grosse, mais sans abcès métastatiques ; les ganglions qui reçoivent les lymphatiques du membre opéré sont tuméfiés ; on incise le plus rapproché de la plaie, et on n'y trouve pas de pus.

On est obligé d'attribuer la mort à un empoisonnement, dont le point de départ est dans la plaie, comme le prouve la tuméfaction des ganglions de ce côté. L'infection purulente existait déjà, du moins à sa première période, et le malade est mort avant qu'il se fît aucun abcès métastatique, parce que sa résistance vitale s'était graduellement usée.

Les partisans du miasme humain et du virus chirurgical ne manqueront pas de voir dans un fait de ce genre la confirmation de leurs théories.

En effet, on ne peut pas dire que cet homme soit mort d'une infection putride, distincte de l'infection purulente. Tous les phénomènes morbides éprouvés par lui font songer à cette dernière affection, non à la première.

Il est mort avec la prostration d'un individu empoisonné, sans présenter de lésion locale qui pût expliquer cette prostration et cette mort.

— La diffluence du caillot au-dessus de la ligature, et en dessous son organisation très-imparfaite, enlèvent une partie de sa valeur à une remarque qui autrement en pourrait avoir une très-grande : c'est que dans l'anévrysme diffus le caillot était adhérent et tendait à s'organiser en couches concentriques partout où il était en contact avec les enveloppes artérielles dilatées, tandis qu'il restait mou, fibrino-globulaire, non adhérent sur les autres points.

Il se peut qu'il y ait là seulement une coïncidence fortuite ; il se peut aussi que ce soit le résultat d'une loi générale à dégager de ses inconnues.

— Enfin, il est bon de noter que la compression instrumentale par l'appareil de Signorini, a laissé des traces encore apparentes après plus d'un mois. On ne saurait attribuer à aucune autre cause la suffusion sanguine et l'induration du tissu cellulaire, dans une étendue qui correspondait à celle de la pelote, aux points sur lesquelles elle avait porté : trop loin de la plaie pour qu'on pût mettre en cause le traumatisme.

Traitement des hémorrhoïdes.

Faut-il opérer les hémorrhoïdes ? Comment faut-il les opérer ? Nous avons entendu, dans la même semaine, cette question traitée par les partisans de deux méthodes très-différentes.

M. Voillemier n'est pas d'avis qu'il faille détruire les hémorroïdes internes, même procidentes. On sait ce qu'il faut entendre aujourd'hui par ce mot : *hémorrhoïdes internes*. Depuis le beau mémoire de M. Gosselin (1), on distingue les hémorrhoïdes en deux grandes classes :

1° Celles qui prennent naissance en dehors de l'anus dans la peau de cette région, ou au point d'union de la peau avec la muqueuse. Elles ne sont jamais très-grosses ; un tissu cellulaire plus ou moins épaissi, plus ou moins induré, entre dans leur

(1) *Leçons sur les hémorroïdes*, par L. Gosselin. Paris, 1866.

composition et y tient souvent plus de place que la varice, cause première de la tumeur.

2° Les hémorrhoïdes internes, ainsi nommées qu'elles soient procidentes ou non, quand elles prennent naissance sur la muqueuse rectale, au-dessus du sphyncter; elles sont constituées à peu près exclusivement par des paquets de varices.

Ces dernières sont les seules sur lesquelles on ne soit pas d'accord.

Quant aux autres, elles sont peu gênantes; mais, si elles l'étaient, on pourrait sans grand danger les couper, les brûler ou les détruire d'une façon quelconque.

Celles qui prennent naissance sur la muqueuse rectale peuvent acquérir, au contraire, un volume énorme. Elles sont préjudiciables par les hémorrhagies qu'elles peuvent occasionner, par la gène et par les douleurs qui en résultent lorsquelles sortent à travers le sphyncter. Il peut donc y avoir un grand intérêt à les guérir. Mais, d'une autre part, les paquets veineux dont elles sont formées amènent quelquefois, par leur inflammation, des accidents graves : phlébite, infection purulente, etc., et on ne les ouvre pas sans crainte d'hémorrhagie.

Aussi comprend-on qu'on hésite avant de traiter une infirmité peu daugereuse par une opération qui peut occasionner la mort.

Cependant les hémorrhoïdes procidentes rendent parfois la vie insupportable par les douleurs et principalement par l'assujétissement qu'elles causent. Il faut bien agir en pareil cas, et choisir, parmi les méthodes de traitement, la moins dangereuse, car elles le sont toutes.

M. Gosselin a préconisé la cautérisation des tumeurs hémorrhoïdales à l'aide de l'acide azotique mono-hydraté. Cette cautérisation est très-superficielle; il faut souvent y revenir à plusieurs reprises, et comme les séances ne doivent pas être trop rapprochées les unes des autres, le traitement peut durer des semaines et des mois. En revanche, il est peu douloureux et n'empêche pas le malade de se livrer, pendant sa durée, à ses occupations ordinaires.

En général, dans les hôpitaux, on préfère une méthode plus prompte : l'écrasement linéaire, ou encore la cautérisation au fer rouge.

M. Voillemier pratique en pareil cas, la cautérisation au fer rouge; mais comme nous l'avons dit plus haut, ce n'est pas dans le but de détruire les hémorrhoïdes.

Les recherches de M. Gosselin ayant prouvé que les tumeurs hémorrhoïdales s'effacent presque aussitôt rentrées dans le rectum, l'important est de les y maintenir; et si l'on peut y parvenir, le malade peut être regardé comme guéri ou à peu près.

Il paraît que Dupuytren avait eu l'idée de rétrécir l'anus en excisant sur la muqueuse quelques plis radiés. Dans le même but M. Voillemier pratique sur l'anus une cautérisation cruciale, à l'aide d'un cautère cutellaire. Si les tumeurs hémorrhoïdales sont sorties lors de l'opération, il ne craint pas de les comprendre dans cette cautérisation cruciale; mais si elles sont rentrées dans le rectum, il les y laisse.

D'autres chirurgiens cherchent à détruire les tumeurs elles-mêmes. Mais qu'ils emploient le cautère actuel, ou l'écraseur, ils évitent de comprendre dans l'opération toute la circonférence de la muqueuse. Lorsqu'un bourrelet complet et circulaire vient faire saillie en dehors de l'anus, on a bien soin de le diviser en plusieurs masses et de laisser des parties intactes entre celles qu'on va détruire. On évite ainsi les rétrécissements cicatriciels, observés souvent avant qu'on ne prît cette précaution, qu'il ne faut jamais négliger.

Dr Victor Revillout.

NOTE

SUR L'ALIMENTATION DES OPÉRÉS DE RÉSECTION OSSEUSE.

Par M. André Sanson.

Je viens soumettre aux chirurgiens qui pratiquent les résections osseuses, quelques considérations sur le régime alimentaire de leurs opérés, qui ne seront peut-être pas jugées inutiles pour le succès définitif de ces opérations.

En faisant la théorie du phénomène zootechnique de la précocité, réalisé empiriquement par Bakewell, j'ai établi que ce phénomène a pour point de départ la soudure hâtive des épiphyses et, par conséquent, l'achèvement précoce du squelette, sous l'influence d'une alimentation particulière. L'âge auquel le sujet arrive à l'état adulte, dans les conditions ordinaires, est devancé. J'ai eu l'occasion de mettre sous les yeux de mes collègues de la Société d'anthropologie, des pièces osseuses qui le démontrent d'une manière péremptoire.

Il me semble que l'on pourrait tirer de là, pour la réparation plus prompte et plus complète des os reséqués, chez l'homme, un bon enseignement.

En effet, l'étude des matières alimentaires qui, dans la pratique des meilleurs éleveurs, favorisent le mieux la précocité des espèces animales où l'achèvement hâtif de leur squelette, fait voir qu'elles sont fie celles où l'analyse chimique révèle la plus forte proportion de phosphate calcaire qui entre dans la constitution des os. Ce sont, en général, des semences de céréales, de légumineuses ou de plantes oléagineuses, dont une ration journalière graduellement croissante entre de bonne heure dans l'alimentation des jeunes animaux.

Tandis que dans les tiges des plantes de prairies les plus riches, la proportion de l'acide phosphorique ne dépasse pas 0.75 et celle du calcaire 2.50 pour 100, elles atteignent, pour les semences alimentaires dont il s'agit, jusqu'à 1.20 pour 100 d'acide phosphorique, dans les fèves par exemple, et 0.18 de calcaire; et dans le tourteau de colza, elles arrivent à 2.50 et 0.06 d'acide phosphorique et de calcaire.

On ne peut pas songer à utiliser les tourteaux de graines oléagineuses dans l'alimentation de l'homme; mais toute la série des légumineuses alimentaires, telles que les fèves, les haricots, les pois, les lentilles, les vesces, dont le moins riche contient 0.85 pour 100 d'acide phosphorique, peut fournir les éléments d'une nourriture variée, nécessaire à la conservation de l'appétit.

Il convient surtout d'appeler l'attention sur le pain, qui entre pour une si forte part dans l'alimentation des Français. Dans le cas qui nous occupe, il peut avoir une influence très-notable, suivant son mode de confection.

La farine de froment ne contient que 0.40 d'acide phosphorique et 0.02 p. 100 de calcaire; celle de seigle contient 0.70 de l'une et 0.05 de l'autre; mais ce qui est bien significatif, c'est qu'on trouve dans le son de froment 2.50 d'acide phosphorique et 0.11 p. 100 de calcaire; d'où il suit que les farines blutées comme le sont celles avec lesquelles on fabrique le pain blanc, sont en grande partie privées de leurs phosphates.

Ce n'est donc pas avec le pain blanc qu'il faudrait nourrir les opérés dont nous nous occupons, mais bien avec du pain retenant la plus forte partie du son, ou mieux encore avec celui confectionné d'après le procédé de Mège-Mouriès, qui conserve, en même temps que sa blancheur, tous les éléments nutritifs du grain de froment.

Je n'ignore pas que des tentatives ont été faites sans succès, pour favoriser les formations osseuses, à la suite des résections sous-périostées, en introduisant l'élément phosphorique dans l'économie des opérés. Il n'y a pas lieu d'être surpris que ces tentatives n'aient point réussi. Les matières minérales ou autres ne peuvent entrer dans la constitution des tissus qu'à la condition de se présenter à l'absorption digestive sous une forme qui les rende assimilables. Or, les hypophosphites alcalins qui ont été administrés directement, et aussi la poudre d'or, ne peuvent à aucun degré être considérés comme des aliments. Seuls les phosphates terreux naturels, élaborés par les végétaux, en ont la propriété, ainsi que le prouve la pratique zootechnique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 10 août 1869. — Présidence de M. Denonvilliers.

(SUITE ET FIN.)

Suite de la discussion sur la vaccine.

M. Depaul continue ainsi son discours :

Parlons maintenant de la culture du cow-pox. Elle n'offre aucune difficulté. Sur l'animal, l'éruption paraît un peu plus hâtivement que sur l'homme, presque toujours au bout de quarante-huit heures. A ce moment on distingue à la loupe une saillie, et on sent sous le doigt une élevure encore très-petite. Les pustules ne prennent pas un développement aussi grand que chez l'homme; elles ne s'accompagnent d'aucune réaction générale, et il se fait très-peu d'inflammation locale.

Vers le huitième jour le contenu des vésicules jaunit et devient purulent, des croûtes commencent à se former; puis du quinzième au vingtième jour, ces croûtes se détachent, et à leur place il se forme des cicatrices indélébiles. J'ai retrouvé ces cicatrices sur une vache, plusieurs années après la date de la vaccination.

La virulence se maintient pendant quatre jours, le quatrième, le cinquième, le sixième et le septième; puis elle s'affaiblit, et nous avons vu que les résultats des vaccinations pratiquées le huitième jour sont beaucoup moins satisfaisants. Comme la vache n'est pas malade, la dépense n'est pas très-grande; puisqu'il s'agit seulement de renouveler et de nourrir les sujets employés.

Maintenant que devient le cow-pox inoculé à l'espèce humaine? C'était là le grand cheval de bataille de notre contradicteur. Il a interprété toute chose à sa manière. Il a voulu me mettre en opposition avec M. Blot, et je vous ai montré à la dernière séance ce qu'il en était. Il a essayé de me mettre en contradiction avec moi-même, et il n'y a pas mieux réussi. Mon Dieu, la chose était possible. Quand on expérimente sans parti pris, quand on raconte avec bonne foi ce qu'on a vu, il peut arriver qu'on exprime sur le même sujet plusieurs opinions, si de nouveaux faits sont venus dans l'intervalle modifier les premiers. J'aurais donc pu m'être contredit, mais cela n'est point arrivé. M. Guérin, en me citant, avait fait une confusion; nous allons voir laquelle; mais d'abord indiquons ce qui se passe quand on transmet le cow-pox de la bête à l'homme.

Les procédés d'inoculation sont les mêmes que lorsqu'il s'agit de la vaccine Jennérienne. L'incubation, dans l'immense majorité des cas, dure trois jours, quelquefois quatre, plus rarement cinq, plus rarement encore six, et enfin une fois, une seule fois, je l'ai vu se prolonger jusqu'au dixième jour. Mais la pustule tardive ne se hâte pas de réparer le temps perdu, comme l'a prétendu M. Guérin. Elle se développe aussi graduellement et dure aussi longtemps que si elle avait paru plus vite, et elle garde parfois jusqu'au dixième jour sa virulence. Cette pustule est le double ou le triple de ce qu'elle serait sur la bête, et de ce qu'elle était sur l'enfant dans la vaccine jennérienne. Alors que les deux vaccinations se pratiquaient parallèlement à l'Académie, les visiteurs reconnaissaient la vaccine animale, sans se tromper jamais, par le seul aspect des pustules. Le cow-pox est si beau, si large, la végétation si puissante! Je ne comprends pas qu'un agriculteur et vacciniculteur, tel que M. Guérin, ne voie pas là des preuves de vigueur, d'énergie, de fécondité.

J'ai noté que l'auréole était plus intense et les ganglions plus souvent pris, que vers le septième ou huitième jour, les phénomènes généraux étaient plus développés. Ici M. Guérin m'objecte des passages de mes discours ou rapports antérieurs qu'il a cités, sans les comprendre. En 1866, j'ai bien écrit, comme le rappelle M. Guérin : « Nous n'avons pas remarqué que la période d'inoculation présentât des phénomènes généraux plus intenses, etc. » Mais j'ajoutais quelques lignes plus loin : « Quant à la période d'éruption, les phénomènes généraux y sont plus marqués. »

Aussi ai-je pu dire, l'année suivante, sans me contredire : « La vaccine animale l'emporte sur la vaccine jennérienne, à la période de suppuration, par l'intensité de la réaction générale. » Et dans un discours postérieur. « La réaction locale est plus franche, et nous avons revu la fièvre vaccinale décrite par Jenner. »

Ainsi, c'est facile à concevoir, pendant la période d'inoculation, le cow-pox ne donne rien ou presque rien en fait de réaction générale; mais après cette période, surtout au moment de la suppuration, il peut se produire de la fièvre. C'est ce que nous avons remarqué dès le principe, et ce que nous soutenons encore.

Les croûtes du cow-pox tombent un peu plus tard, et laissent après elles des cicatrices beaucoup plus larges. Enfin, souvent, il se produit des pustules surnuméraires. Je fais trois piqûres et parfois je trouve six boutons; parfois même le vaccin se généralise; d'où je conclus qu'il est plus vivace, que son action est plus puissante, qu'il imprègne mieux l'économie.

Quant aux insuccès, j'en ai eu 5 sur 278 vaccinations, et celles qui ont réussi m'ont donné un total de 1,228 pustules, à peu près 4 et demie par individu pour 6 piqûres.

Ainsi la proportion des succès est énorme, soit par rapport au nombre des vaccinés, soit par rapport au nombre des pustules obtenues.

M. Guérin. Oui, en défalquant ce qu'on n'a pas voulu compter.

M. Depaul. Vous voulez parler de l'expérience du 19 mai; j'y arrive. M. Guérin vous a dit avoir assisté à cette expérience; le fait n'est pas exact; non, il a seulement assisté à ses résultats. Mais comme il ne venait jamais aux séances de la commission, il ne savait pas dans quelles conditions cette expérience avait été faite. La commission s'était réunie et avait dit : Le cow-pox réussit très-bien quand on le prend le 4e, le 5e, le 6e jour; mais il doit s'affaiblir quand les boutons jaunissent. Assurons-nous-en. Essayons du cow-pox du 8e jour. Voilà ce qui s'était passé et ce qu'ignorait M. Guérin quand il est venu à l'Académie pour constater que le cow-pox avait échoué sur le plus grand nombre des vaccinés. Nous avons eu seulement, ce jour-là, 28 succès pour 32 insuccès. Mais il s'agit d'une commission qui sait d'avance quelle ne réussira pas, et qui, volontairement, obtient un résultat négatif. Tout ceci était écrit sur le registre d'expériences.

M. Guérin. Je demande à voir ce registre.

M. Depaul. On vous l'apportera; mais l'Académie n'en a pas besoin pour croire un fait que j'affirme et que tous les membres de la commission peuvent attester.

Les résultats des vaccinations par le cow-pox ont donc été très-beaux, et les revaccinations pratiquées à l'Académie ont donné en moyenne 33 succès pour 100.

En dehors de l'Académie, le plus grand nombre des médecins vaccinateurs des arrondissements de Paris se sont déclarés pour le cow-pox. Dans le 4e arrondissement, M. Frégniaud a insisté sur la difficulté d'avoir de bons vaccinifères dans les mairies. Dans le 8e, M. Bergin a eu 31 insuccès avec le vaccin Jennérien. Du reste, il ne faudrait pas croire qu'on réussit toujours avec le vaccin de Jenner. Le 12 septembre 1868, il y avait 22 vaccinations à faire à l'Académie. Le vaccinifère était superbe, les pustules bien développées. Insuccès complet. Pas une piqûre n'a réussi. Cela peut arriver peut-être avec le cow-pox comme avec la vaccine humaine; mais certainement avec celui-ci cela n'est point excessivement rare.

Dans le premier arrondissement de Paris, M. Durozier, ancien chef de clinique de M. Bouillaud, a obtenu du maire la permission d'expérimenter la vaccination animale. Il m'a fait connaître officieusement les résultats obtenus par lui. Sur 146 vaccinations, 5 insuccès seulement; le nombre des boutons a été 86 fois : 6 pour 6 piqûres, 3 fois il a été de 7, une fois de 8, une fois l'éruption s'est généralisée.

Les conclusions de M. Durosier sont absolument en faveur du cow-pox.

« La vaccination animale, dit-il, doit être employée dans les mairies de Paris. Elle diminue et réduit presque à rien les insuccès, etc. » D'après ces conclusions on va organiser dans le premier arrondissement un service permanent de vaccination animale.

Maintenant, nous pouvons citer une expérience qui se poursuit en grand. On emploie exclusivement le cow-pox pour les vaccinations dans les hôpitaux de Paris. M. Husson, directeur général de l'Assistance publique, m'a communiqué les statistiques officielles. Je n'ai pas encore eu le temps de les dépouiller en entier, car elles portent sur 4 à 5,000 vaccinations; mais les résultats m'ont paru en être toujours à peu près les mêmes que lors de mon précédent rapport. Sur les enfants de quelques jours qu'on vaccine dans les hôpitaux, le nombre des succès est en moyenne de 74 p. 100. Or, le vaccin prend beaucoup plus mal chez les enfants qui viennent de naître.

J'abrége; car l'heure est avancée et je veux finir aujourd'hui. M. Danet, médecin du ministère de l'intérieur, nous a parlé de 4,530 revaccinations pratiquées à l'aide du cow-pox et qui ont donné une moyenne de 40 succès pour cent.

Mais voici un fait plus frappant qui m'a été communiqué par lui. La variole s'était déclarée dans une maison pénitentiaire et dans une prison situées dans le département du Nord. Il y avait déjà eu eu 46 cas et 3 décès. On a envoyé de Paris une génisse inoculée et le médecin a revacciné tous les détenus. L'épidémie s'est arrêtée complétement à partir de ce jour, sauf un seul cas qui s'est déclaré le lendemain. Le vaccin humain fait-il mieux?

Autre fait semblable. Un paquebot transatlantique, le *Nouveau-Monde*, allait partir pour les Antilles, où régnait la variole. Le paquebot qui en revenait, la *Floride*, avait eu pendant la traversée 48 cas de variole, dont 9 mortels. Il fut question de revacciner tout l'équipage et les passagers; et on demanda à M. Lanoix 200 tubes de vaccin. Mais le navire devait partir le surlendemain. Il était impossible de se procurer deux cents tubes en deux jours. M. Lanoix vaccina une génisse qui fut embarquée. Le lendemain du départ un cas de variole se déclarait à bord sur une femme qui avait lavé le linge des premiers varioleux; mais les pustules de la génisse s'étant développées, le médecin de bord revaccina tout l'équipage et les passagers, au nombre de six ou sept cents. Dès lors, pas un cas de variole ne se déclara parmi les revaccinés, bien qu'aux Antilles, on ait reçu deux voyageurs qui furent pris de variole. Je le répète, la variole jennérienne a pu produire de pareils résultats; mais a-t-elle fait mieux?

Laissez-moi encore vous citer l'opinion de M. Rougier, qui tient à Marseille un office de cow-pox, celui de M. Varlemont qui, est à la

tête de l'institut vaccinal, fondé à Bruxelles par arrêté du roi des Belges. Cet arrêté du 19 juillet 1868, établit la vaccination animale en Belgique et elle y est bien reçue par le corps médical. Sur 1,800 médecins, 827 ont demandé du cow-pox en 5 mois et on a pratiqué 1,241 revaccinations d'indigents.

Du reste, en Belgique comme ici, à l'Académie, quand on y avait le cow pox, on n'est pas exclusif : on donne du cow pox à qui en demande, et du vaccin jennérien à qui le préfère. M. Guérin vous a parlé de lettres de vaccinateurs qui réclament après avoir reçu du cow-pox ; mais il n'en est pas moins qui réclament quand ils ont reçu du vaccin ordinaire. L'année dernière, le cow pox n'existant plus à l'Académie, j'ai reçu encore 128 lettres de ce genre, et cette année, en six mois, 117. Tous ces chiffres ne prouvent rien, car tous les médecins qui vaccinent n'écrivent pas.

Avant de conclure, je dois encore faire une rectification à une citation de M. Guérin. Il a invoqué le rapport de M. Simonin, de Nancy, mais il s'est gardé de citer ce qu'il y avait de vraiment important dans ce rapport. M. Simonin a pu conserver pendant 9 mois deux tubes de cow-pox et cinq tubes d'autre vaccin dans un vase d'eau qui a gelé pendant l'hiver; et lorsqu'après neuf mois il fit sur la génisse 5 expériences à l'aide de ces tubes, tous les résultats furent positifs. Ainsi, il aurait inoculé sur la génisse tant de vaccin humain que de cowpox, et c'est ce que M. Guérin n'a pas compris. Quant M. Simonin parle du vaccin qui a passé par l'animal, il ne parle pas du vrai cow-pox. Quant il dit que 5 vaches étant inoculées avec succès, trois ne donnèrent aucun résultat, il veut dire qu'on ne se servit pas du vaccin qu'elles portaient pour inoculer des enfants. Quand est au fait du langage de M. Simonin, on voit qu'il est au contraire très-favorable à la vaccination humaine.

Comme nous, il voit dans ce genre de vaccination le meilleur moyen de prévenir le danger de donner la syphilis et tout ce que peut transmettre une inoculation d'homme à homme. Je ne m'explique point, mes observations ne sont pas encore assez nombreuses, je suis difficile à convaincre ; mais je poursuis cette étude, et peut être un jour aurai-je à vous faire d'importantes communications sur ce sujet.

Messieurs, arrivé au terme de cette longue discussion, j'éprouve le besoin de vous remercier de l'attention bienveillante que vous avez bien voulu m'accorder. L'incontestable habileté de mon contradicteur, aussi bien que les difficultés du sujet rendaient ma tâche difficile; mais je ne regretterai ni mes efforts ni mes peines si je suis parvenu à faire passer dans vos esprits les convictions profondes qui sont dans le mien, et que je résume dans les propositions suivantes :

1° Le vaccin, conservé de bras à bras, subit, après un certain nombre de générations, un affaiblissement incontestable ;

2° Cette dégénérescence est attestée par la diminution progressive des phénomènes locaux et généraux qui appartiennent au cow-pox qui possède toute son activité, par l'apparition plus fréquente de la variole chez les vaccinés et par les succès considérables obtenus dans les revaccinations ;

3° La syphilis vaccinale, longtemps méconnue, est aujourd'hui un fait incontestable, et c'est à l'observation clinique bien comprise et sagement interprétée qu'on doit de lui avoir trouvé une place parfaitement distincte dans le cadre nosologique.

4° Le cow-pox entretenu sur l'espèce bovine, c'est-à-dire sur sa terre natale, y conserve, pendant de nombreuses générations, une énergie et une activité qui sont indispensables pour assurer ses propriétés préservatrices quand on l'inocule à l'espèce humaine;

5° L'inoculation du cow-pox ainsi perpétué est un moyen assuré de se mettre à l'abri de la syphilis vaccinale et de rendre à la vaccine tout le prestige dont elle a besoin pour être véritablement utile ;

6° Il paraît démontré, par des expériences déjà nombreuses, que le vaccin qui s'est affaibli dans l'organisme humain se retrempe avantageusement par une germination nouvelle dans l'espèce bovine.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 23 juin 1869. — Présidence de M. Verneuil.

(Suite.)

Cet appareil pour lequel on peut assez justement parodier un mot tristement célèbre, cet appareil fit merveille. Le malade n'eut besoin d'aucun apprentissage pour s'en servir. M. Husson voulut bien se rendre à Cochin pour voir travailler le malade. Il pouvait faire tout ce que fait un terrassier, manier la pelle, la bêche, la pioche, charger une brouette, la traîner, la vider en la retournant. Ces photographies que j'ai prises à l'hôpital, vous le montrent fauchant la prairie dans laquelle se construisent nos tentes hôpitaux ; ailleurs, tenant sa pelle pleine de charbon, remplissant une hotte placée à hauteur d'homme, traînant une brouette chargée de plus de 100 kilogrammes de charbon, et tout cela, je le répète, il put le faire du premier coup et si, au lieu de vous présenter le malade, je ne vous présente que ses photographies, c'est que dans son bonheur qui se traduisait par des larmes de joie, il voulut retourner de suite auprès des siens, et leur gagner par son travail ce pain qui lui manquait souvent depuis sa mutilation, et les tirer de la misère, grâce à l'invention de notre confrère. A cet appareil revient donc le titre de prothèse du pauvre, il permet le dur travail du manouvrier, de l'homme des champs, du terrassier, et si son prix n'est pas à Paris de 15 francs comme à Mont-Louis, il est peu élevé puisqu'il ne monte pas au delà de 30 à 40 francs.

En résumé, messieurs, nous ne pouvons que féliciter M. Gripouilleau de son ingénieuse invention, et nous féliciter d'avoir enfin les moyens de pouvoir rendre le travail manuel possible à bien des malheureux, qui sans cet appareil seraient voués à la misère.

Discussion sur le traitement de la syphilis.

M. LÉON LE FORT. Si nos discussions ne devaient pas retentir au delà de cette enceinte, je ne prendrais pas la parole ; mais au dehors, et surtout à l'étranger, on pourrait donner aux statistiques que notre collègue M. Desprès, cite à l'appui du traitement tonique et réparateur une valeur qu'elles ne sauraient avoir. L'argumentation de M. Desprès est en résumé celle-ci: J'ai eu 300 malades syphilitiques en traitement à l'hôpital ; ces 300 malades sont sorties guéries, 30 seulement s'y sont depuis représentées par suite de la réapparition des accidents. J'ai donc seulement 10 p. 100 de récidives; tandis que mes collègues qui emploient les mercuriaux comptent 20 p. 100 de récidives; donc le traitement tonique et réparateur guérit plus sûrement que le traitement mercuriel.

Certes les personnes étrangères au fonctionnement de nos hôpitaux s'imagineront, ou, qu'il en est des malades de Lourcine comme de celles de Saint-Lazare, comme des filles inscrites à la préfecture, qu'on retrouve ultérieurement aux visites du dispensaire, ou bien, que notre collègue a suivi toutes ces malades, et que 30 seulement ont vu survenir une récidive. Or, il me paraît nécessaire qu'on sache ailleurs que ce chiffre si précis des récidives est purement et simplement celui des syphilitiques qui redevenues malades après leur sortie, ont cru devoir retourner dans le service de notre collègue ou tout au moins à l'hôpital de Lourcine.

Je pourrais même indiquer un moyen d'avoir, avec une pareille base d'évaluation de la valeur du traitement, un nombre bien moins grand encore de récidives; je suppose que je sois chirurgien à l'hôpital de Lourcine. Partisan des mesures disciplinaires, j'use largement de la faculté de mettre au cachot les insubordonnées, je punis les infractions au règlement, en un mot je suppose, et ce n'est que sur moi que je fais porter cette supposition toute gratuite, je suppose que je m'applique à rendre le séjour de mes salles si attrayant que mes malades, n'aient qu'un désir : en sortir et ne jamais y rentrer. Si je suis parvenu à rendre ce désir suffisamment énergique je serai arrivé à ce résultat : sur 300 malades, il n'en rentrera aucune, de sorte que j'aurai par ce fait seul trouvé, sans m'en douter, un traitement héroïque qui guérira la syphilis sans récidive aucune.

Je répète donc : M. Desprès n'a pas suivi toutes ses malades et il n'aurait pu le faire après qu'elles sont sorties de l'hôpital. Le chiffre de ses récidives n'indique que le chiffre des malades rentrées à Lourcine ou dans son service; le chiffre des malades données comme guéries sans récidive est en réalité celui des femmes qui, reprises ou non de nouveaux accidents, n'ont pas voulu retourner à l'hôpital, ou revenir se soumettre au traitement tonique et réparateur, c'est-à-dire à l'expectation.

S'il faut en donner une preuve palpable, je dirai : dans son discours de la séance dernière, M. Desprès cite parmi les guéries une femme à laquelle il a ponctionné trois fois la chambre antérieure, probablement pour la guérir d'un iritis. Or, cette jeune fille m'a été présentée, il y a quelques jours, par un de nos confrères, elle m'a dit, et je prie notre collègue de ne pas prendre à mauvaise intention cette reproduction d'une opinion individuelle, certainement mal fondée : « Je ne veux à aucun prix retourner dans le service de M. Desprès, et je ne veux pas retourner à Lourcine de peur qu'on me force à rentrer dans le service de M. Desprès, d'ailleurs il ne fait aucun traitement. »

Eh bien ! cette malade guérie, par le traitement tonique et réparateur, cette malade que notre collègue regarde comme exempte de récidive, par cela seul qu'elle n'est pas retournée lui demandera de nouveaux soins, était atteinte quand je la vis de plaques muqueuses de la joue, de plaques muqueuses de la langue, de plaques muqueuses du pharynx, de plaques muqueuses de la vulve, de plaques muqueuses de l'anus; ce qui me paraît constituer une récidive complète.

M. LIÉGEOIS présente le malade qu'il a déjà montré il y a huit jours, afin que la Société pût constater les progrès considérables de l'affection syphilitique tuberculo-crustacé qu'il portait, sous l'influence des injections de sublimé, il rappelle que ce sujet est en traitement depuis dix-huit jours. Jusqu'à mercredi dernier M. Liégeois a employé des doses graduelles de sublimé de 8 milligrammes à 15 milligrammes par jour. Depuis mercredi, il est descendu graduellement à sa dose habituelle de 4 milligrammes. Aujourd'hui il reste à peine 3 ou 4 croûtes à la surface du corps ou de la face. Les énormes plaques tuberculeuses que présentait ce malade ont totalement disparu, et sont remplacées par des taches rougeâtres, dont quelques-unes présentent un aspect cicatriciel. M. Liégeois engage les membres de la Société à constater que le dos de ce sujet ne présente en aucun point la moindre trace d'inflammation, quoique cette partie du corps eût reçu déjà 72 injections.

M. LIÉGEOIS continue ainsi :

Mon intention n'était pas, comme je l'ai dit, de soulever une troisième discussion sur la valeur comparative des médications tonique et mercurielle. J'espérais que M. Desprès reconnaîtrait que les conditions dans lesquelles je m'étais placé éloignaient toute idée de comparaison entre les résultats obtenus par lui et par moi. Qu'ai-je donc fait, en effet, après cette première année d'expérimentation, dont j'ai donné les résultats dans une séance précédente? J'ai mis 196 malades aux injections de sublimé à petites doses, sans faire usage ni du traitement local ni du traitement tonique, à part 13 malades, qui, dans un but comparatif, ont été soumis à ce dernier traitement en même temps qu'aux injections. M. Desprès, au contraire, adjoint au traitement tonique qu'il défend avec tant de persévérance, les cautérisations et les bains. Or, sans ces adjuvants, il ne pourrait guérir la syphilis, à part certains cas de peu de gravité.

Pour m'en assurer, 21 sujets, choisis parmi ceux qui paraissaient avoir les accidents syphilitiques les plus légers, ont été traités dans mon service exclusivement par les toniques (vin de quinquina, pilules de Vallet). Or, 2 atteints de roséole sont sortis guéris. 14 atteints pour la plupart de plaques muqueuses, ont été un peu améliorés. 5 n'ont eu aucune amélioration. Sur leur demande, 7 de ces 21 sujets on été mis à un traitement mercuriel et ont quitté l'hôpital parfaitement guéris. M. Desprès objecte à ces résultats que le traitement tonique n'a pas été poursuivi assez de temps, mais le plus grand nombre de ces sujets y sont restés soumis plus de 20 jours, quelques-uns 30, d'autres 60.

On comprend difficilement, en réalité, en face des résultats que j'ai obtenus avec la méthode hypodermique, que M. Desprès soit encore venu nous répéter que le mercure est au moins inutile, sinon nuisible. Quels genres de preuves faut-il donc lui donner? Je lui certifie qu'à Lourcine, avec des doses moyennes de sublimé, données en injections, j'ai guéri des syphilis graves en seize jours en moyenne, comme Lewin l'avait fait lui-même ; qu'au Midi, avec des doses faibles de sublimé, j'ai guéri des syphilis graves en 37 jours, en moyenne; je viens enfin de lui présenter un sujet atteint de syphilis excessivement grave et qui, avec des doses fortes, a été amélioré de la façon la plus considérable en 18 jours, et avec cet ensemble de preuves, je ne parviens pas à convaincre mon collègue ! Ces résultats, messieurs, je les crois inattaquables, et je tiens, vu leur importance, à ce qu'ils ne soient contestés que par des observations opposées; ils démontrent de la façon la plus péremptoire qu'avec les injections hypodermiques on peut, presqu'à sa guise, se rendre maître des accidents secondaires en variant les doses de sublimé. Mais là surtout où les injections rendront des services qu'aucune méthode jusqu'ici n'a pu rendre, c'est quand le clinicien sera en face d'accidents graves et qui menacent la fonction d'un organe ou bien la fonction d'un appareil, c'est-à-dire la vie. Je vous ai déjà parlé d'une iritis double, qu'aucun traitement n'avait pu arrêter dans sa marche, même les injections de sublimé à petites doses, et qui, en trois jours, s'est dissipée presque complétement en doublant celles-ci. J'ai à vous rapporter aujourd'hui le fait d'un individu qui, rentré dans mes salles pour une récidive de syphilis, traitée antérieurement par le protoiodure de mercure, fut mis aux injections hypodermiques à petites doses; sept ou huit jours après son entrée, ce malade, qui portait des plaques muqueuses de la gorge, fut pris insensiblement d'une dyspnée effrayante; je lui prescrivis, le lendemain du début de cet accident, 5 centigrammes d'émétique, après lui avoir fait quatre injections, c'est-à-dire le double de la quantité habituelle; pendant la journée, on lui promena quelques sinapismes sur les jambes. Le soir, le malade était dans un état tel que les internes de l'hôpital furent sur le point de lui pratiquer la trachéotomie, pensant même qu'on n'aurait pas le temps de m'envoyer chercher. Cependant, au moment où ils discutaient la conduite qu'ils avaient à tenir, ils crurent s'apercevoir que la respiration devenait plus libre. Le lendemain, lors de ma visite, la respiration se faisait plus facilement que la veille, les injections furent encore doublées; le surlendemain, le malade respirait très-amplement, toutes mes craintes avaient cessé. Sans affirmer que ce sujet doive son salut aux injections seules, il m'est permis de penser au moins qu'il revient à celles-ci une large part.

Puisque M. Desprès conteste que mes malades guérissent malgré le mercure, il me reste, pour le convaincre, un seul parti à prendre, celui de lui proposer de présenter à la Société un malade du genre de celui que vous venez de voir, et de l'améliorer dans un laps de temps semblable. Ou si M. Desprès y consent, nous prendrons quatre malades ou plus placés dans des conditions morbides à peu près analogues; j'en traiterai deux par les injections, M. Desprès en traitera deux par les toniques, sans employer, lui, des cautérisations ou des bains, sans me servir, moi, ni de toniques, ni de cautérisations, ni de bains. Et si les malades de M. Desprès guérissent aussi vite et aussi radicalement que les miens, je m'avoue vaincu et abandonne toute espèce de traitement mercuriel.

Maintenant, je prends ma statistique telle qu'elle est, et j'espère que vous demeurerez convaincus de sa supériorité sur celle de M. Desprès, quand j'aurai examiné devant vous la manière de procéder de mon collègue. Mais avant d'entrer dans ce genre de discussion, je dois dire que j'utiliserai une statistique comparative faite en 1867, portant sur les malades de M. Desprès et sur les miennes, entrées à l'Ourcine dans nos deux services, depuis janvier jusqu'en décembre. Cette statistique a été prise à la fin de 1867, dans le seul but de m'assurer si mes résultats cliniques obtenus chez les malades traitées par le protoïodure, et ceux obtenus par mon collègue avec le traitement tonique, étaient bien différents l'un de l'autre. Dans une des séances précédentes, je vous ai dit qu'en réalité la différence n'était pas très-grande, car j'avais trouvé chez M. Desprès 18 récidives, et chez moi 14. Mais aujourd'hui que M. Desprès m'a forcé à étudier sa statistique dans ses plus petits détails, je reviens de mon erreur et vais vous démontrer que la statistique de mon adversaire n'est à nulle autre comparable.

M. Desprès me reproche d'avoir fait deux groupes de mes malades, les guéris d'une part, les améliorés de l'autre, et d'avoir donné ainsi à ma statistique un aspect avantageux, plus apparent que réel. Or, quand on se propose de connaître la valeur exacte d'un procédé, sinon nouveau, mais peu étudié encore, ma manière de faire est d'une importance capitale. Vous allez en juger par vous-mêmes. Je vous rappelle que sur mes 196 malades, j'ai 69 améliorés (35 p. 100); sur ces 69 améliorés, j'ai 14 récidives (20 p. 100). Supposez que je sois venu vous dire : sur mes 196 malades, j'ai par exemple, 90 améliorés au lieu de 69; assurément, vous auriez condamné la méthode, soupçonnant, avec juste raison, que cette méthode n'était acceptée qu'avec difficulté de la part des malades, ceux-ci n'ayant pas eu le courage ou la patience de la supporter jusqu'au moment de leur guérison.

(*Sera continué.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 11 août 1869, l'Empereur, sur la proposition de l'amiral ministre de la marine et des colonies, chargé par intérim du département de la guerre, a promu, dans l'ordre de la Légion d'honneur, les médecins militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de commandeur. — M. Cazalas (Louis), médecin inspecteur; officier du 14 septembre 1855 ; 36 ans de service, 12 campagnes.

Au grade d'officier. — M. Marmy (Michel-Jules), médecin principal de 1re classe à Oran; chevalier du 16 juillet 1853 : 33 ans de services, 8 campagnes.

M. Maupon (Théodore-René), médecin-major de 1re classe au 92e régiment d'infanterie ; chevalier du 14 septembre 1854 : 30 ans de services, 13 campagnes.

Au grade de chevalier. — M. Jogand (Louis), médecin major de 2e classe au 55e régiment d'infanterie : 23 ans de services, 5 campagnes.

M. Rioufol (Pierre-Antoine-Jules), médecin major au 5e régiment de lanciers : 19 ans de services, 11 campagnes.

M. Deschuttelaërre (Vinoc-Benoît-Joseph), médecin major de 2e classe au 11e bataillon de chasseurs à pied : 22 ans de services, 6 campagnes.

M. Papillon (François-Constant-Édouard), médecin major de 2e classe à l'hôpital militaire de Saint-Martin : 19 ans de services, 8 campagnes.

M. Allamargot (Louis), médecin major de 2e classe au régiment étranger : 17 ans de services, 12 campagnes.

M. Humann (Charles-Dominique), médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Marseille : 17 ans de services, 10 campagnes.

M. Bioche (François-Pierre), vétérinaire en 1er au régiment des guides : 25 ans de services, 1 campagne.

M. Bonnard (Pierre-Alfred), vétérinaire en 1er au 12e régiment d'artillerie : 21 ans de services, 2 campagnes.

M. Chalmandrier (Jean-Baptiste-Victor), vétérinaire en 1er à Sampigny : 24 ans de services.

M. Signol (Jean-Jules), vétérinaire civil à la commission d'hygiène hippique : 12 ans de services; campagnes.

— Par décret en date du 11 août 1869, rendu sur la proposition de l'amiral ministre de la marine et des colonies, les médecins et chirurgiens de marine dont les noms suivent, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, savoir :

Au grade d'officier. — M. Lauvergne (Joseph-Marie-Noël-Ernest), médecin professeur : 21 ans de services effectifs, dont 8 à la mer; chevalier du 15 août 1859.

M. Couffon (Vincent-Auguste); médecin principal de la marine : 24 ans de services effectifs, dont 21 à la mer; chevalier du 12 août 1862.

Au grade de chevalier. — M. Cunéo (Bernard), médecin professeur : 15 ans de services effectifs, dont 9 à la mer.

M. Delpeuch (Augustin-Marie), médecin de 1re classe de la marine : 13 ans de services effectifs, dont 7 à la mer.

M. Castillon (Jean-Baptiste-Henry), médecin de 1re classe de la marine : 16 ans de services effectifs, dont 11 à la mer ou aux colonies.

M. Veillon (Alexandre), médecin de 1re classe de la marine : 13 ans de services effectifs, dont 10 à la mer ou aux colonies.

M. Bezombes (Amédée-Justin-Urbain), médecin de 2e classe de la marine : 6 ans de services effectifs, dont 4 à la mer; infirmités contractées au service.

M. Bochard (Georges), médecin de 2e classe de la marine, embarqué sur la *Sémiramis* : 13 ans de services effectifs, dont 12 à la mer ou aux colonies; conduite dévouée dans des épidémies.

M. Méry (François-Camille), médecin de 2e classe de la marine : 9 ans de services effectifs, dont 5 à la mer; services distingués à bord de la *Vénus*.

M. Maréchal (Jean-Antoine-Edmond-Sennes), médecin de 2e classe de la marine, médecin-major du *d'Estrées* : 5 ans de services effectifs, dont 4 à la mer ou aux colonies : dévouement dans une épidémie de fièvre jaune à bord de ce bâtiment.

M. Baudc (Alexandre-Louis), médecin de 2e classe de la marine, médecin-major du *Lamothe-Piquet* : conduite dévouée dans une épidémie à bord de ce bâtiment.

M. Carpentin (Louis-Victor), médecin de 1re classe de la marine : 13 ans de services effectifs, dont 4 aux colonies; dévouement pendant l'épidémie de fièvre jaune.

M. Mac-Auliffe (Jean-Marie), médecin de 2e classe de la marine, détaché auprès du consulat français à Zanzibar : 13 ans de services effectifs, dont 8 aux colonies et à l'étranger, dans des conditions exceptionnelles.

M. Garnault (Isaac-Antony), pharmacien de 1re classe de la marine, en Cochinchine : 13 ans de services effectifs, dont 8 aux colonies; travaux scientifiques remarquables.

— Par décision impériale en date du 7 août 1869, rendue sur le rapport du ministre de l'intérieur et les propositions de la commission supérieure d'encouragement et de surveillance des sociétés de secours mutuels, les récompenses honorifiques suivantes ont été accordées aux personnes dénommées ci-après :

MÉDAILLES D'OR. — *Algérie*. — M. Petraud, médecin de la Société de la ville de Jemmapes.

Tarn, — M. Bénazech, médecin de la Société de Saint-Jacques, à Castres.

MÉDAILLES D'ARGENT. — *Algérie*. — M. Petraud. médecin de la Société de la ville de Jemmapes.

Meurthe. — M. Virlet, médecin de la Société de la commune de Blâmont.

Seine. — M. Dunoyer, médecin de la Société dite de Sainte-Eugénie, à Paris.

Tarn. — M. Bénazech, médecin de la Société de Saint-Jacques, à Castres.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique :

Faculté de médecine de Paris. — Sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (section de médecine), par suite du concours ouvert le 3 novembre 1868, MM. les docteurs :

Bouchard (Charles-Jacques); — Ollivier (Auguste-Adrien); — Chalvet (Pierre); — Lecorché (Ernest-Henri-Philippe-Édouard); — Brouardel (Paul-Camille-Hippolyte); — Cornil (André-Victor).

M. le docteur Cornil entrera immédiatement en fonctions pour terminer son exercice le 1er novembre 1871.

MM. les docteurs Bouchard, Ollivier, Chalvet, Lecorché et Brouardel, agrégés stagiaires, entreront en activité de service le 1er novembre 1871.

— *Faculté de médecine de Montpellier*. — Sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Montpellier (section des sciences anatomiques et physiologiques), par suite du concours ouvert devant ladite faculté le 15 mars dernier :

M. Sicard (Henri-Joseph-Auguste), licencié ès sciences naturelles, docteur en médecine, né le 19 septembre 1837, à Carcassonne;

M. Masse (Ernest-Alexandre), docteur en médecine, né le 16 août 1837, à Montpellier.

Ces agrégés stagiaires entreront en activité de service le 1er novembre 1871.

— La Faculté de médecine de Paris tiendra, demain samedi, sa séance annuelle pour la distribution des prix.

M. le professeur Lasègue prononcera l'*Éloge* de Trousseau.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — FACULTÉ DE MÉDECINE. — Éloge de Trousseau, par M. le professeur Lasègue. — Distribution des prix de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La séance solennelle a eu lieu samedi.

Le niveau des études ne s'est pas relevé. Cette année encore la Faculté, dans les trois divisions de l'École pratique, n'a pas trouvé un seul élève qui méritât une récompense ou même une mention.

Tout l'intérêt de la séance était dans l'éloge de Trousseau.

M. Lasègue a obtenu le succès le plus légitime en laissant parler ses souvenirs. En l'écoutant, on croyait revoir cette grande et noble figure d'un maître aimé ; et, quand il a peint les dernières souffrances, la mort arrivant à pas lents et si dignement envisagée, tous ont pris part à l'émotion qui étouffait presque sa parole dans des sanglots.

Oh non! ce n'est pas la jeunesse de l'École qui a changé. Rendez-lui ses Trousseau, ses Velpeau : vous verrez qu'elle a pour eux le même culte.

Dr VICTOR REVILLOUT.

ÉLOGE DE TROUSSEAU

par M. le professeur Lasègue.

Messieurs,

Cette solennité, que chaque année ramène, ne semble-t-elle pas avoir perdu quelque peu de sa grandeur et de son prestige? Le concours des élèves est moins empressé, leur participation plus mouvante et moins passionnée qu'autrefois. Je le regrette, et avec moi le regretteront tous ceux qui prennent à cœur la solidarité médicale et qui s'inquiètent, comme le père de famille s'afflige, en voyant ses enfants moins assidus au foyer de la maison.

La corporation médicale qui s'apprête à vous ouvrir ses rangs, vous convie à suivre son exemple. Ses membres, autrefois dispersés, se rapprochent, s'unissent et mettent leur zèle en commun. S'associer n'est pas pour eux une affaire de calcul, mais de sentiment. Du jour où la confraternité s'organise et devient l'association, elle ne court plus le risque d'être une fiction ou un rêve.

Pour que l'œuvre d'unité, qui est un des signes et qui sera une des gloires de notre temps, s'accomplisse, ne faut-il pas que les élèves aspirants à la profession s'imprègnent de son esprit, et se hâtent de serrer d'avance le faisceau que l'avenir ne saurait plus rompre? Ici, dans cette école où furent élevés vos pères, les étudiants sont nos hôtes, et de part et d'autre hospitalité oblige. Aux plus jeunes, les hommes mûris dans la vie tendent la main en leur disant : soyez les bienvenus : aujourd'hui il y a des maîtres et des élèves; il n'y aura demain que des confrères : le jour est proche où il n'y aura que des amis.

Voilà pourquoi nous aimons ces assemblées, et nous vous conjurons de n'en jamais compromettre ni le sens ni la cordiale tradition. Voilà pourquoi, bien que cet honneur soit doublé d'une tristesse, c'est encore pour moi une tâche plutôt bénie que redoutable de prendre ici la parole au nom de la Faculté.

L'usage exige que la seule réunion, la seule où il nous est donné d'entrer en communion de sentiments avec vous, soit consacrée à la mémoire d'un des maîtres qui ont laissé, dans nos rangs étroitement serrés, un vide douloureux. Devant cette pieuse coutume, il est tout naturel qu'on s'incline avec respect et sans arrière-pensée.

De toutes parts cependant les questions nous pressent et les problèmes nous invitent. La science est au plein cœur d'une transformation plus superficielle que profonde, mais à laquelle il serait coupable de demeurer indifférent. L'enseignement et l'institution de la profession sont livrés à des débats où se croisent les passions et les arguments. L'honorabilité même des médecins est mise en jeu, et on s'interroge pour savoir s'ils sont dignes du droit que la loi leur confère. Dans ces courants contraires, la jeunesse obéit volontiers à des impulsions hâtives; où d'autres atermoient hors la mesure, elle n'hésite pas assez et ne se complait qu'aux problèmes qu'elle accepte pour résolus. Ne serait-ce pas l'heure d'arrêter un moment sous vos yeux les solutions qui se meuvent trop rapides pour qu'on en mesure à loisir la consistance et la solidité?

L'obligation traditionnelle qui m'interdit ces brûlantes questions, je ne m'y soumets pas, je l'accueille avec reconnaissance; elle me fait un devoir de vous entretenir d'un maître dont la mémoire est présente et vivace, d'un homme auquel ma vie est reliée par une attache que l'ingratitude seule aurait pu rompre, d'une des gloires médicales de la Faculté. Sous cette robe qu'il m'a léguait en mourant comme un témoignage de son insatiable amitié, il me semble, ainsi que disait Montaigne, que je suis revêtu de son souvenir, et qu'une fois, encore, il lui est donné de revivre et de me soutenir de son encouragement affectueux.

Trousseau, vous aviez dit son nom, avait résolu qu'au jour de ses funérailles pas un discours ne serait prononcé au pied de sa tombe entr'ouverte. Il entendait finir comme il avait vécu, indifférent aux orgueils, plus étranger encore aux vanités. C'est bien le moins qu'aujourd'hui, dans l'amphithéâtre où l'autorité de sa parole n'est pas éteinte, au nom des intérêts de la science où se concentraient tous ses efforts, nous acquittions envers lui la dette de notre gratitude. Louer ceux qui ont dévoué les forces de leur intelligence à l'avénement de la médecine, devant un auditoire de médecins, c'est montrer le but et marquer la route à qui se sent la résolution de s'inspirer de nobles exemples.

De la vie de Trousseau je n'ai rien à vous dire. Les amis ne savent pas se plier aux impartialités convenues des biographes. Mêlés aux plus intimes émotions, ils croiraient presque, en pensant tout haut, divulguer ou trahir le secret des confidences. Quand commence pour un homme la magistrale indifférence qu'on délègue à la postérité, sa personnalité est effacée, et il ne reste de sa nature morale comme de son visage que les lignes saillantes. Pour les amis, la postérité ne commence jamais, et les traits cachés dans l'ombre sont ceux que se plaisent à évoquer leurs affectueuses réminiscences.

Aussi bien qu'aurait-on à raconter? L'existence des travailleurs assidus qui reprennent chaque matin, avec le courage de la veille, le fardeau de la journée, est pauvre d'événements. Ce qui fait leur puissance, c'est que rien ne les lasse, pas même le retour monotone de leurs efforts. Les œuvres de dévouement les plus hardies, les plus froides abnégations sont si simplement accomplies par eux, qu'on semblait les attendre, et qu'elles ne surprennent personne. Quand Trousseau tout jeune homme partit pour le champ d'épidémie de Gibraltar, quand il allait courant les campagnes de la Touraine en compagnie du croup, dont il savait, de reste, la virulence contagieuse, il eût trouvé bien étrange qu'on songeât à l'en glorifier. Si plus tard quelqu'un avait osé vanter devant lui ces courageuses initiatives, avec quel dédaigneux étonnement il aurait reçu ses imprudentes félicitations? Je ne me sens pas le cœur d'imposer à sa mémoire des éloges que lui vivant eût repoussés comme une sorte d'humiliation.

D'ailleurs, les événements ne valent pas par ce qu'ils sont, mais par ce qu'ils ont produit. Le hasard d'un applaudissement, la bonne fortune d'une rencontre, un obstacle inattendu, voilà ce qui règle l'avenir des hommes illustres aussi bien que celui des gens perdus, ignorés dans la foule. A l'âge où on se croit une vocation, ne ressemblons-nous pas, à notre insu, au voyageur qui dans un carrefour hésite à choisir sa voie. Au départ, les routes se touchent, un rien, un caprice résout l'indécision; cent pas plus loin il est déjà trop tard, on ne consent plus à revenir en arrière.

Trousseau eut l'heureuse fortune de trouver à ce moment décisif, un guide, un ami, un second père, qui l'adopta pour son enfant dans la science et lui épargna les impatiences et les anxiétés du début, Bretonneau avait acquis déjà une notoriété qui préparait sa célébrité future. Il avait les qualités qui servent à fonder, non pas les systèmes, mais les écoles, parce que ce sont celles qui attachent les élèves.

Tous deux appartenaient à la même race de la Touraine, ingénieuse, fine par l'intelligence et jusque par la physionomie, croyante sans être volontiers crédule, et aiguisant toute foi d'une pointe de scepticisme.

Hors de là, leurs caractères avaient peu de ressemblance, juste ce qu'il en faut pour que la docilité ne soit jamais servile et que l'autorité persuade au lieu de commander. Trousseau éprouva d'abord, pour son maître, et que de fois il me l'a conté, la déférence affectueuse qui cimente les amitiés entre des hommes d'âges différents. Quelle que fût devenue sa situation, à quelque degré qu'en avançant dans la vie se soient rapprochées les distances, il ne s'est jamais départi, non-seulement de l'affection, mais du respect.

C'était pour nous, les témoins de cette liaison si profonde, une leçon muette, la meilleure de toutes en matière de sentiments.

Et quand plus tard le vieillard, moins sûr de son intelligence, s'appuyant sur son élève comme s'il avait été rajeuni par sa faiblesse, lui demandait de lui rendre l'appui moral qu'il lui avait prêté, quel honnête et touchant spectacle! Heureux temps, heureux hommes d'avoir ainsi vécu l'un à l'autre indispensables.

L'influence de Bretonneau sur Trousseau fut énorme. En retour, Trousseau s'acquittait en réchauffant le zèle du maître, en vulgarisant sa pensée, en déclarant à toute heure et partout le chiffre de sa dette et la profondeur de sa reconnaissance. Bretonneau s'était comporté comme un père; Trousseau fut le plus dévoué des fils, et ainsi leur part devint égale.

Bretonneau restera une figure médicale, moins peut-être par ses travaux que parce qu'il fut un des grands éducateurs médicaux de notre temps. On ne comprendrait ni l'œuvre ni la direction scientifique de Trousseau si on ne savait comment et dans quel esprit il avait été élevé.

Au premier quart du dix-neuvième siècle, les doctrines, pour prendre l'expression populaire, se disputaient une place au soleil. Livré à ses seules inspirations, l'étudiant devait, à cette époque de luttes incertaines, éprouver d'étranges perplexités. Broussais comptait des adeptes, mais n'entraînait plus de prosélytes. Église triomphante, son école avait perdu les vertes allures des systèmes militants. En vain l'illustre médecin du Val-de-Grâce acérait les hardiesses de sa critique, il n'était déjà plus du mouvement et ses meilleurs élèves avaient vieilli avec lui, sinon avant lui. L'anatomie pathologique, aux mains de Bayle, de Laënnec, et plus tard de Cruveilhier, ouvrait des horizons inconnus. Elle prenait l'initiative du progrès, et vous savez si depuis elle a été dépossédée de sa prépondérance. La clinique s'était enrichie de méthodes inespérées, qui avaient transformé l'observation en la reportant résolûment des phénomènes subjectifs à l'observation objective. La recherche se concentrait sur des maladies jusque-là confusément étudiées, où chaque éclaircie jetait l'éclat d'un jour inattendu. Les croyances traditionnelles étaient elles-mêmes représentées par des adhérents aussi convaincus, aussi jeunes que les novateurs et qui, sans nier le progrès, s'insurgeaient contre les tendances exclusives.

Seule, la thérapeutique ne recueillait pas sa part de l'activité commune; elle ne pouvait être que le couronnement, et on discutait sur les fondations de l'édifice.

L'histoire de cette époque ardente et anxieuse n'est plus à raconter, et cependant, absorbés dans la contemplation de la médecine parisienne, nos historiens n'ont-ils pas vu les choses de trop près pour embrasser leur ensemble. Pendant que Paris agissait, l'étranger restait indifférent et la province se recueillait. Chaque nationalité scientifique, bien plus, chaque agglomération de travailleurs, jalouse de liberté, s'éclairait à sa propre lumière.

Bretonneau fut un de ces chercheurs auxquels il plaisait mieux d'être le premier de sa bourgade que le second dans Rome. Serré de moins près par la nécessité d'opter pour un parti, il suivait à loisir la pente de son originalité. L'isolement de la province a des défauts que compense un inestimable avantage. Les hommes d'action y avancent lentement; mais, s'ils s'acheminent à pied, au moins marchent-ils à leur pas. Ainsi, libre d'allures, plus observateur que philosophe, plus causeur que didactique, Bretonneau avait des principes à la façon dont les gens honnêtes ont des règles morales, presque sans le savoir.

Trousseau trouva là tout prêts les éléments d'une méthode, c'est-à-dire les instruments du travail, et il se mit à l'œuvre avec la volonté que nous lui avons tous connue, qu'aucune déception ne rebutait, que ne décourageait aucune lassitude. Il devait à sa forte éducation médicale de n'avoir pas seulement la conscience du but, mais la foi dans les moyens.

C'est une histoire vieille et toujours rajeunie que celle de l'artisan qui part, le cœur agité d'espoir et de regrets, léger de son bagage, à la recherche de l'inconnu. Si la chance est contraire, il disparaît dans le nombre; si la fortune le soutient et l'élève aux grandes situations, comme on aime à se retourner par la pensée vers ses humbles commencements!

Trousseau vint à Paris, salué d'un dernier adieu par les amis et par le maître; sûr de lui-même, plus sûr encore des idées médicales qui composaient son bagage et dont l'inventaire est facile.

Deux principes résumeraient les autres : la pathologie est une science, et la médecine est un art. Pour édifier la science, il faut détacher de l'ensemble et définir les types qui sont pour le médecin ce que sont les espèces pour les naturalistes. De ces types morbides aucun n'est légalement constitué que par l'observation du malade.

Voilà les règles qui présidèrent à toute sa vie scientifique en lui imprimant sa direction. C'est bien le moins qu'elles servent de thème à quelques commentaires.

Trousseau, nature essentiellement agissante, n'avait de goût qu'aux notions qui se résolvent dans des actes. La contemplation n'était pas, comme on dit aujourd'hui, son affaire. Il existe dans chaque science, à l'usage de ces esprits pratiques, des données générales intermédiaires entre la théorie et l'application. Telle est la question de savoir si la médecine est un art ou une science. Pour le philosophe, le problème serait de dernier ordre et la solution dépend de l'opinion qu'il s'est faite sur le vaste ensemble des connaissances humaines. Pour l'homme d'action, la question résolue dans un sens ou dans un autre, décide de sa carrière: elle en fait un mathématicien ou un ingénieur, un savant ou un médecin.

Le mandat de la science est d'emprunter à l'étude des faits le secret des lois qui les gouvernent. Pouvoir législatif par excellence, elle s'efforce à corriger ou à augmenter les articles de ce recueil toujours ouvert, qu'au commencement de notre siècle on appelait avec plus de justesse encore que d'emphase le *Code de la nature*.

La mission de l'art, pouvoir exécutif, c'est d'utiliser la loi, d'en poursuivre l'application sous le détail mouvant des phénomènes. Et de la sorte, l'art dépense tout ce que la science a capitalisé.

Que le même homme, génie d'exception, double en sa personne le savant et l'artiste, la chose est possible; mais chez qui, dans la répartition des forces de l'intelligence, les deux parts sont-elles égales?

Il est convenu, aux yeux de certaines gens peu habiles aux définitions, que la science équivaut à la certitude comme l'art est le synonyme de l'illusion. Que de fois n'a-t-on pas reproché à Trousseau ce qu'on appelait, dédaigneusement, ses caprices d'artiste; que de fois le nom de fantaisiste lui fut infligé comme un stigmate. On aurait dit à les entendre, que lui, une intelligence positive jusque dans la passion, il passait sa vie à se laisser bercer par des rêves d'une imagination en belle humeur.

Non, l'art ne consiste pas à courir les aventures de l'esprit à l'instar des enfants prodigues. Non, ce grand mot qui répond à une grande chose, ne figurera jamais dans le vocabulaire des propos offensants. Être un artiste en médecine comme ailleurs, c'est, obéis-

sant au programme que ce titre implique, agir et pratiquer conformément aux prescriptions de la science. Comment et par quels degrés l'ouvrier s'élève-t-il à la dignité de l'artiste, le maçon à la hauteur de l'architecte, sinon en demandant à la science toujours et partout ce qu'elle peut donner?

Voilà quelle fut, au vrai, la maîtresse aspiration de Trousseau : il lui plaisait d'être le marin plutôt que l'astronome, et de cultiver son champ plutôt que d'herboriser. Voilà pourquoi artiste fut-il, quand tant d'autres n'ont été et ne seront que des artisans.

Ceux qui nient que l'art existe et qu'il est d'un long apprentissage, accorderont sans doute l'autre moitié de l'axiome hippocratique. La vie est courte, et personne ne le sait aussi tristement qu'un médecin. Dans le laboratoire de la médecine comme dans un vaste atelier où la besogne presse, rien ne se fait que par l'organisation et la division du travail. A chacun sa tâche, aux jeunes gens les notions encyclopédiques, aux hommes mûrs les prédilections légitimes et les libres options.

Figurez-vous un moment, et cette fois par un caprice de l'esprit, Trousseau répudiant sa maxime, tranchant le fil qui lui servait de guide et reniant l'art au nom de la science, adieu l'ingénosité de la recherche, la hardiesse de la prévision, le sens de l'à-peu-près, notre sauvegarde dans les cas douteux, et les qualités qui signalèrent sa grande personnalité. On n'est quelqu'un en ce monde qu'en sachant être soi-même.

Les mobiles qui nous incitent tiennent de plus près au sentiment qu'à la philosophie, et ne représentent que les prolégomènes du savoir. Ils supposent une conscience plus ou moins vague de l'œuvre à accomplir. L'ouvrier qui lève sa pioche a d'avance une opinion sur le terrain où va frapper son outil. De même le médecin, du jour où il se décide à intervenir, s'est fait sciemment ou à son insu, une opinion nécessaire et nécessairement confuse sur la maladie.

Trousseau, moins hésitant que Bretonneau, s'était muni d'une théorie pathologique.

Pour lui, la maladie envisagée dans son acception absolue, élevée à la hauteur d'une entité abstraite, eût semblé pure matière à dissertations.

Comme il fallait à son réalisme une base à fleur de terre, un terrain accessible à nos sens et à nos moyens cliniques d'investigation, il abaissa le niveau du problème. Qu'on la définisse à son gré, la notion de la maladie toujours défectueuse ne vaut qu'à titre d'hypothèse. Tant déniée il y a quelque trente ans, tant rehaussée aujourd'hui, à juste raison, l'hypothèse est l'antécédent indispensable de toute recherche scientifique. Les proverbes avaient appris depuis longtemps qu'on ne trouve que ce qu'on cherche, la logique eût pu ajouter qu'on ne cherche que ce qu'on s'attend à trouver.

Pour Trousseau, la meilleure des définitions, supposition ou non, c'était la plus féconde. Frappé, comme tous les hommes de sa génération, des progrès immenses soudainement accomplis par les sciences naturelles, il demanda aux naturalistes de lui prêter provisoirement leur levier et leur point d'appui. Le levier c'était l'observation ; le point d'appui c'était l'immuable pérennité de l'espèce.

Chaque maladie, on dirait plutôt chaque malade fut censé appartenir à une espèce morbide dont il s'agissait de saisir l'état embryonnaire, et de poursuivre l'évolution.

La doctrine n'était pas nouvelle dans l'histoire de la médecine; elle portait un nom, et les plus justes critiques ne lui avaient pas été épargnées. Elle avait succombé déjà sous l'accusation fondée d'attribuer à la maladie une sorte d'indépendance parasitaire et de la détacher de l'organisme.

Broussais, au nom de la physiologie, l'avait harcelée de ses plus mordantes épigrammes, lui reprochant de créer des êtres de raison et de sacrifier à une ontologie démodée.

Aux yeux de Trousseau, ces objections étaient vaines; il ne tenait à rien moins qu'à s'affilier à un système. L'hypothèse de la spécificité, et dans sa pensée ce ne fut pas davantage, lui était commode ; elle s'adaptait à ses études favorites, et leur donnait un support. Que de fois il revenait avec une sorte de complaisance sur la comparaison de la maladie et de l'espèce végétale. Toutes deux avaient des caractères fixes, un commencement, un milieu et une fin. Toutes deux obéissaient dans leur progression à des lois qu'il était urgent de promulguer, qu'il devenait imprudent ou dangereux d'enfreindre. La variole et les fièvres éruptives, dont personne mieux que lui ne pénétra les secrets lui fournissaient un thème de prédilection. Il aimait à les montrer végétant, s'accroissant jusqu'à leur complète efflorescence, et finissant par modifier l'organisme qui n'avait d'abord été pour elles qu'un terrain presque indifférent, et qui, ainsi transformé, cessait d'être apte à les reproduire.

Je ne consentirais pas plus qu'un autre à absoudre les erreurs du parasitisme morbide. Mais en même temps, et comme tout médecin curieux de l'histoire des doctrines, je ne puis méconnaître la puissance des prémisses qui ont frayé la voie à tant de conclusions inattaquables.

S'il plaisait de se laisser entraîner aux séduisantes antithèses de tous les dilemmes et de toutes les dichotomies, on pourrait faire deux parts des théories médicales. Les unes considérant la maladie comme un des modes du fonctionnement normal, ou plutôt niant la maladie et substituant sur le frontispice de leur école le nom de physiologie à celui de pathologie. Les autres accordant à la maladie, pour les besoins de l'étude plutôt qu'en vertu d'une démonstration, une réalité objective, lui prêtant presque la vie et composant leur vocabulaire en conséquence.

Les problèmes de cet ordre s'éternisent et ne s'éteignent que pour renaître. Leur vitalité tient à ce qu'ils ont un pied dans les sphères les plus élevées de la scienee tandis que l'autre repose sur le ferme terrain des applications pratiques. Toute donnée générale qui porte sur une pareille base est inébranlable. Je veux bien que la spécificité morbide se perde dans les nuages au delà des régions où il est sage à la science de prétendre ; mais à son autre pôle, et c'était le seul sur lequel Trousseau fixât les yeux, elle a pour aboutissant une méthode.

La médecine physiologique déniant à la maladie toute existenee et même toute raison d'être, fait appel aux procédés d'investigation des physiologistes. L'expérimentatiou est sa méthode, et son axiome est que l'anormal se déduit du normal, la maladie de la santé.

L'autre médecine, la médecine pathologique, considérant la maladie comme une unité artificielle, mais soumise à des lois préfixes, ne trouvant pas où prendre la maladie ailleurs que chez le malade, concentre là sa recherche et à l'expérimentation elle superpose l'observation clinique.

Entre les théoriciens inconciliables qui de chaque côté poussent les choses à l'extrême, il existe une discipline scientifique, école du bon sens s'il en fut, et qui n'attend pas qu'on lui enseigne à quel point il est imprudent de lâcher la proie pour l'ombre.

Trousseau, malgré les aspirations fantaisistes qu'on lui impute, appartenait de cœur et de fait à cette école qui représente, et le mot dans ma bouche est une louange, ce que j'appellerai la bourgeoisie médicale. Qu'ils fussent inscrits sur les contrôles de la physiologie ou sur ceux du vitalisme, expérimentateurs ou philosophes, les savants et habiles ne comptaient pour lui que si l'observation du malade était leur centre d'opération.

Ainsi continuait-il la tradition des maîtres cliniciens, gens patients et de sang-froid, amis du nouveau sans en être amoureux, défiants du passé sans en être détracteurs, habitués à guetter les occasions à l'affut, plus expérimentés que dogmatiques, et approvisionnés de connaissances qui se transforment mieux en préceptes qu'elles ne se formulent en lois.

Là, pas de systèmes d'une intolérante autocratie, pas d'affiliation qui oblige, mais la vérité cherchée simplement, accueillie avec respect, d'où qu'elle vienne et devenant d'emblée la maîtresse du logis, parce qu'elle n'a pas à en expulser un dogme ou une doctrine.

Aussi, Trousseau se sentait-il lié par une attache étroite à la Faculté de Paris, l'expression la plus haute de ses croyances. La Faculté, alors dans tout son éclat, ne consacrait-elle pas, par son enseignement, par la pratique de ses professeurs, par leurs écrits, et surtout par la coopération de ses élèves, son ferme attachement à la médecine par la médecine, c'est-à-dire à l'observation. De toutes les parties du monde, les disciples se rassemblaient autour d'elle pour se pénétrer de son esprit. Depuis l'amphithéâtre de dissection jusqu'aux cliniques, la vie débordait dans la population jeune, entraînée, et qui d'instinct comprenait qu'elle commençait l'avenir. Grâces et justice soient rendues à cette époque forte de son zèle, et à cette École qui dispersa sur la Franee toute une génération de médecins, nos devanciers, ou nos contemporains, acclimatés par leurs solides études à la pratique et qui élevèrent de tant de degrés le niveau de la profession.

Le dévouement de Trousseau pour l'école où s'était achevée son éducation fut égal à celui qu'il professait pour le maître des premières années. Des deux parts, il obéissait à l'affectueuse gratitude où se plaisait sa nature. Même aux plus mauvais jours de la maladie, il parlait avec émotion de la Faculté, de ses espérances et de ses inquiétudes, interrogeant sur les moindres événements et ravivant notre confiance, par instants peut-être moins affermie qne la sienne.

Ces sentiments qu'exaltait alors l'ardeur de la jeunesse, il les éprouvait non plus profonds, mais plus enthousiastes, quand vint le jour tant souhaité qui devait réaliser le plus caressé de ses rêves et clore son ambition :

Trousseau fut nommé professeur à la Faculté de médecine.

Enseigner, c'était sa joie, parce qu'il sentait que c'était sa mission; des qualités qui signalent le professeur, aucune ne lui manquait. Il avait le geste, la voix, l'allure. Sa parole scandée, tantôt froide, tantôt frémissante, commandait la curiosité et assujétissait l'attention. Causeur facile et d'un esprit mouvant, il se redressait dans la ehaire avec une solennité qui imposait parce qu'elle était sincère.

Trousseau possédait au suprême degré l'éloquence de l'enseignement, un art sans analogues, où certains défauts sont des mérites, où la tiédeur et la réserve ne sont pas de mise. Il savait user des hardiesses du langage et ne reculait pas à propos devant la brutalité de l'expression, frappant ainsi un coup décisif, mais le frappant juste. Les jeunes auditoires, et, entre tous, les auditoires de médecins, rompns à un réalisme qui dédaigne les périphrases, aiment mienx les eondiments robustes que les tempéraments du discours. Trousseau, par nn tact qui appartient aux orateurs privilégiés, n'excédait jamais la mesure : il était familier sans devenir trivial, solennel sans rien emprnter aux exagérations du théâtre.

Ces dons, si brillants qu'ils apparaissent, ne sont encore que secondaires. Ce qui fait le professeur, ce n'est pas la parole, mais l'idée, et, à l'inverse des artistes, les enseignants de la science ont tort quand l'ouvrage surpasse la matière.

Trousseau, passez-moi ce mot, emprunté au jargon du métier, s'entendait comme personne à faire une leçon. Là, rien ne s'improvise, et tout coûte une patiente élaboration. Sa vie s'employait presque à son insu à préparer son enseignement. Chaque notion qu'il acquérait par la pratique ou par l'étude était maniée, travaillée, assouplie jusqu'à ce qu'elle prît la forme voulue et devînt enseignable. Serv par une mémoire prodigieuse, toujours alerte, toujours présente, il excellait à grouper les faits analogues, plus enclin par la nature de son esprit aux rapprochements qu'aux généralisations. Les histoires de maladies qu'il invoquait, concises et topiques, n'étaient pas les preuves à l'appui d'une assertion, elles formaient autant d'échelons par lesquels l'auditoire était conduit de la base au sommet et n'avait plus qu'à conclure.

Sa méthode se conformait ainsi à celle des cliniciens qui exposent plus qu'ils ne dissertent ; on eût dit, en l'écoutant, que le malade attendait à la porte ou qu'on venait d'assister en commun à une observation dont il s'agissait de résumer les traits essentiels.

Pour mettre en œuvre ces procédés d'enseignement d'une décevante simplicité, et dont l'expérience seule révèle les délicatesses, il fallait le concours d'aptitudes dont Trousseau était doué; mais il ne fallait pas moins que ces qualités innées eussent été rehaussées par une laborieuse culture.

Celui qui n'a jamais passé par les rudes épreuves du professorat ne soupçonne ni la grandeur ni la difficulté de la tâche. Sous le laisser aller apparent de l'improvisation disparaît et doit se dissimuler l'effort de la veille. Il en coûte pour effacer la trace que laisse l'huile de la lampe, comme auraient dit les anciens; et qui ne voit que la broderie ignore le travail dépensé pour assujettir et consolider le canevas.

Puis, il a jeté au vent d'une publicité restreinte le meilleur de son savoir, que reste-t-il au maître de la récolte dispersée? L'écrivain bâtit sur la roche, son œuvre se répand par le monde à toute heure, en tous lieux. Les déboires de l'indifférence, il les ignore ; il ne compte pas du doigt les places vides et ne sonde pas de l'œil les assistants inattentifs. Lui mort, ses écrits demeurent, et les lois ont réglé le droit à cet héritage. Avec l'enseignement tout vit, après lui tout s'éteint ; son œuvre est celle d'un prodigue, et même de son vivant, l'idée qu'il vient d'émettre est à peine énoncée qu'elle appartient déjà et pour toujours au domaine public.

Les acteurs, gens de passage comme nous, trouvent des critiques qui épuisent des trésors de sagacité à aviser et à décrire les moindres procédés de leur talent. On enseigne aux élèves les traditions de la scène curieusement recueillies, on les discipline à l'exemple des plus illustres. C'est bien le moins qu'une fois par aventure, il soit permis de disserter sur les qualités d'un des maîtres de notre enseignement, de celui qui fournirait aux jeunes professeurs le plus achevé des modèles.

Et pourtant, quand je me reporte vers ces jours de splendeur où le succès débordait l'attente, où souriait la seule popularité enviable, celle que confèrent les auditoires suspendus à la parole de l'orateur, je me demande si c'était là pour lui, si ce doit être pour nous l'idéal de l'enseignement.

Trousseau, démonstrateur par nature, plus habile peut-être à penser tout haut qu'à réfléchir tout bas, avait à son usage deux chaires d'instruction médicale. L'une à l'Ecole, l'autre à l'hôpital. C'est là, au lit du malade qu'il fallait l'entendre et le juger. Qui de nous a oublié les longues matinées où libre de contrainte, redevenant écolier et cachant plus volontiers son savoir que son ignorance, il initiait ses élèves à l'apprentissage de la pratique !

Comme il se plaisait à raconter tout ce qu'il avait appris ainsi de son vieux maître, au hasard des entretiens familiers, alors que Bretonneau, les pieds sur les chenets devant l'âtre de la pharmacie, devisait sur toutes choses en médecine.

Dans ces conversations intimes, on s'instruit juste autant qu'on enseigne, l'interlocuteur est partie prenante, et les questions frappant comme l'acier sur le briquet font jaillir des étincelles. Puis, l'application est présente, le doute, ce commencement de la sagesse pour le médecin, est permis parce que chaque cas particulier est en clinique une façon d'exception à la règle. Dans les combinaisons infiniment multiples auxquelles se prête l'organisme humain, tout malade a sa portion de personnalité. Il est lui, par sa maladie comme par les traits du visage, analogue et jamais identique aux autres.

Le talent du clinicien consiste à ne sacrifier ni la loi générale au fait partieulier, ni l'individu à la loi générale ; mais que de délicatesse pour maintenir l'équilibre ! Aussi, comme on s'associe chaudement à un effort plein de hasards et qui a pour enjeu la vie ou la santé d'un homme !

Trousseau se plaisait visiblement aux causeries où se déployaient les ressources infinies de son esprit ingénieux, oubliant les obligations du dehors et la distance qui nous séparait de lui.

Plus j'avance dans la vie, et plus je lui suis profondément reconnaissant de cet enseignement inappréciable, où les idées s'infiltrent si droit et si avant dans l'esprit que bientôt on ne sait plus ni qui vous les a enseignées, ni même si on ne les a pas découvertes. Sous cette forme familière, l'instruction change de nom, elle s'appelle l'éducation.

C'est qu'en effet, dans les salles étroites et sombres de Necker, Trousseau ne rassemblait pas des auditeurs, mais il formait des élèves. Combien, parmi les hommes de la génération présente, sont sortis de la modeste école, emportant avec eux les outils de leur futur labeur : l'appétit de la recherche, l'habitude de l'observation consciencieuse, le sens des indications et par-dessus tout, le sentiment d'une charité affectueuse, mais impérieuse au besoin, parce qu'elle est responsable.

Sur ce théâtre de l'hôpital où le drame du vivre et du mourir se joue à découvert, nul n'est maître s'il n'est médecin. On agit d'abord, quitte à philosopher ensuite s'il en reste le loisir. Le fait est là qui absout ou qui condamne brutalement.

Être médecin, n'est-ce pas le dernier terme de nos aspirations, celui qui les résume toutes ? J'ai connu à Trousseau cette ambition, je ne lui en ai pas su d'autre. Les honneurs le touchaient peu, les dignités qui ne doublent pas le travail et n'élargissent pas le devoir, jouissances stériles à l'usage des vanités en quête de repos, le laissaient moins qu'indifférent. Modeste sous sa trompeuse solennité, timide sous l'excès apparent de son assurance, il ne s'entendait ni à flatter les autres, ni même à se laisser flatter par eux. Qui a recueilli dans ses épanchements les plus intimes un mot, rien qu'un mot, où perçat la pointe de l'orgueil ?

L'indépendance et l'humilité, voilà d'abord les pierres de touche du médecin. L'indépendanee, parce que responsable devant sa conscience, il n'a, en dehors de ses pairs et de lui même, à attendre de personne un conseil, un appui, encore moins à subir un ordre. L'humilité, parce que la tâche est pesante et que la lutte qu'il soutient excède incessamment les forces de son zèle.

A ces qualités qn'il eût annulées, s'il avait eu la faiblesse d'en faire montre, Trousseau joignait encore, sans en être enorgueilli, ce je ne sais quoi qui commande le succès du praticien.

Il semble s'être introduit dans nos mœurs académiques une convention qui touche de plus près à la pruderie qu'à la franchise, et qui distrait de l'éloge ce qu 'on se plaît à nommer le hasard du succès. Tant qu'on ignore à quel prix et de quel droit la chance s'est montrée flatteuse ou prodique, réussir n'est qu'un fait dont décideront les enquêtes. Mais, quand la notoriété du médecin n'emprunte rien ni aux compromis ni aux aventures, quand la confiance de la corporation a devancé celle du public, pourquoi l'exclure de la louange ?

Le concours des malades, leur affluence autour de l'homme désigné par l'admiration compétente de ses confrères est un hommage légitime. Ne dites pas que l'intrigue supplée trop souvent au talent. A ce compte être célèbre deviendrait une faute, tant il y a de célébrités mal acquises. Le succès de Trousseau, sa haute situation dans le monde n'étaient en somme qu'un reflet de son autorité parmi nous. Qui done oserait le blâmer d'avoir reçu de la nature les attractions qui secondaient ses mérites : la puissance persuasive de la parole, la sagacité dans la recherche et la hardiesse dans la décision !

Les prophéties du médecin se jugent à courte échéance, et comme

il s'agit de la guérison ou de la mort, nul n'a besoin d'être un savant pour en estimer la valeur.

Mais le monde n'attend pas seulement ces décrets suprêmes derrière lesquels le médecin s'efface et disparaît comme le magistrat. La famille anxieuse supplie, elle espère à l'encontre des pires appréhensions; elle exige, et c'est son droit, qu'on intervienne.

Là, commence le rôle du thérapeute, et Trousseau n'était pas de ceux qui pensent que tout est fini avec l'examen; pour lui, tout recommençait avec le traitement.

Presqu'à son arrivée à Paris, le hasard l'avait associé à un homme plus voué à l'action qu'à la théorie, original, primesautier, de la classe des gens qu'on ne connaît qu'après les avoir pratiqués longtemps, et qui échappent à la postérité parce que vivant au jour le jour, il n'ont rien épargné pour elle.

Récamier n'eut sur son jeune collègue qu'une influence : il l'avait enhardi et familiarisé avec les risques aventureux de la thérapeutique.

Un ami dévoué, un collaborateur éminent, Pidoux, a raconté d'une façon magistrale l'histoire de ces commencements dont il était le témoin assidu, et résumant d'un mot son éloge : « quand on veut, dit-il, mesurer la valeur d'un homme, on n'a qu'à le supprimer par la pensée et à supposer qu'il n'a pas existé. En examinant ce qui manquerait au domaine qu'il cultivait, s'il fût mort avant d'agir, on a l'idée juste de ce que cet homme était et de l'action qu'il a exercée. »

De Trousseau, en effet, ce qui restera lorsqu'auront disparu ses disciples et leurs élèves, n'est-ce pas son œuvre thérapeutique. Il est accepté que les génies eux-mêmes de l'art ou de la science résument leur existence dans une conception idéale ou réalisée. Ainsi Trousseau, en attachant son nom à la trachéotomie et à la thoracentèse, a frayé la voie encore ouverte de la chirurgie médicale.

Mais, lui vivant, que de données fécondes, que d'aperçus aux larges horizons, que d'applicatious ingénieuses transmises par la parole et soustraites à la rigueur des formules écrites.

Comment s'étonner que, franchissant l'École, sa renommée s'adressât à ceux qui souffrent et qui réclament du médecin le secours de son assistance quand elle avait pour point de départ la science du traitement? Ajoutez l'activité infatigable de l'homme toujours prêt à se multiplier; l'exactitude poussée jusqu'à la ponctualité, l'obéissance impassible aux dures obligations que la profession impose, et vous aurez le secret de ces réussites où le hasard n'a rien à prétendre, où l'intrigue ne serait pas seulement une superfétation, mais un non-sens.

Et cependant, au plein de son activité qu'on eût pu dire triomphante, quand il avait réalisé l'idéal du médecin, illustre, entouré, flatté par la respectueuse déférence de ses pairs et par la croissante affluence des malades, Trousseau sentit, pour la première de sa vie, décliner ses forces.

Déjà ses amis s'étaient inquiétés, ils découvraient sur les traits de son visage une fatigue dont lui seul n'avait pas conscience. Son intelligence gardait intacte sa verdeur, et la lutte contre lui-même n'excédait pas son énergique volonté.

S'il avait renoncé à une lourde part de ses occupations, c'était de son plein gré, sans avoir peur de la surcharge. De tout temps, il avait annoncé qu'à l'heure dite, il se démettrait de ses fonctions comme d'un dépôt qu'il se faisait un devoir de restituer à des mains plus jeunes. L'heure venait de sonner, et il s'était tenu parole.

Il dit adieu à l'École, il quitta l'hôpital sans jeter en arrière un regard d'amertume, avec une abnégation qui tenait sa grandeur de sa simplicité. Son existence avait deux parts réglées d'avance, une finissait pour laisser commencer l'autre, et il entrait dans la retraite comme les enfants entrent dans l'adolescence, par la plus naturelle des transitions.

A partir de ce jour, il nous parut tout rasséréné; sa causerie intime était plus magistrale et plus paternelle à la fois. D'acteur, il s'était fait, de parti pris spectateur de l'activité des autres, les exhortant dans leurs défaillance et les applaudissant dans leurs succès. Jamais, durant les luttes les plus passionnées, l'envie n'avait pénétré dans son âme, et ceux qui l'ont connu le rediront avec moi; mais, au fort de l'action, l'esprit est plus tendu et l'occasion plus pressante. Le repos lui avait donné l'aménité indulgente que les hommes qui touchent à la vieillesse reportent sur les enfants.

La maladie s'insinua doucement dans cette constitution robuste; si insidieuse qu'elle lui épargna le choc des premières inquiétudes. Peut-être fut-il le dernier à s'apercevoir du mal dont les siens hésitaient à se tourmenter avant lui. Pâle, amaigri par le jeûne que lui commandait une indifférence croissante pour la nourriture, exempt des accidents décisifs qui marquent le début des lésions organiques, il ne se décida qu'à force de sollicitations à un court séjour au bord de la mer près d'une famille amie.

Là, sa santé se raffermit, l'entrain et le contentement de vivre se réveillèrent, la nourriture mieux souhaitée et plus abondante lui rendit ses forces. S'il avait douté un moment, il reprit l'espérance et recommença le cours de son assiduité laborieuse.

Hélas ! ce fut pour peu de temps. Un avertissement de ceux qu'il pouvait moins que personne méconnaître, lui signifia qu'il n'avait plus qu'à se résigner. Je le vois encore, le jour qui ne sortira jamais de ma mémoire où, me prenant la main : « Mon ami, me dit-il, une phlébite s'est déclarée cette nuit; j'en souffre à peine, mais j'en ai trop appris sur ce signe pour ne pas comprendre à demi-mot. » Sa résolution était prise et son courage était prêt.

A dater de ce moment, il envisagea la maladie avec une décision attristée qui était aussi loin du désespoir que de la sécheresse du stoïcisme. J'ai assisté comme nous tous à l'attente de bien des hommes qui savaient la mort prochaine; j'ai admiré l'impassibilité et le sang-froid de bien des gens au cœur fortement trempé. Jamais, non, jamais il ne m'a été donné d'être témoin d'un plus noble et plus touchant spectacle.

C'est une grande bravoure de courir au-devant du danger, mais c'est un sublime effort de l'attendre froidement, dignement, quand on sait que pas une chance n'atténue la menace, quand on calcule jour par jour le progrès de la déchéance et qu'on sourit tristement aux siens en les consolant et en leur permettant de vous consoler.

Trousseau n'eut pas une heure, un instant, où on le sentît se raidir sous le mal et renouveler sa provision d'énergie. A sa famille désolée il parlait, s'ingéniant par un artifice de charité à se réjouir avec elle des moindres amendements; à ses élèves il racontait de sa voix déjà moins vibrante les phases de sa maladie, pensant qu'en écoutant comme une dernière leçon la parole du maître, ils oubliaient sa souffrance.

Puis, ayant assez vécu, il s'éteignit après deux jours d'agonie.

Vous savez quel concours attristé s'empressa à ses funérailles, malgré le temps sombre et la pluie battante; comment sa volonté formelle et respectée avait exigé qu'aucun discours ne fût prononcé. Nous l'avons quitté sans un mot de souvenir, et en s'éloignant, chacun de nous se demandait s'il était mieux de se séparer ainsi froidement, le cœur gonflé, et d'emporter chez soi le trop plein de ses regrets.

Il l'avait voulu, mais ses amis et ses élèves s'inclinant devant sa décision suprême, n'avaient pas abdiqué leurs droits à la reconnaissance. Aux hommes publics il faut des témoignages de gratitude publique, et les douleurs intimes ne sont pas leur suffisante récompense. Une souscription fut ouverte : de toutes les régions de la France, pauvres villages et riches cités, des disciples se souvinrent et envoyèrent leur offrande. Aujourd'hui, le buste du maître, vivant et destiné à faire vivre sa mémoire, figure dans la salle de nos actes. N'est-ce pas une pieuse pensée que de consacrer ainsi l'attachement d'une corporation au maître dont elle est fière et qu'elle décrète avoir bien mérité d'elle.

Pour moi, pardon si je m'oublie à ces réminiscences dont vous m'en voudriez de me défendre, il me semble que je lui dis adieu pour la seconde, hélas ! pour la dernière fois. Son souvenir se détache de ma pensée, comme s'il ne m'appartenait plus, pour devenir le vôtre. Je vous le lègue, afin qu'il fructifie.

Puisse son nom rester comme un symbole de l'amour passionné du devoir médical et de la foi convaincue dans la médecine. Qu'autour de l'École dont il fut un des glorieux représentants, se groupent tous ceux qui ont à cœur d'allier la pensée à l'action, la pratique à la science, et la science au dévouement.

DISTRIBUTION DES PRIX

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Prix de l'École pratique. — Chaque année, au mois de juillet, tous les élèves de l'École pratique sont admis à prendre part au concours des prix.

Les épreuves de ce concours consistent en une question écrite, la même pour tous les compétiteurs, et en une série de questions orales roulant sur toutes les branches de l'enseignement de la Faculté.

Les prix comprennent : un premier grand prix, deux autres premiers prix, et trois seconds prix. Des mentions honorables peuvent être accordées d'après le nombre des concurrents.

Le premier grand prix donne droit à la remise des frais des quatre dernières inscriptions et à la gratuité complète des examens, certificats d'aptitude, thèse et diplôme; plus à une médaille d'or de la valeur de 350 francs, et à des livres pour une valeur de 50 francs.

Les deux autres premiers prix donnent droit à la remise des frais d'examen, de certificat d'aptitude, de thèse et de diplôme; plus à une médaille d'argent, et à des livres pour une valeur de 175 francs.

Chaque second prix donne droit à la remise des frais de diplôme, à une médaille d'argent, et à des livres pour une valeur de 125 francs.

Concours de 1869. — (Membres de la Commission : MM. Gavarret, Regnauld, Sappey, Denonvilliers, Gubler.)

La Faculté n'a pas décerné de prix.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 francs.

Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies au numéro du lit qui lui a été désigné; 2° la réponse à la question proposée. Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux, et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles.

Concours de 1869. — La question proposée était : *Des coagulations sanguines dans les veines.* — (Membres de la commission : MM. Bouillaud, Tardieu, Gosselin, Axenfeld, G. Sée.)

Le Faculté partage le prix de 400 fr. de la manière suivante :

1° 200 fr. à M. Barbancey, externe des hôpitaux de Paris;

2° 200 fr. à M. H. Chevalet, élève de la Faculté de médecine de Paris.

Elle accorde une mention honorable à M. Budin (Pierre), externe des hôpitaux de Paris.

Question proposée au concours pour l'année 1870 : *Des conditions du développement de l'albuminurie.*

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une médaille de vermeil et une somme de 300 fr. en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au bureau de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Concours de 1869. — (Membres de la commission : MM. Gavarret, Lasègue, Bouchardat, Vulpian, Dolbeau.)

La Faculté n'a pas décerné de prix; mais elle a accordé, à titre d'encouragement, une somme de 200 fr. à M. Rathery (Roger-François), interne des hôpitaux de Paris.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 fr. à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet.

Concours de 1869. — (Membres de la commission : MM. Laugier, Richet, Pajot, Baillon, Sappey.)

La Faculté a accordé :

1° Un prix de 1,500 fr. à M. Longuet, externe des hôpitaux de Paris, inventeur d'un sphygmographe qui remédie aux inconvénients que présente celui de M. Marey.

2° Un encouragement de 500 fr. à M. Baudon, chirurgien de la marine impériale, pour les perfectionnements qu'il a apportés à l'opération qui consiste à soustraire les liquides accumulés dans une cavité.

Prix Chatauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Chatauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 fr., est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Concours de 1869. (Membres de la commission : MM. Gavaret, Broca, Gubler.)

La Faculté n'a pas décerné de prix.

Legs du baron de Trémont.—M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté.

Les candidats qui voudront s'inscrire recevront, au secrétariat de la Faculté, les renseignements sur la nature des pièces à fournir, qui seront reçues jusqu'au 1er juillet.

(Membres de la commission : MM. Wurtz, Bouillaud, Béhier, Gubler, Lasègue.)

La somme de 1,000 fr. a été partagée, cette année, entre trois élèves qui se trouvent dans les conditions du legs.

Thèses récompensées

(Membres de la commission : M. Wurtz, Verneuil, Depaul, Vulpian, Axenfeld.)

La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire 1868-1869, en a désigné 45 qui lui ont paru dignes d'être signalées à Son Excellence, et qu'elle a partagées en trois classes, savoir :

1re classe. — *Médailles d'argent.* Chantreuil (Gustave). — Étude sur les déformations du bassin chez les cyphotiques au point de vue de l'accouchement.

Good (Richard). — De la résection coxo-fémorale pour carie.

Labbée (Ernest). — Recherches cliniques sur les modifications de la température et du pouls dans la fièvre typhoïde et la variole régulière.

Lolliot (Jules). — Études physiologiques de l'arsenic; applications thérapeutiques.

2e classe. — *Médailles de bronze.* — Blache (René). — Essai sur les maladies du cœur chez les enfants.

Bouchardat (Gustave). — Faits pour servir à l'histoire de l'urée.

Bousseau (Auguste). — Des rétinites secondaires ou symptomatiques.

Brandza (Démétrius). — Histoire botanique et thérapeutique des gentianacées employées en médecine.

Casaubon (Edmond). — Étude physiologique de la conicine.

Choyau (Prosper). — Des bruits pleuraux et pulmonaires dus aux mouvements du cœur.

Cottard (Jules). — Étude sur l'atrophie cérébrale.

Dieulafoy (Georges). — De la mort subite dans la fièvre typhoïde.

Gadaud (Antoine-Élie), — Étude sur le nystagmus.

Hamy. — L'os intermaxillaire de l'homme à l'état normal et pathologique.

Pommerol (François). — Recherches sur la synostose des os du crâne, considérée au point de vue normal et pathologique chez les différentes races humaines.

Stanesco (Georges).— Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin.

Stopin (Louis). — Du traitement de l'anévrysme poplité par la flexion de la jambe sur la cuisse.

Thierry (Émile). — Des maladies puerpérales observées à l'hôpital Saint-Louis, en 1867.

3e classe. — *Mentions honorables.*— Boucher (Paul). — Étude sur les kystes congénitaux du cou.

Bustamente. — Étude sur le placenta; anatomie, physiologie, pathologie.

Chantereau. — Étude sur la rotation antérieure du forceps dans les positions occipito-postérieures persistantes.

Chevillion (Henri). — Étude générale sur la dégénérescence dite amyloïde.

Debuire (Charles). — Étude sur l'administration du sulfate de quinine par la méthode des injections hypodermiques.

Delfau.— De quelques phénomènes immédiats et consécutifs dans les lésions traumatiques du crâne et de l'encéphale.

Delthil (Louis). — Du traitement des fractures de la cuisse et des accidents consécutifs.

Denarié (Alphonse). — Considérations sur la paralysie intestinale.

Depelchin (Fernand). — Étude d'hygiène générale; de l'influence de la végétation sur le climat.

Deriaud (Pierre). — Influence réciproque de l'impaludisme et du traumatisme.

Desoyre (Antoine). — Étude historique et critique sur le mécanisme de l'accouchement spontané.

Dionis du Séjour. — La convalescence étudiée à l'asile impérial de Vincennes, principalement dans la variole.

Gillot (Xavier). — Étude sur une affection de la peau décrite sous le nom de Mycosis fongoïde (Lymphadénie cutanée).

Jullien (Jules). — Étude sur la nicotine.

Lefèvre (Auguste). — Étude d'hygiène sur les moyens d'approvisionnement, de conservation et de distribution de l'eau d'alimentation à bord des navires de la marine impériale.

Lelong (Marcel). — Étude sur la phlébite rhumatismale aiguë.

Machenaud (Louis). — Étude sur la ligature de l'artère fémorale.

Mahot (Maurice-François). — Des battements du foie dans l'insuffisance tricuspide.

Montfeuillard (Ernest). — De l'emploi des iodures dans le traitement de l'albuminurie.

Morand (Albert). — De la rupture centrale du périnée.

Morin (Antoine). — Des perforations intestinales dans le cours de la fièvre typhoïde.

Normand (Louis). — Hygiène et pathologie de deux convois de condamnés aux travaux forcés, transportés de France en nouvelle Calédonie.

Planchon (Charles). — Faits cliniques de laryngotomie.

Poiteau (Anatole). — Des lésions de la portion cervicale du grand sympathique.

Reuillet. — Étude sur les paralysies du membre supérieur liées aux fractures de l'humérus.

Sanné (Albert). — Étude sur le croup après la trachéotomie.

Trollard (Paulin).— Recherches sur l'anatomie du système veineux de l'encéphale et du crâne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 11 août 1869, l'Empereur, sur la proposition du ministre de l'instruction publique, a promu ou nommé dans la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Wurtz, membre de l'Académie des sciences, doyen de la Faculté de médecine, officier depuis 1863.

Au grade d'officier. — M. Jolly, de l'Académie de médecine, chevalier depuis 1833.

Au grade de chevalier. — M. Potain, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

M. Raynaud, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, docteur ès lettres.

M. Schutzenberger, directeur adjoint du laboratoire de la Sorbonne ; travaux de chimie distingués.

M. Maldan, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims ; 22 ans de services.

M. Aussant, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes ; 38 ans de services.

M. Denucé, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

M. Malapert, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers ; travaux scientifiques ; 32 ans de services.

M. Forget, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris; 30 ans de services.

M. Gromier, médecin du lycée impérial de Lyon; 23 ans de services.

M. Martin-Lauzer, rédacteur en chef du *Journal des connaissances médico-chirurgicales.*

Par décret en date du 14 août 1869, rendu sur la proposition du grand chancelier, sont promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : Franvalet (Pierre-Nicolas-François), chirurgien-major en retraite, ancien conseiller municipal, ancien adjoint, etc. : 30 ans de services militaires (de 1804 à 1834), 10 ans de services civils, 11 campagnes sous le premier Empire; chevalier de l'ordre le 19 septembre 1813.

Au grade de chevalier : M. Roy (Louis-Victor), ex-chirurgien aide-major, ancien adjoint à la mairie de Lusignan (Vienne) : 8 ans de services militaires (1808 à 1815), 6 ans de services civils, 6 campagnes, 2 blessures.

M. Cuvelier (Désiré-Joseph), ex-chirurgien aide-major, ancien médecin des hospices et du bureau de bienfaisance de Saint-Omer : 9 ans de services militaires (1807 à 1815; 43 ans de services civils, 5 campagnes, 1 blessure : a reçu une médaille d'honneur pour avoir sauvé un enfant qui se noyait ; s'est distingué dans les épidémies.

— La solidarité des créances est toujours une question de fait qui doit se décider d'après les circonstances. Si un chirurgien mène avec lui des médecins pour l'assister dans une opération, il est évident que la dette du malade envers l'opérateur et ses aides devra être considérée comme indivisible : en effet, l'opérateur seul avait affaire à la famille ; ses aides avaient affaire à lui.

Mais si plusieurs médecins et chirurgiens traitent ensemble un même malade, le cas est différent, et la demande de chacun pour payement de ses honoraires est indépendante de celle des autres.

Le tribunal civil de la Seine vient de juger ainsi dans l'espèce suivante :

Deux médecins et un chirurgien avaient assigné devant lui un père en payement de 350 francs, montant d'honoraires pour soins donnés à son fils.

Le père déclinait la compétence du tribunal civil, attendu que les demandeurs n'étaient pas créanciers solidaires, et qu'en admettant le bien fondé de leur réclamation, chacun d'eux n'aurait droit qu'au tiers de la somme, soit 116 francs. Or, c'est la justice de paix qui connaît, en dernier ressort, de tous les litiges inférieurs à deux cents francs.

Les demandeurs répondaient qu'il est d'usage de confondre les honoraires d'opération avec les honoraires des soins donnés par les médecins, et qu'une obligation est indivisible lorsque l'intention des contractants a été que la dette ne peut s'acquitter partiellement.

Le tribunal s'est déclaré incompétent, jugeant que la créance de chacun des demandeurs est parfaitement distincte, et que chacun d'eux doit agir isolément devant le tribunal de paix.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Gallard). De l'ovarite. — Contribution à l'emploi du bromure de potassium dans l'éclampsie puerpérale (M. Viger). — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On ne peut pas dire que la discussion sur la vaccine soit entrée dans une phase absolument nouvelle, car ni le discours de M. Bouchardat, ni celui de M. Bousquet, ne renfermait un seul argument qui n'ait été déjà formulé.

M. Bouchardat est un homme d'esprit; il a plaisanté agréablement les deux adversaires, reprochant à l'un de trop nier, à l'autre de trop affirmer. L'existence de la syphilis vaccinale lui paraît être une de ces questions sur lesquelles on ferait bien de rester dans le doute. Il ne voudrait pas qu'on en parlât, de peur que les pusillanimes en fussent effrayés.

Ce juste milieu entre la croyance et la négation, ce doute philosophique et silencieux, peut être de mise lorsqu'il s'agit de théories transcendentales et sans application. Mais en face d'un danger pareil à celui de la syphilis inoculée, nous ne comprenons rien à la placidité de ceux qui n'élèvent pas la voix pour signaler les moindres indices, à peine entrevus. Comme directeur de la vaccine, M. Depaul n'en était pas tellement le protecteur et le champion qu'il dût sauvegarder sa réputation malgré tout, sans se préoccuper de la santé ou même de la vie de ceux qui se confiaient aux inoculateurs.

Mais le péril, dit M. Bouchardat, est beaucoup moins grand qu'on ne le suppose. Votre syphilis vaccinale, on n'en meurt pas, à ce qu'il paraît.

C'est possible. Il faut même avouer que la thèse de M. Bourdais est venu rendre plus puissantes les objections de M. Guérin contre la nature vénérienne des accidents vaccinaux.

Sur 70 enfants examinés par M. Depaul, 68 se retrouvaient, au bout de trois ans, parfaitement guéris, sans avoir présenté d'affection tertiaire; 2 seulement avaient succombé, et encore était-ce de maladies aussi étrangères que possible à la vérole.

Qu'en faut-il conclure?

Qu'ils n'avaient pas eu la syphilis? Mais ces ulcérations indurées, ces éruptions de taches cuivrées signalées par M. Bourdais, ces plaques muqueuses observées par M. Depaul et son collègue, qu'était-ce donc?

Que la syphilis ne peut pas prendre un développement complet chez les jeunes enfants? Mais le contraire est démontré par l'observation de tous les jours.

La bénignité des accidents nous semble devoir être attribuée très-probablement à des conditions particulières dont on n'a pas assez tenu compte jusqu'ici dans la discussion.

On a cru longtemps que les virus devaient avoir toujours, par eux-mêmes, une puissance égale, quelle que fût la source à laquelle ils étaient puisés, et quel que fût le mécanisme de leur transmission. Leur développement plus ou moins complet, leur intensité plus ou moins grande auraient uniquement tenu aux différences individuelles des sujets qu'ils envahissaient.

On est bien revenu maintenant de cette erreur. On sait que la variole inoculée était moins grave par cela même. On sait qu'il existe des syphilis, fortes ou faibles, qui se transmettent avec leurs caractères de force ou de faiblesse. Les travaux de Bœck ont mis hors de contestation la dégénérescence rapide, à Christiania, de la syphilis importée par des marins venus des pays chauds.

Cette syphilis, même communiquée par les modes les plus naturels, perdait de son intensité à chaque nouvelle transmission.

Elle se modifiait ainsi progressivement sous l'influence du climat comme elle peut se modifier sous beaucoup d'autres influences.

N'est-il pas possible que telle soit l'histoire de la syphilis vaccinale? On n'en va pas puiser l'origine dans un accident vénérien bien accusé, un chancre induré, par exemple. On ne choisit pas pour vaccinifères, en général, des enfants atteints manifestement de syphilis grave. Si le germe vénérien peut être transmis conjointement avec le germe vaccinal, il doit avoir pour véhicule soit le vaccin, soit plutôt le sang.

Eh bien, rien ne prouve qu'il puisse avoir toute son énergie quand il s'introduit de cette manière anormale. Rien ne prouve que la syphilis ne soit pas nécessairement faible, prête à avorter, incapable d'atteindre la période tertiaire, lorsqu'on n'est pas allé la chercher à ses sources vives, dans les sécrétions essentiellement vénériennes.

Qu'on le remarque bien, cette hypothèse demande la vérification de l'expérience, mais elle n'a rien d'insoutenable en soi.

Un grand observateur, Trousseau, n'a-t-il pas professé que, pour avoir de magnifiques pustules vaccinales, il fallait choisir le vaccin du cinquième jour? Que, plus tard, le virus avait perdu de son énergie, alors même qu'il réussissait?

Il ne faut donc pas négliger dans l'histoire des maladies virulentes, l'étude attentive des circonstances dans lesquelles elles se sont produites.

A ce point de vue, on a peut-être bien fait de donner un nom particulier à la *syphilis vaccinale*. Les conditions spéciales de sa transmission lui donnent peut-être quelque chose de spécial dans sa marche et dans son pronostic.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gallard.

De l'ovarite.

(Leçons recueillies par M. Raymond, interne du service) (1).

2e leçon.

Il ne suffit pas que j'aie établi cliniquement devant vous, messieurs, l'existence de l'ovarite, en plaçant sous vos yeux un fait dont tous les symptômes analysés avec le soin le plus minutieux s'enchaînent tellement qu'ils ne permettent pas d'admettre la possibilité d'une autre maladie; je devrais, pour être complet, vous montrer maintenant les lésions anatomiques qui correspondent à cet état pathologique et vous faire suivre la filiation morbide qui rattache ces lésions à ces symptômes. Le jour où cela pourra être fait avec toutes les garanties d'une observation exacte et rigoureuse, l'histoire de l'ovarite sera constituée sur des bases aussi solides que celles de toutes les maladies les mieux connues, de la pneumonie, par exemple. Mais les occasions sont rares d'examiner anatomiquement des ovaires enflammés en dehors de l'état puerpéral, et la fatalité a voulu que les anatomo-pathologistes qui ont rencontré, par hasard, ces lésions, aient toujours manqué de renseignements précis sur les symptômes observés pendant la vie des sujets sur les cadavres desquels ils faisaient ces découvertes. Il y a donc là une lacune, que je vous signale sans chercher à en dissimuler l'importance et en vous invitant à faire tous vos efforts pour la combler. Cela vous sera plus facile que vous le pensez, si vous voulez bien vous astreindre à recueillir de nombreuses observations avec le soin, la précision et la méthode que je ne cesse de vous recommander d'apporter à cette partie essentielle de vos études, dans laquelle vous devez trouver, à la fois, la confirmation des enseignements théoriques de vos maîtres et le fondement de tous vos travaux à venir.

Ce n'est pas à dire que je veuille attendre le résultat des recherches auxquelles je vous convie pour donner à l'ovarite la place qui lui appartient dans le cadre nosologique. J'espère d'elles une confirmation plus rigoureuse des notions que nous avons déjà acquises sur cette maladie; j'admets que ces notions demandent à être complétées sur certains points, mais je soutiens qu'elles sont suffisantes pour nous permettre de reconnaître et de caractériser l'inflammation de l'ovaire. Ce qui nous manque, c'est uniquement le rapprochement des symptômes et de la lésion; mais nous avons, d'une part, cette lésion si bien décrite; de l'autre, ces symptômes si nets et si tranchés que, véritablement, il ne faut pas un grand effort pour jeter entre eux le trait d'union qui doit les lier de façon à en faire un tout pathologique parfaitement indissoluble.

A défaut d'une pièce anatomique, que j'ai le regret de ne pouvoir placer sous vos yeux, laissez-moi vous donner la description saisissante, faite par M. Scanzoni, d'un ovaire enflammé, qu'il a fortuitement rencontré sur le cadavre d'une femme morte de pneumonie.

« L'autopsie démontra, dans le bassin, à droite de l'utérus, une masse de fibrine coagulée de la grosseur du poing, facile à séparer des organes sousjacents, et qui, évidemment, résultait d'un épanchement. Après l'avoir enlevée, l'on rencontra l'ovaire, qui présentait un diamètre longitudinal de 5 centimètres et demi, tandis que le transversal était de 4 centimètres, et l'épaisseur de l'organe environ 3 centimètres et demi. L'ovaire avait une forme ovoïde, il était considérablement grossi, comme le certifient du reste les mesures indiquées; sa surface était d'un bleu violacé, couverte de nombreuses veines dilatées, et vers l'angle interne de la face postérieure l'on remarquait, à sa coloration d'un rouge noirâtre, la place d'une vésicule ovarique, qui avait éclaté peu de temps auparavant. La consistance de l'organe était pâteuse, presque fluctuente en quelques endroits. En le coupant, il s'écoula une masse de sang considérable, et la tranche présentait la même coloration violacée et quelques vaisseaux veineux fortement engorgés. La vésicule en question, sur laquelle on reconnaissait parfaitement la place où la rupture avait eu lieu, avait la grosseur d'un pois; elle renfermait encore dans son centre un peu de sang liquide et noir, tandis qu'une couche assez épaisse de fibrine, en enduisait les parois. Deux vésicules voisines présentaient à peu près les mêmes dimensions, et faisaient une légère saillie au-dessus de la surface de l'ovaire, et, en les ouvrant, on en fit sortir un liquide séreux et sanguinolant. Vers l'autre extrémité de l'organe, où la congestion était moins forte, la tranche d'un rouge moins intense, et la consistance un peu plus ferme, il se trouva, dans le parenchyme même, un abcès de la grosseur d'une fève, renfermant un pus sanieux mêlé de sang. A côté de cet abcès assez volumineux, il s'en trouvait d'autres plus petits, dont la grosseur variait de celle d'un grain de millet à celle d'un petit pois; tous étaient situés profondément dans le parenchyme et renfermaient aussi un pus sanieux. Le tissu tout entier était infiltré de sérosité, et la plupart des vésicules étaient visiblement grossies par une accumulation trop abondante de liquide. Les altérations pathologiques que nous avons rencontrées dans cet ovaire correspondent parfaitement au tableau qu'ont fait quelques auteurs de l'ovarite aiguë : augmentation considérable du volume de l'organe, hyperémie notable, traces d'épanchements dans les vésicules, foyers purulents dans le parenchyme et exsudation fibrineuse sur l'enveloppe péritonéale de l'organe (1). »

C'est en effet, vous dirai-je, messieurs, après l'éminent professeur de Wurtzbourg, un véritable type de l'inflammation de l'ovaire qu'il vient de faire passer sous nos yeux, et c'est pourquoi j'ai choisi cet exemple préférablement à tant d'autres analogues, mais moins complets, que j'aurais pu puiser dans des ouvrages français, notamment dans celui de M. Chéreau. Vous remarquerez qu'ici les altérations sont triples, c'est-à-dire qu'elles affectent chacun des trois tissus qui entrent dans la constitution de l'ovaire, savoir : les vésicules, le parenchyme et l'enveloppe.

Certains auteurs ont pensé qu'au lieu d'envahir simultanément ces trois tissus, l'inflammation pourrait affecter isolément chacun d'eux, et ils sont partis de cette donnée pour décrire trois formes de l'ovarite, qui, suivant eux, pourrait être : ou folliculeuse, ou parenchymateuse, ou péritonéale. Je doute fort, pour ma part, que les choses se puissent passer ainsi, et que l'inflammation siége dans un des tissus de l'ovaire sans que les autres s'en ressentent, sauf peut-être pour l'inflammation de l'enveloppe séreuse, qui peut bien envahir la surface de l'ovaire sans pénétrer jusque dans l'épaisseur de son parenchyme, mais qui, alors, se répandra presque forcément sur une plus grande étendue du péritoine. Je sais bien que Aran a considéré comme des produits de l'inflammation isolée des vésicules de De Graaf, les caillots sanguins et les corps jaunes que l'on rencontre si souvent à l'intérieur de ces vésicules. Mais c'est là une simple appréciation, dont il se réservait de fournir plus tard la preuve, et la mort, qui nous a si rapidement enlevé ce savant clinicien, ne lui a pas laissé le temps de terminer les recherches qu'il nous avait annoncées; je ne sache pas qu'elles aient été reprises, ni que les résultats entrevus par lui aient été confirmés par d'autres. Quoi qu'il en soit, je maintiens que l'inflammation isolée de chacun des tissus constitutifs de l'ovaire, si tant est qu'elle se rencontre dans la pratique, est une chose trop exceptionnelle pour pouvoir servir de base à une classification des différentes espèces d'ovarites.

Une division plus pratique serait celle qui consisterait à admettre, avec la plupart des pathologistes, quatre degrés d'intensité différente de l'inflammation de l'ovaire :

1° *Congestion*, consistant dans une simple augmentation de volume, avec vascularisation plus grande de l'organe;

2° *Ramollissement rouge*. — A ce degré, l'organe est non-seulement plus volumineux qu'à l'état normal; il est, de plus, imprégné de sérosité, ce qui le rend friable, et il renferme à son intérieur un ou plusieurs foyers apoplectiformes.

3° *Suppuration*. — Comportant induration, augmentation de volume et de friabilité du tissu, comme le degré précédent; avec cette différence que les foyers apolectiques sont remplacés par des foyers purulents, qui siégent le plus habituellement à l'intérieur des vésicules, comme Négrier en a cité plusieurs exemples; mais qui peuvent aussi occuper le parenchyme, comme cela avait lieu dans le fait de M. Scanzoni que je vous ai rapporté.

4° *Ramollissement gris, fonte putrilagineuse*. — Cet état ne se rencontre que chez les femmes mortes à la suite de couches.

(1) Voir les numéros des 22 et 26 juillet.

(1) F. W. de Scanzoni. *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, traduit par Dor et Socin, p. 335-336.

De ces quatre degrés de l'inflammation de l'ovaire, nous retrancherons forcément le dernier, parce qu'il se rapporte à une maladie différente de celle que nous étudions — à l'ovarite puerpérale et non pas à l'ovarite simple. La preuve, c'est qu'il existe *toujours* chez les femmes atteintes d'inflammation de l'ovaire, peu de temps après l'accouchement, tandis qu'il ne se rencontre *jamais* chez celles dont la phlegmasie ovarienne se produit dans d'autres circonstances. Quant au premier degré, la *congestion*, je l'admets bien volontiers, mais je me permets de demander à ceux qui l'ont décrite où ils l'ont vue? La congestion de l'ovaire est bien un fait qui a été constaté anatomiquement, mais toujours à l'état physiologique, chez les femmes mortes de mort violente, pendant la période menstruelle, et alors que tout devait les faire considérer comme étant en parfait état de santé. D'un autre côté, l'esprit admet parfaitement que, dans le tissu de l'ovaire, comme dans dans tous les autres, la congestion soit le premier degré de l'inflammation; mais ici la congestion physiologique se confond le plus souvent d'une façon tellement intime avec la congestion phlegmasique qu'il devient absolument impossible, aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, de dire où finit l'une où commence l'autre. D'où il résulte que de ces quatre degrés de l'inflammation de l'ovaire, deux seulement vous intéressent réellement, et constituent à proprement parler l'anatomie pathologique de l'ovarite, ce sont: le second, le ramollissement rouge, et le troisième, c'est-à-dire la suppuration ou ramollissement grisâtre; et que ces deux degrés représentent absolument, pour l'ovarite, deux états identiques à ceux qui, dans la pneumonie, sont représentés par l'hépatisation rouge et par l'hépatisation grise. Remarquez que ces deux états sont les seuls qui aient été constatés à l'autopsie, et que le plus souvent on les rencontre réunis, comme cela avait lieu dans le fait de M. Scanzoni.

Outre ces lésions du tissu propre de l'ovaire, l'anatomie pathologique nous montre que l'inflammation isolée de cette glande est un fait excessivement rare. Presque toujours la phlogose envahit simultanément toutes les parties voisines, notamment la trompe utérine, le péritoine pelvien et le tissu cellulaire périutérin, principalement celui qui est compris dans l'épaisseur des ligaments larges. J'aurai plus d'une fois occasion de revenir, dans le cours de ces leçons, sur ces phlegmasies multiples au centre desquelles on trouve si fréquemment l'ovaire enflammé, mais il s'agit là d'un état complexe, dans lequel il est difficile de faire la part qui revient à chaque partie, tandis que nous ne nous occupons en ce moment que de l'ovarite seule, exempte de toute complication. Or, même dans les cas les plus simples, le péritoine est toujours atteint, de même que la plèvre l'est toujours dans les pneumonies les moins compliquées, et il est rare que la trompe soit indemne lorsque l'ovaire est enflammé. C'est pourquoi, si j'ai pu, dans la précédente leçon, vous faire voir, à des signes certains, que la femme qui sert de texte à ces conférences ne présente aucune complication de péritonite ou de phlegmon périutérin, il ne m'a pas été possible de vous affirmer qu'il n'y a pas chez elle inflammation de la trompe en même temps que de l'ovaire, et je me suis borné à incliner vers cette opinion de la co-existence des deux phlegmasies dans ce cas, conformément à ce que l'anatomie pathologique nous démontre être la règle la plus habituelle.

C'est par exclusion que chez cette malade je suis parvenu à poser le diagnostic de l'inflammation de l'ovaire. Dans la discussion à laquelle je me suis livré pour établir ce diagnostic j'ai énuméré les principaux et les plus importants symptômes de l'ovarite, mais j'ai dû nécessairement en passer quelques-uns sous silence, et de plus je ne vous ai pas fait connaître l'ordre suivant lequel ces symptômes se coordonnent, ni les variations qu'ils éprouvent suivant les diverses phases de la maladie, ou suivant les diverses formes qu'elle revêt. Il me reste donc à vous présenter un tableau d'ensemble de la symptômatologie et de la marche de l'ovarite. C'est ce que nous allons faire maintenant et d'une façon d'autant plus fructueuse que, en outre de la malade dont vous connaissez déjà l'histoire, j'en ai actuellement trois autres dans mon service qui sont atteintes de la même affection, et qui pourront nous fournir des données précieuses pour cette étude. (*A suivre.*)

CONTRIBUTION A L'EMPLOI DU BROMURE DE POTASSIUM

dans l'éclampsie puerpérale.

Par le docteur VIGER

J'ai lu, avec tout l'intérêt qu'elle mérite, la remarquable observation de M. le docteur Raciborski, d'éclampsie puerpérale guérie par le bromure de potassium. Je ne viens pas réclamer pour moi la priorité de l'emploi de cet agent thérapeutique. Je désire seulement corroborer le fait rapporté par notre confrère, par une observation, sinon semblable, du moins analogue.

Au mois de mars 1868, je fus appelé, par M. B..., fermier à Fayaux-Loges, pour donner mes soins à sa femme qui, me dit-il, avait des convulsions et se mangeait la langue. Cette jeune femme, enceinte de cinq mois, avait commencé à ressentir, vers le quatrième mois, de légers vertiges qui, me dit-elle, lui ôtaient sa connaissance pendant quelques secondes.

Au bout de huit jours, elle fut atteinte, pendant la nuit, d'attaques convulsives caractérisées par la perte de la connaissance et de la sensibilité et par des convulsions cloniques dans les membres et dans les muscles des mâchoires. Ces attaques duraient jusqu'à une demiheure. Au bout de ce temps, elle reprenait connaissance et se sentait de vives douleurs à la langue, cruellement lacérée pendant le trismus. A ce moment, les parents de la malade consultèrent un de mes confrères, praticien expérimenté, lequel, tenant compte de l'état pléthorique de la malade, ordonna des saignées répétées.

Cette médication irrita encore le système nerveux. Quand je vis cette malade, elle présentait, toutes les heures environ, des attaques convulsives peu violentes. C'était surtout la nuit qu'elle était secouée, pendant un temps fort long, par des convulsions si violentes qu'on avait peine à la tenir. Le pouls était très-fréquent, la face contractée, la langue ulcérée et profondément mordue des deux côtés, au point qu'elle ne pouvait prendre aucun aliment ni répondre à mes questions. J'examinai l'urine; elle ne présentait pas de traces d'albumine.

Voici le traitement que j'instituai :

1° Prendre tous les jours, matin et soir, trois des pilules suivantes :

Bromure de potassium	0,75
Extrait de belladone	0,01
Poudre de racine de belladone	0,01

F.s.a. 3 pilules.

2° Prendre tous les deux jours, un bain presque froid, de dix minutes.

Je fus extrêmement étonné de voir ma malade, trois jours après, parfaitement débarrassée de ses attaques. Elle continua ce traitement jusqu'à sa délivrance, mais à moindres doses. Elle ne prenait que 25 centigrammes de bromure par jour dans du sirop de gentiane. Le mieux s'est continué jusqu'à son accouchement, et elle n'a ressenti ni pendant, ni après le travail, aucune convulsion.

Au mois de février dernier, cette dame est encore venue me consulter. Elle était grosse de trois mois et avait encore des attaques convulsives. La même médication, employée dans les mêmes conditions, a de nouveau pleinement réussi; mais, cette fois, j'ai été obligé d'élever la dose de sel bromique à 3 grammes par jour, et je ne doute pas qu'elle n'accouche cette année aussi heureusement que l'année dernière.

Telles sont les deux observations que je livre aux méditations des praticiens et qui les engageront certainement à essayer ce moyen thérapeutique contre une affection si rebelle à toute médication.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 17 août 1869. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une note sur l'efficacité de la vaccination animale adressée par le conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la Seine-Inférieure. (Commission de vaccine.)

2° Un rapport de M. le docteur Caviole sur une épidémie de variole qui a régné à Cahors en 1868. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail de M. le docteur Lespiaux concernant une inoculation sous-épidermique, chez l'homme, de la matière tuberculeuse d'une granulation grise; résultat négatif au point de vue de l'infection tuberculeuse générale. (Commissaires : MM. Louis, Bouley, Hérard.)

2° Une lettre de M. le docteur Judée sur un lit-abri de son invention.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL communique une lettre de M. le docteur Danet relative à la virulence comparée du vaccin pris sur un sujet vacciné pour la première fois, et du vaccin recueilli sur un sujet revacciné; tandis que le premier vaccin donne 90 p. 100 de bons résultats, le second ne donne que 5 à 10 p. 100 en moyenne.

M. DEVERGIE offre en hommage, au nom de M. de Larieu, le tome Ier d'un ouvrage intitulé : *Situation des hôpitaux et hospices de l'Empire.*

M. ROBINET présente le compte rendu de la 12e session du congrès des Sociétés de pharmacie de France.

M. GOSSELIN présente de la part de M. le docteur Nardout du Rosier une thèse inaugurale intitulée : *Étude sur la péritonite après l'ovariotomie.*

M. CERISE présente de la part de M. le docteur Lassus une notice sur les eaux thermales chlorurées de Salins (Savoie).

M. DENONVILLIERS informe l'Académie que la santé de M. Blache s'est sensiblement améliorée depuis mardi, et qu'il est permis d'espérer une guérison prompte et complète.

Suite de la discussion sur la vaccine.

M. DEPAUL. Voici le registre que M. Guérin se plaint de n'avoir pas vu; il y est écrit, à la page qui concerne les vaccinations faites le 19 mai 1866, que ces vaccinations ont été pratiquées sur le bras gauche avec du vaccin d'enfant parvenu au septième jour, sur le bras droit avec du cow-pox parvenu au huitième, et qu'en employant ce dernier vaccin la commission a voulu faire une expérience relativement à son activité.

M. GUÉRIN. Jamais, en effet, on ne m'a montré ce registre. J'ai bien assisté à l'expérience de la commission et j'en ai constaté les résultats; je me souviens qu'alors on a agité la question de savoir si le cow-pox dont on s'était servi avait huit jours ou seulement sept. La génisse vaccinifère avait été inoculée le mardi précédent, on était donc seulement à la fin du septième jour. Je demande à voir ce cahier de M. Depaul. En bonne justice, dans une discussion loyale, on doit communiquer à ses adversaires les documents sur lesquels on appuie son argumentation. Mais M. Depaul a gardé par devers lui certaines pièces qu'il n'a pas montrées, pour s'en servir à l'occasion. Je demande à les voir, à commencer par ce registre.

M. DEPAUL. Vous ne le verrez pas. Je le communiquerai à une commission de l'Académie, mais non point à vous.

M. GUÉRIN. Comme membre de la commission de vaccine j'ai droit de prendre communication de toutes les pièces, et vous ne pouvez m'en empêcher.

M. LE PRÉSIDENT. Vous pourrez revenir sur ce sujet dans votre réplique. Pour le moment, la parole est à M. Bouchardat.

M. BOUCHARDAT. Contrairement aux usages académiques, notre collègue M. Depaul a réclamé son droit de rapporteur pour répliquer à M. Guérin, quand il n'ignorait pas qu'un de ses confrères s'était chargé de cette rude tâche. Voici donc deux orateurs qui se suivent et qui devraient parler dans le même sens.

M. Depaul a sans doute pensé, et en cela il a eu grande raison, qu'il réfuterait beaucoup mieux que moi le réquisitoire en dix propositions de mon éloquent voisin. Mais il ne m'a pas facilité mon travail; il faut aujourd'hui que je m'occupe des deux adversaires. Mes légitimes appréhensions devant cette besogne se trouvent un peu adoucies, parce que je suis en face de deux avocats aussi habiles que passionnés, aimant la lutte, se laissant entraîner par elle et oubliant quelquefois le but utilitaire.

Je n'ai pas besoin de vous dire que je ne les suivrai pas dans toutes les phases de leur argumentation. Je parlerai aussi laconiquement qu'il me sera possible : 1° de l'hypothèse de l'unicité du virus vaccin et variolique; 2° des propriétés comparées du cow-pox et de la vaccine, de leurs avantages, de leurs inconvénients et en particulier de la syphilis vaccinale. Je terminerai par quelques mots sur la variole à Paris et à Londres.

Il est un point sur lequel il existe un touchant accord. Les deux orateurs se disputent l'invention ou la rénovation de l'hypothèse de l'unicité du virus vaccin et du virus variolique. Je n'oserais prétendre que M. Depaul est aujourd'hui aussi absolu que M. Guérin, mais cependant la différence n'est pas grande. Comment se fait-il que ni l'un ni l'autre n'ait trouvé un seul mot à dire des expériences si remarquables et si concluantes de la Société des sciences médicales de Lyon, dont notre collègue M. Chauveau est venu nous entretenir?

J'ai admis pendant quelque temps, comme MM. Guérin et Depaul, l'hypothèse la plus simple, celle de l'unicité du virus modifié par sa transmission au cheval et à la vache, mais depuis les expériences de la Société des sciences médicales de Lyon, il a fallu se rendre à l'évidence.

Le liquide de la pustule variolique, inoculé à la génisse, ne donne point naissance à la pustule du cow-pox, mais bien à une sorte de papule, qui sécrète un liquide dont l'inoculation pratiquée sur l'enfant fait naître de nouveau la variole.

Je n'ai pas oublié ce cas de variole confluente qui a entraîné la mort de l'enfant, communiqué par le virus variolique pris sur la vache. La variole n'a donc pas été tranformée en cow-pox par son passage dans l'organisme de la vache. Ce sont deux virus présentant les plus grandes analogies, mais distincts. Voilà des résultats d'expériences qu'on ne peut détruire par les plus belles théories.

Me voici arrivé à une partie de la question où M. Guérin et M. Depaul se divisent avec une grande vivacité; je vais cependant essayer de les mettre d'accord et j'espère que la chose ne sera pas difficile. Pour le premier : « Il n'y a jusqu'ici que des présomptions en faveur de l'action préservatrice de la vaccine animale; il est prouvé, au contraire, de la manière la plus évidente, que la vaccine humaine reste toujours un préservatif à peu près absolu de la variole. »

Pour le second, la vaccine humaine est dégénérée; il faut lui rendre sa vertu primitive en recourant à la source, en revenant au cow-pox.

Je conviens que les deux adversaires sont de très-habiles avocats et que chacun d'eux a soutenu sa cause avec un grand talent, mais permettez-moi d'adopter comme mienne, puisqu'ils la combattent tous les deux, la 35e conclusion du rapport rédigé par M. Depaul, signé par lui et par M. Guérin.

Voici comment était conçue cette 35e conclusion : « L'action préservatrice du cow-pox sera-t-elle plus durable et plus complète que celle du vaccin d'enfant qui a déjà passé par plusieurs générations? C'est une question dont la solution définitive ne pourra être donnée que dans plusieurs années. »

Attendons donc encore plusieurs années avant de conclure. Devant les défaillances de la science, il est parfaitement légitime de vérifier par une longue série d'études, si la vaccine animale ne possède pas une vertu de préservation plus étendue.

Passons aux questions secondaires. Sous le rapport de la sûreté de la réussite, la vaccination de bras à bras avait au début un avantage marqué; avantage qu'elle a perdu depuis que M. le docteur Lanoix et la commission académique ont parfaitement déterminé les conditions d'âge les plus convenables pour réussir presque toujours avec le cow-pox.

Au point de vue de la sécurité et de la transmission possible d'une maladie par l'inoculation, la vaccine animale est à l'abri de tout soupçon, et quant à la vaccination de bras à bras, quant aux dangers qu'elle peut faire courir, il y a, sous ce rapport, de déplorables exagérations.

Je ne saurais suivre cependant M. Guérin sur le terrain d'une négation presque absolue; les expériences qui lui paraissent si concluantes de l'inocuité du virus vaccinal recueilli sur un sujet syphilitique ne me rassurent pas complétement. J'admets comme lui la spécificité du virus recueilli dans la pustule variolique et dans le chancre induré, mais on peut concevoir l'évolution successive des deux virus. Avec le cow-pox, jusqu'ici absolue sécurité; les appréhensions des pusillanimes sont écartées. Du reste, toutes les fois que le vaccinifère aura trois mois et pourra être soigneusement examiné par un médecin habile, nous admettons qu'on ne doit absolument rien redouter de la syphilis vaccinale. Je crois donc que M. Guérin a trop nié et M. Depaul trop affirmé.

La syphilis vaccinale est une exception d'une *immense rareté*. M. Depaul, comme directeur de la vaccine, aurait dû le proclamer bien haut. Tout au contraire, il a exagéré la portée des faits les mieux avérés, de ceux qu'il a observés lui-même avec M. Roger.

Je veux citer sur ces observations, pour atténuer autant qu'il est en mon pouvoir, l'effet de vos discours, le travail consciencieux de M. le docteur Eugène Bourdais intitulé : *Contribution à l'histoire des accidents graves, consécutifs aux vaccinations faites par une sage-femme, du 8 au 12 juin 1866, dans les communes de Grandchamp, de Plumergat, Pluneret (Morbihan).* (Thèse de Paris, du 9 août 1869.)

En parcourant ces villages, l'auteur a pu revoir quelques-uns des enfants dont les observations ont été publiées par nos collègues, MM. Depaul et Roger, dans le rapport du 13 novembre 1866. C'est en présence de M. le docteur Denis qu'il a pu visiter quelques-uns

de ceux auxquels il avait donné des soins gratuits pendant des semaines.

M. le docteur Bourdais a résumé les observations de 70 enfants, il n'a constaté la mort que de deux seulement, dans cet intervalle de 3 ans, et qui sont morts après avoir guéri, paraît-il, de la maladie qui nous occupe.

« Il résulte, dit M. Bourdais, de l'analyse de nos 70 observations de vaccine anormale, que la syphilis s'y trouverait représentée par les accidents suivants : les ulcérations taillées à pic, de forme circulaire, à pus sanieux, à croûtes épaisses, jaunâtres, entourées d'un cercle rouge, montrant d'abord une tendance à s'accroître, puis de la tendance à la cicatrisation, un état cachectique, des éruptions cuivrées à la peau, la desquamation de certaines parties. Cet ensemble paraît en effet bien appartenir à la syphilis, mais ne faut-il pas s'étonner, ajoute-t-il, si, après des accidents d'apparence syphilitique de cette importance, après un traitement très-souvent nul, ou imparfaitement suivi, ne faut-il pas s'étonner que, à part un seul cas douteux, il ne se soit montré, dans les observations, aucun des accidents de la syphilis désignée communément sous le nom de *tertiaire*.

« Dans l'intervalle de ces trois dernières années, en effet, c'est-à-dire de juin 1866, époque de la vaccination, à juillet 1869, époque à laquelle j'ai revu les enfants, il n'avait été constaté aucun exemple de végétations syphilitiques, de douleurs, de rupias, d'ulcérations à la gorge, au nez, à l'anus, de tumeurs gommeuses, douleurs ostéocopes, périostoses, etc., malgré l'induration presque constamment constatée des ulcérations du bras, caractère qui, d'après M. Ricord, est le signe infaillible de l'infection générale. Si, à la suite de cette étude, dont l'objet est de rechercher la cause probable d'accidents si nombreux qui, malgré des variantes, ont montré entre eux une parenté si évidente dans l'étiologie, la marche, le temps et les localités, s'il me fallait, ajoute l'auteur, résumer un avis, je dirais que la question de savoir si les accidents signalés sont ou non syphilitiques n'est pas encore entourée de renseignements suffisants pour être actuellement tranchée avec cette sécurité et le degré de certitude que réclame la science.

« J'étais, dit-il, au début de ces recherches, convaincu de leur nature syphilitique, ci j'avais alors la ferme confiance que j'allais apporter, à cette opinion, des indications précises qui auraient fait disparaître tous les doutes ; aujourd'hui, après le classement des notes relevées au fur et à mesure, après ce travail d'ensemble, je crois qu'il y a lieu encore de se résoudre à attendre de nouvelles observations. »

En argumentant la thèse de M. Bourdais, je n'ai pas manqué de lui dire qu'il aurait dû prendre, auprès des hommes autorisés, tels que MM. Ricord, Diday, Rollet, etc., des renseignements sur la marche comparée de la syphilis, chez les très-jeunes enfants et chez les adultes.

L'évolution successive des accidents a été étudiée avec tant de soin chez l'adulte que la comparaison avec l'évolution chez les enfants devait présenter peut-être des différences, et à coup sûr un grand intérêt.

Quoiqu'il en soit de ces remarques, en résumé : 70 enfants sont, assure-t-on, contaminés par la syphilisation vaccinale, au bout de 3 ans, 2 morts seulement et par autres causes (ce chiffre paraît audessous de la mortalité moyenne à cet âge), et pas d'accidents tertiaires.

Voilà le bilan des cas les mieux constatés de la syphilisation vaccinale. Vraiment M. Depaul, il n'y a pas là de quoi répandre l'épouvante.

Je le répète, tout ce qui peut à propos de la vaccine inspirer aux pusillanimes des craintes imaginaires est fâcheux ; et vous, directeur de la vaccine, vous devriez, il me semble, chercher à les dissiper au lieu de les faire naître.

Je vais maintenant dire quelques mots sur d'incontestables avantages de la vaccine animale.

Avec le cow-pox, la quantité que peut fournir une seule génisse étant considérable, on peut, avec la plus grande facilité, exécuter des expériences sur les moyens les plus efficaces de conserver le virus. Si on parvenait à lui garder son énergie, mieux qu'on ne peut le faire maintenant avec des plaques ou des tubes, on assurerait la perpétuité du service de la vaccine, et l'Académie resterait pour toute la France le grand centre d'approvisionnement.

Les vaccinifères d'ailleurs étant des veaux on pourrait opérer en toute sécurité dans toutes les saisons, sans craindre les inconvénients du transport par un temps d'hiver. M. Depaul pourrait-il affirmer qu'il n'en est jamais résulté aucun dommage pour les nouveaux-nés qu'il a fait apporter ici de la clinique?

Voilà de grandes raisons qui semblent en faveur de la vaccine animale. Pratiquez donc parallèlement la vaccine de bras à bras et avec le cow-pox, mais surtout vaccinez beaucoup.

Depuis plusieurs années Paris a subi plusieurs petites épidémies de variole. Actuellement encore la mortalité par la variole y est plus grande qu'à Londres, ville plus peuplée.

Voici dans ma pensée les causes principales de ce chiffre élevé de varioleux à Paris.

1° L'accumulation d'un grand nombre de travailleurs qui nous viennent des départements sans avoir été vaccinés. On devrait exiger des certificats de vaccine de tous les ouvriers, avant de les admettre sur les chantiers des travaux de Paris.

2° La dispersion dans les hôpitaux des varioleux indigents. Londres a son hôpital de varioleux ; il serait à désirer que Paris eût le sien, avec une maison de convalescence y annexée.

On m'objectera sans doute que, par l'accumulation de maladies à miasme spécifique du même ordre, on s'exposera à créer de redoutables foyers épidémiques. Je ne méconnais pas la valeur de cette objection, mais je me hâte d'ajouter qu'à chaque instant, en hygiène, on commet les plus graves erreurs en voulant généraliser des faits particuliers, lorsqu'on n'invoque pas l'analogie et qu'on néglige l'observation.

Ce que j'ai appris de l'hôpital des varioleux de Londres me porte à penser que la mortalité n'y est pas plus élevée qu'en ville. C'est un point important à contrôler. D'un autre côté, la dissémination des varioleux dans des centres habités présente des dangers qu'on ne saurait méconnaître.

Voilà de grands sujets d'étude que je viens d'indiquer; ils ont trop d'importance pour les traiter incidemment.

Je me hâte de rentrer dans l'objet du débat actuel; je n'ai que quelques mots à ajouter.

Je ne pense pas que l'Académie doive voter les 37 conclusions du rapport de la commission. Ces conclusions résument les faits observés, et nous ne pouvons les contredire, n'ayant pas suivi les expériences.

Ce que nous devons voter :

1° Ce sont des remerciment au ministre qui a mis l'Académie à même d'exécuter d'aussi utiles travaux ;

2° C'est la demande des ressources suffisantes pour assurer et développer parallèlement, dans de bonnes conditions, le service de la vaccine humaine et de la vaccine animale;

3° Je voterai volontiers aussi des remerciments à l'auteur du rapport et aux membres de cette laborieuse commission sur la vaccine animale.

M. BÉCLARD lit, au nom de M. Bousquet, un long discours dont voici l'analyse :

En prenant la plume, j'avais d'abord la pensée de dire ce que je crois enfin de la vaccine après les études que vous savez, mais j'ai bientôt compris qu'il fallait se borner, et de mon premier plan je n'ai retenu que deux points, à la vérité très-importants : 1° l'un c'est que la vaccine, en apparence déchue, n'a jamais été plus efficace, plus puissante qu'elle ne l'est de notre temps ; 2° l'autre que le vaccin n'a rien perdu de ses propriétés.

Ces deux points traités, je passerai à la vacine animale, plus particulièrement en cause.

La vaccine est-elle réellement déchue? En d'autres termes, la vaccine préserve-t-elle moins aujourd'hui qu'au temps de Jenner, et, partant, les premiers vaccinés ont-ils joui d'un privilége auquel les nôtres ne sauraient prétendre. Ceux qui l'affirment ne réfléchissent pas à la date récente des vaccinations dont Jenner observait l'action préservatrice. Nous savons à présent ce qu'on ne savait pas à cette époque, que la vaccination n'est jamais plus sûre d'ellemême, plus forte que quand elle ne remonte pas trop haut. En 1869 come en 1800, les nouveaux vaccinés ont toujours l'avantage sur les anciens ; la petite-vérole s'attaque à ceux-ci de préférence. C'est pourquoi on ne pouvait pas affirmer, dès le début, que la préservation serait ou non indéfinie. Jenner, interrogé sur ce point, se bornait à répondre que, jusqu'alors, il n'avait aucune raison d'en douter.

Mais peu de temps après, Jenner en doutait déjà. Dès 1803 on avait signalé des cas très-rares où la vaccine s'était laissé entamer par la variole. En 1806, Gibson osa [dire qu'il ne fallait pas compter sur une entière préservation au-delà de quatre ou cinq ans. Puis, en 1809 Gregory, médecin de l'hôpital des varioleux, à Londres, publia les faits recueillis dans son service.

En France, le premier fait de variole chez un vacciné, avoué par le comité central de vaccine, date de 1811, et lorsque je fus nommé rapporteur de la commission de vaccine qui, succédant à ce comité central en comptait presque tous les membres, je dus m'inspirer de son esprit. La variole des vaccinés n'était jamais assez claire; elle péchait toujours par quelque endroit : ou par les symptômes, ou par la marche, ou par la durée, ou par *l'odeur*; car, à défaut d'autre témoin à décharge, celui-là était quelquefois invoqué et prévalait.

En réalité, la vaccine était autrefois ce qu'elle est encore aujourd'hui, c'est-à-dire toute puissante pendant les premières années qui suivent la vaccination, un peu moins à mesure qu'on s'éloigne, mais toujours ou presque toujours assez pour contraindre la variole à se réduire, à s'amoindrir.

Demander après cela si le vaccin a dégénéré, ce n'est pas comprendre la question. Les partisans de cette dégénérescence font un cercle vicieux. Ils expliquent la défaillance de la vaccine par l'altération du vaccin, et prouvent cette altération du vaccin par la défaillance de la vaccine.

De preuves directes, ils n'en ont pas : le vaccin n'est changé ni aux sens, ni à l'analyse chimique. Restent les effets physiologiques et les apparences de la pustule ; mais ces apparences peuvent changer, les conditions semblant les mêmes. Jenner raconte qu'il tomba d'abord sur un cow-pox si vif, si ardent, qu'il en fut effrayé. Je compris cette impression pour la première fois, lorsque je rencontrai le cow-pox de Passy, en 1836. Ce cow-pox a donné des pustules plus belles qu'aucun autre cow-pox, ainsi qu'on peut le voir par les dessins qui en ont été conservés. Est-ce à dire que les vaches ne font pas toutes le vaccin également actif? Ce fut la première pensée de Jenner; mais cette supériorité de certains cow-pox au sortir de la vache ne dure qu'un temps; après quoi ils se mettent tous au même niveau. Du reste, l'égalité de garantie que donnent pour l'avenir les trois varioles : la discrète, la confluente et l'inoculée, prouvent que la garantie doit être égale avec tous les genres de vaccin et quelque soit la grosseur des pustules.

Comme preuve de dégénérescence, on cite encore les résultats différents des revaccinations. Je n'admettrai ces différences que si on a porté le virus sur le même sujet, et si le cow-pox a réussi quand le vaccin humain échouait. Du reste, les secondes vaccines ne ressemblent jamais aux premières, et de là vient que les uns voient des insuccès, des fausses vaccines, dans des cas où d'autres voient des succès.

D'ailleurs les revaccinations ne prouvent pas plus contre le premier vaccin que les secondes varioles contre les premières; et, il ne faut pas l'oublier, les revaccinations réussissent surtout chez les plus anciens vaccinés, ceux dont le vaccin par conséquent, se rapprochant le plus de l'origine, aurait dû être le meilleur, d'après la thèse que je combats.

J'arrive à la vaccine animale.

Je remarque d'abord que son partisan le plus chaud a nié l'existence de la vaccine, et considère le vaccin comme du virus variolеux transplanté; dans ce cas, il dégénérerait chez la vache et non point chez l'homme.

En outre, il tient à établir que le cow-pox dont il se sert n'avait jamais passé par l'homme. Si la vache ne peut donner qu'un virus sain, si elle n'est pas apte à contracter la syphilis, peu importe qu'elle ait reçu un virus impur, mélangé de syphilis, elle ne prendrait de ce mélange que ce qu'elle en peut prendre, c'est-à-dire la vaccine absolument pure et sans souillure.

Maintenant, je n'ai que des éloges à faire, soit à M. Lanoix, soit à la commission. Ils ont montré que le passage du cow-pox était facile de génisse à génisse, et avant leurs expériences, on n'aurait jamais supposé que le cow-pox, né de lui-même sur la vache, et inoculé à la génisse, y devait donner des pustules inférieures à celles de l'enfant ; Inférieures par la durée, tout est fini après le 2e septenaire; inférieures d'apparence, petites, chétives, peu animées.

Hâtons-nous d'ajouter que le vaccin, sortant de la génisse, semble reprendre un peu de vie sur l'enfant. La commission assure même que le vaccin, revenu de son étonnement, se réveille et se ranime à mesure des inoculations. A la vérité, d'autres ont dit tout le contraire.

Quoiqu'il en soit, tout le monde paraît d'accord pour reconnaître que le vaccin transporté de la bête à l'enfant tarde plus longtemps à se développer. Ceci est un défaut qui peut être très-grave en temps d'épidémie, car le vacciné reste plus longtemps exposé aux coups de la variole. En outre, la commission avoue que le cow-pox *conservé* perd plus vite ses propriétés. C'est une cause de plus d'infidélité et de déception. Il faudrait une bien grande supériorité de résultat pour faire passer sur cette difficulté d'exécution. Mais cette supériorité n'existe pas, et pour admettre que la préservation soit égale de part et d'autre, il faut se baser sur l'induction.

Je sais bien que M. Depaul ne trouve pas l'exécution si difficile. Il agit dans des conditions exceptionnellement favorables et ne voit pas que ces conditions ne peuvent se rencontrer ailleurs. Comment établir des dépôts de cow-pox, des services de vaccination animale, ailleurs qu'à Paris et dans les grands centres, et alors même qu'on en établirait dans tous les chefs-lieux, cela suffirait-il? La vaccine deviendrait le privilége des riches, comme l'ancienne inoculation de la variole elle-même. Du reste parmi les gens compétents, parmi les médecins, la vaccine animale ne peut pas plus l'emporter aujourd'hui sur la vaccine jennérienne qu'au temps de James. En vain on emploie les mêmes procédés, bien que par des motifs plus avouables, on insulte, on calomnie l'une pour élever l'autre, le résultat sera le même.

On menace de la syphilis ; mais si la syphilis vaccinale existait en réalité, comment donc aurait-elle échappé si longtemps à l'observation attentive des vaccinateurs, des mères, des familles, de leurs médecins ordinaires? Dès le premier jour l'attention était attirée de ce côté par les détracteurs de la vaccine. Ah ! s'il y avait un fait, un seul fait bien observé, si sans aucune coïncidence accidentelle, on nous montrait la syphilis transmise en même temps que la vaccine, je pourrais me rendre ; mais où est ce fait?

Dans les thèses de l'année 1867, il est une qui a pour sujet la transmission de la syphilis par la vaccination, et les moyens de l'éviter. L'auteur, M. Petit, cite très-souvent M. Depaul, mais il ne peut se résoudre à admettre que le vaccin pur, le vaccin seul puisse donner la syphilis, et il rappelle le *nombre immense* de faits contradictoires à opposer à deux ou trois faits qui pourraient être interprétés de cette manière.

Il n'est pas d'appellation plus malheureuse que celle de *syphilis vaccinale*. Elle fait croire que la vaccine s'allie avec la syphilis et la répand avec elle. Serait-ce que le vaccin contenu dans la pustule vaccinale participe des deux essences et les reproduit par inoculation? Serait-ce que les deux virus se rencontrent dans le même bouton? Et Comment? Car ils n'y sont certainement pas élaborés, sécrétés. De grâce, pas d'équivoque, pas de malentendu. S'il s'agissait d'un fait surnaturel, je comprendrais votre réserve. M. Briquet, familiarisé avec toutes les difficultés de la clinique, vous a signalé des lacunes que vous ne pûtes remplir, faute d'avoir tout vu, dites-vous. On ne vous reproche pas de ne pas avoir tout vu, mais de conclure comme si vous aviez tout vu.

J'ai toujours admiré ce coup d'œil qui au moindre signe vous dévoilait la présence de la syphilis, et la facilité avec laquelle cette maladie s'évanouissait à l'approche du spécifique. D'un autre côté, il m'a paru que vous traitiez assez légèrement vos contradicteurs et les faits qu'ils rapportent en opposition avec les vôtres. On a souvent cité ceux de M. Delzenne, et on peut encore y revenir, car vous n'y avez pas répondu. C'est une de ces questions qui peuvent et doivent être résolues par l'expérience. L'expérimentation directe, l'inoculation de la syphilis, puis de la vaccine sur un même sujet, puis du vaccin obtenu de lui sur un sujet vierge de vaccine et de syphilis, serait peut-être trop périlleuse; mais celle du vaccin sur un enfant syphilitique, et de là sur un autre enfant, peut se tenter. Je la tenterais sans grand mérite, l'expérience étant, dans mon opinion, sans danger; mais elle n'en a plus guère dans la vôtre; vous connaissez si bien le secret de guérir la syphilis?

Vous demandiez à M. Guérin si, ayant des enfants, il les inoculerait avec le vaccin d'un syphilitique. A sa place je vous répondrais : Si j'avais le choix, je préférerais le vaccinifère le plus sain et le plus beau; mais si je n'avais pas le choix, je prendrais le premier venu, parce que la variole n'épargne personne...

A mon tour je vous interroge : Je suis en pleine épidémie de variole et n'ai sous la main qu'un vaccinifère manifestement syphilitique; devrai-je m'abstenir de vacciner et laisserai-je faire la variole? Si vous dites non, comme le veut le bon sens, vous rentrez dans la pratique ordinaire, et nous sommes d'accord.

Si vous dites oui, comme vous le c[illegible]ndent vos doctrines, vous nous reportez un siècle en arrière, sous l'empire de la variole spontanée, à moins que vous ne demandiez à l'inoculation un service que vous refusez de la variole, ce que je ne puis croire.

Mais à quoi bon toutes ces questions. La vaccine animale n'est pas née viable; elle le serait par nature qu'elle ne le serait pas à l'usage et à l'application.

Dans mon opinion, ce n'est donc pas tant le triomphe de la vaccine animale que vous poursuivez que la ruine de toute vaccine, je le répète avec douleur, de toute vaccine.

La séance est levée à cinq heures et quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par décret en date du 11 août 1869, rendu sur la proposition du ministre des travaux publics, M, Recurt, médecin des chemins de fer des Pyrénées, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décrets en date du 11 août 1869, rendus sur la proposition

du ministre de l'agriculture et du commerce, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. de Laurès, médecin inspecteur des eaux thermales de Néris (Allier). Chevalier depuis 1853.

Au grade de chevalier. — M. Auphan, médecin inspecteur des eaux d'Ax (Ariége).

M. Basset, médecin inspecteur des eaux de Royat (Puy-de-Dôme).

M. de Lagarde, médecin des épidémies de l'arrondissement de Confolens (Charente), et médecin inspecteur adjoint des eaux de Bagnères-de-Bigorre (Haute-Pyrénées).

M. Martel (Ferdinand), médecin des épidémies de l'arrondissement du Puy (Haute-Loire).

— Par décret en date du 11 août 1869, rendu sur la proposition du ministre des affaires étrangères, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur,

Au grade de chevalier : M. le docteur Streens-Toussaint, médecin en chef du gouvernement néerlandais à Java.

M. le docteur Barboza (Manoel José), médecin en chef de l'hôpital des Aliénés à Rio de Janeiro.

M. Le docteur Otterbourg, bavarois, médecin en chef de l'Hôpital allemand, à Paris.

M. le docteur Martin, médecin de la légation de France à Pékin.

M. le docteur Thomy-Labauve d'Arifat, médecin de l'hôpital des sœurs de la charité, à Port-Louis (île Maurice).

— Par décret en date du 14 août 1869, l'Empereur, sur la proposition de l'amiral ministre de la marine et des colonies, chargé par intérim du département de la guerre, a promu ou nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade d'officier. — M. Laforgue (Adolphe-Marie-Albin), médecin-major de 1re classe au 19e rég. d'infanterie; chevalier du 25 juin 1855 : 31 ans de services, 8 campagnes.

M. Lisse (Joseph), pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital du camp de Châlons; chevalier du 8 octobre 1857 : 37 ans de services, 10 campagnes.

Au grade de chevalier. — M. Coze (Ernest), médecin-major de 2e classe au 16e bataillon de chasseurs à pied : 19 ans de services, 5 campagnes.

M. Roustic (Louis-Antoine) médecin-major de 2e classe au 2e régiment de hussards, 24 ans de services, 3 campagnes.

M. Cotino (Louis-Marie), médecin de 2e classe au 2e régiment d'infanterie de marine : 14 ans de services, 9 campagnes.

— Notre distingué confrère M. le docteur Piachaud (de Genève), vient de recevoir la croix de la Légion d'honneur.

— Le dernier concours pour la nomination à une place de chef de clinique d'accouchement à la Faculté, s'est terminé par la nomination de M. Chantreuil, le même dont la thèse vient d'obtenir une médaille d'argent.

— M. le docteur Servier, professeur agrégé à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, est nommé médecin-major de 1re classe, en remplacement de M. Gauverit, décédé.

— Le lundi, 30 août prochain, à deux heures du soir, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Toulon, pour 4 places d'élèves internes.

Ce concours aura lieu sous la présidence de M. l'administrateur chargé de la surveillance du service de santé et devant un jury médical composé de MM. les médecins, chirurgiens et pharmaciens en chef des hospices civils.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription sera clos le 28 août au soir.

Les candidats devront produire :

1° Un extrait de l'acte de leur naissance;

2° Un certificat de moralité délivré par le maire de la commune où ils ont leur résidence;

3° Un certificat ou bordereau constatant qu'ils ont pris au moins 12 inscriptions de Faculté ou, à défaut, fournir la preuve qu'ils ont été attachés, pendant 3 ans au moins, à un hôpital civil ou militaire ayant école;

4° Les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences.

Ces pièces seront déposées au secrétariat de la Commission administrative, à l'Hôtel-Dieu.

Épreuves du concours. — 1re *épreuve* (séance orale). Anatomie descriptive et physiologie; — 2e *épreuve* (séance écrite). Pathologie interne et externe; — 3e *épreuve* (séance orale). Clinique interne ou externe (examen d'un malade); — 4e *épreuve* (séance orale). Matière médicale. — Bandages et appareils.

Après le rapport du jury, la Commission administrative nommera les élèves.

Les élèves nommés entreront en fonctions à partir du 1er septembre 1869. Leur temps d'exercice est de trois ans; à la fin de cet exercice, l'Administration pourra, sur le rapport de MM. les médecins et chirurgiens en chef, prolonger d'une année le temps du service réglementaire.

Ils seront logés, nourris, éclairés, chauffés, blanchis dans l'établissement et recevront une indemnité annuelle de 400 fr.

Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de la Commission administrative, du règlement sur le service de santé; il seront tenus, en cas de nomination, de se conformer à toutes ses dispositions, en ce qui les concerne, et aux modifications qui pourraient y être apportées.

La Commission administrative donnera à MM. les internes toutes facilités compatibles avec le service pour aller subir les examens du doctorat.

— M. Léon Labbé, agrégé à la Faculté de médecine, suppléant pendant les vacances M. le professeur Richet, commencera ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital des Cliniques, le mardi, 24 août 1869, à 9 heures et demie du matin. Les leçons auront lieu les mardis, jeudis et samedis suivants.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Métrorrhagies pendant la grossesse.

Jeudi dernier, à propos d'une femme entrée à la clinique d'accouchement pour une hémorrhagie utérine très-abondante survenue dans le septième mois de la grossesse, M. Bailly, qui supplée M. Depaul pendant les vacances, a fait au lit de la malade une conférence très-intéressante sur les métrorrhagies des femmes enceintes, leur étiologie et leur traitement.

La cause de beaucoup la plus fréquente dans les derniers mois de la grossesse est encore, sans contredit, l'insertion vicieuse du placenta sur le col utérin.

C'est à elle qu'il faut toujours songer d'abord en pareil cas, ainsi que le conseillent, du reste, les livres classiques. Mais il ne faut pas oublier que cette cause n'est pas la seule qui puisse produire des métrorrhagies inquiétantes par leur abondance chez les femmes enceintes de quelques mois.

Lorsque le placenta est inséré sur le col, l'hémorrhagie est due à la distension, aux tiraillements, à la déchirure, que lui font subir, sur certains points, le développement du segment inférieur de l'utérus, et la dilatation du col.

Lorsque son insertion est normale, les vaisseaux utéro-placentaires peuvent encore se rompre : mais cette fois sous l'influence d'un molimen congestif.

Sous la même influence, les vaisseaux utérins, dans la partie de la muqueuse qui ne répond point au placenta, bien qu'ils soient habituellement peu développés, peuvent cependant exceptionnellement donner lieu à un écoulement sanguin.

Voilà donc déjà trois espèces d'hémorrhagies qui prennent toutes les trois leur origine dans le corps même de l'utérus. Celles dont il nous reste à parler tiennent à l'état du col.

D'abord, bien entendu, si le col est le siége d'une affection cancéreuse avancée, l'appel de sang vers l'utérus qu'y provoque le développement de l'embryon, prédisposera singulièrement aux hémorrhagies ; et ces hémorrhagies auront lieu principalement lorsque la grossesse approchera du terme, comme celles qui sont causées par l'insertion vicieuse du placenta. En effet, le développement considérable du segment inférieur de l'utérus pendant les derniers mois, puis la dilatation du col ont un retentissement nécessaire sur les tumeurs malignes de cette partie, aussi bien que sur le placenta qui s'y insère. On pourrait donc très-aisément confondre ces deux classes très-différentes d'hémorrhagies, si on n'avait pas soin de pratiquer le toucher.

Mais ce n'est pas tout. En dehors même de toute affection de mauvaise nature, de toute tumeur cancéreuse, de toute ulcération syphilitique ou autre, les conditions dans lesquelles se trouve la muqueuse du col utérin pendant la grossesse peuvent devenir parfois une cause d'hémorrhagie.

Il faut bien connaître les changements qu'amène la gestation dans l'aspect du col.

Il est de règle que la muqueuse soit congestionnée pendant la grossesse, et surtout dans les derniers mois. Elle est alors d'un rouge vineux plus ou moins foncé, la surface en devient moins égale et moins lisse, souvent il s'y développe de petites saillies, comparables aux granulations blennorrhagiques, ou même aux bourgeons charnus des plaies. Comme les bourgeons charnus, ces granulations peuvent devenir fongueuses et tellement vasculaires qu'elles saignent au moindre contact.

On comprend qu'alors, sous l'influence d'un molimen fluxionnaire, les petits vaisseaux contenus dans ces granulations peuvent se rompre et donner issue à une quantité de sang plus ou moins abondante.

La chose est d'autant plus admissible que, sous l'influence d'une congestion active, uniquement ramenée par l'habitude pour ainsi dire, on a vu déjà, dans plusieurs cas, après l'ablation des deux ovaires, du corps, et même de la partie sus-vaginale du col utérins, une hémorrhagie se produire à la première époque menstruelle et simuler la métrorrhagie qui se rattache à l'ovulation.

A plus forte raison, chez les femmes enceintes, une congestion fluxionnaire pourra-t-elle produire les mêmes résultats à la surface d'un col fongueux et ramolli.

Une question qui ne nous paraît pas parfaitement résolue est celle de savoir si cet état fongueux du col utérin, ces granulations volumineuses, violacées, saignantes, sont complétement ndépendantes de toute affection utérine antérieure à la gestation.

A première vue il semblerait que la congestion de la grossesse doive, comme le fait du reste la congestion menstruelle, retentir d'autant plus vivement sur la muqueuse que celle-ci est déjà le siége d'une affection chronique.

Les femmes dont la muqueuse utérine rougit très-vivement un jour ou deux avant les règles et reste colorée chaque fois un peu longtemps après que l'écoulement sanguin a disparu, celles qui perdent beaucoup en blanc dans les mêmes circonstances, celles dont le col s'entr'ouvre et se ramollit notablement pendant les époques menstruelles, ces femmes ont généralement quelque affection, peut-être très-légère, mais permanente de l'utérus. Lorsqu'on les examine dans l'intervalle des règles, on trouve habituellement chez elles, soit un peu de métrite interne, soit de légères exulcérations, soit même, parfois, quelques granulations sur le col.

A propos de ces granulations, M. Scanzoni a eu raison de signaler une cause d'erreur souvent méconnue.

Normalement, la surface interne du col utérin n'a pas le même aspect que sa surface externe. La muqueuse y est beaucoup plus rouge et moins lisse. Les glandules qui s'y trouvent peuvent simuler des granulations. Il faut être averti de ce fait lorsqu'on applique le spéculum, car souvent, chez les multipares, la pression de l'instrument sur la périphérie du col ou sur les insertions vaginales l'entrouvre et l'étale, pour ainsi dire, de telle sorte que sa surface interne devient externe. On peut donc supposer, d'après la rougeur et le dépoli de cette surface, la présence de granulations qui n'existent pas.

Pourtant je crains que Scanzoni ne soit allé trop loin, qu'il ait trop de tendance à considérer comme normal l'aspect de la muqueuse interne, quelque rouge foncé, violacée, irrégulière, et, disons le mot, *granuleuse* qu'elle puisse être. Pourquoi donc, en effet, jouirait-elle seule du privilége de ne pas s'exulcérer et de ne pas présenter de véritables granulations. Un diagnostic précis y est plus difficile ; mais la position même des exulcérations et des granulations de la muqueuse externe tend à faire croire que souvent elles ont eu leur point de départ à l'intérieur du col, et se sont étendues de dedans en dehors.

Depuis que mon attention est fixée sur ce point, je me suis convaincu de plus en plus de la nécessité de bien apprécier la couleur, l'aspect, la vascularité plus ou moins grande de cette muqueuse interne. Comme elle se continue avec celle du corps et lui ressemble beaucoup, d'après la petite portion que nous pouvons en voir, nous pouvons légitimement nous permettre des inductions sur l'état de cette muqueuse, dont l'inflammation constitue la métrite interne. Il ne faudrait donc pas faire porter trop exclusivement son examen sur la muqueuse pâle et lisse de la surface externe.

Pour en revenir aux hémorrhagies des femmes enceintes, nous croyons avoir tout lieu de penser que quand elles ont leur origine dans des granulations fongueuses du col utérin, il est permis de soupçonner quelque affection de la matrice, antérieure à la gestation, et à laquelle la congestion de la grossesse aura donné un développement considérable.

Cette congestion ne produit-elle pas très-fréquemment un résultat semblable sur les excroissances vénériennes des parties génitales ?

Nous ne voulons pas dire cependant qu'elle se borne toujours à surexciter les affections déjà existantes et ne puisse pas provoquer par elle-même la vascularisation exagérée et l'état granuleux des surfaces sur lesquelles elle porte ; mais elle sera puissamment aidée par une souffrance chronique de ces parties.

THÈSES RÉCOMPENSÉES

Modifications de la température dans la fièvre typhoïde. Résections-coxo-fémorales.

Parmi les thèses récompensées, nous avons déjà signalé celles de MM. Lolliot, Dieulafoy, Stopin, Dionis du Séjour, etc.

Nous allons maintenant dire quelques mots de deux autres, qui ont obtenu la médaille d'argent.

M. Ernest Labbée a fait porter ses recherches cliniques sur les modifications de la température et du pouls dans la fièvre typhoïde et la variole régulière.

Ces observations, faites avec un grand soin chaque matin et

FEUILLETON

ÉTUDE SUR LA TRÉPANATION DU CRANE

DANS LES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA TÊTE

Par M. le baron LARREY (1).

La savante controverse qui eut lieu récemment à la Société de chirurgie, fut l'occasion de la publication de l'important travail que nous nous proposons d'analyser.

Son importance et son utilité n'ont pas besoin d'être discutées. Quiconque connaît les vicissitudes par lesquelles a passé la trépanation du crâne, l'enthousiasme avec lequel elle a été accueillie par certains chirurgiens, pendant qu'elle était abandonnée des autres, lira avec avidité les bons travaux écrits sur ce sujet si intéressant pour tous les chirurgiens.

N'est-il pas curieux de voir cette grave opération, préconisée et exécutée par nos maîtres en chirurgie, Dupuytren, Stromeyer, Desault et tant d'autres, au début de leur carrière, être complétement délaissée plus tard par eux-mêmes ? Cette seule remarque suffirait à elle seule pour faire comprendre qu'une étude du genre de celle que nous analysons n'appartient qu'à un chirurgien mûri par une expérience assez longue pour élever, pour ainsi dire, ses conclusions à la hauteur de lois.

Le travail de M. Larrey n'est pas un mémoire ordinaire, c'est une œuvre complète, la plus complète sur le sujet, n'hésitons pas à le dire. Les nombreuses observations inédites qui s'y trouvent forceront à y recourir toutes les fois qu'on voudra étudier la question des plaies de tête. Tout y est traité, depuis les expériences de trépanation sur les animaux jusqu'à la prothèse artificielle du crâne, jusqu'à ce phénomène singulier de l'audition accidentelle par les cicatrices de la boîte crânienne.

Les accidents de la trépanation sont étudiés avec soin. M. Larrey a complété cet important travail par une statistique qui n'est pas de nature à encourager les jeunes chirurgiens à tenter l'opération. M. Trélat, cité par l'auteur, ayant relevé les opération de trépan pratiquées à Paris pendant une période de onze ans, a trouvé *douze* cas de trépanation et *onze* morts. On observe, certainement, des séries moins malheureuses ; mais on ne peut s'empêcher de remarquer l'empressement que l'on met à publier les résultats heureux. En somme, la mortalité atteint un chiffre effrayant à la suite de la trépanation du crâne.

Empreint de ce style élégant et correct qu'on retrouve dans tous les écrits de M. Larrey, ce mémoire est rédigé d'après plus de 160 observations, en partie inédites. Quelques-unes proviennent de divers champs de bataille. Un certain nombre avaient déjà été publiées par M. Larrey lui-même, dans la *Relation chirurgicale des événements de juillet* 1830, et dans l'*Histoire chirurgicale du siége de la citadelle d'Anvers*, 1833.

Cette longue étude n'a d'autre but que de conduire à un traitement rationnel. M. Larrey, grand partisan de la *chirurgie conservatrice*, insiste avec force sur ce point *qu'on ne doit trépaner qu'après avoir épuisé toutes les autres ressources que l'art met à la disposition du chirurgien*. Ce n'est donc qu'après avoir reconnu l'inefficacité du traitement médical, l'impuissance de l'*élévatoire* et de la *triploïde*.

Nous ne saurions mieux faire, pour exprimer la pensée de l'auteur, que de citer ici ses conclusions :

Indications du trépan.

On doit trépaner, dans les lésions traumatiques de la tête, si les accidents bien localisés et circonscrits persistent, et si les autres ressources sont impuissantes, dans les cas suivants :

1° Dans les fractures de la voûte, par perforation ou avec enfoncement des fragments, lorsque la lésion des parties profondes provoque des accidents graves et continus, sans que les tentatives de redressement par des moyens différents de la trépanation soient possibles ou efficaces ;

2° Dans les fractures compliquées d'enclavement de corps étrangers dans l'épaisseur du crâne, ou de pénétration dans les couches superficielles du cerveau, avec persistance des accidents symptomatiques, si l'extraction de ces corps étrangers ne peut être faite autrement ;

3° Dans les diverses lésions mécaniques de la tête, compliquées d'accidents cérébraux graves, persistants, tels que contusions et compression du cerveau, ou bien hémiplégie prolongée, avec épanchement de sang ou de pus, présumé circonscrit, pourvu que la lésion locale soit précise, et pourvu surtout que l'*essai d'une thérapeutique active reste insuffisant*.

(1) Chez Victor Masson et fils.

chaque soir, viennent corroborer les conclusions que M. Jaccoud a développées dans ses leçons cliniques.

La marche de la température est toute particulière dans la fièvre typhoïde. On y peut distinguer trois stades : 1° de début; 2° d'état; 3° de déclin. Dans le stade de début, la chaleur mesurée à l'aisselle s'accroît graduellement, d'après un type rémittent quotidien ; chaque matin, la température est un peu moins élevée que la veille au soir; chaque soir beaucoup plus élevée que le matin, et dépassant d'un demi-degré à un degré la température du jour précédent. M. Labbée décrit, d'après les auteurs, ce premier stade, qu'il n'a pas eu l'occasion d'observer dans les hôpitaux.

Dans le second stade ou stade d'état, la température s'écarte peu des limites qu'elle a atteintes à la fin du stade de début; elle présente toujours le type rémittent avec exacerbations le soir; les maxima ont varié entre 40° et 41°,1 dans 7 cas bénins. Le thermomètre n'a jamais été au delà de 41°2 dans 4 cas d'intensité moyenne, il a atteint 41°,6 et 41°,4 à une période éloignée du début, chez deux malades, qui sont morts.

Cette période d'état s'est prolongée jusqu'aux 16°, 17°, 18° et 20° jours, dans les cas bénins; une fois elle a duré jusqu'au 26° jour dans une fièvre d'intensité moyenne.

Dans le troisième stade ou stade de déclin, qui ramène plus ou moins vite la température au chiffre normal, selon que les premiers ont duré plus ou moins longtemps, M. Labbée a noté parfois, vers le commencement de la quatrième semaine, des rémittences tellement marquées que les recrudescences du soir simulaient des accès de fièvre intermittente légitime, d'autant plus qu'elles se terminaient par des sueurs.

Du reste, et nous y insistons, car c'est le point le plus important, soit en ce qui touche la fièvre typhoïde, soit en ce qui touche la variole, il n'a rien observé qui contredise d'une manière grave les données de l'école allemande vulgarisée par M. Jaccoud.

De nombreux tracés sphygmographiques augmentent de beaucoup la valeur de cette thèse.

— M. Good a repris la question des résections coxo-fémorales en s'appuyant sur une statistique de 112 faits, tous postérieurs à l'année 1860 et au mémoire de M. Le Fort.

Sur ces 112 opérations, 52 (ou 46.43 pour cent) ont ont réussi. La mortalité a été de 60 (53,57 pour cent). Ce chiffre se décompose ainsi par rapport aux pays dans lesquels la résection a été pratiquée.

En Allemagne, 34 opérations, 12 succès (35,29 pour cent).

En Angleterre, 32 opérations, 21 succès (65,62 pour cent).

En Amérique, 29 opérations, 16 succès (55,17 pour cent.)

En France, 14 opérations; 2 succès seulement (ceux de MM. Sédillot et Bœckel, à Strasbourg).

En Russie, trois opérations, un seul succès.

Sur les 52 guérisons, 19 fois il est noté que le malade marche sans support et neuf fois qu'il marche avec une simple canne.

M. Good met en parallèle avec ces résultats ceux que l'expectation a donnés dans 12 cas à l'hôpital Sainte-Eugénie dans la coxalgie suppurée.

Suivant M. Gibert, qui a recueilli ces observations, une fois seulement la guérison est survenue spontanément, trois fois l'état était resté stationnaire pendant quelques années, les huit autres enfants sont morts.

M. Good a vu par lui-même quelques-uns des faits qu'il rapporte ; il a recueilli sur quelques autres des informations personnelles; sa thèse est donc très-instructive, et nous ne saurions trop la recommander à ceux de nos lecteurs que cette question intéresse.

Dr Victor Revillout.

COMPRESSION DIGITALE

DIRECTE, INDIRECTE ET INTERMITTENTE

Dans les hémorrhagies traumatiques.

Par M. Boinet.

(suite et fin) (1)

Aux observations si intéressantes de M. Delpeuch, nous en joindrons une autre que nous avons communiquée à la Société de chirurgie en 1860 (2), et dont l'intérêt n'est pas moins grand, puisqu'il s'agit d'une blessure de l'artère humérale, qui a été guérie par la compression digitale continuée pendant quarante-huit heures.

Un individu de 36 ans, colporteur, voulant escalader un mur, reçut de celui qu'il se disposait à voler, un violent coup de bâton sur le bras droit. Arrêté et conduit en prison, c'était le 17 juin, M. le docteur Bury, de Saumur, appelé à lui donner des soins, constata une tuméfaction énorme du bras, avec couleur violacée de la peau, due à un épanchement de sang très-considérable, et crut devoir ouvrir cette collection sanguine par deux incisions longitudinales faites avec le bistouri : la première, un peu au-dessus de la partie moyenne et interne du bras, le long du bord interne du muscle biceps, et la seconde 8 ou 10 centimètres plus bas, dans la même direction, et revenant un peu vers la partie antérieure du bras, au-dessus du pli du coude. Il s'écoula environ 2 litres de sang, puis l'hémorrhagie sembla s'arrêter, mais le pansement qui fut fait, était, le lendemain, imbibé d'une grande quantité de sang. Le malade fut alors transporté à l'hôpital, et en renouvelant le pansement, le sang sortit par jets de la plaie supérieure. Une compression, qui n'arrêta pas complétement l'écoulement du sang, fut faite le mieux possible.

Le lendemain, 20 juin, à la visite, tout l'appareil du pansement : l'alèze, les coussins de balles d'avoine, le lit, tout est imbibé de sang. Le pansement enlevé, M. Bury trouve les deux incisions remplies de caillots, et constata que ce liquide s'écoulait goutte à goutte; des plaies, suintait une sérosité rougeâtre mêlée de pus. Les caillots furent respectés, et un nouveau pansement avec des boulettes de charpie, bien imprégnées d'une solution un peu concentrée de perchlorure de fer, fut pratiqué. Des rondelles d'amadou, puis des compresses graduées furent appliquées et maintenues par une compression modérée, autant que l'état du bras put le permettre.

Le 21 juin, l'appareil était beaucoup moins teint de sang; le malade paraissait dans de meilleures conditions; mais en voulant changer l'appareil, et au moment où le médecin enlevait l'agaric et les bourdonnets de charpie, le sang sortit aussitôt. Il songea à faire la ligature de l'artère humérale tout à fait à sa partie supérieure ; mais l'état du membre était tel que la grangrène était à craindre par suite de cette ligature. Une nouvelle compression, aidée des hémostatiques les plus puissants, fut encore essayée, mais inutilement, malgré une potion au perchlorure de fer donnée à l'intérieur. A la visite du lendemain, le 22 juin, l'appareil était complétement ensanglanté, et le malade dans un état anémique qui faisait craindre pour ses jours. Alors M. Bury se décida à enlever les caillots qui étaient dans le fond de la plaie et à chercher la plaie artérielle. Aussitôt le sang s'élança en jets saccadés qui ne laissèrent aucun doute sur la lésion de l'artère humérale. D'ailleurs, en comprimant l'artère axillaire, le sang s'arrêtait pour reparaître dès qu'on cessait cette compression.

Fallait-il donc, dans ce cas, recourir à la ligature de l'artère humérale dans la plaie, ou à la ligature de l'artère axillaire, d'après la méthode d'Anel, puisque la compression directe était impuissante à arrêter l'hémorrhagie.

C'était en effet la seule règle à suivre en pareil cas, mais l'état de mortification des tissus, dû à leur attrition par un coup de bâton, le séjour du sang et du pus dans le tissu cellulaire et sous l'aponévrose rendaient ces opérations impraticables, et la seule ressource qui s'offrait semblait être l'amputation. C'est alors que MM. Bury et Desperrière, médecins de l'hôpital, résolurent de tenter la compression artérielle au moyen des doigts, et de faire dans ce cas, ce que l'on avait fait avec succès pour des anévrysmes. L'interne et quatre sœurs se mirent à l'œuvre et comprimèrent l'artère humérale à sa partie supérieure, chacun pendant une heure, et se relevant alternativement, à partir du 22 juin, à huit heures du matin.

Les deux ou trois premières heures de compression furent assez douloureuses pour le malade. On la fit cesser pendant quelques minutes; mais on vit bientôt apparaître, dans la plaie, un peu de sang. On s'empressa de continuer la compression de la même manière, c'est-à-dire avec le doigt médium de la main droite, appuyé sur l'artère, et les doigts de la main gauche appuyés sur ce doigt pour le fixer et l'aider à garder la même position pendant une heure.

Le 24, au bout de quarante-huit heures, on cessa la compression pendant tout le temps de la visite, sans qu'il s'écoulât la moindre gouttelette de sang; mais par une précaution facile à comprendre, on la fit continuer tout le reste de la journée, et on ne la cessa que le soir, à huit heures, ce qui fit en tout soixante heures de compression digitale.

Pendant la nuit, la sœur de veille surveilla le malade pour s'assurer que le sang ne reparaissait pas. Depuis cette époque, il n'y a pas eu le moindre accident à signaler, et les plaies du bras se sont guéries rapidement. Le malade est resté à l'hôpital jusqu'au 31 juillet et en est sorti pour comparaître en cour d'assises, où il a été condamné à six années de réclusion.

La conclusion à tirer de cette observation est toute naturelle, c'est que, dans les hémorrhagies traumatiques, et surtout dans celles qui sont secondaires, alors que les tissus sont enflammés, infiltrés de sang ou de pus, et qu'il est difficile, impossible même de trouver le vaisseau blessé ou les bouts d'une artère coupée en travers, il faut recourir à la compression digitale continue ou intermittente plutôt que de chercher à arrêter l'hémorrhagie en liant les bouts de l'artère ou l'artère au-dessus de la blessure, d'après la méthode d'Anel. Le même moyen doit être également employé dans les hémorrhagies artérielles primitives, aidé au besoin de la compression directe et de la flexion forcée. Ce moyen est d'ailleurs si simple, si exempt de tout danger, si facile à appliquer, même par des personnes étrangères à l'art de guérir, qu'on ne court aucun risque de le mettre en usage. De nouveaux faits viendront certainement démontrer les bons effets de cette compression digitale dans les plaies artérielles et modifier le traitement qui leur est généralement appliqué aujourd'hui, traitement qui, comme nous le savons, ne met pas toujours les malades à l'abri d'accidents plus ou moins graves.

Le docteur Jameson (*Journal des progrès des sciences et institutions médicales*, tome VI, 1828), dans un mémoire publié sur les hémorrhagies traumatiques, rapporte que, dans un cas d'hémorrhagie, à la suite d'une incision d'un ulcère fistuleux dans le rectum, il fit exercer une pression continue avec le doigt introduit dans l'anus pendant trois heures, et que l'hémorrhagie cessa complétement.

Dans un autre cas de goock, la compression digitale fut employée pendant huit jours : « En un mot, dit Jameson, partout où les vaisseaux fournissent une hémorrhagie qui, attendu leur isolement des parties environnantes, met en danger la vie du malade, la prive de l'avantage de pouvoir se rétracter, et ôte en même temps au chirurgien la facilité d'appliquer une compression en appliquant un bandage, lorsque les vaisseaux sont de médiocre volume, nous pouvons, d'après notre propre expérience, affirmer, qu'au moyen d'aides qui se remplacent successivement, on se rend maître de l'hémorrhagie par une pression exercée avec le doigt et continuée jusqu'à ce que les vaisseaux aient perdu leur disposition à fournir du sang. »

M. Marjolin a appliqué trois fois la compression digitale, et il a réussi. Une fois, c'était pour un anévrysme de l'arcade palmaire; la seconde fois, c'était sur un enfant qu'on lui avait envoyé pour une hémorrhagie de l'artère radiale. La troisième fois, il s'agissait d'une hémorrhagie survenue à la suite de l'opération de la taille. Comme elle était très-rebelle, qu'aucun des moyens journellement employés, même le perchlorure de fer n'avait pu l'arrêter, M. Marjolin introduisit un doigt dans le rectum, circonscrivit la plaie comme dans un anneau, et exerça, pendant cinq quarts d'heure, une compression sur les parties, et l'enfant a guéri. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1860.)

La compression que nous voudrions voir employée plus souvent dans le but de guérir les blessures artérielles est loin d'être nouvelle; seulement, au lieu de la faire avec les doigts, on la faisait avec des instruments plus ou moins convenables appliqués sur les artères, entre la lésion et le cœur, et elle était surtout employée comme adjuvant de la compression directe dans les cas d'anévrysmes et de plaies artérielles.

(1) Voir le numéro du 10 août.
(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, année 1860, tome I, 2e série, pag. 476.

Contre-indications du trépan.

On ne doit pas trépaner dans les lésions promptement ou fatalement mortelles, ni dans les lésions que l'on présume curables par d'autres moyens :

1° Lorsqu'un corps étranger, perdu dans les parties profondes du cerveau, devient inaccessible aux instruments;

2° Si du sang ou du pus, épanché dans le crâne, ne semble pas former un foyer en rapport avec l'ouverture osseuse ;

3° Dans toute fracture non compliquée de l'enfoncement fixe des fragments, ni de phénomènes prolongés de compression ou de paralysie ;

4° Dans l'état de commotion cérébrale ou de coma, avec ou sans lésion localisée ;

5° Dans les convulsions indéterminées ou épileptiformes, nonpersistantes et susceptibles de guérison ;

6° Dans l'inflammation diffuse du cerveau ou des méninges, paraissant assez appréciables.

Nous ne doutous pas que ces conclusions ne soient adoptées par tous les chirurgiens prudents.

Nous aurions aimé à faire ici quelques remarques critiques; mais après avoir étudié avec soin ce mémoire, nous nous estimerions heureux si nous avions pu en faire ressortir toute la valeur. Cependant, nous demandons à l'auteur la permission de lui dire : *position oblige*. Qui donc usera du langage d'un maître autorisé, si les maîtres euxmêmes écrivent leurs œuvres avec un style trop modeste ?

Dr Fort.

DE LA CASTRATION DU CHEVAL

CHEZ LES ARABES.

Le journal étant l'entrepôt naturel des matériaux destinés à construire l'édifice de la science médicale, qu'il me soit permis d'apporter ce léger appoint, faute de mieux.

La *Gazette des Hôpitaux* du 6 juillet contient un intéressant article sur la nouvelle méthode du docteur Manrique, pour l'ablation des tumeurs par le cautère actuel. Cette lecture m'a rappelé une opération analogue que j'ai vu pratiquer plusieurs fois en Afrique.

Il s'agit de la castration du cheval, au moyen d'un couteau chauffé à blanc.

Voici le procédé opératoire :

Le cheval est couché sur le côté droit et maintenu dans cette position; ses membres sont immobilisés par des entraves.

Sur un brasier, à peu de distance, des couteaux de forme ordinaire sont chauffés, comme chez nous le cautère actuel.

L'opérateur, accroupi derrière l'animal, saisit à pleine main gauche le scrotum, au-dessus du testicule, lequel poussé en arrière tend la peau, comme la boule d'ivoire que les femmes emploient pour leurs ravaudages tend le bas ou l'étoffe qu'elles veulent repriser.

Prenant alors de la main droite le cautère cutellaire, le chirurgien fait une incision dans toute la longueur du testicule. Cette incision divise d'un seul coup toutes les tuniques d'enveloppe, et la glande, toujours poussée par la main, glisse entre les lèvres de la plaie, comme le noyau d'une cerise fortement pincée entre le pouce et l'index. L'opérateur la saisit avec la main gauche déployée et la tire à lui; le cordon s'allonge et le testicule est détaché par la section complète du cordon, au niveau de la queue de l'épididyme. Cette section est faite avec un autre couteau pris dans le brasier, parce que le premier a eu le temps de se refroidir.

Voilà l'opération, en gros. Elle se fait en trois temps : incision des enveloppes, énucléation, section du cordon.

Pour la compléter il me reste à décrire le pansement. Il est aussi très-expéditif et consiste à barbouiller toute la surface traumatique avec une matière brune qui ressemble à de la sciure de bois mêlée de miel. Après quoi l'opéré est débarrassé de ses entraves.

J'ignore la composition de ce topique, et les gens de l'art que j'ai depuis consultés à ce sujet n'ont pas pu me renseigner. Aucun d'eux n'avait vu faire cette opération, qui est d'ailleurs rarement pratiquée, parce que les Arabes estiment peu le cheval hongre. Je pense que cette substance est une poudre végétale, aromatique ou légèrement caustique, qui remplit à peu près l'office d'un badigeonnage au perchlorure de fer.

Quoi qu'il en soit, ce qui m'a surtout frappé dans cette opération dont j'ai été témoin trois fois au marché du Kroubs, près de Constantine, c'est qu'elle est facile, rapide et d'une grande innocuité. Il en existe bien peu dans le *Manuel opératoire* qui puissent, comme celle-ci, se faire d'après les préceptes des anciens : *tutè, citò et jucundè*. Il n'y a pas une goutte de sang répandu.

Les gens du pays m'ont assuré qu'il suffit ordinairement de deux ou trois jours de repos pour que le cheval soit en état de reprendre ses travaux.

Dr A. Ollier.

Bernard Genga, en 1673, sur un homme de 60 ans, nommé C..., eut recours à la compression de l'humérale pour une blessure consécutive à une saignée malheureuse. (B. GENGA, *Anat. chirurg. O Istoria anatomica, etc.*, 1675).

Goney, de Rouen (BROCA, pag. 658), J. L. Petit, Kretschner, employèrent la compression indirecte et permanente pour arrêter des hémorrhagies traumatiques, et Donal Munro y eut recours dans un cas de rupture d'un anévrysme poplité.

On lit (dans ZODIACUS, *Med. gall.*, 1681, fév.), qu'un chirurgien nommé Morel avait mis en usage la compression digitale pour arrêter les hémorrhagies traumatiques, mais qu'il déclarait qu'elle était aussi pénible pour les chirurgiens que pour les malades. On la faisait directement et indirectement.

Saviard, pour prévenir une hémorrhagie dans une opération d'anévrysme, la fit sur l'huméral (*Obs. chirurg.*, Paris, 1702); Sue (*Journal de Vandermonde*, 1776), recommande de comprimer directement et indirectement, avec les doigts, les bouts d'une artère liée suivant la méthode d'Antyllus.

Ce n'est qu'à partir de 1844 que la compression digitale sur le trajet d'une artère fut employée pour guérir les anévrysmes par Greatrex (*Médico-chirurg. Transactions*, 1845); par Tufnell (*Dublin med. press.* 1847); par Knight (*Transaction of the america, méd. Association*, 1848); par Fox, en 1849, et depuis, par plusieurs autres.

C'est à M. Vanzetti, de Padoue, qu'on doit d'avoir vulgarisé la compression digitale indirecte et d'en avoir fait une méthode qui, aujourd'hui, est définitivement admise, et qui est bien préférable à la ligature des artères.

La première observation de Vanzetti date de 1846; depuis, les faits se sont multipliés et sont venus démontrer que cette méthode était plus efficace et moins dangereuse que la ligature.

Cette méthode est si simple que les malades eux-mêmes peuvent quelquefois la mettre en pratique; mais il vaut mieux la confier à des médecins ou à des aides. Elle peut être continue ou intermittente; mais le plus souvent elle est intermittente, à cause de la fatigue qu'éprouvent ceux qui la font. Ce qui rend son emploi difficile, et ce qui probablement a empêché qu'elle ne se généralise, c'est qu'elle exige beaucoup de temps et un assez grand nombre d'aides qui puissent se remplacer toutes les dix minutes ou tous les quarts d'heure, quoi qu'on puisse la pratiquer plus longtemps, mais alors elle devient très-fatigante, parce qu'il est très-difficile de comprimer longtemps avec les doigts.

Quel est le but de la compression digitale indirecte, aussi bien dans les anévrysmes que dans les blessures artérielles? C'est d'amener la coagulation du sang et la déposition de caillots fibrineux. Eh bien, si nous examinons ce qui se passe à la suite d'une hémorrhagie traumatique, nous comprendrons facilement comment la compression digitale seule ou aidée de la flexion forcée et de la compression directe peut amener l'oblitération d'une artère coupée, oblitération qu'on croyait ne pouvoir obtenir que par la ligature.

Il y a déjà longtemps que Cooper voulait qu'on préférât la compression aux ligatures dans les plaies artérielles, et un chirurgien de Munich, le docteur Kock, a publié un mémoire (*Journal du progrès des sciences et institutions médicales*, 1826, tom. III) pour démontrer que l'application de la ligature était inutile dans la plupart des cas de plaies artérielles, et surtout dans les amputations, et qu'il fallait abandonner les vaisseaux à eux-mêmes. Pendant plus de vingt ans, ce chirurgien, directeur de l'hôpital général de Munich, n'a lié aucun vaisseau dans les amputations de toute espèce qu'il a pratiquées.

Un grand nombre d'opinions ont été émises sur la cessation spontanée de l'écoulement dans les vaisseaux coupés. Les causes principales de la stase du sang seraient pour les uns, et pour Jones en particulier, 1° les obstacles mécaniques qui résultent de la division de l'artère et de la lésion des parties contiguës, tels que la rétraction de l'artère qui diminue sa longueur et sa contraction circulaire, qui a pour résultat de diminuer son calibre; 2° la pression latérale exercée sur l'extrémité du vaisseau saignant par le sang rejeté en arrière de l'artère et qui s'infiltre dans la gaine celluleuse; 3° la formation hors de l'artère et dans son intérieur (opinion de J.-L. Petit) d'un caillot qui est attaché à l'ouverture du vaisseau, qui adhère au bord résultant de sa division et ferme son orifice; 4° enfin, la diminution de l'impulsion du sang qui résulte de l'hémorrhagie.

Pour Kock, le sang cesse de circuler dans les vaisseaux coupés, parce que, en les coupant, on détruit les rapports et la force d'attraction de ces vaisseaux, et que le sang n'est plus attiré dans la partie où se rendent ces vaisseaux.

Pour d'autres, c'est à la perte de la vitalité dans une portion de l'artère qu'est due l'absence d'hémorrhagie, ou bien à une loi de l'économie animale en vertu de laquelle, lorsqu'une artère est coupée, la portion du vaisseau qui se trouve entre le lien de la section et la branche principale dont elle sort, cesse d'entrer en action parce que celle-ci est devenue inutile.

Quoi qu'il en soit de toutes les opinions, nous ferons remarquer, pour ce qui regarde le docteur Kock, qu'il n'abandonnait pas les vaisseaux coupés à eux-mêmes, et que s'il ne liait pas les vaisseaux, il les comprimait et directement et indirectement, et voici comment.

« Comme après les amputations nous voulons presque exclusivement obtenir une réunion par première intention, nous appliquons toujours un appareil pour y parvenir, c'est-à-dire qu'après avoir recouvert l'os avec les parties charnues, nous enveloppons toute la surface de la plaie avec des bandelettes agglutinatives bien adhérentes, et nous terminons le pansement comme à l'ordinaire avec la charpie, les compresses, etc. La compression de l'artère principale, pendant l'opération, est exercée très-convenablement par un aide. Après l'application des bandelettes agglutinatives, la main de l'aide est remplacée par une compresse longuette fixée sur le trajet de l'artère au moyen d'une bande. Lorsque le malade est emporté dans son lit, on a soin de donner au moignon une position un peu élevée afin de diminuer encore l'afflux du sang. Un aide exerce encore avec la main, sur le moignon, une douce compression, qu'il continue pendant une heure ou deux heures, et même aussi longtemps qu'il y ressent des pulsations considérables. Lorsqu'elles ont disparu et que les pièces de l'appareil sont teintes de sang ou rougies par la lymphe qui a suinté, tout danger d'hémorrhagie consécutive a disparu, pourvu toutefois que le malade reste tranquille. Bientôt aussi l'exsudation lymphatique cesse et l'appareil devient froid, entièrement sec et roide. La levée du premier appareil ne doit se faire qu'au bout de douze ou quinze jours, pendant lesquels on laisse en place la compresse longuette sur l'artère principale. »

Il résulte donc de cette manière de faire que Kock lui-même, qui ne voulait pas qu'on fît des ligatures après les amputations, employait la compression directe et la compression indirecte. D'abord, il faisait comprimer l'artère pendant l'opération; puis, pendant toute la durée du pansement; ensuite il faisait exercer une compression directe sur le moignon, par la main d'un aide, pendant plusieurs heures et même jusqu'à la cessation complète des pulsations artérielles et prenait la précaution d'exercer une compression sur toute la longueur de l'artère, à l'aide d'une compresse longuette, compression qu'il maintenait pendant douze ou quinze jours, ayant bien soin de ne lever le premier appareil qu'après le même laps de temps. Il est bien évident que c'est grâce à tous les moyens compresseurs qu'il mettait en usage que Kock pouvait se passer de ligature et qu'il devait attribuer l'absence de toute hémorrhagie.

Mais s'il est bien démontré que la cause de la cessation de l'écoulement du sang dans les plaies artérielles se trouve, d'une part, dans la contraction et la rétraction du vaisseau; d'autre part, dans le ralentissement de la circulation et dans la propriété qu'a le sang de se coaguler, il est facile de comprendre comment, sous l'influence de la compression directe et de la compression indirecte, peut commencer le dépôt des caillots qui, grossis peu à peu, finiront par oblitérer complétement le bout de l'artère divisée; et, comme après les ligatures, les collatérales qui se trouvent au-dessus de la compression se développent assez vite pour que le sang passe par ces collatérales et ne vienne pas nuire à l'évolution du caillot. La guérison peut donc avoir lieu par le même mécanisme que dans les anévrysmes circonscrits soumis à la compression digitale, mais ultérieurement enflammés et suppurés, rompus spontanément ou même ouverts par le chirurgien. C'est donc à la condition que le sang ne passera plus dans l'artère, ou bien n'y passera qu'en si petite quantité que la vitesse étant bien diminuée, il ira se déposer et augmenter un caillot déjà formé, et il en résultera la diminution progressive du calibre de l'artère, et ensuite son oblitération. C'est une loi de la nature que tout canal ou cavité qui cesse de remplir les fonctions auxquelles ils sont destinés, se rétrécit peu à peu et finit par s'oblitérer tout à fait, comme cela arrive pour les veines ombilicales, le canal artériel, les alvéoles dentaires, etc. Il en est de même pour les artères que le sang cesse de traverser, comme on l'observe à la suite de la ligature. John Hunter a dit : « Tous les vaisseaux, chez les animaux, s'efforcent, autant que possible, de s'adapter à la quantité de fluide qui circule dans leur intérieur. » Par conséquent lorsque le sang n'arrive plus dans une artère, ou n'y arrive qu'en quantité moindre ou minime, son calibre, pour s'adapter à la quantité du liquide qu'il reçoit, doit diminuer. C'est également par la même loi que les anastomoses chargées de recevoir la quantité de sang qui circulait dans le vaisseau oblitéré, se dilatent et continuent à entretenir la circulation dans le membre, après qu'un trou principal a été lié ou oblitéré.

Tous les chirurgiens savent que, dans beaucoup de cas d'arrachement des membres, où des artères volumineuses ont été arrachées, il n'y a pas d'hémorrhagie. On connaît plusieurs cas de ce genre, entre autres celui rapporté par le professeur Mussey, où le bras et l'omoplate avaient été arrachés et séparés du corps par une roue de moulin. Il n'y eut sur le moment qu'une très-légère effusion de sang, et il n'y eut pas d'hémorrhagie secondaire, bien qu'on n'eût appliqué aucune ligature.

Ch. Bell, dans sa *Chirurgie opératoire*, avait déjà dit que la compression suffisait, en général, dans les cas de plaies d'armes à feu, et que les artères contusionnées et arrachées étaient moins disposées à donner du sang.

La guérison des plaies des artères, qu'elles aient été arrachées, contusionnées, piquées ou coupées, a lieu par le même mécanisme, que dans les anévrysmes circonscrits soumis à la compression digitale, elle est basée sur cette propriété qu'a le sang de se coaguler, surtout lorsqu'il est exposé à l'air.

Si, par exemple, une artère est ouverte, la plaie se remplit aussitôt de sang qui se coagule, et si le vaisseau n'est pas très-volumineux, une légère pression, en interceptant le cours du sang, tend à le faire coaguler dans le vaisseau même. Si celui-ci est plus volumineux pour qu'on ne puisse espérer son occlusion directe, on arrête l'écoulement du sang par la flexion du membre et par la compression digitale indirecte, et l'hémorrhagie n'est pas plutôt arrêtée par ces moyens que le sang se coagule de plus en plus, et que les matériaux constituants de ce liquide se séparent, la lymphe plastique se répand autour de l'ouverture par où le sang s'échappait. Elle s'organise et sert à fermer le vaisseau béant, dont les bouts rétractés, contractés et comprimés favorisent l'occlusion, et on comprend que, sous l'influence de la compression directe, aidée de la flexion et de la compression digitale indirecte continuées pendant plusieurs jours, il se forme dans la plaie et à l'extrémité de l'artère ouverte un caillot solide qui oblitère définitivement le vaisseau. Ces moyens doivent donc être continués pendant assez longtemps pour donner au caillot la grosseur et la solidité dont il a besoin pour s'opposer au choc du sang, et les caillots fibrineux qui se sont formés pendant la suspension momentanée du cours du sang dans l'artère, sont encore soutenus par la compression directe faite dans la plaie.

Un des grands avantages de cette méthode pour arrêter les hémorrhagies traumatiques serait de pouvoir réunir les plaies par première intention, puisqu'on ne laisse pas de ligature dans la plaie, d'éviter une inflammation suppurative, et, ce qui est plus grave encore, d'être obligé quelquefois d'aller pratiquer la ligature d'une artère au-dessus de l'endroit où elle a été blessée, opération toujours grave et dont les résultats sont souvent fâcheux.

Ce serait donc apporter un perfectionnement en chirurgie, un progrès, si, dans les cas de blessure des artères, dans la continuité d'un membre, on pouvait remplacer les ligatures faites dans la plaie ou au-dessus par la compression digitale intermittente.

Les observations que nous venons de rapporter nous apprennent que, dans certains cas difficiles, ce moyen est aussi sûr que la ligature pour obtenir l'oblitération, et qu'il sera toujours sage et de bonne pratique d'essayer la compression digitale intermittente, la flexion et la compression directe, avec persistance et pendant longtemps avant d'en venir à des opérations qui, malheureusement, sont loin d'être sans danger.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 août 1869. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

Parmi les pièces de la correspondance, M. le secrétaire général signale :

1° Une lettre de M. Alvarenga (de Lisbonne), avec l'envoi de plusieurs travaux à l'appui de sa candidature;

2° Les bulletins de la Société anatomique;

3° La *Revue médicale de Toulouse;*

4° Les *Archives de médecine navale;*

M. LE PRÉSIDENT donne lecture : 1° d'une lettre de M. Moissenet, par laquelle il s'excuse de ne pouvoir venir lui-même rendre compte de la mission dont il avait été chargé par la Société, retenu qu'il est par la maladie;

2° D'une lettre de M. le professeur Lasègue, accompagnant l'envoi de cinq protographies du buste de Trousseau.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL propose, qu'en accusant réception de cet envoi, on exprime à la commission le regret qu'elle n'ait pas pu envoyer à la Société au moins un buste en plâtre de l'illustre professeur.

M. LE PRÉSIDENT propose que la Société prenne, comme l'année dernière, six semaines de vacances, et soit prorogée jusqu'au 1er octobre. Cette proposition, mise aux voix est adoptée à l'unanimité.

PRÉSENTATION D'UN MALADE

M. GALLARD présente à la Société un homme de 44 ans, cuisinier, qui a toujours habité la France et n'est même jamais descendu tout à fait dans le midi. Cet homme, dit M. Gallard, avait joui, jusque-là, d'une bonne santé, lorsqu'au mois d'octobre 1868, il fut atteint d'une dyssenterie qui persista assez longtemps et n'a jamais parfaitement guéri. Le mois de mars dernier, cet homme, se trouvant de nouveau malade, entra à l'hôpital, où on le traita pour une pleurésie. On l'envoya à Vincennes, où il devint plus malade, et ce fut le 11 mai qu'il entra dans mon service. Il avait encore de la dyssenterie; il était pâle, amaigri; il avait un essoufflement considérable. Je perçus une matité notable à la base de la poitrine, du côté droit. Du reste, pas de frottement ni de bruit anormal. Cet homme éprouvait une douleur violente sur la région de l'hypocondre. Il y avait aussi un peu de matité au sommet droit. J'hésitai tout d'abord entre une pleurésie ou une autre affection, et au grand étonnement des élèves de mon service, je diagnostiquai un abcès du foie; il y avait en effet beaucoup de raisons pour repousser ce diagnostic. Cet homme resta ainsi vingt jours sans amélioration, avec une fièvre très-violente, des sueurs et une diarrhée persistante. La région hépatique devint plus tuméfiée, plus douloureuse, et je sentis une fluctuation. Je pratiquai une première ponction qui ne me donna que du sang. Le surlendemain, je fis une nouvelle ponction, deux centimètres plus bas que la première; je trouvai du pus. Je fis une incision et plaçai de la charpie, et le lendemain je plongeai un gros trocart qui me donna 250 grammes de pus sanguinolent. Je le fis examiner au microscope; on y trouva des cellules épithéliales, mais pas de cholestérine. J'introduisis une sonde à demeure et je pratiquai plusieurs injections. Tout alla de mieux en mieux et assez rapidement; si bien qu'il y a deux jours, il ne s'était écoulé, en vingt-quatre heures, que 9 grammes de liquide. Cet homme est donc en voie de guérison complète. Je n'ai pas fait d'injection de teinture d'iode dans la crainte d'accidents qu'on a vu souvent se produire à la suite. J'ai lavé tout simplement avec de l'eau phéniquée, et j'ai obtenu des résultats avantageux. Ce qui m'a paru assez remarquable, au point de vue étiologique, c'est que cet homme a eu un abcès du foie dans des conditions particulières; puisque, comme je vous le disais tout à l'heure, il n'a jamais quitté la France et n'a même jamais été tout à fait dans le midi. Pour moi, c'est la dyssenterie qui est le point de départ certain de la maladie.

M. CHAUFFARD pense que ce n'est pas un abcès du foie, mais simplement un abcès intra-pleural.

M. LABOULBÈNE est du même avis que M. Chauffard.

M. GALLARD fait remarquer que l'incision se trouve à deux bons travers de doigt au-dessous du mamelon. D'ailleurs, ajoute M. Gallard, si c'était un abcès intra-pleural, ce serait le premier coup de trocart, qui a été donné deux centimètres plus haut que le premier, qui aurait dû donner issue au liquide. M. Gallard maintient donc son diagnostic.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. PARROT. Le 7 mai dernier entra, dans mon service des enfants assistés, une petite fille âgée de quatre jours. Cette petite fille, à première vue, n'offrait rien de remarquable. Cependant, en y regardant avec quelque attention, on ne tardait pas à s'apercevoir que les membres supérieurs étaient paralysés, il n'en était pas de même des membres inférieurs. Lorsqu'on soulevait l'enfant par les aisselles on observait parfaitement la flexion des cuisses qui a lieu d'ordinaire en pareil cas. La sensibilité était très-bien conservée chez cette enfant, aussi bien sur les membres inférieurs que sur les membres supérieurs : les autres fonctions étaient aussi peu troublées. Je n'ai rien trouvé de sensible du côté de la circulation. Il y avait 80 pulsations, mais on sait qu'à cet âge ce nombre n'a rien que de très-naturel. En somme la seule chose importante à noter dans l'état général de cette enfant était la présence d'une anasarque. Cette enfant mourut le 10 mai, c'est-à-dire six jours après sa naissance, sans rien de particulier.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne nous trouvâmes du sang dans les fosses occipitales, moitié fluide, moitié en caillots; il y en avait aussi dans le canal rachidien. Ce canal fut ouvert par sa partie postérieure, la dure-mère et la pie-mère étaient déchirées, la moëlle fut enlevée avec le plus grand soin. Le canal rachidien contenait une grande quantité de sang moitié fluide, moitié coagulé. Nous con-

statâmes une rupture complète de la moelle au niveau de la sixième et de la septième paires. Il y avait un gros caillot fibrineux, très-dur, qui adhérait aux deux bouts de la moëlle. A chacun de ces bouts on remarquait des granulations graisseuses. Dans la moitié gauche supérieure de la moelle, il y avait une véritable fluctuation ; on trouvait un canal rempli de sang. Il n'y avait pas de lésions très-notables dans le cerveau ; le foie et le cœur n'offraient rien de particulier. Les poumons étaient aussi sans lésions, mais on remarquait au-dessous de la plèvre l'existence d'une nappe sanguine qui se prolongeait suivant une ligne verticale, et qui avait passé par les deux mamelons. Il n'y avait aucune espèce de lésion dans les muscles profonds, ni dans la colonne vertébrale.

En présence de ces résultats on devait se demander quelle pouvait être la cause de cette lésion. Il y avait là une rupture complète de la moëlle. S'agissait-il d'une rupture secondaire, consécutive à une affection ou d'un traumatisme ? je ne tardai pas à mettre de côté l'hypothèse d'une rupture consécutive. Il fallait donc supposer un traumatisme. La mère de l'enfant ayant accouché chez une sage-femme des environs, nous pûmes facilement avoir des renseignements. Cette mère était primipare ; la présentation se fit par les membres inférieurs. En exerçant des tractions sur ces membres, la sage-femme entendit un craquement, mais ni la sage-femme ni personne, chez elle, n'eut connaissance de la paralysie.

Suite de la discussion sur la leucocythémie.

La parole est à M. Dumont-Pallier pour la suite de la discussion sur la leucocythémie. Après avoir rappelé le point de départ de cette discussion, qui est une observation lue par M. Isambert sous le titre de : *Leucocythémie adénoïde*, M. Dumont-Pallier déclare qu'il maintient que c'était là une adénie et non une leucocythémie lymphatique. Je n'ai jamais vu, pour ma part, ajoute M. Dumont-Pallier, de leucocythémie lymphatique et je crois que beaucoup de personnes ici sont dans le même cas que moi, tandis que je prétends que tout le monde a vu comme moi de véritables adénies, l'adénie telle que l'a décrite Trousseau et telle, il faut bien le dire, que l'ignore Wirchow. M. Dumont-Pallier, après avoir exposé le résultat de ses recherches, en arrive à nier la leucocythémie lymphatique. Il résulte en effet des observations de Wirchow, que M. Dumont-Pallier a lues avec le plus grand soin, qu'il ne connaît pas l'adénie, et que c'est sur un seul fait qu'il établit toute sa théorie, de leucémie lymphatique et de leucémie splénique. Wirchow, en outre, fait très-peu de cas des observations françaises et anglaises. Il cite bien l'observation de MM. Robin et Isambert, mais il n'en tient aucun compte. M. Dumont-Pallier en appelle ensuite à la physiologie comparée, aux expériences qui ont été faites sur les animaux chez lesquels on trouve des leucocythes quand on leur a enlevé la rate, et alors même que ces animaux n'ont jamais eu de rate, au petit nombre d'observations de leucocythémies que l'on a pu recueillir, 73 cas, et il termine en disant qu'il doute pour sa part de l'existence de la leucocythémie comme entité morbide.

M. LANCEREAUX présente de la part de M. Moissenet des pièces anatomiques.

La séance est levée à 5 heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Parmi les nomtnations, faites sur la proposition du ministre de l'instruction publique, dans l'ordre de la Légion d'honneur, nous avons omis de signaler celle du docteur Bertrand, de Saint-Germain, auteur d'un ouvrage récent intitulé : *Descartes considéré comme physiologiste et comme médecin.*

— Décidément, la profession médicale ne sera plus en France l'apanage exclusif du sexe masculin. Parmi les élèves qui ont passé le plus brillamment leurs examens à la Faculté de médecine, on compte trois dames : une française, une russe, une américaine. Cette dernière a fait preuve de connaissances solides en anatomie et dissections, pathologie et médecine opératoire.

— La Société protectrice de l'enfance rappelle qu'elle décernera, dans sa séance publique de 1870, un *prix de 500 francs* à l'auteur du meilleur travail qui lui sera adressé sous ce titre : *Guide des Mères et des Nourrices.*

Les mémoires, écrits en français, doivent parvenir, francs de port, avant le 1er novembre prochain, au secrétaire général de la Société, rue Béranger, 17.

Dans la même séance seront distribuées les récompenses aux nourrices qui auront apporté le plus de dévouement dans l'accomplissement de leur tâche ; chacun est admis à présenter des candidatures, en les appuyant de pièces justificatives authentiques.

Les proposition seront envoyées à la même adresse, par lettres affranchies, également avant le 1er novembre 1869.

— La Société de secours mutuels d'Oyonnax (Ain), existant depuis quarante ans, offre 2,000 francs d'appointements fixes à un docteur en médecine, pour faire le service médical. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. Andréan, vice-président (affranchir).

— Position médicale à prendre à Nalliers (Vendée) ; population, 2,500. Chemin de fer en construction. Produit, 3,000 fr., susceptible d'augmentation ; pas de pharmacien. S'adresser au maire ou à M. Auger, 27, rue Jacob, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du Pied-Bot congénital, par le docteur LANNELONGUE, ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux. 1 vol. in-8. Prix : 2 fr. 50.

Plaies du Larynx, de la Trachée et de l'Œsophage, leurs conséquences, leur traitement, par le docteur PAUL HORTELOUP, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8. Prix : 2 fr. 50.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Le journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES ET HOPITAUX.

Académie des sciences. — Par suite d'une théorie chimique un peu hasardée, M. O. Liebreich vient de découvrir les propriétés soporifiques et anesthésiques du chloral, aldéhyde trichlorée.

M. Liebreich considère « en général les substances organiques comme composées par les restes associés de plusieurs autres substances organiques. » De ce que le chloral se dédouble au contact des alcalis, de manière à donner naissance, d'une part à des acétates et d'une autre part à du chloroforme, M. Liebreich a conclu que le même dédoublement devait avoir lieu dans l'organisme lorsqu'on faisait absorber le chloral par un être vivant. Mais les combustions organiques pouvant détruire le chloroforme une fois produit, on ne devait pas espérer retrouver ce corps en nature dans les diverses sécrétions ou exhalations ; il fallait donc rechercher la preuve de son existence transitoire dans son action physiologique.

Tel a été le point de départ des recherches de M. Liebreich.

Certes, il est peu de théories qui prêtent plus aux objections. Si le chloroforme était le seul corps anesthésique qu'on eût trouvé dans les diverses séries d'hydrocarbures, on comprendrait qu'on pût démontrer, par des effets anesthésiques, le dédoublement du chloral et la production du chloroforme par suite des décompositions et des combustions organiques.

Mais Richardson n'a-t-il pas prouvé qu'un très-grand nombre d'hydrocarbures, chlorés ou non, étaient anesthésiques à un certain degré, quelques-uns même pour le moins autant que le chloroforme ?

La thèse de M. Liebreich n'est donc prouvée en aucune manière par les résultats obtenus par lui ; et c'est heureux au point de vue médical, car le chloral, étant autre chose que du chloroforme déguisé, peut avoir ses indications particulières.

Trois expériences ont été faites sur l'homme.

La première fois le chloral a été employé en injection sous-cutanée, à la dose de 1 gramme 57, chez un aliéné épileptique tourmenté par des conceptions délirantes avec insomnie. Cinq minutes après, cet homme tomba dans un sommeil profond, qui dura quatre heures et demie.

Les deux autres observations ont été recueillies à l'hôpital de la Charité de Berlin, dans le service du professeur Bardeleben.

Dans l'une, on nota seulement un sommeil calme qui se prolongea durant plusieurs heures avec diverses interruptions. Dans la dernière, on constata une anesthésie bien marquée, comme on peut en juger par les détails suivants :

« Henriette P..., 34 ans, est atteinte d'une arthrite aiguë extrêmement douloureuse du poignet droit. Bien que cette articulation fût maintenue immobile par un appareil plâtré, elle était tellement sensible, que le moindre attouchement, par exemple l'application d'une vessie légère contenant de la glace, produisait des douleurs considérables.

« A 10 heures 50 du matin, j'administre à la malade 2 grammes d'hydrate de chloral dans un verre d'eau. Après dix minutes, elle ferma les yeux et offrit l'aspect d'un sommeil calme. Quand on l'appelle, elle ouvre les yeux, mais pour les refermer aussitôt. Sur notre demande elle montre sa langue, mais la retire immédiatement et continue à dormir tranquillement. On touche le poignet malade ; elle se réveille alors, sans toutefois donner des signes de sensation douloureuse. Elle se rendort tout de suite. Cependant une pression d'une certaine force exercée sur l'articulation malade provoque dans la physionomie quelques signes de douleur. Après que la malade se fut rendormie, et dans le but de mieux immobiliser l'articulation, on entoura l'extrémité souffrante d'un cataplasme de plâtre, et on enroula celui-ci de tours de bandes, opération à laquelle, suivant M. le docteur Berkowsky, on avait dû jusque-là renoncer, parce qu'elle produisait de trop fortes douleurs. Pendant l'application de ce bandage, la malade ouvre plusieurs fois les yeux, regarde son membre souffrant, mais n'exprime aucune douleur. L'application terminée, elle se rendort tranquillement ; elle ne se réveille qu'à midi 20 minutes, et demande à boire ; elle se sent parfaitement bien, prétend avoir dormi avec calme et sans avoir de rêves ; elle ne sait rien du changement de l'appareil qui a été opéré pendant l'état narcotique. Répondant à nos questions, elle affirme n'éprouver aucun symptôme désagréable de quelque nature que ce soit. »

Nos chirurgiens se hâteront sans doute d'expérimenter le chloral, qui n'est, à ce qu'il paraît, nullement irritant quand on le fait prendre en solution aqueuse.

— Les sociétés anglaises sont en vacances. Nos confrères de Londres, qui s'entendent très-bien en hygiène, ont l'habitude de voyager chaque année durant tout un mois. Les uns choisissent le mois d'août, les autres le mois de septembre. Ils vont respirer le grand air, reposer leur cerveau et exercer leurs muscles le plus loin possible de la ville, de ses tracas et de ses brouillards. Cette coutume est si générale que les jeunes médecins sont blâmés lorsqu'ils se dispensent de la suivre. « Ils craignent de perdre, dit la *Lancette*, quelque client de hasard qui, peut-être, serait venu les consulter en l'absence de plus illustres ; mais cette espérance est un leurre, et ce qu'on peut enlever ainsi serait d'ailleurs trop chèrement payé. »

Hôpital Necker. — Souvent l'hémostase est obtenue par des moyens qui ne sembleraient pas être de nature à la produire. Ainsi dans le service de M. Potain à l'hôpital Necker, nous avons vu une femme chez laquelle un bain chaud a fait cesser une métrorrhagie, faible il est vrai, mais qui se prolongeait sans interruption depuis plus d'un mois. Il n'y avait du reste chez cette malade aucune lésion de l'utérus, le col était à peine un peu gros et légèrement irrégulier.

A ce propos M. Potain nous a raconté un autre fait plus curieux encore. Une femme déjà d'un certain âge, était entrée à la Charité pour une métrorrhagie abondante. On essaya divers traitements sans parvenir à arrêter définitivement cette perte, et on commençait à soupçonner la présence de quelque affection organique. Un jour l'élève qui tenait le cahier, se trompant de numéro, marqua pour cette malade un bain sulfureux qui était prescrit pour sa voisine. Quand elle fut dans ce bain, au premier moment, la perte s'accrut, il y eut un commencement de syncope ; puis le sang s'arrêta pour ne plus reparaître les jours suivants. La guérison tenait-elle dans ce cas à l'hydrogène sulfuré, au bain lui-même ou à la syncope ?

On peut soutenir chacune de ces trois opinions. M. Potain a essayé, depuis lors, de donner de l'eau sulfureuse à l'intérieur dans les métrorrhagies, et il lui semble qu'il ne s'en est pas mal trouvé. Il n'a pas continué, du reste, ses expériences.

Le fait que nous avons mentionné plus haut montre qu'un bain chaud peut arrêter une perte ; et quant à ce qui touche la syncope commençante, les preuves de son influence sur les hémorrhagies pourraient être multipliées à l'infini. Nous avons raconté déjà comment, par la ligature des quatre membres, la station debout et la demi-syncope qui s'en est suivie, nous avons pu arrêter des hémorrhagies nasales inquiétantes chez deux malades de la même famille que nous voyions en consultation avec Trousseau.

Charité. — La pommade mercurielle est un très-bon moyen de faire avorter les pustules sur la face des varioleux. Mais le difficile est de l'y maintenir sans que le malade soit gêné par un masque rigide, qui immobilise ses traits. M. Bourdon a résolu cette difficulté d'une manière ingénieuse. Il étale sur la figure une couche d'onguent napolitain, puis il la saupoudre avec de l'amidon de manière à former sur place une sorte de pâte, bien adhérente, quoique parfaitement élastique et ne mettant obstacle à aucun mouvement. Chez une malade, qui se trouve, en ce moment, à la Charité, on peut constater les bons effets de cette pratique.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Leçon clinique recueillie par M. A. DUBREUIL.

Inflammation et suppuration d'un kyste de l'ovaire.

Au n° 2 de la salle des femmes, nous avons une malade âgée de 41 ans, qui nous offre l'occasion d'étudier certains accidents qui accompagnent, dans quelques cas, les kystes de l'ovaire. Il y a dix-huit mois que cette femme est souffrante, et depuis cette époque son ventre semble avoir augmenté de volume, lentement et sans troubles fonctionnels.

Voyant venir ses règles comme à l'état normal et sa santé générale rester excellente, elle ne s'est d'abord que très-médiocrement préoccupée de cette tuméfaction. Mais il y a trois mois et demi, son ventre est devenu douloureux à la pression. Les mouvements, la marche donnaient lieu à des coliques assez vives, et elle a dû renoncer à ses occupations.

Pendant un mois, aux douleurs abdominales s'étaient ajoutés des vomissements qui ont cessé il y a environ trente jours.

Tels sont les troubles qui ont altéré l'état général. Maintenant cette femme accuse un mouvement fébrile revenant tous les soirs, et la nuit se passe en partie sans sommeil. Depuis trois mois les règles ont cessé de couler.

Voici les renseignements que nous a fournis l'examen de la malade à son entrée à l'hôpital. La face est pâle et amaigrie ; le ventre est assez gros et offre le volume d'une grossesse de six mois. La tuméfaction occupe toute la zône sous-ombilicale, mais est plus prononcée à gauche. Elle est résistante sans dureté, uniforme et un peu élastique. On n'obtient de fluctuation, ni en donnant une chiquenaude, ni en percutant rapidement ; mais en appliquant les deux mains sur la tumeur et pressant un certain temps avec l'une d'elles, on obtient avec l'autre une sensation de flot très-prononcé.

Nous devions en outre rechercher si la tumeur pouvait être sentie par l'excavation pelvienne ; mais en pratiquant le toucher vaginal, nous n'avons absolument rien trouvé.

Voyons maintenant quelle peut être la nature de la tumeur. Eh bien, je n'hésite pas à affirmer que c'est un kyste de l'ovaire. Nous devons d'abord éliminer les fibromes, les encéphaloïdes, puisqu'il y a de la fluctuation.

Parmi les tumeurs fluctuantes, pouvons-nous admettre l'existence d'une grosseur extra-utérine ? Rien ne l'indique. Pas de vomissement au début, pas de gonflement des seins ; enfin la maladie remonte à dix-huit mois.

Serait-ce une grossesse ordinaire de six à huit mois ? Mais la tumeur n'est pas assez grosse pour une grossesse à terme, et est trop volumineuse pour une grossesse commençante.

D'ailleurs, l'auscultation ne révèle ni souffle placentaire, n bruits fœtaux, et la malade nie la possibilité d'une grossesse.

Voyons maintenant quelle peut être la nature du contenu du kyste. La particularité précédemment signalée de ne pouvoir obtenir de la fluctuation que par une pression prolongée doit-elle nous faire admettre l'existence d'un kyste gélatineux ? Il n'en est rien, et depuis longtemps M. Nélaton a établi que les kystes gélatineux sont facilement fluctuants. La difficulté que nous éprouvous à obtenir la fluctuation est peut-être due à un épaississement de la paroi kystique et des parois abdominales.

Cependant, messieurs, il ne suffit point de savoir que c'est un kyste ; il importe encore de rechercher, chez notre malade, la cause des troubles fonctionnels, troubles dont le début remonte à peine à trois ou quatre mois, quand la tumeur existe depuis dix-huit, et lorsque d'ordinaire les kystes ovariques, à moins d'être très-volumineux, ne déterminent pas de troubles fonctionnels. Voici les diverses manières d'expliquer ce fait insolite : A la rigueur, on pourrrait mettre les douleurs sur le compte de la distension extrême de la poche dont les parois épaisses sont peu extensibles, et qu'un liquide incessamment secrété tend toujours à distendre.

Ce défaut d'extensibilité, outre les douleurs locales qu'il provoque, peut donner lieu, par action réflexe, à des troubles de diverses natures, entre autres du côté de l'estomac. On pouvait encore attribuer les douleurs à une péritonite partielle avec production de fausses membranes.

Aux kystes s'ajoutent quelquefois des tumeurs malignes, des encéphaloïdes, et ce sont alors ces tumeurs qui déterminent les phénomènes douloureux.

Il pourrait se faire que le kyste fut compliqué d'un commencement de grossesse, en dépit des dénégations de la malade ; mais le toucher vaginal montre que le col n'est ni mou, ni entr'ouvert, et en portant le doigt au-dessus du col, on trouve le corps de l'utérus très-petit et avec sa forme normale. Nous devons donc écarter l'hypothèse d'une grossesse concomitante. Reste une dernière explication, et c'est l'inflammation de la membrane interne du kyste. Nous savons, en effet, que le développement de ces sortes de phlegmasies s'annonce souvent comme celui de la péritonite, qui quelquefois arrive en même temps. Je suis, pour ma part, très-disposé à admettre ici une inflammation du kyste en même temps qu'un peu de péritonite.

L'existence de l'inflammation kystique une fois acceptée, il y a encore une question à résoudre. Cette inflammation, qui dure depuis trois mois, n'a-t-elle pas suppuré ? Cela est probable, surtout si la malade a réellement, comme elle le dit, des accès fébriles revenant tous les soirs.

Je m'arrête donc au diagnostic suivant : kyste de l'ovaire enflammé et suppuré, et lorsque l'on aura bien constaté la réalité de ces accès qui se reproduisent chaque jour dans la soirée, je

me croirai suffisamment autorisé à pratiquer une ponction et à évacuer le contenu du kyste.

La ponction a été faite et a donné issue à une quantité considérable de pus.

TÉTANOS TRAUMATIQUE

Guérison

Par le docteur Briolle de Roquemaure (Gard).

L... (Louis), de Tavel (Gard), âgé de 18 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, se blesse, le 13 mai, avec un instrument tranchant, à la partie supérieure de l'articulation phalango-phalangienne du médius droit.

Les premiers jours de juin, alors que la blessure était guérie, il éprouve quelque difficulté pour ouvrir la bouche, puis, une roideur légère, mais générale, qui s'accentue à la région dorsale.

Le 6, pendant la fête Dieu, chaque détonation amenait une légère convulsion qui incurvait son corps en arrière. Il veut rentrer chez lui, impossible de monter l'escalier; la maladie était déclarée.

Le 7, on mande un officier de santé. Celui-ci soigne le malade de son mieux; pendant six jours il épuise son arsenal thérapeutique, enfin, de guerre lasse, il le voue à une mort certaine et inévitable.

J'arrive sur ces entrefaites, je trouve le malade dans une anxiété extrême et quatre hommes qui le maintiennent de force dans son lit. La figure est injectée, la peau est sèche, le pouls petit, fébrile, irrégulier. Tous les muscles sont dans un état de contraction permanente; il y a opisthotonos. La souffrance est des plus vives, les paroxysmes continus et caractéristiques.

Le pronostic me parut, sinon désespéré, au moins des plus graves. Voici comment je crus devoir remplir les indications qui me paraissaient découler de la nature de la maladie.

Voulant attaquer le mal dans ses manifestations comme dans son principe, j'obtiens en dix minutes, sur la région dorsale, au moyen de l'ammoniaque concentré, une large vésication, que je saupoudre avec 25 centigrammes de morphine.

Comptant ensuite sur le bénéfice d'un phénomène critique, je provoque une abondante diaphorèse.

Le lendemain 12, le malade souffrait un peu moins entre les épaules et avait eu quelques légers moments de calme.

Je continue ainsi jusqu'au 18 : boissons sudorifiques; après une vésication, une autre; chaque jour, absorption lente et graduée de 50 centigrammes de poudre de morphine par le derme dénudé. Après la région dorsale, la région lombaire, la région cervicale, furent intéressées. Chaque fois, avec l'amélioration générale qui fut progressive, je pus constater une rémission manifeste dans les symptômes traités localement.

Le 20, le malade se croyant guéri, commence à se lever; de nouvelles convulsions l'obligent à s'aliter de nouveau. C'est alors qu'il réclame à grands cris la vésication et la poudre. On cède à ses désirs. Le 25, tout avait disparu; la guérison était définitive.

Une science de faits, dit Cousin, n'est point une série d'équations. *A fortiori*, avec une seule observation, je n'irai pas conclure, en remontant du fait à l'idée que le tétanos guérit par la médication ci-dessus; seulement, pour le cas que je viens de relater, je crois pouvoir affirmer, en déduisant l'effet de la cause, que la guérison n'est que la conséquence du traitement.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 23 juin 1869. — Présidence de M. Verneuil.

(Suite et fin) (1)

Supposez, d'autre part, qu'ayant 69 améliorés, je sois venu vous dire que sur ce nombre je n'ai que deux ou trois récidives; avec raison vous m'auriez objecté que ce chiffre, non-seulement n'était pas l'expression de la vérité, mais condamnait ma méthode, vu qu'un grand nombre de mes améliorés qui étaient, assurément, voués un jour ou l'autre à des récidives, s'étaient dirigés sans aucun doute dans un service où l'on ne pratique pas les injections. Or, en 1867, de janvier en décembre, sur 272 malades, M. Desprès compte 120 améliorés (45 p. 100); ici le chiffre n'est supérieur au mien que de 10, ce qui indique que les malades entrés pour la première fois à l'hôpital acceptent assez facilement le régime tonique. Mais, de ces 120 améliorés, il en est rentré dans le service de M. Desprès seulement 7, ce qui indique manifestement que les malades mis une première fois au régime tonique, pour une cause ou pour une autre, consentent difficilement à le reprendre quand ils sont en état de récidive.

M. Desprès. En 1867, 27 malades traités par le protoiodure de mercure dans le service de M. Liégeois sont rentrées dans le mien.

M. Liégeois. Il est à la vérité rentré cette année dans le service de M. Desprès 6 de mes malades, tandis que dans le mien il en est est rentré 2 seulement de M. Desprès; mais il faut bien savoir qu'alors, les toniques chez M. Desprès étaient données si largement, que j'avais mille peines pour retenir mes malades dans mes salles et les empêcher d'aller dans les salles de mon collègue, et si l'administration n'avait supprimé, cette année même, les bons de vins et de viandes rôties, mon service un jour ou l'autre n'aurait pas manqué d'être exposé à une désertion générale. Je reviens à mon sujet. Que sont donc devenues les 114 améliorées que M. Desprès n'a pas revues? Elles sont sans doute allées, pour la plupart, où sont allés eux-mêmes la plupart de mes 55 améliorés, traités par les injections, et et qui ne sont pas revenus dans mon service du Midi, c'est-à-dire que les uns et les autres, lors de leur récidive, se sont disséminés dans les divers hôpitaux. J'ai pris, à la vérité, toutes les précautions pour retrouver les miens, et j'en ai retrouvé un certain nombre. M. Desprès ne paraît pas faire de même que moi, si j'en juge par le nombre des malades qui, sortis de son service, sont actuellement dans le service de son voisin, M. Fournier. Il y en a jusqu'à 7, et ces 7 malades ne sont pas compris dans la statistique que M. Desprès nous a donnée dans la dernière séance. Une a été traitée par lui pendant trois mois; la deuxième pendant trois mois, la troisième pendant trois mois, la quatrième pendant quatre mois et demi, la cinquième pendant cinq mois, la sixième pendant deux mois, la septième pendant huit mois. Comment dès lors concilier ce chiffre de 7 malades récidives avec le chiffre général de 9 (12 p. 100), et qui résulterait du relevé statistique que M. Desprès vous a présenté. Vous voyez donc, messieurs, que M. Desprès compte comme guéris un grand nombre de sujets qui, n'étant qu'améliorés, ne reviennent pas à son service lors de leur récidive. Il me paraît bien plus important, pour accorder aux statistiques du genre de celles que nous faisons une certaine valeur, au moins relative par rapport à l'exacte vérité, de faire des améliorés une classe accessoire, ceux-ci ne pouvant être de quelque utilité que quand il s'agit de savoir comment la méthode employée est acceptée de la part des malades.

L'élément qui domine toutes les statistiques de M. Desprès et sur lequel il ne manque jamais de s'arrêter longuement, c'est la comparaison établie entre les récidives de ses malades brûlées par les toniques et celles des malades traitées par le protoiodure de mercure, soit en ville, soit dans les hôpitaux, et toujours, il trouve une différence considérable à l'avantage du traitement tonique. Ainsi, l'année dernière, en particulier, il est rentré chez lui 77 sujets en récidive de traitement mercuriel et 27 sujets seulement en récidive du traitement tonique; par conséquent 3 fois, environ, autant des premiers que des derniers. Et M. Desprès de voir dans ces résultats les preuves d'une grande supériorité de sa méthode. Mais ce résultat me semble au contraire écrasant pour M. Desprès.

A Paris, en effet, il y a peut-être 15,000, 20,000 femmes de la classe ouvrière qui, ayant eu la sypbilis, ont été traitées par les préparations mercurielles. Il n'y a et ne peut avoir que 1,000 à 1,200 malades traitées par les toniques, c'est-à-dire toutes les femmes qui ont passé par le service de M. Desprès, depuis 4 ans, M. Desprès n'ayant pas, que je sache, fait jusqu'ici beaucoup de prosélytes. Et M. Desprès est satisfait quant il voit rentrer dans ses salles 3 fois moins de malades traitées par lui par rapport aux malades traitées antérieurement par le mercure; mais à valeur égale, ce n'est pas trois fois autant de malades qui devraient rentrer dans ses salles mais 12 fois, 20 fois autant. Il suffit, du reste, d'interroger les chiffres des récidives de service à service pour être convaincu que l'avantage demeure au traitement mercuriel.

Ainsi, dans mon service, en 1867, 308 malades syphilitiques ont été traitées par le protoiodure, et je trouve 14 récidives 4-54 p. 100. M. Desprès, dans le même espace de temps, a traité par les toniques 272 malades syphilitiques, je trouve 18 récidives, 6-63 p. 100.

Dans une discussion antérieure à celle-ci M. Desprès signale parmi les avantages du traitement tonique celui de raccourcir le séjour des malades dans les hôpitaux, si on le compare sous ce point de vue au traitement mercuriel. C'est là une assertion qui a tout lieu d'étonner, quand on songe que les malades de M. Desprès, de son aveu propre, demandent, pour guérir de leur syphilis, de 3 à 6 mois, quelquefois 15 mois et plus. Or, tous les chirurgiens savent qu'il est rare que les malades traitées par le protoiodure séjournent plus de 2, 3, 4 mois au plus dans nos services hospitaliers.

Il y a tout lieu de penser qu'il y a eu erreur de la part de M. Desprès. Et en effet d'après les deux statistiques comparatives en 1867, du 1er janvier au 1er décembre M. Desprès a reçu dans ses salles de 89 lits 382 malades, 272 syphitiques, 110 malades non syphilitiques; pendant ce temps, dans mes salles de 94 lits, j'ai reçu 463 malades, 308 syphilitiques 155 non syphilitiques. J'ai eu, par conséquent, dans mon service 36 malades syphiliques de plus que M. Desprès dans le sien. Mais cette différence devient plus considérable encore si je mets en ligne de comparaison le nombre des malades traités par le mercure au Midi et celui des malades traitées à l'Ourcine par les toniques. Car du 1er janvier 1868 au 1er janvier 1869, 1,039 malades sont entrés dans mon service, 343 sujets syphilitiques qui ont été mis au protoiodure, à la liqueur, aux injections, et 696 sujets non syphilitiques.

Quand M. Desprès cherche à montrer les avantages de sa méthode, il se sert souvent d'une expression que je regrette pour les mercurialistes. Il dénomme perte de temps ou temps inutile, le temps qu'un malade ayant récidivé a passé dans les salles où il a été traité par les préparations mercurielles; mais cette expression n'apparaît jamais, quand il s'agit d'un malade, ayant eu une ou plusieurs récidives après un traitement tonique, et mis ensuite, par d'autres médecins, au traitement mercuriel. Vous allez vous convaincre facilement desquelles, ou des femmes du service de M. Desprès, ou des miennes ont perdu le plus de temps en 1867.

14 malades traitées par le protoiodure par moi ont séjourné dans mes salles, lors de leur premier traitement, 835 jours; 1 malade a séjourné 59 jours. 18 malades traités par les toniques chez M. Desprès ont séjourné, lors de leur premier traitement, 1,286 jours; 1 malade a séjourné 76 jours. Différence, 17 jours gagnés par le protoiodure.

Lors du deuxième traitement, dirigé contre les récidives, 1 malade ayant été traitée par moi par le protoiodure, a séjourné 44 jours, 1 malade de M. Desprès, traitée une seconde fois par les toniques, a séjourné dans ses salles 50 jours. Différence, 6 jours gagnés par le protoiodure.

Lors du deuxième traitement, 1 malade traitée d'abord par les toniques chez M. Desprès et traitée ensuite par le protoiodure chez M. Liégeois a séjourné 48 jours. 1 malade traitée d'abord par les toniques chez M. Desprès et traitée une seconde fois par lui par les toniques a séjourné 67 jours. Différence, 19 jours gagnés sur les toniques.

Ainsi donc de quelque côté que l'on se retourne, quand on fait la comparaison du traitement mercuriel et du traitement tonique, soit au point de vue du nombre des améliorés soit au point de vue du nombre des récidives, soit au point de vue du nombre relatif de sujets retrouvés dans les hôpitaux, soit au point de vue du nombre de malades traités en une année, soit enfin au point de vue du nombre de jours passés à l'hôpital avant ou après la récidive, partout et toujours l'avantage demeure au traitement mercuriel.

J'arrive aux attaques dirigées par M. Desprès contre la méthode des injections sous cutanées de sublimé à petites doses.

M. Desprès tout d'abord a contesté l'absorption du sublimé. Je ne m'attendais guère, je l'avoue, à l'objection qu'il me fit. Depuis que je fais usage de cette méthode ma solution, il faut l'avouer, l'a beaucoup préoccupé. Quand M. Desprès a su que j'avais eu à l'Ourcine des escarres, quand surtout il a pu constater le fait sur deux de mes malades récidivées et entrées chez lui, mon liquide injecté servait à alimenter l'escarre, mais ne pénétrait pas dans l'organisme et ne pouvait par conséquent avoir la moindre efficacité pour la guérison de la sypbilis. Quand il apprit que j'avais au Midi modifié mon procédé, et que je n'avais plus d'accidents locaux, le liquide que j'injectais s'échappait, selon lui, par la piqûre produite par la canule; A cette objection qui me fut faite une jour par M. Desprès, je répondis que pour éviter l'issue de ce liquide je plaçais sur la piqûre une couche de collodion. Plus tard, j'appris que M. Desprès avait fait des injections sur des grenouilles, et qu'il avait constaté que les vaisseaux capillaire se contractaient et se refusaient par cela même à la pénétration du sublimé. C'est cette objection que j'attendais, mais j'ai été trompé; aujourd'hui, le sublimé est insoluble dans l'eau, il se dépose au fond, ou sur les parois du vase. Et si, quand j'aspire le liquide avec la seringue, ma canule est au milieu du vase, j'aspire uniquement de l'eau privée de sublimé; si, au contraire, le bec de ma seringue touche les parois ou le fond du vase, j'aspire du sublimé solide et j'ai des escarres. Mon injection est par conséquent indifférente à la guérison dans le premier cas, dans le second cas, elle est plus que cela, elle est dangereuse et détermine des accidents locaux.

M. Desprès ignore, par malheur, que le sublimé étendu dans une certaine quantité d'eau est parfaitement soluble, et je vous en donne la preuve en vous présentant le liquide de ma formule, il est aussi clair que de l'eau de roche, même en l'agitant. En me reprochant de donner lieu à des escarres, M. Desprès avait, sans aucun doute, oublié que les accidents locaux que j'avais constatés chez mes malades de Lourcine avec la dose minimum de sublimé proposée par Lewin, étaient précisément la cause qui m'avait fait renoncer au procédé de cet auteur, après un certain nombre d'essais, pour en adopter un autre qui est parfaitement innocent. Le malade que j'ai présenté tout à l'heure a reçu 72 injections en dix-huit jours, et vous n'avez vu sur son corps nulle trace de l'injection. Du reste, que M. Desprès sache que le nombre de ces injections faites au Midi s'élève actuellement à 19,992, chiffre imposant. Or, je n'ai eu que deux fois une légère dermite avec modification superficielle du derme, et cela parceque l'injection avait été faite dans l'épaisseur du derme par une personne inexpérimentée. Pour se mettre complétement à l'abri des accidents, il n'y a donc qu'une seule précaution à prendre, c'est de bien s'assurer que le bec de la canule est en plein tissu cellulaire. Je conseille cependant encore de ne pas faire l'injection trois ou quatre fois de suite au même endroit; il pourrait bien, dans ce cas, survenir une inflammation suppurative quoique je n'en aie pas eu encore d'exemple.

M. Desprès s'est aussi empressé de vous signaler une escarre sur le lapin que j'ai placé sous vos yeux, et qui depuis quatre mois était soumis aux injections. Mais M. Desprès doit bien penser que le tissu cellulaire n'offre pas chez tous les animaux la même résistance aux agents chimiques. Chez quelques lapins j'ai pu constater quelquefois 3 ou 4 escarres; puisque chez l'homme je ne les détermine pas, même en injectant une dose plus forte de sublimé, il est bien certain que la différence de ces résultats tient à la cause que je viens d'indiquer.

Je m'attendais bien que chez mes malades l'embonpoint, provoqué par les injections du sublimé, ferait l'objet d'une critique de M. Desprès. Tout le monde sait que, pour lui, la graisse et le mercure sont deux choses incompatibles. Voilà du reste ce qu'il dit dans une précédente discussion : « Le mercure est depuis longtemps reconnu comme un médicament débilitant; les partisans du mercure admettent qu'ils intoxiquent lentement un sujet intoxiqué, ils débilitent une malade débilitante, cette thérapeutique n'a d'analogue que dans la saignée et la diète. » Je me demandais, cependant, comment M. Desprès s'en tirerait en face de mes 74 pesées, qui m'ont montré qu'un individu en moyenne augmentait de 1,255 grammes, en face aussi des pesées faites sur des sujets ou des animaux sains, qui augmentent de poids à la façon des individus syphilisés dans de très-notables proportions. Or, M. Desprès m'objecte que « tous les syphilitiques qui entrent dans les hôpitaux engraissent au bout d'un certain temps, sans doute par suite du changement que ce repos et un régime meilleur apportent dans leur état général, quelle que soit d'ailleurs la préparation mercurielle qu'on leur administre. » M. Desprès est dans l'erreur sur ce point; les malades syphilitiques mis au protoiodure n'engraisssent pas dans la généralité des cas pendant leur traitement, au contraire ils maigrissent le plus souvent. D'après mes recherches, les malades mis au protoiodure perdent en moyenne pendant leur traitement 362 grammes. Selon M. Desprès tous les individus mis aux toniques, au contraire, engraissent. C'est vrai, pour la plupart du moins, mais l'important est de savoir dans quelles proportions leur embonpoint augmente par rapport à celui des malades, mis aux injections de sublimé. Or, je vous ai dit qu'un sujet syphilitique, mis au protoiodure, gagne en poids moyen pendant son traitement 674 grammes; tandis qu'un sujet syphilitique, mis aux injections, gagne 1,255 grammes. Je ne puis qu'engager M. Desprès à soumettre ses malades à l'épreuve de la balance, et j'ai tout lieu de croire, malgré mon nombre limité de malades pesés et mis aux toniques (9) (j'en ai dit la raison), qu'ils n'acquerront jamais le poids des malades mis aux injections.

A propos de l'embonpoint de mes sujets, variable avec les conditions thérapeutiques dans lesquelles ils étaient placés, M. Desprès s'est livré à un calcul que je n'ai pas compris, mais qui cependant m'a paru ressembler à celui-ci. Soit le chiffre 2 représentant le poids de mes malades mis aux toniques, soit le chiffre 4 représentant le poids de mes malades mis aux injections, soit le chiffre 10 représen- le poid de mes sujets mis aux injections et aux toniques. Le poids de ces derniers devrait être la somme des deux premiers, or, 4 et 2 font 6, et non 10; donc mon calcul n'est pas exact. Ai-je besoin de réfuter une pareille objection, le chiffre de mes pesées ne représente-t-il pas une moyenne d'individus, les uns ayant augmenté, les autres ayant diminué, les uns et les autres ayant séjourné à l'hôpital un temps inégal, enfin les uns et les autres ayant été influencés de façons différentes par la médication qu'ils ont faite ? Il n'y a pas plus deux organismes qui se ressemblent dans leur fonctionnement physiologique, et notamment dans la manière dont ils

(1) Voir le numéro du 10 août.

sont impressionnés par un agent thérapeutique, qu'il n'y a deux figures qui se ressemblent.

Selon M. Desprès : « Je me mets en opposition avec les résultats des observations et des expériences de MM. G. Sée, Kussmaul, Cl. Bernard qui attribuent au mercure une action dénutritive et expliquent ainsi l'influence que l'on s'accorde généralement à reconnaître au mercure, soit pour prévenir, soit pour faire disparaître les néoplasmes. » Quand, dans leurs observations, des physiologistes arrivent à des résultats différents sur un même point, on peut dire, presque à coup sûr, que c'est parce qu'ils se sont placés dans des conditions différentes.

Or, personne jusqu'ici n'a traité des sujets syphilitiques avec une dose de 4 milligrammes de sel mercuriel par jour. Et c'est là la cause des différences qui existent entre mes résultats et ceux des excellents observateurs que m'oppose M. Desprès. Si l'on considère que la syphilis pour guérir, en moyenne, que 14 centigrammes de sublimé donné en injection, tandis qu'avec le protoiodure, en supposant un traitement de six mois et deux pilules par jour, on arrive à 19 grammes de protoiodure pour atteindre le même résultat, on comprendra facilement que de telles différences dans les doses peuvent comporter avec elles des différences d'action. Nos pesées, en effet, ont prouvé qu'à faible dose, le sublimé est un reconstituant des plus énergiques qui porte son action sur le travail d'assimilation nutritive. Les analyses d'urine faites par M. Byasson ont prouvé, de plus, qu'à petite dose, le sublimé active, en même temps que le travail d'assimilation, celui de désassimilation. Tout en contribuant, par conséquent, à favoriser dans les tissus, en apparence sains, l'abord d'une plus grande quantité de substances plastiques, le sublimé contribue encore à favoriser le départ d'une plus grande quantité des matériaux anciens de ces tissus. En un mot, la suractivité de la dénutrition est proportionnelle à la sur-activité de la nutrition. Mais, fait important, tandis que, pour les tissus en apparence sains, la seconde l'emporte sur la première, pour les productions hyperplastiques, la première l'emporte sur la seconde. De là une rénovation dans un temps rapide des principes immédiats des tissus anciens en même temps que la disparition des tissus nouveaux, c'est-à-dire des manifestations secondaires de la syphilis. Ces deux causes tendent à rétablir l'équilibre organique momentanément perturbé par l'introduction dans le sang d'une matière virulente.

Quant aux préparations mercurielles, à la dose où on les donne habituellement, elles agissent contrairement aux petites doses bien davantage sur le facteur de dénutrition que sur celui de nutrition. Comme le dit à juste raison, M. G. Sée, elles dénourrissent tout, et tissus sains et productions hyperplasiques; aussi faut-il, pour contrebalancer les effets désavantageux que la suractivité dénutritive produit dans les tissus sains, leur adjoindre les toniques.

C'est là, sans aucun doute, les raisons qui expliquent les différences que nous avons constatées dans l'emploi des injections sous-cutanées à petites doses et dans l'emploi du protoiodure. Le premier, par rapport au second, met infiniment moins de temps pour guérir radicalement la syphilis, tout en mettant bien davantage à l'abri des récidives. Peut-être, en donnant le protoiodure à la dose de 1 centigramme seulement, la liqueur à la dose de une cuillerée à bouche par jour, ce que je fais actuellement, obtiendra-t-on des résultats plus favorables. Jusqu'ici j'ai lieu de le croire, mais le temps seul, c'est-à-dire de nombreuses observations me permettront de juger cette question.

M. Desprès avait à me faire une objection sérieuse, et je m'étonne qu'il l'ait oubliée, car déjà il l'avait adressée à M. G. Sée. Il pouvait me dire : mais si le mercure guérit les accidents secondaires par son action dénutritive, comment peut-il guérir les ulcérations syphilitiques? Je lui aurais répondu que le mercure est précisément impuissant à guérir cette forme d'accidents, quand surtout elle ne repose pas sur une base hyperplasique. J'ai pu reconnaître ce fait dans ces derniers temps, sur deux sujets, afférents à la période secondaire d'ulcères atoniques dont les bords n'étaient ni gonflés ni indurés. On peut encore voir, dans mes salles, un de ces sujets, pour lequel j'ai dû renoncer au protoiodure et aux injections; et, fait remarquable que je chercherai à utiliser pour l'avenir, mon premier malade a guéri avec la plus grande facilité avec un traitement arsénical; mon second, celui qui est encore en traitement, est en voie d'amélioration rapide par ce moyen.

Pour M. Desprès, les accidents syphilitiques : papules, plaques muqueuses, loin d'être, comme je le pense, des foyers d'infection qu'il importe de faire disparaître pour assurer la guérison de la syphilis, doivent être regardés comme des moyens de dépuration et d'élimination du poison, de même que dans la variole les pustules sont le moyen d'élimination du virus variolique.

Mes opinions sur la manière de comprendre la syphilis diffèrent radicalement de celles de M. Desprès. M. Desprès considère ce qu'il appelle le virus comme un poison dont l'organisme se débarrasse toujours; seulement, au lieu de le faire sortir par les émonctoires naturels, les voies d'excrétion, il le fait échapper par des tissus nouveaux, les plaques muqueuses, les syphilides qui, selon lui, sembleraient naître pour la réalisation de ce but. Mais il n'y a pas de virus dans l'intoxication syphilitique, pas plus qu'il n'y en a dans tous les cas de maladies infectieuses; il ne peut y avoir que des matières liquides ou solides virulentes. Certains principes immédiats, d'une constitution donnée, tels que ceux qui dérivent de l'exsudat chancreux, pénètrent dans le sang et, agissant par action de contact sur certains principes immédiats du sang, communiquent à ceux-ci les mêmes propriétés que celles qu'ils possèdent, en modifiant leur état moléculaire. De là une infection qui se propage de proche en proche, dans toute la masse sanguine, de là un trouble de la nutrition résultant de l'abord dans les tissus de matériaux plastiques contaminés, trouble qui aboutit dans quelques-uns d'entre eux à l'ulcération, et donne aussi naissance aux productions hyperplasiques. Ce n'est donc pas à nos yeux, à un virus que la médication mercurielle s'adresse jamais, mais bien à une propriété physiologique générale de tous les tissus, à la nutrition, seulement à une nutrition perturbée. Et si, comme je l'ai déjà dit, les toniques ont une infériorité incontestable sur les injections sous-cutanées de sublimé à petites doses, c'est parce que cette médication a moins de puissance que le sublimé sur les actes d'assimilation, mais surtout sur les actes de désassimilation puisque, d'une part, les sujets syphilitiques mis aux toniques gagnent moins en poids que ceux mis aux injections, puisque, d'autre part, les toniques sont incapables seuls, sans autre médication locale, de faire disparaître les productions hyperplasiques, surtout les plaques muqueuses. Je ne conteste pas, toutefois, que les plaques muqueuses étant détruites par des cautérisations successives, l'état général d'un sujet syphilitique mis au traitement tonique ne puisse s'améliorer, et même le mettre dans l'avenir à l'abri des récidives, mais il faut, pour atteindre ce résultat, un long temps, 6, 8, 15 mois.

Puisque M. Desprès croit à l'existence d'un virus que les tissus hyperplasiques seraient chargés d'éliminer, pourquoi donc ne laisse-t-il pas à la nature prévoyante le soin complet de cette élimination? Pourquoi s'empresse-t-il de cautériser les plaques muqueuses dès qu'elles apparaissent, et cela avec un caustique énergique, le chlorure de zinc? Mais on ne peut pas plus admettre cette hypothèse de l'élimination du virus syphilitique que celle qui prétendrait qu'un virus cancéreux quelconque s'échappe de l'organisme par une tumeur cancéreuse.

Là aussi, il y a une altération des principes constituants du sang, et c'est consécutivement à cette altération que la nutrition s'est perturbée, au point de donner naissance à des productions hyperplasiques. Loin de concourir à l'expulsion d'un virus ou de matières virulentes, la tumeur cancéreuse est un foyer d'infection qui tend à contaminer de plus en plus l'organisme de la même façon que les plaques muqueuses sont elles-mêmes des foyers d'infection, tant qu'elles subsistent. Et si un jour on trouve quelque substance capable de guérir la diathèse cancéreuse, celle-ci assurément interviendra à la façon du mercure chez les syphilitiques, c'est-à-dire agira sur l'activité des phénomènes nutritifs. Un virus ne s'échappe pas plus de l'organisme syphilitique, qu'il ne s'échappe un semblable élément par un ecthyma, un psoriasis, des tubercules, etc., chez un sujet atteint d'une quelconque de ces affections cutanées où, là encore, existe une modification dans l'état moléculaire des principes du sang, modification due à une cause ou à une autre, le plus souvent à une alimentation mauvaise ou à la privation de certaines conditions hygiéniques. Dans ces affections, le sublimé à petites doses paraît agir, ainsi que je l'ai dit, avec la même efficacité et par le même mécanisme que dans la syphilis, à en juger du moins par les quelques cas de guérison que j'ai rapportés.

En soutenant que la syphilis guérit par l'élimination d'un virus, M. Desprès méconnaît que ni les plaques muqueuses, ni les syphilides ne s'éliminent pas; et, en effet, si ces productions guérissent, c'est à la condition d'être le siége d'un processus rétrograde, dénutritif, en vertu duquel les principes immédiats qui concouraient à la formation de leurs éléments histologiques rentrent dans le sang à l'état liquide. Elles n'éliminent donc rien, elles restituent, au contraire, à l'organisme les matériaux que celui-ci leur a fournis.

M. Desprès oublie de plus, qu'une gomme, qu'une exostose qui guérit, ne peuvent servir d'émonctoire à un virus syphilitique. Là, on ne peut conserver aucun doute sur la résorption de molécule à molécule des principes immédiats qui entraient dans la constitution de ces tissus hyperplasiques, et, messieurs, puisque je parle de la similitude des processus qui font disparaître et les accidents secondaires, et les accidents tertiaires, permettez-moi de vous montrer l'immense analogie qui existe entre l'action des préparations mercurielles et des préparations iodurées, notamment à l'iodure de potassium. A petites doses, l'iodure de potassium est un reconstituant tout comme le sublimé, tout comme le fer et le quinquina, mais pour la guérison de la syphilis il est bien moins efficace que le sublimé, et peut être mis sur le même rang que les toniques. A fortes doses, l'iodure de potassium est un médicament surtout dénutritif comme le sublimé lui-même; c'est à ce titre qu'il fait disparaître les hyperplasies tertiaires; d'après les quelques cas que j'ai rapportés, j'ai tout lieu de croire, cependant, que l'action du sublimé à fortes doses est plus efficace que celle de l'iodure de potassium dans la syphilis tertiaire.

Enfin à très-fortes doses les mercuriaux, de même que l'iodure de potassium, sont toxiques. On voit donc que quel que soit l'agent thérapeutique employé dans le traitement de la syphilis, mercure, toniques, iodure de potassium, les uns et les autres portent leur action sur la propriété de nutrition, exagérant des actes purement physiologiques, qui, par leur perturbation, constituent l'état de maladie.

Mais, pour en revenir à la discussion des idées de M. Desprès, c'est à la variole surtout qu'il compare la syphilis au point de vue de l'élimination du virus contaminateur. Mais, dans la variole encore, il n'y a que des principes altérés du sang sous l'influence de la pénétration dans l'économie d'une matière organique décomposée. Il n'y a non plus là qu'un vice général de la nutrition consécutif à cette altération, et les pustules de la variole ne sont que la conséquence d'une aberration nutritive; seulement ici, les éléments histologiques nés de cette aberration sont des leucocytes. Mais, entre la variole et la syphilis, comme entre cette dernière et toutes les autres affections fébriles éruptives, il y a une énorme différence. Ces affections ont toutes dans leur marche une évolution régulière, caractérisée par une série de phases, prodromes, début, augment, état stationnaire, déclin, le tout s'effectuant en quelques jours, la syphilis, au contraire, a une marche toujours progressive; plus elle est vieille, avons nous déjà dit, plus elle est difficile à guérir radicalement; elle ne cesse par conséquent pas de croître, tant qu'elle n'est pas attaquée par une médication rationnelle. Ici, j'ai le regret de me trouver en désaccord avec mon honorable collègue M. Panas, qui admet que, plus la vérole est ancienne, plus elle a de la tendance à s'atténuer. Mais cette divergence qui nous sépare tient à ce que M. Panas n'a pas eu égard au traitement antérieur. Il compte parmi ses malades atteints d'anciennes syphilis, et guéris rapidement par les frictions, ceux qui ont pris déjà des préparations mercurielles, et ceux-là, nous l'avons vu, guérissent toujours plus rapidement, que ceux qui sont vierges de tout traitement hydrargyrique.

Je ne veux point dire par là que les accidents secondaires ne guérissent jamais seuls; il est bien reconnu que la guérison de ceux-ci peut se faire sous l'influence de toute cause de débilitation, avec l'aide seulement d'un bon régime et de quelques soins de propreté; souvent la saignée, la diète, l'application de vésicatoires à la surface du corps, ont guéri la syphilis; enfin, les affections fébriles survenant dans le cours de cette affection, ont souvent fait disparaître, sans l'emploi d'aucun traitement, les manifestations secondaires. Nous remarquons que dans tous ces cas, nous retrouvons toujours l'intervention de la même influence physiologique, l'augmentation de l'activité dénutritive. Qu'on ne s'y trompe pas, cependant, quant la nature seule fait en syphilis les frais de la guérison, celle-ci n'est jamais qu'apparente. Tous les chirurgiens qui ont passé par l'hôpital du Midi savent, en effet, de quelle gravité sont les accidents survenus chez les sujets qui, n'ayant été soumis à aucun traitement lors de leurs premières manifestations, se présentent avec une seconde poussée d'accidents secondaires.

Le point de vue pathogénique sous lequel je viens d'envisager la syphilis ne peut évidemment avoir que la valeur d'une hypothèse. Mais, hypothèse pour hypothèse, j'ai tenu à vous montrer que celle que je viens de développer devant vous, fondée au moins sur de nombreuses analogies et déduite de considérations physiologiques, a une valeur supérieure à celle qui admet l'intervention d'un virus dans les nombreuses affections générales, reconnaissant pour cause la pénétration dans l'économie de matières organiques d'une constitution spéciale.

La manière dont j'ai envisagé l'action thérapeutique des mercuriaux, a pu étonner un certain nombre de vous; elle a sûrement, au moins, étonné M. Desprès, qui m'accuse « d'avoir ajouté une certaine confusion nouvelle au chaos du traitement de cette affection. »

J'avoue que je ne me serais pas hasardé à publier mes résultats scientifiques, différents dans leur généralité du moins de tout ce qui a été dit à ce sujet, présentant en quelque sorte la syphilis sous une nouvelle face, si mes pesées, mes statistiques générales, mes statistiques partielles, les analyses d'urine faites par M. Byasson, mes recherches expérimentales sur les animaux et l'homme sain, mes examens microscopiques, si, dis-je, tous ces moyens combinés entre eux n'avaient en quelque sorte imposé à mon esprit toutes mes déductions. Mais, comme je l'ai déjà dit, même avec l'aide des lumières de l'expérience et de l'observation, personne ne peut être sûr d'être à l'abri de l'erreur. Aussi, vu l'importance du sujet, j'espère que mes recherches subiront un contrôle de la part des savants que cette question intéresse, prêt que je suis à abandonner mes idées, le jour où elles me seront démontrées inexactes.

Pour ce qui concerne le point de vue clinique, mes observations sont trop nombreuses et mes résultats ont été trop conformes pour qu'on puisse mettre aujourd'hui en doute l'efficacité de la méthode hypodermique contre les accidents secondaires de la syphilis. Seulement je ne puis dire encore dans quelle exacte proportion je puis modifier l'état constitutionnel pour parer aux récidives. J'espère, prolongeant et variant mes recherches, m'occupant aussi plus tard de retrouver mes malades dont j'ai pris les adresses avec le plus grand soin, arriver à cette connaissance; j'espère de plus diminuer la durée de mon traitement, inférieur sous ce rapport aux autres traitements hypodermiques, mais supérieur aux autres méthodes.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

CORRESPONDANCE

Monsieur le rédacteur,

Il y a, dans le bulletin de la Société de chirurgie, une réponse de M. Depaul à mon discours sur la syphilis (séance du 18 juin). Cette réponse est le commencement d'une interpellation violente qui a été supprimée du procès-verbal.

Je tiens à ce que les lecteurs de la *Gazette* sachent seulement cette particularité, c'est que M. Depaul a été le président de la thèse dans laquelle j'ai puisé les observations que j'ai citées. Ils verront ainsi, et la lecture de mon discours leur montrera d'ailleurs, que ce que je *me suis permis* était mon droit et mon devoir.

J'espère, monsieur le rédacteur, que vous voudrez bien insérer ma lettre dans votre prochain numéro.

Veuillez agréer l'assurance de ma considération.

A. DESPRÈS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Les affections des voies digestives qui, d'après le Bulletin de la préfecture avaient donné à Paris, la semaine dernière, une mortalité de 73 cas, ainsi répartis : diarrhée, 61; choléra et dyssenterie, 5, semblent avoir diminué cette semaine. Le Bulletin n'indique plus qu'un chiffre de 4 décès par choléra et 48 par diarrhée.

— Le choléra, qui vient de sévir avec tant de violence sur la côte occidentale d'Afrique, notamment en Gambie, a disparu complétement de cette colonie anglaise.

Le nombre total des victimes, à Sainte-Marie de Bathurst, s'est élevé à 1,323 sur une population de 4,000 à 4,500 âmes, composée, presque en totalité de nègres et de mulâtres; sur les 25 blancs qui forment la petite colonie européenne, un seul a été atteint par la maladie, et a été heureusement sauvé.

Le journal anglais *The Lancet*, dans son numéro du 21 août, fournit des détails sur la marche du choléra dans ces contrées.

Le Maroc communique avec le Sénégal par des caravanes régulières. Le choléra y a régné pendant l'été de 1868, et en automne il sévissait à Podor, gros village sur le fleuve Sénégal où ces caravanes aboutissent.

On signalait son apparition à Saint-Louis le 1er décembre. Cette ville est située dans une île à l'embouchure du Sénégal. De là, en remontant le fleuve qu'il avait d'abord descendu, il atteignit Richard-toll et Vagana, deux marchés qui sont en constante communication avec le bassin de la Gambie, et particulièrement avec l'île Mac-Carthy, située dans ce fleuve à 180 milles de son embouchure.

Le 9 avril 1869, le choléra faisait son apparition dans l'île Mac-Carthy, et moins d'un mois après, le 5 mai, on le signalait à Bathurst, dans l'île Sainte-Marie, à l'embouchure de la Gambie ; il y a sévi pendant deux mois.

La Lancette ajoute que le choléra s'est mis à remonter les fleuves du Sénégal et de la Gambie, et qu'il s'étend dans l'Afrique centrale.

En même temps, par le littoral il a gagné, au commencement de juin, l'île de Gorée, possession française, située à 90 milles au nord de l'embouchure de la Gambie. D'après les dernières nouvelles, le chiffre des morts y atteint une moyenne de 14 par jour sur une population de 2,525 habitants.

— D'après les derniers avis, l'épidémie de choléra qu'on avait signalée aux Indes a beaucoup diminué et semble devoir disparaître.

— D'après la *Gazeta medica de Bahia*, le nombre des phthisiques augmente à Bahia dans des proportions effrayantes depuis quelque temps. Le journal attribue cet accroissement à l'émigration de races étrangères et surtout des Allemands qui ont apporté dans le Brésil des habitudes d'intempérance. Le goût pour les boissons fortes s'y est développé en même temps que la tuberculisation. Lorsque le Brésil était colonisé par les seuls Portugais, race connue pour sa sobriété, il n'y avait pas plus de tuberculeux dans ce pays qu'en Portugal. Aujourd'hui les proportions sont tout autres.

— On fait l'essai des barraques-hôpitaux à l'hôpital général de Vienne. Un service de 24 lits, dans une barraque de bois, a été annexé à la clinique chirurgicale du professeur Dittel.

— L'association britannique pour l'avancement des sciences tiendra sa séance annuelle à Exeter, le 18 du mois prochain. C'est le professeur Stokes (de Dublin) qui doit la présider.

— Il se fait des préparatifs en Espagne pour la prochaine réunion d'un congrès médico-pharmaceutique. Ce projet excite un grand enthousiasme à ce qu'il paraît, et on y travaille avec une activité de bon augure.

— M. Lister a été nommé professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Édimbourg en remplacement de M. Symc.

M. Lister, qui occupait la chaire de *chirurgie systématique* à l'Université de Glascow, est surtout célèbre par son mode de pansement à l'acide phénique.

— Le professeur Gluge a été élu recteur de l'Université de Bruxelles pour l'année académique 1868-70 par toutes les Facultés réunies.

— Le professeur Salvatore Tommasi a été élu recteur de l'Université de Naples par le corps académique de l'Université.

— Désormais, les dames seront admises à étudier la médecine à l'Université d'Édimbourg. La question, portée devant le Sénat académique de cette célèbre Université, vient d'être résolue dans ce sens.

— La *Société de médecine légale*, au moment d'entrer en vacances, a mis à l'étude les sujets suivants :

1° De l'empoisonnement par l'huile de croton tiglium. — Rapporteurs, MM. Hallé et Mayet.

2° Des applications à la médecine légale de la photographie, du dessin et des divers procédés de mensuration (examen de la rétine des individus qui ont péri de mort violente). — Rapporteur, M. Vernois.

3° De la résistance des nouveau-nés à l'asphyxie et à la suffocation. — Rapporteur M. Tenneson.

4° Du tatouage. — Rapporteur, M. P. Horteloup.

De plus MM. Devergie, Mayet, Mialhe, Raynal et Roucher sont chargés d'étudier à l'aide d'expériences nouvelles, toutes les questions qui se rattachent à l'empoisonnement par le phosphore.

Enfin, une commission permanente, composée de onze membres, est instituée pour répondre d'urgence, dans l'intervalle des séances, à toutes les demandes d'avis qui peuvent être adressées à la Société sur des questions médico-légales nécessitant une prompte solution.

— Position médicale à prendre à Nalliers (Vendée); population, 2,500. Chemin de fer en construction. Produit, 3,000 fr., susceptible d'augmentation; pas de pharmacien. S'adresser au maire ou à M. Auger, 27, rue Jacob, Paris.

— La Société de secours mutuels d'Oyonnax (Ain), existant depuis quarante ans, offre 2,000 francs d'appointements fixes à un docteur en médecine, pour faire le service médical. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. Andréan, vice-président (affranchir).

Erratum. — Dans le dernier numéro, article *Compression digitale*, 4e colonne, 2e alinéa *in fine, au lieu de* « trou principal », *lisez* « tronc principal. » — Article *Métrorrhagies pendant la grossesse*, 3e colonne, 2e alinéa, le compositeur a passé toute une ligne : après « lui ressemble beaucoup, » ajoutez « par sa constitution intime et ses éléments embryonnaires. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

Hygiène des gens du monde, par le docteur Al. Donné, recteur de l'Académie de Montpellier. — 1 vol. in-18 jésus de 450 p. — 4 fr. — *Table des matières* : A mon éditeur; utilité de l'hygiène; exercices et voyages de santé; eaux minérales; bains de mer; hydrothérapie; la fièvre; hygiène des poumons; hygiène des dents; hygiène de l'estomac; hygiène des yeux; hygiène des femmes nerveuses; la toilette, le vêtement et la mode.

Traité de l'alimentation dans ses rapports avec la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, par le docteur Jules Cyr. — Paris, 1869. in-8 de 574 pages. — 8 fr.

Des phénomènes physiques de l'audition, par le docteur Gariel, ancien élève de l'École polytechnique, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1869, in-8 de 110 p. — 2 fr. 50.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'auditoire reste au grand complet, bien que nous soyons à la fin d'août. On voit que la question discutée est des plus généralement intéressantes pour tout le monde. Chacun veut savoir à quoi s'en tenir sur la vaccine jennérienne et sur la vaccine animale, sur leur vertu préservatrice, sur les avantages relatifs, et plus encore sur les dangers de l'une ou de l'autre vaccination.

Il paraît qu'on avait beaucoup exagéré les différences qui les séparent. M. Hérard les a étudiées parallèlement sur un nombre total de 439 enfants nouveau-nés ; et il n'a pas vu que le cow-pox fût inférieur à l'autre vaccin par le nombre des réussites et par la régularité de son évolution; ni qu'il lui fût réellement supérieur, soit par les dimensions des pustules produites, soit par l'intensité des réactions locales ou générales.

Le discours de M. Hérard, très-applaudi, a singulièrement simplifié la question.

Si les deux vaccines se valent par leurs effets locaux et généraux, si elles sont au fond identiques, comme la chose paraît probable, si l'élément humain ne vient jouer aucun rôle dans celle qu'on transmet de bras à bras, il resterait donc au passif de cette dernière l'alliance possible de la syphilis ou d'autres affections humaines inoculées en même temps.

M. Hérard paraît convaincu de l'innocuité du vaccin pur, pris en lui-même, sans mélange de sang ; mais nous n'oserions pas être si explicite. Nous nous rappelons avoir entendu, au congrès de Lyon, M. Diday raconter qu'il avait transmis la syphilis en inoculant *des larmes de syphilitique*.

Si un liquide tel que les larmes, alors que la glande lacrymale, les paupières, les yeux n'étaient le siége d'aucune manifestation de la diathèse, si une sécrétion aussi normale, aussi limpide peut communiquer la vérole, pourquoi donc le vaccin ne le pourrait-il pas? On objectera les expériences de MM. Rollet, Viennois et Delzenne; mais il faudrait, pour que ces expériences fussent concluantes, que le sang de syphilitique transmît forcément, et dans tous les cas, la vérole. Or, il n'en est rien.

Nous avons insisté, la semaine dernière, sur la virulence plus faible des sécrétions qui ne sont pas, à proprement parler, vénériennes, qui ne sont pas dues à un chancre, une plaque muqueuse, etc. ; nous avons dit qu'elles devaient donner des résultats beaucoup plus rares et, ajoutions-nous, des véroles probablement beaucoup plus faibles. M. Hérard a développé le premier point; il a rappelé que l'anonyme du Palatinat n'avait pu réussir avec le sang que dans le tiers des cas, et encore très-difficilement, en agissant sur des surfaces absorbantes très-étendues. Il semblerait que les germes morbides soient, dans le sang, en très-petit nombre, très-écartés les uns des autres, et qu'il faille un peu de hasard pour qu'il s'en trouve dans la gouttelette inoculée.

Il en serait de même dans les larmes, dans le vaccin, dans les sécrétions qui, sans dépendre de la syphilis, pourraient la transmettre : à supposer, bien entendu, que cette transmission fût démontrée par des expériences contradictoires ou des observations précises.

Reste à savoir quelle est la marche et l'intensité de la vérole chez ceux qui l'ont acquise ainsi.

M. Ricord doit prendre la parole mardi prochain; nous espérons qu'il éclairera cette question de ses lumières. Il s'agit de montrer si, en effet, chez les enfants, la syphilis acquise d'une façon quelconque doit fatalement guérir sans accidents tertiaires et sans traitement spécifique, ou si, au contraire, chez les enfants comme chez les adultes, il faut distinguer des véroles fortes et faibles, dont l'intensité dépendrait soit du mode d'introduction, soit de la nature de la source, soit de toute autre condition à déterminer.

Les questions posées au début de cette discussion paraissent résolues, du moins autant qu'elles puissent l'être pour le moment. Mais d'autres, non moins importantes, ont été soulevées, et l'étude des véroles faibles chez les enfants vaccinés en est une. Une autre est celle des germes morbides, en dehors de la syphilis, qui peuvent être également transmis par la vaccination.

Les journaux anglais nous apportent à ce sujet un document curieux. Il s'agit d'un verdict de culpabilité rendu contre *la vaccination*, pour avoir causé la mort d'un enfant par érysipèle. Il faut être au courant des mœurs anglaises pour bien comprendre ce procès dans lequel le vaccinateur n'a jamais figuré qu'à titre de témoin, et, disons-le, de témoin à charge contre la vaccine.

Exposons d'abord en quelques mots la physionomie des débats; puis nous montrerons ce qu'ils peuvent avoir d'instructif pour les médecins.

Jamais la famille de l'enfant dont il s'agit n'a eu la pensée d'incriminer l'opérateur, le docteur Allen; elle reconnaît qu'il avait choisi un vaccinifère parfaitement sain et dont la santé est restée bonne; il avait donc fait son possible pour éviter un accident.

Ce que veut le père, ce n'est pas une indemnité puisque personne n'est pécuniairement responsable ; c'est une décision du jury d'enquête contre la vaccine qui a causé la mort de son enfant. Faire condamner la vaccine! voilà bien une idée anglaise.

Le magistrat qui présidait le jury d'enquête, le *coroner*, était disposé favorablement pour l'inculpée. Il interrogea la partie plaignante sur les motifs qui la dirigeaient dans cette poursuite : N'avait-elle pas cédé aux suggestions des ennemis déclarés de la vaccine, des membres de la société antivaccinale? C'est à peine s'il fut rassuré par la réponse négative, et il interdit aux avocats toute insinuation, toute recherche, toute discussion étrangères aux faits de la cause.

Le jury avait à décider si, oui ou non, la mort résultait de la vaccination, qui aurait transmis un germe morbide, ou bien simplement si elle provenait des piqûres, ou si elle ne se rattachait en aucune manière à l'opération.

Plusieurs médecins furent appelés en témoignage, et leur opinion fut que la vaccine pouvait porter en elle-même le germe d'un érysipèle.

Voici deux séries d'observations médicales racontées par eux sous la foi du serment.

D'abord l'enfant même en question, celui dont la mort avait donné lieu à cette enquête, deux jours avant d'avoir été pris d'érysipèle, avait servi de vaccinifère pour un certain nombre d'autres enfants. Tous eurent également des érysipèles non phlegmoneux, mais ambulatoires comme le sien : l'un d'eux en mourut. Il n'est pas possible, suivant le docteur Allen, de ne pas rattacher les uns aux autres les érysipèles de cette série, car ce furent les seuls observés vers cette époque par ce chirurgien, qui vaccine parfois jusqu'à 100 enfants dans un seul jour.

Ceci s'était passé à Londres. A Islington, à ce qu'a raconté le docteur Balard, les mêmes accidents se sont produits identiquement dans les mêmes circonstances. Un vaccinifère, qui paraissait se bien porter, fut pris d'érysipèle deux jours après avoir servi à vacciner un groupe d'enfants, qui eurent tous des érysipèles et dont un mourut.

Quelque exceptionnels qu'ils puissent être, au dire même de ceux qui les ont observés, des faits semblables sont trop importants pour qu'on les taise.

Au point de vue théorique, ils sont gros d'inductions qu'il serait trop long de développer.

Bien entendu le verdict du jury portait à faux ; car, précisément on ne pouvait pas accuser la vaccine d'avoir apporté avec elle un germe érysipélateux chez cet enfant, dont le vacinifère n'a jamais eu d'érysipèle.

Mais par rapport au groupe d'enfants qui ont été inoculés à l'aide du vaccin fourni par lui, oui, certainement, on peut admettre que la vaccine était coupable. Ce n'est pas le cas d'invoquer les influences épidémiques, car elles se seraient fait sentir également en dehors de ce groupe. Comme ces vaccinateurs anglais, tout surpris de ces accidents qu'ils n'avaient jamais observés antérieurement dans leur longue pratique, on est convaincu du transport de l'érysipèle avec la vaccine.

Mais l'érysipèle, en tant qu'affection apparente et locale, n'existait pas encore lorsque son germe fut transmis d'un enfant à d'autres enfants.

On se trouve donc conduit à admettre :

1° La nature contagieuse de l'érysipèle ambulatoire ;

2° Dans cette maladie, une première période *préparatoire*, pour ainsi dire, pendant laquelle le germe morbide se développe à l'état latent.

Si ces premiers points étaient prouvés définitivement pour l'érysipèle, combien n'est-il pas de maladies dont l'évolution peut être semblable ?

En vaccinant de bras à bras, on aurait à craindre, non seulement les affections déjà visibles et palpables, mais toutes celles qui pourraient couver sourdement dans l'organisme. Je sais bien que plusieurs milliers de vaccinations peuvent se faire sans qu'il arrive un seul accident de cette nature ; mais, enfin, si l'on veut avoir une sécurité sérieuse et complète contre ce danger en employant le vaccin humain, il faut le recueillir dans des tubes ou sur des plaques, et, avant de s'en servir, il faut observer pendant quelque temps les vaccinifères.

Évidemment ce ne serait pas un procédé très-commode en pratique, et s'il était sûr que l'emploi du cow-pox mît à l'abri de toute affection inoculée, la vaccination animale serait encore bien plus facilement exécutable que la vaccination humaine ainsi complétement innocentée par un tel luxe de précautions. Mais n'existe-t-il chez la vache aucune maladie transmissible à l'état latent ? C'est ce qu'il va falloir maintenant étudier,

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

De l'ovarite.

(Leçons recueillies par M. RAYMOND, interne du service) (1).

2e LEÇON.

Le début de l'ovarite est, dit-on, tantôt brusque, rapide, éclatant, et la maladie atteint rapidement une intensité excessive ; tantôt lent, insidieux, constituant un simple malaise, suivi, après un temps plus ou moins long, de l'explosion de symptômes plus alarmants. Cela est vrai, messieurs, pour ceux qui, dans leur description, comprennent l'ovarite puerpérale; car, à cette dernière seule appartient cette explosion de symptômes graves se faisant avec éclat et portant en quelques heures la maladie à son maximun de gravité. Dans l'ovarite ordinaire, le début est, au contraire, marqué par un ensemble de phénomènes qui, le plus souvent, passent inaperçus, et ne fixent sérieusement l'attention des malades qu'au moment où, devenues plus souffrantes, elles cherchent à établir la filiation des accidents qu'elles éprouvent. C'est même là une particularité qui me paraît de nature à permettre de distinguer assez facilement l'ovarite des autres phlegmasies périutérines.

Les premiers de ces accidents se font sentir au moment de la menstruation, laquelle est toujours troublée sous l'influence de l'ovarite. Le plus souvent il y a métrorrhagie, comme chez notre malade du n° 32; mais il n'est pas rare qu'il y ait aménorrhée ou que la perturbation menstruelle consiste dans des alternatives de ménorrhagie ou de suppression des règles. Nous avons en ce moment, au n° 13 de notre salle Sainte-Geneviève, une jeune femme qui est affectée d'ovarite double, et qui, après une suppression de ses règles pendant plusieurs mois, a été prise de métrorrhagie dont il a été difficile de se rendre maître. Dans tous les cas, il y a de la douleur dans la région de l'ovaire au moment de l'époque menstruelle. C'est cette douleur dysménorrhéique, si fréquente chez les jeunes filles, qui n'avait pas échappé à la sagacité d'Aran, et qui, lui ayant paru concorder avec la formation des caillots que l'on rencontre si souvent à l'intérieur des vésicules ovariennes, l'avait porté à considérer ces caillots et les corps jaunes qui leur succèdent, comme des altérations dépendant de la phlegmasie de l'ovaire. Je ne sais, je vous l'ai déjà dit, en quoi une pareille manière de voir peut être fondée, mais je pense, comme lui, que l'ovarite est plus fréquente chez les jeunes filles qu'on ne le croit généralement, et j'en trouve la preuve, non dans l'ovaire lui-même, mais en dehors de cet organe, dans les adhérences péritonéales, filamenteuses que nos autopsies nous font constater si fréquemment autour des ovaires et des trompes.

La douleur qui marque ainsi véritablement le début de la maladie et qui se fait sentir surtout pendant la marche ou lorsque la malade, couchée ou assise, fait un effort pour se relever en contractant les muscles de ses parois abdominales, cette douleur va, quelquefois, en croissant, jusqu'à atteindre, concurremment avec les autres symptômes, un degré d'intensité tel qu'il n'y a plus à se faire illusion sur l'existence d'une maladie nécessitant des soins. C'est ainsi que les choses se sont passées chez notre malade, chez laquelle l'invasion de l'ovarite peut être considérée comme ayant eu une marche assez rapide. Mais le plus souvent les symptômes se succèdent avec plus de lenteur. La douleur, vive au moment des règles, et s'irradiant alors jusque dans les lombes, se calme, sans cependant disparaître tout à fait, pendant les jours qui suivent l'époque menstruelle. Elle était aiguë ; elle demeure sourde et pongitive, constituant une gène permanente avec exacerbations lancinantes ressenties sous l'influence d'un exercice violent ou d'une fatigue quelconque. La malade reste un peu pâlie, abattue, languissante ; elle a les yeux cernés; elle est prise

(1) Voir le numéro du 19 août.

de mouvements fébriles, irréguliers qui surviennent surtout le soir. Son appétit se perd et devient capricieux. Son caractère est fantasque ; elle éprouve un malaise indéfinissable qui se transforme en une nouvelle exaspération douloureuse à chaque époque menstruelle pour la plonger dans le même état de langueur et d'abattement à l'intervalle suivant, jusqu'à ce qu'enfin la fièvre s'allume plus intense et la douleur s'exaspère de façon à ne pouvoir plus être supportée. Alors la maladie est définitivement constituée. L'ovarite est à sa période d'état.

La douleur dont je vous ai déjà si longuement parlé, et qui est un des symptômes importants de cette maladie, ne revêt pas alors l'acuité qu'on serait tenté de lui supposer et que lui ont attribué des auteurs qui ont écrit, plus avec leur imagination qu'avec l'observation attentive des faits. On l'a comparée, je ne sais pourquoi, à celle du point de côté dans la pleurésie, de même que l'on a comparé la sensation déterminée par la pression de l'ovaire à celle que produit la pression exercée sur le testicule. On a dit aussi que les parois de la fosse iliaque deviennent le siége d'une sensibililité douloureuse excessive et que ces parois sont tendues, tuméfiées. Vous pouvez voir, sur nos quatre malades, qu'il n'en est rien. Si la fosse iliaque est douloureuse, ce n'est que profondément et à une pression énergique exercée sur la région de l'ovaire. Quant à la tension des parois abdominales, elle n'existe pas davantage ; à peine y trouveriez-vous un peu de résistance à la palpation et un peu de chaleur, comme cela a lieu, du reste, dans la métrite et dans le phlegmon péri-utérin. Le rôle des vomissements a été aussi singulièrement exagéré. Si vous rencontrez parfois des vomissements verdâtres, porracés, abondants, sachez qu'ils appartiennent seulement à la péritonite qui, accompagnant toujours l'inflammation de l'ovaire, peut quelquefois se généraliser et devenir la maladie principale, quoique cela soit assez rare, et ne vous attendez pas à trouver dans l'ovarite autre chose que des nausées ou des vomissements sympathiques, au début, vomissements peu persistants et constitués, non pas par de la bile, mais par des matières alimentaires ou par des mucosités glaireuses.

Les symptômes de voisinage déterminés par l'inflammation de l'ovaire sont de peu d'importance, parce que la tumeur résultant de cette inflammation est elle-même peu volumineuse. Il en résulte qu'elle exerce peu de compression, tant sur le rectum ou la vessie que sur les branches du plexus sacré ; et que la dysurie, la constipation ou la diarrhée, le ténesme anal ou vésical, la gêne de la marche, tout en se produisant à un certain degré dans le cours de l'ovarite, sont loin d'être aussi accentués que dans les autres phlegmasies péri utérines.

Le peu de volume de la tumeur ovarique fait aussi qu'elle échappe souvent aux explorations les plus attentives ; M. Scanzoni prétend même qu'on ne peut la reconnaître, à travers les parois abdominales ou par le vagin, que s'il y a autour de l'ovaire enflammé des pseudo-membranes péritonéales d'une certaine épaisseur. Je ne saurais me ranger complétement à l'idée de notre célèbre confrère allemand, et je puis lui affirmer que si une femme se présentait à lui ayant, comme celle dont il a fait l'autopsie, un ovaire de 55 millimètres de longueur sur 40 de hauteur et 35 d'épaisseur, il serait parfaitement capable de reconnaître l'augmentation de volume de cet ovaire, alors même qu'il ne serait pas recouvert de fausses membranes épaisses et solidifiées.

Une circonstance particulière fait du reste que l'ovaire enflammé, tout en étant encore difficile à atteindre, est plus accessible à nos moyens d'exploration que lorsqu'il est à l'état sain, c'est que, en vertu de sa situation et de son poids, il tend à tomber en arrière du corps de l'utérus et à entraîner avec lui la matrice qu'il place en rétroversion. Vous vous rappelez que la malade dont je vous ai donné l'histoire, présente un léger degré de rétroversion de l'utérus ; ce renversement est beaucoup plus marqué chez la femme du n° 13, qui a une ovarite double, et chez laquelle le corps de l'utérus a été tellement entraîné par le poids des deux ovaires enflammés, qu'il est complétement couché en arrière, dans la concavité du sacrum, et que le col, ayant basculé en sens inverse, se trouve placé presque directement derrière les pubis. Cette chute de l'ovaire enflammé dans le cul de sac péritonéal postérieur, qui est la règle, mais qui cependant comporte quelques exceptions, — je vous en citerai plusieurs, — a été signalée pour la première fois par le docteur Rigby, qui, d'après le titre de son travail (*On displacement of the ovary*), a paru ne s'être préoccupé que du déplacement de l'ovaire, mais qui a parfaitement indiqué que ce déplacement est dû à l'augmentation de volume et de poids résultant de l'inflammation.

Lorsqu'il tend ainsi, en vertu de l'excès de poids qu'il a acquis, à se précipiter dans le cul de sac péritonéal, l'ovaire est arrêté dans sa chute par le ligament suspenseur qui l'attache à l'utérus, et il descend d'autant moins bas que ce ligament suspenseur, loin de s'allonger, paraît plutôt se raccourcir sous l'influence de l'inflammation dont l'ovaire est le siége.

Voici comment les choses se passent : L'ovaire, en se tuméfiant, augmente bien de volume d'une façon excentrique, suivant tous ses diamètres, mais son extrémité externe reste fixe dans le point qu'elle occupe ; il en résulte que l'extrémité interne se rapproche de la corne utérine, en s'insinuant dans l'épaisseur du ligament ovarien et diminue ainsi la longueur de ce dernier. Ce phénomène, qui a été parfaitement observé et décrit par Aran, nous explique pourquoi l'ovaire enflammé, tout en descendant plus bas que l'ovaire sain, ne se précipite pas jusqu'au fond du cul de sac péritonéal postérieur qui, vous le savez, se prolonge très-bas entre le col utérin et le rectum, et pourquoi, faute de pouvoir ainsi atteindre une paroi résistante sur laquelle il finirait par reposer, il tiraille incessamment l'utérus auquel il est appendu et parvient à le faire basculer, puis à l'entraîner dans sa chute. Il en résulte que l'exploration de l'ovaire enflammé devient d'autant plus facile que l'utérus est plus renversé en arrière et que, s'il est très-accessible lorsque la rétroversion est complète, il reste toujours très-élevé et très-difficile à atteindre tant que l'utérus se maintient dans sa position normale.

En raison de cette situation de l'ovaire en haut et en arrière de l'utérus, Lisfranc, et, après lui, Aran, ont beaucoup insisté, avec juste raison, sur la nécessité du toucher rectal pour explorer cet organe. Je combine volontiers le toucher rectal avec le toucher vaginal, et j'y trouve l'avantage de saisir entre les deux doigts la tumeur que j'explore, ce qui me permet d'être mieux renseigné sur sa position exacte. Les tumeurs situées dans la paroi recto-vaginale, ou à la base du ligament large, restent toujours fixes dans la place qu'elles occupent, tandis que les tumeurs formées par l'ovaire, fuient souvent sous les doigts qui le pressent, comme cela avait lieu chez notre malade du n° 32. Ce signe a une double valeur, d'abord en ce qu'il permet de reconnaître que la tumeur est située à l'intérieur du péritoine, puis en ce qu'il démontre qu'elle n'est pas maintenue en place par des adhérences nombreuses et résistantes. Parfois, il est vrai, ni le toucher vaginal, ni le toucher rectal, ni même ces deux modes de toucher combinés ne permettent d'atteindre l'ovaire enflammé. Il faut alors pratiquer, concurremment, le palper hypogastrique, et, en appuyant la main à plat sur la fosse iliaque, refouler les organes du petit bassin pour qu'ils arrivent au contact des doigts introduits dans le rectum et dans le vagin. On peut alors mieux apprécier la tumeur formée par l'ovaire, en suivre les contours, et se rendre compte du degré d'hypéralgésie dont il est le siége.

Au nombre des particularités intéressantes de l'histoire de l'ovarite, je ne puis omettre de vous signaler la prédilection très-marquée de cette inflammation pour l'ovaire du côté gauche. Elle est telle que, sur un relevé de 43 cas d'ovarite, consigné dans le mémoire de M. Chéreau, on en trouve 25 siégeant à gauche et 11 seulement à droite, tandis qu'il y a en a 4 affectant simultanément les deux côtés, et 3 dont le siége précis n'a pas été indiqué. Sur nos 4 sujets, nous trouvons une proportion plus forte encore ; 3 ont l'ovaire gauche seul malade et la 4e a les deux ovaires affectés, celui du côté droit ayant été pris le premier. On a essayé d'expliquer cette prédominance de la phlegmasie pour l'ovaire gauche, par la compression que l'S iliaque du colon exercerait sur la veine ovarique de ce côté, compression rendue d'autant plus efficace que cet intestin serait plus habituellement rempli de matières fécales, la constipation accompagnant ordinairement l'ovarite. Mais alors la constipation cesserait d'être un symptôme et devrait être considérée comme une cause prédisposante de cette maladie. On a parlé aussi de la plus grande fréquence de la position occipito-iliaque gauche du fœtus pendant la grossesse et de la compression que la tête de l'enfant exercerait sur les organes contenus dans le petit bassin ; mais, pendant la grossesse, l'ovaire est trop élevé pour ne pas échapper à cette compression, et la plus grande fréquence de l'ovarite gauche s'observe aussi bien chez les jeunes filles nullipares que chez les femmes qui ont eu des enfants. Cette cause pourra donc être invoquée pour expliquer la prédominance du côté gauche des autres phlegmasies péri utérines, mais elle est de nulle valeur en ce qui concerne la même prédominance pour l'inflammation isolée de l'ovaire.

(*A suivre.*)

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Laroyenne.

Kyste volumineux du creux poplité

GUÉRI PAR LA CAUTÉRISATION AU NITRATE D'ARGENT

(Observation recueillie par Humbert-Mollière, interne des hôpitaux.)

L'histoire des kystes du creux poplité, malgré quelques travaux importants, présente encore bien des lacunes (1). Aussi avons-nous cru devoir publier l'observation suivante, qui nous a paru des plus intéressantes, aussi bien au point de vue de la marche et des caractères de la tumeur, qu'à celui du mode de traitement employé par le chirurgien.

La voici résumée dans ses détails les plus importants :

Benoîte R..., âgée de 17 ans, native du département de la Loire, entre le 5 janvier 1869 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul, n° 74, service de M. Laroyenne.

Cette jeune fille, grande et bien conformée, a toujours joui d'une bonne santé. A l'âge de 8 ans, elle garda le lit pendant plusieurs mois pour une tumeur développée dans le creux poplité droit, puis elle boita pendant une année, au bout de laquelle la guérison fut si complète qu'elle doutait parfois que sa jambe eut jamais été malade.

Le 17 janvier 1868, elle s'aperçut qu'elle avait dans le creux poplité droit une tumeur du volume du poing, située au côté externe et postérieur de la région. Elle eut pendant quelques jours une légère tuméfaction du genou, qui ne tarda pas à se résoudre pour ne plus reparaître.

La tumeur s'accrut insensiblement, jusque il y a trois mois, époque à laquelle elle avait atteint le volume d'une orange. Pourtant la malade ne boitait pas ; seulement, elle se fatiguait plus vite en marchant. L'articulation n'était le siége d'aucune gêne, d'aucune douleur ; j'insiste beaucoup sur ce point. Depuis lors, la tumeur ayant grossi rapidement, Benoîte R... vient se faire admettre à l'Hôtel-Dieu de Lyon. A son entrée, on constate, dans la région sus-indiquée, la présence d'une tumeur énorme, atteignant au moins le volume de deux oranges, dure, bosselée, on pourrait presque dire multilobée. La peau à ce niveau est adhérente, sillonnée de grosses veines dilatées, et légèrement enflammée par les topiques irritants de toute espèce qu'on avait appliqués.

18 janvier. On a hésité pendant quelques jours à porter un diagnostic définitif. Toutefois, on finit par émettre l'hypothèse d'un sarcôme à marche rapide, pouvant nécessiter, par sa position et la profondeur de ses adhérences, l'amputation du membre. M. Ollier, qui s'intéressait à cette malade, appelé en consultation, fut d'avis de pratiquer une ponction exploratrice. Afin de s'assurer qu'il n'existe pas de communication entre l'articulation et la tumeur. On exerce une forte pression sur cette dernière, le genou étant successivement placé dans diverses attitudes ; cette communication paraissant donc ne pas exister, on plonge alors dans la tumeur un trocart de moyen calibre, et l'on voit s'écouler près d'un demi-litre d'un liquide séreux et jaunâtre, dont la présence nous parut expliquer fort bien l'accroissement rapide observé dans les derniers temps.

C'est alors que la palpation permit de constater l'existence de masses très-solides et très-volumineuses, dont les plus molles sont alors bien plus manifestes qu'auparavant. On diagnostique donc : un kyste à parois solides et à coque indurée, sur la natnre desquelles on ne peut encore se prononcer. On applique ensuite autour de la tumeur un bandage compressif avec le caoutchouc, et le membre est immobilisé dans un appareil silicaté.

27 janvier. On cautérise la tumeur avec la pâte au chlorure de zinc, on fend l'eschare sur une longueur d'environ 7 centimètres. Les parois du kyste sont très-épaisses ; il ne sort d'abord que du sang, auquel succède une sérosité jaunâtre très-abondante. En enfonçant le doigt dans la poche, on sent battre en dedans et en haut l'artère poplitée et quelques-unes de ses branches. Puis on fait fondre successivement, et à quelques jours d'intervalles, dans l'intérieur même du kyste, dont l'ouverture va toujours en se rétrécissant, neuf crayons de nitrate d'argent, de la longueur de 4 à 5 centimètres chacun. Des détritus très-abondants sont expulsés, grâce à des injections d'alcool pur, de teinture d'iode, ou de permanganate de potasse pratiquées soir et matin avec le plus grand soin. De plus, on continue à introduire des bourdonnets de charpie dans la cavité. On extrait de temps à autre des lambeaux de paroi du kyste. L'action des caustiques ne permet pas d'examiner quelle peut être leur structure.

5 mars. État stationnaire de la plaie. On pratique un débridement en bas de la première ouverture, afin de faciliter l'écoulement du pus.

26 mars. Les parois de la cavité morbide ne pouvant s'adosser, on exerce une compression légère sur toute la région à l'aide d'une bande de caoutchouc.

2 avril. On enlève la bande et l'on voit une cicatrice verticale et linéaire attirant la peau en dedans. Il est à remarquer que depuis le dernier débridement et la compression élastique, la cicatrisation a marché avec une très-grande rapidité.

6 avril. La malade marche sans boiter. On lui permet de retourner dans son pays.

16. mai. La malade nous a écrit : la guérison est absolue.

La lecture de cette observation soulève plusieurs questions intéressantes à élucider. Et d'abord, quel a pu être le siége, le point de départ d'une aussi singulière production ? Est-ce un ganglion lymphatique, une hernie de la grande synodiale articulaire ? une bourse séreuse, normale ou accidentelle ? La situation même de la tumeur devra nous faire renoncer à la première explication. Les ganglions lymphatiques du creux poplité, au nombre de quatre ou cinq (Richet), sont situés sur la ligne médiane, au-dessous de l'aponévrose. Le rôle qu'ils jouent, au point de vue pathologique, semble médiocrement important, et M. Laroyenne m'a affirmé n'avoir jamais pu constater leur engorgement, même dans les cas de scrofulose les plus avancés. Pourtant M. Richet (1) dit qu'il n'est pas rare de voir des inflammations sous-aponévrotiques avoir pour point de départ la tuméfaction des ganglions lymphatiques poplités, et que des kystes séreux peuvent ici, comme au cou (A. Richard), prendre naissance dans leur intérieur.

Quant à une protrusion de la synoviale articulaire, la situation de la tumeur (Foucher) et son volume doivent nous en faire rejeter l'idée. La malade n'a d'ailleurs jamais eu d'hydarthrose, et aucune communication n'existait avec l'articulation.

Reste enfin l'hypothèse d'un hygroma développé dans une bourse séreuse normale, et ayant atteint un développement analogue à celui qu'on observe dans certains cas d'hématocèle.

En 1856, Foucher (2) mit hors de doute l'existence d'une bourse synoviale, au niveau du tendon du biceps, et cita quatre observations très-bien prises, de petits kystes développés dans son intérieur : « Immédiatement, dit-il, au-dessous de la bourse, poplitée, mais plus superficiellement entre le tendon du biceps près de son insertion, et le ligament latéral externe qu'elle déborde en avant et en arrière, se trouve assez souvent, pas constamment cependant, une petite cavité séreuse qui, située juste au-dessus de la tête du péroné, est longée en arrière par le nerf sciatique poplité externe. » C'est précisément à ce niveau que siégeait la tumeur que nous avons décrite, et je crois qu'il

---

(1) Foucher. Voir plus bas l'indication. Baudoin. Thèse de Paris, 1855, n° 222, faite en partie d'après les observations cliniques de M. H. Larrey.

(1) *Anat. méd. chirurgic.*, p. 1042, 1043, 1044. 2e édition.

(2) Mémoire sur les kystes de la région poplitée (Arch. gén. de méd. Ve série, t. 8, 1836.) — Mon frère D. Mollière, prosecteur de l'école de médecine de Lyon, m'a dit avoir souvent rencontré cette bourse séreuse du biceps, plus ou moins distendue par un liquide filant et visqueux.

est parfaitement permis de l'assimiler aux hygromas de la bourse prérotulienne.

Je ne voudrais pas terminer ces quelques lignes sans insister de nouveau sur les difficultés qu'a présentées le diagnostic et l'efficacité, aussi bien que l'innocuité de ce mode de traitement, que M. Laroyenne croit applicable à beaucoup d'autres kystes.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 24 août 1869. — Présidence de M. DENONVILLIERS.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un décret, en date du 4 août courant, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur G. Sée dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Grisolle, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Sée prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports de la commission d'hygiène et de salubrité du canton de Longuez, sur une fièvre typhoïde qui a régné à Villers-la-Montagne (Moselle) en 1868.

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques, qui ont régné en 1868, dans les départements de la Corse et de la Manche. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Le Duc, de Versailles, sur les vaccinations qu'il a pratiquées en 1868.

2° Un rapport de M. le docteur Moussu, médecin aide-major, sur les vaccinations qu'il a pratiquées au printemps de 1869 dans le cercle de Constantine. (Commission de vaccine.)

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

1° Par M. ROBINET, au nom de M. Jeannel, de Bordeaux, un opuscule « sur la régénération des vers à soie par l'éducation en plein air et sur l'hygiène des hôpitaux en temps d'épidémie. »

2° Par M. HARDY : 1° de la part de M. le docteur Doyon, « la traduction du traité des maladies de la peau, par le professeur Hebra, de Vienne; » 2° de la part de M. le docteur Hassan Effendi Mamoud, une brochure ayant pour titre : *Monographie du pemphigus.* »

3° Par M. CHEVALIER, au nom de M. le docteur Mayet, un ouvrage intitulé : *Recherches hydrologiques sur l'arrondissement de Château-Gontier (Mayenne).*

4° Par M. BOUDET, au nom de M. le docteur Méhu, une analyse des sources de *Santa Catalina e Guadalupe*, « grande île Canarie, » avec une notice sur l'emploi médical de ses eaux, par M. le professeur Lasègue.

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que la santé de M. Blache continue à s'améliorer.

LECTURES

De l'action du forceps sur la tête de l'enfant et de ses réactions contre les parois du bassin.

M. le docteur Chassagny lit sur ce sujet un mémoire qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° Le forceps est inévitablement un instrument de pression ; quelque combinaison que puisse imaginer l'accoucheur, il ne peut empêcher qu'une partie de la force employée à la traction ne soit convertie en pression.

2° Non seulement cette pression est inévitable, mais elle est utile pour opérer la réduction de la tête et imite les procédés de la nature.

3° Pour que cette réduction de la tête soit rationnelle, il faut que la pression du forceps s'exerce sur la voûte du crâne réductible et non sur la base incompressible, et il faut que la compression d'un diamètre coïncide, non avec l'augmentation du diamètre opposé, mais bien avec l'allongement de la tête.

4° C'est le plus ou moins de longueur des branches qui constitue les plus grandes différences dans le mode de fonctionnement du forceps. Lorsque deux forceps d'inégale longueur devront se rapprocher, dans une certaine proportion donnée, au point correspondant à la voûte du crâne, le forceps court décrira à l'extrémité de ses cuillers des arcs de cercle beaucoup plus étendus que le forceps long.

5° Il résulte de là que, dans l'éloignement et le rapprochement des cuillers, la forme du sinus d'un forceps est d'autant plus modifiée que le forceps est plus court, ce qui rend les petits forceps inhabiles à s'adapter exactement à des têtes de formes et de dimensions variables.

6° En s'écartant et en se rapprochant, les forceps s'éloignent d'autant plus du parallélisme que les branches sont plus courtes ; il en résulte que les pressions du forceps court sont très-obliques par rapport à la tête, qu'une partie de l'effort tend à la chasser en avant, et qu'il faut par conséquent une plus grande force aux extrémités pour la retenir.

L'auteur démontre ensuite chacune de ces propositions par des expériences faites sous les yeux de l'Académie, à l'aide d'un appareil fort ingénieux. Les diverses pressions exercées par les divers genres de forceps contre les parois d'un bassin artificiel, et l'écartement que ces pressions peuvent produire, sont mesurées par la déviation de deux aiguilles sur deux cadrans, dont l'un indique l'agrandissement du diamètre transverse et l'autre celui du diamètre antéro-postérieur.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Blot, Jacquemiers et Devilliers.

Action du suc pancréatique.

MM. Chauvin, professeur de physiologie à l'École de Lyon, et Morat, interne des hôpitaux de cette ville, lisent, sur le suc pancréatique, une note qu'ils résument ainsi :

1° Les digestions artificielles que nous avons établies concordent avec les faits de la plupart des physiologistes qui, depuis Éberlé jusqu'à M. Claude Bernard, etc., se sont occupés de cette question.

2° Le sac pancréatique dans ces digestions artificielles n'est annihilé ni par le suc gastrique, ni par l'acide chlorhydrique étendu d'eau.

3° Dans les conditions de nos températures ambiantes et dans des vases inertes, le suc pancréatique n'agit pas d'une manière aussi rapide que sous l'influence de la température normale du corps et des mouvements du tube digestif.

4° Dans les digestions naturelles — point capital — le suc pancréatique conserve son action malgré la présence du suc gastrique, et peut commencer dans l'intérieur de l'estomac une digestion complète des trois espèces de substances alimentaires.

5° Au point de vue clinique, nous avons obtenu, à l'aide du jus et de l'extrait pancréatique, de remarquables résultats. (Renvoyé à une commission composée de MM. Claude Bernard, Bouchardat et Colin.)

Acide quino-picrique.

M. OSSIAN HENRY lit en son nom et au nom de MM. Alphonse Duguet et Perret, une note sur un nouvel agent médical toni-fébrifuge succédané du quinquina, l'acide quino-picrique. Le prix élevé de la quinine, dû à la rareté des quinquinas dans le Nouveau-Monde, et à l'insuffisance actuelle de sa culture à Java et dans l'Inde rend désirable l'utilisation de tous les autres alcaloïdes que fournissent les diverses espèces de quinquina du commerce : la quinidine, la quinicine, la cinchonine, la cinchonidine, la cinchonicine, etc., presque tous isomères ou à peu près de la quinine, et possédant des propriétés toniques, fébrifuges.

On ne les utilise pas généralement en France, soit parce qu'ils sont rarement préparés dans un état de pureté désirable, soit parce qu'on ne les a pas présentés sous une forme facilement dosable.

En les unissant à l'acide picrique, on donne naissance à un produit jaune cristallisé ou amorphe, dosable, que M. Ossian Henry propose de désigner sous le nom d'acide picro-quinique, et qui, grâce aux propriétés qu'il doit à l'acide picrique, devient à peu près aussi actif que le sulfate de quinine lui-même.

Étant d'un prix beaucoup moins élevé que ce sel, il pourra le remplacer avantageusement dans la médecine des pauvres.

Suite de la discussion sur la vaccine.

M. GUÉRIN. Je demande la parole pour une motion d'ordre. Je n'ai pas insisté pour obtenir le dépôt de la pièce présentée mardi dernier par M. Depaul. Mais depuis lors je me suis rappelé qu'il y a deux ans, par un vote spécial, l'Académie avait ordonné le dépôt de toutes les pièces relatives à la discussion sur la vaccine. L'Académie entend-elle faire exécuter cette décision?

M. DEPAUL. M. Guérin s'obstine à confondre entre les documents officiels et les documents personnels ; mon registre étant un document personnel, je ne le lui communiquerai pas.

M. GUÉRIN. Il est d'usage dans toute les classes de la société de communiquer les documents dont on se sert.

M. LE PRÉSIDENT. La distinction de M. Depaul est très-juste. Autrement où en serait-on? Il vous faudrait donc, monsieur Guérin, communiquer toutes les pièces dont vous entendez vous servir?

M. GUÉRIN. Je suis membre de la commission, et j'ai le droit de voir un registre qu'on dit être celui de la commission.

M. LE PRÉSIDENT. C'est un document personnel.

M. GUÉRIN. Je proteste contre l'opinion de M. le président.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Hérard.

M. HÉRARD. En présence des affirmations contradictoires qui se sont présentées dans la discussion, je regarde comme un devoir, pour tous ceux qui possèdent des documents capables d'élucider la question en litige, de venir les soumettre au jugement de l'Académie. C'est ce qui m'engage de vous communiquer le résultat d'expériences comparatives entreprises dans le service d'accouchements dont je suis chargé à l'Hôtel-Dieu.

En prenant ce service au 1er janvier de cette année, j'ai trouvé la vaccine organisée de la façon suivante :

Tous les enfants nouveau-nés d'une rangée de la salle sont vaccinés un jour de la semaine avec du cow-pox par M. Lanoix. Les enfants de l'autre rangée sont vaccinés, de bras à bras, avec la vaccine ordinaire. Or, du 1er janvier au 15 août, 209 enfants, âgés de 1 à 7 jours ont été vaccinés avec le cow-pox. Sur ce nombre, 29 ayant quitté le service le lendemain ou le surlendemain, on n'a pu constater sur eux le résultat. Restent 180, qui ont donné 147 succès (82/100), et 514 pustules (6 piqûres à chaque bras auraient donné, si toutes avaient réussi, pour 180 enfants, 1,080 pustules).

Pendant le même temps, 191 nouveaux-nés étaient vaccinés de bras à bras : le résultat ne put être constaté chez 14 ; restaient 177, qui donnèrent 170 succès (96/100), et 641 pustules (plus de moitié du nombre des piqûres).

La vaccine humaine a donc réussi un peu plus souvent ; mais l'une et l'autre ont donné de très-bons résultats, vu l'âge des enfants. M. Empis n'avait obtenu, sur les nouveau-nés, que 60 succès sur 100, et M. Hervieux, 77 sur 100.

J'ai voulu comparer les effets des deux vaccines sur un même enfant, et, dans ce but, j'ai fait quatre séries d'expériences dans lesquelles le cow-pox était inoculé par trois piqûres au bras gauche, et le vaccin humain également par trois piqûres au bras droit.

La première série d'expériences a porté sur 6 enfants, sur 2 desquels le résultat a été nul ; 2 autres avaient chacun 2 pustules à chaque bras ; et les 2 derniers 3 pustules au bras droit (vaccin humain), 2 seulement au bras gauche (vaccin animal).

Dans la deuxième série, 11 enfants ont été vaccinés de même. Nous avons eu 1 insuccès complet ; chez les 10 autres, la vaccine animale l'a emporté sur la vaccine humaine dans une assez forte proportion ; elle a présenté 23 pustules, tandis que l'autre n'en donnait que 11. Sur 7 enfants, toutes les piqûres ont réussi au bras droit (cow-pox) ; sur 1 seulement, toutes ont réussi au bras gauche (vaccin humain).

Dans la troisième série, nous avons vacciné 15 enfants. Cette fois le vaccin humain l'emporte sur le vaccin animal dans la proportion de 29 pustules contre 5.

Enfin, le 28 juillet, nous avons inoculé 7 autres enfants par les deux vaccines. Le cow-pox nous a donné un succès complet (21 pustules), et le vaccin humain un résultat satisfaisant (17 pustules).

Nous opérions sur des nouveau-nés, et, à cet âge, il est bien plus difficile de réussir qu'un peu plus tard, lorsque l'enfant a 2 ou 3 mois. Aussi, la statistique fournie par le service de vaccination établi au bureau central depuis le 1er juin est-elle encore plus satisfaisante. M. Constantin Paul, chargé de ce service, sur 93 vaccinations pratiquées avec le cow-pox pendant deux mois, a obtenu 92 succès, et sur 552 piqûres, 467 pustules, plus des 5/6. Ainsi, quand le vaccin est pris directement sur la génisse, entre le troisième et le quatrième jour, et quand l'enfant a dépassé les premiers mois, le cow-pox réussit presque constamment.

Pour infirmer cette proposition, M. Guérin a invoqué le témoignage des médecins des hôpitaux. J'étais présent à la séance de la *Société médicale des hôpitaux*, à laquelle il fait allusion, et je puis dire qu'il a été question surtout de revaccinations. Or les revaccinations peuvent échouer par mille causes difficiles à déterminer; les résultats en sont très-incertains; tandis qu'à l'École polytechnique M. Houel obtenait seulement 6 succès sur 86, à l'École préparatoire de Sainte-Barbe, M. Bucquoy réussissait une fois sur deux. Je dois ajouter que cette question est venue à la suite d'une longue discussion sur la variole, et que les médecins des hôpitaux, s'étant prononcés énergiquement pour l'isolement des malades, ont pu craindre qu'on opposât à ce système celui des revaccinations.

J'aborde un autre point en discussion. Je n'ai pas vu que la vaccine animale différât de la vaccine humaine par son évolution, comme l'a dit M. Guérin. La période d'incubation nous a semblé identique dans l'une et dans l'autre : sauf quelques cas exceptionels, l'éruption a toujours paru vers le troisième jour, et elle a mis le même temps des deux parts pour arriver à pleine maturité. Quant à la virulence, je crains que M. Guérin n'ait confondu la pustule de la vache avec celle de l'enfant, lorsqu'il a parlé de virulence qui ne durerait que du cinquième au septième jour. Souvent nous nous sommes servis utilement d'un vaccin de huit jours pris sur un enfant vacciné avec le cow-pox.

Je n'ai pas vu non plus que les pustules de cow-pox fussent plus développées ni provoquassent une réaction plus vive, comme l'a prétendu M. Depaul. Sur les enfants vaccinés à la fois avec les deux genres de vaccin, les pustules étaient des deux côtés de mêmes dimensions.

Ainsi, Messieurs, je me crois autorisé à conclure que la vaccine animale présente, dans son développement, dans sa marche, dans sa durée, dans sa virulence, dans ses réactions, l'analogie la plus parfaite avec le vaccin humain. Elle mérite donc d'être propagée, d'autant plus qu'elle ne peut pas nuire au vaccin humain. A supposer que l'élément humain soit vraiment utile, elle le trouvera sur le premier enfant qui l'aura reçue.

Elle a d'ailleurs le grand avantage d'augmenter dans des proportions considérables, illimitées, la source du vaccin, et l'avantage plus grand encore de mettre à l'abri des maladies contagieuses, et surtout de la syphilis. Après l'argumentation de M. Depaul, cette question de la syphilis vaccinale me semblait jugée. Il n'est pas douteux qu'il y ait des faits incontestables de transmission de la syphilis par la vaccination. Sans parler du fait que j'ai moi-même présenté à l'Académie il y a quelques années, il doit suffire de rappeler cette malheureuse série de syphilis vaccinales qui ont pris leur origine dans cette Académie même.

Quant aux faits du Morbihan, on a paru s'étonner que le enfants aient guéri presque sans traitement, sans présenter d'accidents tertiaires. On ne réfléchit pas aux profondes différences qui existent entre la syphilis congénitale et la syphilis inoculée. Dans deux mémoires de M. Roger, communiqués à la société médicale des hôpitaux, ces différences sont nettement indiquées. « Il faut établir, dit M. Roger, une différence entre la syphilis tout à fait congénitale et celle qui se manifeste quelques semaines après la naissance, et à plus forte raison la syphilis infantile acquise. Pour la première, la gravité ne peut qu'être extrême... mais que l'affection apparaisse seulement externe, qu'elle soit constituée par les syphilides ou les plaques muqueuses, et que l'économie, bien que souffrant du virus, ne semble pas profondément atteinte, on devra au contraire compter sur la guérison, et sur une guérison rapide si le traitement spécifique est employé; *a fortiori* ces succès seront-ils obtenus certainement si la syphilis infantile est acquise. »

Les faits d'Auray n'ont donc rien d'extraordinaire.

Mais ce n'est pas assez d'avoir démontré que la syphilis vaccinale n'est point un mythe; il faut discuter les faits négatifs, entre autres ceux de M. Delzenne qui, présentés par M. Guérin, ont fortement impressionné l'Académie. On tend à douter des faits positifs en voyant M. Delzenne vacciner plus de 100 sujets avec du vaccin recueilli sur des individus syphilitiques sans qu'il survienne, dans aucun cas, le moindre accident.

Mais d'abord le chiffre si élevé de ces revaccinations ou vaccinations doit être réduit à celui des vaccinifères : 4 ou 5. Cette réduction opérée, on se demande encore pourquoi cet insuccès complet. Je ne chercherai pas, comme M. Depaul, à expliquer le fait par la supposition que l'un des petits vaccinifères a pu devenir syphilitique à Saint-Lazare, ou que les femmes vaccinées pouvaient avoir été atteintes antérieurement de syphilis ou l'être actuellement. Je connais M. Delzenne, et je suis sûr qu'il a examiné les femmes avec le soin le plus minutieux.

La véritable cause de ces insuccès me paraît résider dans cette double précaution, à laquelle il n'a jamais manqué : prendre du vaccin pur sans mélange de sang, et laver sa lancette après chaque vaccination.

C'est une confirmation expérimentale des opinions de MM. Viennois et Rollet sur la transmission de la syphilis par le sang, non par le vaccin. Si l'on objecte quelques faits dans lesquels l'inoculation d'un vaccin mélangé de sang n'a produit aucun accident vénérien, je répondrai que la contagiosité du sang syphilitique, comme des plaques muqueuses ou de toute autre lésion secondaire, est beaucoup moins prononcée que celle du chancre primitif, du chancre infectant, à preuve ce que dans des expériences tentées par l'anonyme du Palatinat sur 9 sujets inoculés avec du sang de syphilitique, 3 seulement le furent avec succès, et encore avait il été nécessaire de frictionner sur une large surface absorbante.

Il y a peut être encore d'autres causes pour expliquer la différence des résultats; la forme de la syphilis, par exemple, ou cette circonstance que l'enfant qui fournit le vaccin est en pleine manifestation de syphilis, ou que la syphilis est latente. Ce dernier cas était celui des deux enfants qui ont servi à M. Delzenne.

Maintenant il peut arriver que l'enfant vaccinifère ait lui-même une syphilis acquise par vaccination, que le chancre ait commencé à se développer plustôt que d'ordinaire, vers le septième jour, au lieu du quinzième, et qu'on ait ainsi inoculé du virus chancreux.

Si cette question de la syphilis vaccinale me paraît résolue, il n'en est pas de même de celle de la dégénérescence de la vaccine.

Depuis quelque temps la variole frappe plus souvent et plus cruellement les sujets vaccinés, ceci est un fait; mais ce fait peut s'expliquer de diverses manières.

1° Le vaccin peut avoir une vertu préservatrice de durée limitée, après laquelle la variole reprendrait ses droits; 2° la variole peut avoir subi une modification dans ses allures; 3° le vaccin peut s'être affaibli graduellement par ses transmissions successives.

La première hypothèse est changée en fait aujourd'hui par le succès des revaccinations et la fréquence de la variole chez les sujets vaccinés depuis longtemps. Combien peut durer la vertu préservatrice de la vaccine? A peu près, je crois, dix à douze ans. C'est plus tard surtout que les revaccinations réussissent dans les lycées, etc. Mais je dois reconnaître que tous les médecins ne sont pas d'accord sur l'interprétation des statistiques; les uns pensent que la vertu préservatrice de la vaccine va toujours en s'affaiblissant, d'autres que les revaccinations ont plus de chance de réussir, soit seulement chez les sujets jeunes, soit aux deux périodes extrêmes de l'existence. M. Henry Gintrac a décrit dans le *Journal de Bordeaux* une épidémie de variole dont l'histoire est très-intéressante. En 1854, la variole a été importée par une jeune femme dans la commune de Gujon, peuplée de 2,600 habitants; elle y fit de très-grands ravages; en quelque mois, elle avait atteint un dixième de la population, les vaccinés comme ceux qui ne l'étaient pas. Seuls les enfants de moins de douze ans, qui avaient été vaccinés, semblèrent jouir d'une immunité complète, même dans les familles les plus éprouvées. Une revaccination générale mit fin à cette épidémie.

Ainsi l'augmentation du nombre des varioleux pourrait être expliquée par le peu de durée de l'immmunité vaccinale; mais ce n'est pas tout. Pendant longtemps, dans la première moitié de ce siècle, les varioles des vaccinés étaient de simples varioloïdes sans gravité. Il n'en est plus toujours ainsi. Souvent maintenant elles sont confluentes et même mortelles. Il semble donc que la variole s'est elle-même transformée et a acquis dans ces derniers temps une plus grande intensité. Cette hypothèse est acceptable, car d'autres affections épidémiques, le croup par exemple, sont devenues dans ces dernières années bien plus fréquentes et bien plus graves. On peut donc admettre la même chose pour la variole.

Quant à la troisième hypothèse, celle de la dégénérescence, elle n'est nullement nécessaire et ne me paraît pas démontrée. Le grand argument de M. Depaul, la statistique de Grégory, qui trouvait seulement un cas de variole sur 32 vaccinés en 1809, et un varioleux sur 3 1/2 en 1822 : cette statistique ne prouve rien, car il y avait en 1822 bien plus de vaccinés anciens, chez qui la vertu préservatrice du vaccin devait être affaiblie.

Il serait du reste facile de remédier à cette dégénérescence si elle était démontrée, mais rien ne prouve que le cow-pox ait une vertu préservatrice plus durable et plus efficace. Aussi me rallierai-je complétement, comme M. Bouchardat, à la 35e proposition du rapport; et comme lui, en terminant, je propose à l'Académie de voter des remercîments aux rapporteurs et à tous les membres de la commission de vaccine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté de M. le ministre de l'Instruction publique, ont été nommés à la Faculté de médecine de Paris, par suite d'un concours ouvert devant cette Faculté :

Chef de clinique obstétricale, M. Chantreuil (Gustave-Édouard);

Chef suppléant de clinique obstétricale, M. Soyre (Antoine-Louis).

— La Société de secours mutuels d'Oyonnax (Ain), existant depuis quarante ans, offre 2,000 francs d'appointements fixes à un docteur en médecine, pour faire le service médical. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. Andréan, vice-président (affranchir).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Étude sur les fermentations proprement dites et les fermentations physiologiques et pathologiques, par le docteur Armand Gautier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1869, in-8 de 323 pages.

Étude physique des sons de la parole, par le docteur Albert Deleschamps. — Paris, 1869, in-8 de 108 pages, avec figures. — 2 fr. 50.

Des organes de la respiration dans la série animale, par le docteur Henry Sicard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — Paris, 1869, in-8 de 85 pages. — 2 fr.

Traité de pathologie interne, par le docteur Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., ouvrage accompagné de planches en chromo-lithographie. — Tome 1er, 1re partie, 1 vol. in-8. — Prix, 6 francs.

De la Cautérisation dans le traitement des maladies chirurgicales, par le docteur Théophile Anger, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine et de la Société de chirurgie. 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50.

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — T. 1er, 2e partie : Maladies des articulations du crâne, du rachis, des oreilles et de l'appareil de la vision. — 1 vol. in-8, avec un grand nombre de figures dans le texte. — Prix 7 fr. Prix du tome 1er complet, 13 francs.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladie nerveuse extraordinaire.

Lorsqu'on observe des phénomènes insolites qui peuvent se rapporter au système nerveux, il est toujours bon de les décrire, ou du moins de les signaler aux observateurs, car les maladies du système nerveux sont bien loin d'être toutes connues et définies, malgré les beaux travaux des Duchenne de Boulogne, Charcot, Vulpian, etc.

Sans doute, on aura plus d'une fois affaire à des simulateurs, car de tout temps les maladies nerveuses, à commencer par l'épilepsie, ont été l'objet d'imitations plus ou moins heureuses; mais l'étude des simulations n'est pas sans profit pour le praticien, même pour celui qui n'est pas et ne veut pas être médecin légiste.

Ces considérations nous ont déterminé à parler d'un malade qui se trouve à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Hérard, et qui présente un ensemble de symptômes non encore décrit.

Cet homme parle difficilement ; aussi est-il très-peu commode de remonter aux commémoratifs; voici pourtant ce que nous avons compris de son histoire d'après ses réponses, balbutiées et souvent presque inintelligibles.

Il est grillageur de son état, et s'est toujours assez bien porté jusqu'en 1864 environ. Il fut pris alors de douleurs dans la partie postérieure de la tête et dans le haut de la colonne vertébrale; il souffrait aussi dans les membres du côté droit. Un jour il perdit connaissance, et il resta paralysé de la moitié droite du corps pendant un temps sur la longueur duquel ses réponses varient beaucoup. Cet accident lui serait survenu il y a quatre ans, lorsqu'il avait 41 ans. Peu à peu la paralysie se serait dissipée en très-grande partie, mais jamais assez pour que cet homme pût se remettre à son travail ; puis, seraient survenus de nouveaux phénomènes pour lesquels il serait entré à l'Hôtel-Dieu.

Ces phénomènes sont bizarres ; ils se passent exclusivement du côté droit.

Avant d'en parler, notons que cet homme a toutes les premières apparences de la santé : l'œil est intelligent et vif, les chairs sont pleines, fermes et roses, l'appétit est satisfaisant sans avoir rien d'exagéré.

Pourtant la figure est grimaçante, la bouche se convulse quand il s'agit de tirer la langue ou de parler; les mots sont émis par syllabes articulées avec effort, au milieu d'un luxe inutile de mouvements saccadés des traits, de la langue, de la mâchoire, de la tête même et du cou.

Il n'y a pas ombre d'aphasie, car le malade se sert du terme propre; il a la mémoire et l'esprit présents.

Quand on le découvre, on voit le côté droit du corps tétanisé, pour ainsi dire, ou plutôt en catalepsie. Le bras, l'avant-bras et la main sont étendus, comme la jambe et la cuisse; le membre supérieur fixé le long du corps et le membre inférieur raidi suivant une ligne parallèle, restent immobiles. Quand on veut les soulever, on soulève avec eux le corps entier. La rigidité cataleptique ou tétanique est presque dépassée par celle-là.

Nous avons déjà dit, mais il faut y revenir, que cet homme paraît ne pas pouvoir tirer entièrement la langue. Il n'en montre guère que le bout, et on l'aperçoit agitée de mouvements incessants dans tous les sens. En même temps la mâchoire elle-même se meut d'une manière convulsive. On peut donc rattacher les troubles de la parole à des phénomènes de contracture, de paralysie, ou de spasmes, qui siégeraient dans les muscles servant aux articulations phoniques.

Voilà quelle est à première vue la physionomie du malade quand on l'observe dans son lit pendant la visite du médecin.

Et cependant il peut marcher, il peut s'habiller, il peut manger seul.

Quand on lui dit de sortir de son lit et de marcher, il se lève tout d'une pièce, et par un mouvement saccadé, il projette en avant la jambe droite étendue, en lui faisant parfois décrire un demi cercle : il soulève d'abord le talon, puis, dans un second temps, il relève la pointe du pied. Cette manœuvre a bien quelque chose de spasmodique ; les muscles du mollet se montrent contractés plus qu'ils ne devraient être; mais enfin il n'y a rien là qui rappelle la marche spéciale et les contractions fibrillaires des ataxiques.

Interrogé au point de vue des douleurs fulgurantes ou autres, le malade dit en avoir éprouvé, il y a longtemps déjà; actuellement il ne souffre plus, sauf peut-être quand on fait un trop grand effort pour fléchir ses membres contracturés.

Nous avons étudié la sensibilité à l'aide d'une longue aiguille. Tant qu'on piquait la moitié droite du corps, cet homme ne paraissait même pas s'en apercevoir ; tandis qu'il se plaignait vivement dès qu'on touchait à la moitié gauche. On aurait même pu croire qu'il y avait de ce côté hypéresthésie, tant les expressions de douleur étaient accentuées. Au pincement, on constatait les mêmes différences.

Nous avons fait une remarque alors que le malade n'était pas sur ses gardes : en explorant la sensibilité, nous avons saisi tout à coup la main, et nous avons mu sans difficulté les doigts et le poignet, puis légèrement fléchi l'avant-bras avant que le tout ne devînt raide.

Mais cette fois, en revanche, la contracture s'étant produite dans la demi-flexion, l'extension forcée ne pouvait plus être obtenue. Ainsi les membres conservaient l'attitude qu'ils avaient prise, quelle qu'elle fût, comme on l'a observé dans certaines catalepsies.

A quelle affection rattacher tout cet ensemble de symptômes?

Ce n'était point là les contractures qui se présentent à la suite des hémorrhagies cérébrales : ces contractures sont permanentes, elles n'ont point le caractère cataleptique, elles ne portent pas successivement, indifféremment, sur les extenseurs ou les fléchisseurs; d'ailleurs, elles s'accompagnent toujours d'un certain trouble dans la vitalité des parties; tandis que les muscles de notre homme paraissaient tout à fait normaux dans leur volume et dans leur force, à en juger par leur saillie. D'ailleurs, entre l'attaque unique qui aurait eu lieu il y a quatre ans, et l'impotence actuelle par contracture, pendant une certaine période, au dire du malade, les mouvements seraient redevenus parfaitement libres ou à peu près. Telle n'est pas la marche des phénomènes qui succèdent aux hémorrhagies, aux embolies ou aux ramollissements cérébraux. Ce qui s'y produit à la suite des paralysies, dans les muscles d'abord atteints, c'est plutôt une rétraction qu'une contraction active semblable à celle que nous avons sous les yeux, et cette rétraction se rattache sans intervalle à la paralysie antérieure.

Il n'y a pas même lieu de songer à la paralysie générale, dite des aliénés, au ramollissement superficiel des circonvolutions, à la méningite cérébrale chronique, car l'intelligence est intacte, l'œil vif et rusé, le sourire fin.

La nutrition se fait bien ; l'appétit est normal; le malade n'a jamais eu de vomissements ni de nausées ; il n'éprouve pas de vertiges; sa marche n'est pas titubante à proprement parler; il lit parfaitement avec des lunettes. Aussi, bien qu'il se plaigne d'anciennes douleurs vers la partie postérieure de la tête, bien qu'il dise que sa vue est moins bonne qu'autrefois, il n'y a pas lieu de supposer une tumeur ou quelque autre affection du cervelet.

S'il y a quelque lésion dans les centres nerveux, elle doit siéger dans le mésocéphale ou dans la moëlle.

Parmi les affections que l'on peut rattacher à des lésions bien déterminées du centre médullaire, il en est deux qui sont bien connues au point de vue symptômatologique : 1° l'ataxie locomotrice progressive, si bien décrite par M. Duchenne, de Boulogne, et qu'on rattache actuellement à une sclérose rubannée des cordons postérieurs ; 2° la sclérose en plaques disséminées dont M. Charcot a tracé l'histoire, et qui vient d'être le sujet d'un mémoire de ses élèves, MM. Bourneville et Guérard (1).

Nous avons déjà dit que la physionomie générale et la démarche de notre malade ne rappelaient nullement le type bien connu de l'ataxie locomotrice. Bien qu'il déclarât ne pouvoir se tenir debout quand on lui faisait fermer les yeux, bien qu'en marchant il projetât parfois de côté sa jambe droite, bien qu'en même temps il contractât, à diverses reprises et sans nécessité, les muscles de la région postérieure de la jambe, les différences fondamentales l'emportaient de beaucoup sur ces analogies superficielles. La contraction générale du mollet ne pouvait imiter les spasmes fibrillaires et les contractions localisées, irrégulières, des ataxiques ; la projection latérale du membre n'avait pas le même caractère d'inattendu ; la pointe du pied quittait le sol la dernière, comme il arrive chez les paralytiques proprement dits, mais non pas chez les ataxiques. Il n'y avait pas eu de diplopie ; les douleurs fulgurantes, les crampes, si elles avaient jamais existé, comme le prétendait le malade, n'avaient pas persisté longtemps. D'ailleurs, alors même que l'analogie des phénomènes serait plus grande, on comprendrait difficilement une ataxie locomotrice unilatérale.

Et enfin, pas plus dans l'ataxie que dans la paralysie simple, les membres ne sont immobilisés en contraction, lorsque le malade est sur son lit.

La sclérose en plaques disséminées peut produire la paralysie, le tremblement, la contracture, les accès de raideur. Cette énumération permettrait de songer à elle, si on n'entrait pas dans le détail ; mais la contracture, les accès de raideur qui succèdent parfois au tremblement n'ont pas dans la sclérose en plaques ce caractère particulier que l'on note chez le malade dont nous parlons. Ils ne se produisent pas exclusivement lorsque les membres sont pour ainsi dire *dans l'attente* de mouvements communiqués. Il y a bien dans le tremblement des sclérosiques une exagération d'autant plus grande qu'ils fixent davantage leur attention sur les mouvements qu'on veut leur faire exécuter. C'est même là, chez eux, quelque chose de tout à fait caractéristique. Mais ces troubles exagérés du système locomoteur se manifestent principalement pendant les mouvements volontaires, qu'ils rendent souvent impossibles. Or, comme nous l'avons déjà dit, cet homme peut se lever, s'habiller, marcher, manger, sans avoir besoin d'aide.

D'ailleurs, la sensibilité est peu affectée par la sclérose des cordons moteurs, antéro-latéraux, de la moelle ; tandis qu'elle serait presque complétement abolie chez cet homme, du côté droit.

Ainsi la maladie dont il se plaint ne rentre dans aucun des cadres connus.

Ce serait une entité nouvelle, dont les caractères seraient les suivants :

Perte presque absolue de la sensibilité à la pression, au pincement, à la piqûre, occupant toute la moitié droite du corps, y compris le tronc, la face et même la langue. Lorsqu'on pique cette dernière du côté droit, le malade ne paraît pas s'en apercevoir, tandis qu'il accuse une douleur vive lorsqu'on la pique du côté gauche.

Depuis quelque temps, absence complète de toute douleur spontanée.

Du côté de la nutrition, aucune différence notable entre les deux moitiés du corps. Les muscles font la même saillie à droite ou à gauche lorsqu'ils se contractent.

Les troubles de la locomotion ne sont pas complétement les mêmes dans les membres et dans les muscles, soit de la face, soit de la langue. Ils ont pourtant ceci de commun qu'ils apparaissent ou s'accentuent sous le regard du médecin.

Dans les membres, leur forme est celle des contractures cataleptiques. L'immobilisation se produit soit dans l'extension, soit dans la flexion, lorsqu'on examine le malade et qu'on veut lui communiquer un mouvement.

La face devient grimaçante, aussi bien à gauche qu'à droite, lorsqu'on pose quelque question, lorsqu'on veut faire ouvrir la bouche, tirer la langue, etc. La langue paraît agitée d'une sorte de tremblement, et ne dépasse jamais de beaucoup les arcades dentaires ou les lèvres.

Est-il possible de rattacher à une cause commune, à une même lésion anatomique, tous ces symptômes si insolites et si divers?

Peut-être ; et c'est pourquoi nous avons signalé ce malade aux observateurs.

On pourrait penser à une sclérose affectant un côté de la moëlle dans tout son ensemble, substance grise, cordon postérieur et cordon antéro-latéral du même côté. Il ne serait pas inadmissible qu'il s'agît d'une autre lésion non encore décrite, car il n'y a pas beaucoup d'années que l'on connaît la sclérose elle-même.

Pourtant une simulation nous paraît encore plus probable.

Il est difficile de comprendre qu'une contracture soit assez violente pour empêcher tout mouvement lorsque le malade est au lit, et qu'elle lui permette de s'asseoir en fléchissant également les deux genoux, de fléchir le coude pour s'y appuyer lorsqu'il se fatigue, et enfin de se lever, de se coucher, de s'habiller, de se déshabiller, de manger, de marcher sans aide.

Il est vrai qu'on ne voit pas bien quel intérêt le malade aurait à simuler une affection de cette nature, à moins qu'il ne cherche à entrer dans un hospice d'incurables.

Ce n'est pas la première fois que cet homme est à l'hôpital. Déjà, il y a deux ans, M. Hérard l'a vu à Lariboisière ; il parlait nettement alors. Peut-être a-t-il éprouvé d'abord une attaque d'apoplexie comme il le raconte ; puis, une fois à peu près guéri, il aura manqué de travail, ou ne se sera plus senti le désir de

(1) *De la sclérose en plaques disséminées*, par Bourneville et Guérard. — *Nouvelle étude sur quelques points de la sclérose en plaques disséminées*, par Bourneville, avec 14 figures intercalées dans le texte et une planche en chromo-lithographie. Paris, 1869.

s'y remettre, et préférant le repos de l'hospice, il aura songé à se créer une apparence de maladie.

Bien entendu, nous hasardons ces interprétations et ces hypothèses sous toutes réserves. Nous serions heureux que l'intérêt médico-légal de ce fait fût remplacé par un intérêt véritablement nosologique.

Il faut, pour de pareils malades, une observation minutieuse, longtemps prolongée, répétée souvent et à l'improviste. Le chef du service, M. Hérard, accueille tous les travailleurs avec une extrême amabilité.

Folie névropathique.

M. le docteur Moreau (de Tours) vient de publier, sur ce sujet, un excellent petit ouvrage (1), par lequel il s'est attaché à démontrer que, dans les névroses, il peut se produire des accès de trouble mental analogues aux autres accès de troubles nerveux proprement dits.

Cette opinion a de tout temps été la mienne. Dans mes leçons sur l'épilepsie, publiées il y a sept ans, dans la *Gazette des Hôpitaux*, j'ai décrit un quatrième stade de trouble mental, de folie momentanée, que j'avais observé chez des épileptiques après les trois stades normaux de la grande attaque.

Chez les hystériques, j'ai souvent aussi observé des accès de folie momentanée se surajoutant aux accès d'hystérie convulsive, alternant avec eux, les terminant ou les préparant. Il est rare, du reste, qu'il n'y ait pas certains phénomènes plus ou moins marqués d'ordre mental pendant l'attaque d'hystérie la plus classique; tout le monde le sait.

Mais ce qu'on ignore assez généralement, c'est que l'attaque peut avoir lieu sans convulsions et sans manifestation physique pour ainsi dire : en un mot qu'elle peut se réduire à des troubles purement moraux ou intellectuels.

Ce que l'on sait moins bien encore c'est que la folie due à cette cause, peut avoir une certaine durée, comme du reste les paralysies, les contractures, les névralgies dites hystériques.

L'étude de l'hystéricisme avec ou sans accident convulsif restait à faire au point de vue mental; M. Moreau, de Tours, s'en est chargé. Nous pouvons prédire à son livre un grand succès, car il traduit en excellents termes des observations bien comprises. On ne peut pas s'être occupé sérieusement des hystériques, sans avoir noté des faits semblables.

Peut-être pourtant M. Moreau a-t-il un peu trop généralisé l'application de sa théorie, parfaitement juste en elle-même. Il est souvent très-difficile de bien limiter les domaines de l'hystérie, et comme elle peut provoquer les sypmtômes les plus variés, imiter ceux des maladies les plus différentes, on risquerait de se tromper souvent si l'on se bornait à l'étude d'un seul symptôme.

Je voudrais donc faire mes réserves au sujet des observations dans lesquelles la folie se montre isolément de toute manifestation antérieure de névrosisme ou d'hystérisme.

Je ferais même aussi mes réserves sur quelques autres; car en reconnaissant que la folie névropathique offre un type bien déterminé, je ne suis pas entièrement convaincu que ce type lui appartienne d'une façon complétement exclusive. Il pourrait donc arriver qu'il y eût parfois simple coïncidence.

Une dernière observation avant de quitter cet excellent livre : M. Moreau, de Tours, me paraît englober trop de cas dans l'*entité névropathique*, alors même qu'il ne s'agit pas de trouble mental. Il rend formidable le nervosisme en en faisant naître indifféremment l'épilepsie fatale, et la mobilité nerveuse de la femme du monde ou de l'artiste. Je crois que c'est aller infiniment trop loin.

Autant vaudrait confondre la phthisie et la bronchite, sous le vocable de *pneumopathie*, par exemple.

Dr Victor Revillout.

SAINTE-ANNE (bureau central d'examen).—M. Magnan.

Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses; alcoolisme. — Alcool et absinthe. — Épilepsie absinthique.

(Leçons recueillies par M. Langlet, interne des hôpitaux de Paris.)

L'étude que nous venons de faire nous permettra, messieurs, de mieux apprécier chez l'homme les effets immédiats des boissons spiritueuses, et de dégager de l'alcoolisme aigu simple, certains accidents, tels que les crises épileptiques qui n'appartiennent jamais à l'alcool, qui dépendent presque exclusivement de l'absinthe.

Lorsque accidentellement un individu boit avec excès, il s'enivre; si les excès se répètent plusieurs fois, ils ne tardent pas à provoquer des phénomènes intellectuels et physiques nouveaux, et c'est avec raison que les auteurs distinguent l'ivresse de la folie alcoolique aiguë ou *délirium tremens*.

Je reviendrai plus tard sur les symptômes de l'ivresse chez l'homme, que nous rapprocherons des phénomènes observés chez les animaux, pour en montrer l'identité. Je n'insisterai pas non plus, en ce moment, sur l'état particulier désigné par Percy sous le nom d'*ivresse convulsive*, dans lequel les troubles de la motilité consistent en convulsions cloniques très-irrégulières sans caractère déterminé (1).

La folie alcoolique aiguë ou *delirium tremens*, survient à la suite d'excès répétés de boissons et ordinairement chez les individus habitués à boire, lorsqu'à l'aide de libations plus abondantes que de coutume, ils ont dépassé leur limite de saturation; c'est donc sur ce terrain déjà préparé que se développent souvent les accidents aigus; il faut d'autant plus se le rappeler, que vous trouverez dans ce fait l'explication de certains phénomènes qu'il serait difficile de rattacher à une intoxication. Il survient, en effet, quelquefois chez les alcooliques, un délire multiple et variable, mais avec lequel se montre en même temps, le délire spécial de l'alcoolisme. Ce délire multiple se trouve en rapport avec l'état cérébral de l'individu, antérieurement aux derniers excès de boisson. L'alcool peut bien agir pour le développement de ce délire multiple, comme cause excitante, mais nullement comme cause efficiente; en d'autres termes, l'alcool ne produit que le délire alcoolique; les autres formes de délire qui apparaissent quelquefois dans l'alcoolisme, dépendent, je le répète, non du poison lui-même, mais de l'état antérieur de l'individu.

Dans les cas encore où le malade se trouve primitivement aliéné, le poison ne perd pas ses droits; si la dose est suffisante, il fait naître toujours son délire propre; celui-ci vient se surajouter au trouble mental antérieur et en raison de son acuité, dans quelques cas, il le masque complétement, au point de ne rendre possible que la seule partie du diagnostic se rattachant aux accidents alcooliques. C'est ce qui arrive, messieurs, fréquemment pour la paralysie générale, surtout à la première période; à ce moment, les symptômes de la maladie sont peu accusés, les troubles physiques se confondent et disparaissent au milieu de la bruyante trémulation du *delirium tremens*; le délire paralytique à peine ébauché s'efface aussi devant la prodigieuse activité des hallucinations alcooliques. Quant les anamnestiques font défaut, on est forcé d'attendre l'apaisement de ces phénomènes tumultueux, pour voir se dessiner peu à peu les différents signes de la paralysie générale.

Vous aurez l'occasion de voir, parmi les malades que nous allons examiner ensemble, deux paralytiques qui ont fait des excès de boissons. Chez l'un d'eux, nous ne pourrions, en ce moment, découvrir autre chose qu'un accès de *delirium tremens*, si les antécédents parfaitement connus ne nous aidaient à compléter le diagnostic; celui-ci, du reste, deviendra directement possible dans quelques jours, quand les accidents alcooliques se seront amendés.

Essayons de déterminer les caractères propres à la folie alcoolique aiguë ou *delirium tremens*. Les symptômes se groupent naturellement en deux classes : les troubles intellectuels, les troubles physiques. Les phénomènes du côté de l'intelligence consistent surtout en troubles hallucinatoires, exceptionnellement de nature gaie, presque toujours, au contraire, ainsi qu'on l'a déjà remarqué depuis longtemps, de nature pénible, et comme le dit M. Marcel, pouvant déterminer des impressions morales, dont la plus légère serait l'étonnement, et la plus forte une terreur profonde (1).

Ces hallucinations, suivant leur degré d'intensité, suivant aussi la disposition du sujet, donnent lieu à des réactions différentes, capables de changer complétement la physionomie du malade. De là, les formes maniaque, mélancolique, stupide de la folie alcoolique, formes qui pourraient être multipliées, mais sans profit réel, si l'on voulait bien exprimer tous les aspects sous lesquels la maladie peut se présenter.

Mais, d'où vient qu'une même cause, un poison, détermine des accidents en apparence si différents? Ces hallucinations, comme nous l'avons dit, qui ont pour caractère commun de réveiller un sentiment pénible, présentent néanmoins des degrés dans leur mode d'expression.

A un premier degré, le malade croit entendre des injures, des provocations; il voit des voleurs, des gens armés, des animaux, ou bien il entend la voix de ses parents, de ses amis, qui l'appellent, qui l'avertissent d'un danger, qui invoquent son secours, etc. Aiguillonné par ces excitations, le malade répond, injurie, se querelle, court, s'élance, devient furieux, etc., tout autant d'actes qui provoquent chez lui une manifestation bruyante, un état maniaque.

Dans d'autres circonstances, il se voit en prison, devant un tribunal, il est accusé de différents crimes; il s'imagine quelquefois les avoir commis; il se croit trompé par sa femme, par ses amis; il assiste à l'enterrement de ses parents, etc. Sous le coup de ces tristes impressions, il est sombre, inquiet, défiant; il se plaint, il est effrayé, il cherche à fuir, quelquefois même il conçoit des idées d'homicide ou de suicide; il se présente, en un mot, sous l'aspect d'un mélancolique. Enfin, à un degré plus élevé, il se voit chargé de chaînes, au pied de l'échafaud, il a devant lui les cadavres ensanglantés de ses enfants; tout est en feu; il va être englouti, etc. Ces images l'ont atterré, épouvanté; il reste immobile, dans un état complet de stupeur.

Entre ces différents états, maniaque, mélancolique, stupide, vous comprenez, messieurs, quels intermédiaires nombreux nous pourrions intercaler; mais il nous suffira de l'indiquer, d'autant mieux qu'en suivant quelques-uns des malades qui se trouvent actuellement dans nos salles, il vous sera possible de voir chez un même sujet se dérouler successivement ces diverses formes; l'examen direct du malade, beaucoup mieux que toute description, laissera dans votre esprit une idée nette de ces transformations variées.

Permettez-moi, messieurs, de faire une analyse rapide de ces troubles sensoriels. Mais avant, il n'est pas sans intérêt de s'arrêter sur le développement de ces symptômes, qui ne se présentent pas dès le début avec des caractères aussi saillants. On observe une gradation successive et dans l'intensité des phénomènes et dans son mode d'évolution. L'on passe du simple trouble fonctionnel à l'illusion, de celle-ci à l'hallucination confuse, laquelle devient peu à peu hallucination distincte et précise, ce qui est le plus haut degré; puis, à mesure que l'amélioration se produit, les phénomènes disparaissent graduellement en suivant le même ordre, c'est-à-dire que l'hallucination précise mène à l'hallucination confuse, celle-ci à l'illusion, qui à son tour est suivie d'un simple trouble fonctionnel.

Telle est l'évolution habituelle des troubles hallucinatoires dans l'alcoolisme. Exceptionnellement toutefois, ils peuvent arriver d'emblée à leur apogée.

C'est ordinairement la nuit que se montrent tout d'abord ces accidents, et s'il est difficile de préciser leur mode d'évolution à cause du souvenir un peu confus qu'en gardent les malades, je puis, du moins, vous indiquer avec certitude leur mode de disparition. Les hallucinations d'abord persistantes le jour et la nuit, commencent à disparaître le jour, pour continuer à se produire la nuit avec la même intensité; puis, devenant moins nettes, elles se montrent au moment du passage de la veille au sommeil; on ne trouve ensuite que des cauchemars, qui persistent quelques instants quand l'individu se réveille, puis enfin de simples rêves, et plus tard, le malade apprécie avec une certaine exactitude tous ces troubles sensoriels qui finissent par disparaître complétement. Ainsi, d'abord hallucinations jour et nuit, puis seulement la nuit; plus tard, hallucinations confuses et illusions au moment du passage de la veille au sommeil, puis pendant le sommeil avec réveil inquiet, puis enfin cauchemars, rêves et retour à la santé.

Il vous sera facile, messieurs, de suivre cette marche décroissante chez la plupart des malades, pour peu que vous fixiez votre attention sur ce point; à mesure qu'ils guérissent, ils remarquent eux-mêmes, avec plaisir, les changements favorables qui s'opèrent, et quelques-uns savent le rappeler d'une manière très-saisissante.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 30 juin 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : La *Gazette médicale de Strasbourg*.

Les nos 3, 4 et 5 du tome III, 1869 du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

— Le *Compte-rendu des travaux de la Société impériale de médecine de Bordeaux*, pour 1868 par le dr Ch. Dubreuilh secrétaire général.

— *Relation humoristique d'une excursion médicale à Schinznach, valeur des eaux sulfurées contre la phthisie pulmonaire. — Examen critique du manuel du létroceps* de M. Hamon; deux brochures par M. Putégnat (de Lunéville).

— *Etude sur les hôpitaux sous tentes*, thèse inaugurale par le Dr Schatz, Paris, juin 1869.

— M. le dr Bazille, médecin militaire, adresse une observation intitulée : *Hernie complète de la rate par cause traumatique, ligature du pédicule, guérison.* Renvoyé à une commission : MM. Perrin, Guérin, Lefort.

— M. Louis Thomas (de Tours), membre correspondant adresse l'observation suivante :

Occlusion du gros intestin. Mort subite. — Mme X. âgée de 39 ans, grande, forte, d'une très-bonne santé habituelle, avait, à diverses reprises, depuis plusieurs années, éprouvé des accidents d'occlusion intestinale qui disparaissaient après 24, 36, 48 heures au plus. Dans l'intervalle de ces crises, les fonctions de l'intestin s'accomplissaient régulièrement.

Le 13 mars dernier, Mme X. est prise de coliques très-vives avec ballonnement du ventre, suppression des selles et de l'expulsion des gaz. Le médecin habituel de la malade lui prescrit de l'huile de ricin.

Le 14, les accidents continuèrent; on essaie en vain d'administrer des lavements simples ou purgatifs, le liquide reflue immédiatement sur les côtés de la canule.

Le 15, les symptômes se sont aggravés et ont aquis une intensité qu'ils n'avaient jamais eue dans les crises antérieures. Prescription : Huile de croton, 2 gouttes.

Le 16, même état que la veille. Mandé en consultation, j'essaie de franchir l'obstacle avec la sonde œsophagienne et je ne puis y parvenir. Le ventre n'est nullement douloureux à la pression. Il n'y a pas eu de vomissements. Prescription : Calomel et Jalap àà 0 gr. 40, application de glace sur le ventre.

Le 17, Mme X. a éprouvé un peu de soulagement immédiatement après l'application de la glace, mais il ne s'est produit aucune amélioration : électrisation du gros intestin, pendant dix minutes, sans aucun résultat. Sur notre demande on nous adjoignit alors notre vénéré confrère le Dr Miquel qui fut d'avis de recourir à l'emploi du lavement forcé. Nous administrâmes alors nous-même, avec une seringue contenant plusieurs litres, successivement deux lavements qui furent poussés avec une force telle qu'un tube de caoutchouc, unissant la seringue et la canule et dont la paroi avait presque 5 millimètres d'épaisseur, creva pendant l'opération. Le liquide refluait toujours sur le côté de la canule.

Il n'y avait pas encore opportunité d'une intervention chirurgicale, l'intestin grêle n'était pas distendu, il n'existait ni fièvre ni vomissements. Nous pouvions donc attendre au lendemain en nous bornant à calmer, autant que possible, les douleurs très-vives qu'éprou-

---

(1) *Traité pratique de la folie névro-pathique (vulgo hystérique)*, par le docteur J. Moreau, de Tours, Paris, 1869.

(1) Ivresse convulsive. *Dictionnaire des sciences médicales*, 1818, p. 249.

(1) *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques.* Marcel. Thèse de 1847, p. 12.

vait la malade. Dans ce but, je fis une injection hypodermique d'un demi-centigramme d'acétate de morphine. A 8 heures du soir M. Slawecki et moi fûmes frappés de l'altération des traits de Mme X. Elle nous assura cependant qu'elle se trouvait beaucoup mieux, le ventre était toujours aussi tendu, l'intestin n'avait pas recouvré la perméabilité, mais les douleurs avaient disparu et le malade avait pu reposer quelques heures. Nous pratiquâmes une nouvelle injection d'un demi-centigramme d'acétate de morphine.

Vers deux heures du matin, Mme X., qui avait assez bien dormi depuis notre départ, fut réveillée par l'arrivée de sa mère et de sa sœur. Elle ne souffrait pas, aussi causa-t-elle longuement, de telle sorte que, malgré l'altération de ses traits, les assistants ne pouvaient soupçonner la gravité de sa situation.

Après un assez long entretien, Mme X. prit un lavement de bouillon, le rendit immédiatement et se disposa à dormir. Quelques minutes après, sa mère, s'approchant de son lit, fut surprise de ne plus entendre sa respiration et l'examinant plus attentivement s'aperçut qu'elle avait cessé de vivre.

L'autopsie ne put malheureusement pas être faite.

Discussion sur le traitement de la syphilis.

M. DESPRÈS. Messieurs, M. Le Fort, dans la dernière séance, a dit que nos bulletins étaient lu partout, que nos discussions avaient du retentissement, et qu'il voulait faire une réserve. Je ne sais quel sens M. Le Fort attache à cette réserve, mais je n'y vois et l'on ne peut y voir qu'une opinion tardivement introduite dans la discussion. Cette opinion je vais la combattre.

Si M. Le Fort s'était rappelé mes discours des années précédentes, il aurait eu à l'esprit que je n'ai jamais considérées comme guéries toutes les malades qui ne rentrent pas dans mon service. Je sais qu'il va plusieurs de mes malades dans d'autres services, j'en ai cité le nombre dans mes précédentes statistiques. Je ne suis point étonné qu'il y ait de ces malades puisqu'il sort de mon service des filles non guéries, ou à peine améliorées, et qui sortent sur leur demande.

M. Le Fort veut que je suive toutes mes malades, que je les compte toutes; mais quelle statisque a jamais été faite de la sorte. Pour juger la mortalité dans les amputations et les résections, est-ce que l'on a tous les faits? est-ce que des malades qui succombent longtemps après l'opération hors des hôpitaux n'échappent pas? est-ce que quand il s'agissait de faire ressortir d'une statistique les indications du trépan M. Le Fort lui-même n'a pas pris des observations laconiques à côté d'observations détaillées, ce qui entachait d'erreurs le résultat!

La statisque que j'ai faite est-elle passible de reproches qui en annulent la signification. Vous vous rappelez, messieurs, ce que j'ai dit dans mes précédentes communications. Je prends toutes les malades de mon service, je note celles qui présentent des récidives, je note ce que chaque accident met de temps à guérir, je note la nature des récidives. Ce que j'observe dans mon service je le compare à ce qui se passe dans les autres services. Cela ne nous donne-t-il pas de bons éléments de comparaison. Je sais qu'il y a des récidives observées ailleurs que dans mon service, qu'il y en a en ville. Mais ceci existe aussi bien pour les malades traités par le mercure dans les services où l'on en donne. Il s'agit ici de calculs de probabilités comme dans toutes statistiques. Or l'on sait qu'il n'est pas nécessaire d'avoir tous les cas connus pour établir une probabilité dans un ordre de faits observés; des séries de faits étudiées dans les mêmes conditions suffisent. Mais, messieurs, je vais plus loin et je montre que les faits se présentent pour nous dans les proportions analogues. Il y a un chiffre total de récidives chez nos malades du Midi et de Lourcine. Les 3 cinquièmes environ rentrent dans le même service, 1 cinquième rentre dans les services voisins et 1 cinquième va se faire traiter dans les autres hôpitaux et en ville. Comme les conditions sont les mêmes pour tous on voit que les comparaisons sont possibles et quelles donnent un résultat. C'est ce que j'ai déjà fait l'an dernier en comparant les récidives du service voisin du mien avec les récidives de mon service. C'est ce que je fais cette année en comparant les résultats de M. Liégeois avec les miens. Certes il serait meilleur que nous vissions toutes les récidives, mais faute de mieux nous pouvons raisonner sur la comparaison des récidives que nous observons dans nos services et qui sont une fraction proportionnelle de la somme des récidives.

Pourquoi M. Le Fort demande-t-il cette rigueur absolue et impossible à réaliser? pour défendre une thérapeutique fondée sur l'empirisme le plus vulgaire, pour laquelle il n'a été fait aucune statisque affirmative et dont on justifie l'efficacité par ces phrases: *Depuis trois siècles on donne du mercure*; ou *nous avons vu le mercure réussir*. En vérité ce ne sont point des preuves et quand l'on veut prouver quelque chose il faut d'autres raisons.

En médecine comment prouve-t-on l'efficacité d'un médicament? Par une expérience renouvelable journellement et à volonté, c'est ainsi que l'on constate l'action de l'opium, l'action mydriatique de la belladonne. Ce n'est pas comme cela qu'on peut prouver l'efficacité du mercure. On prouve encore par des séries d'observation, ou par des statisques. Si je vous avais apporté ici des observations favorables au traitement que j'emploie vous auriez eu le droit de me dire que je donnais des observations de choix. Reste la statistique, et c'est elle que j'emploie [illegible] des éléments que je puis recueillir, et qui sont suffisants pour la comparaison avec d'autres éléments du même ordre.

M. Le Fort a dit qu'il avait, dans son service à l'hôpital Cochin, une malade déclarée guérie par moi et présentant à son entrée dans la salle de notre collègue une récidive de plaques muqueuses. Cela ne m'étonne pas et je suis prêt à ajouter cette malade au chiffre de mes récidives. Mais ce que M. Le Fort aurait pu remarquer c'est que la malade était parfaitement guérie d'une iritis syphilitique grave traitée sans mercure dans mon service, et que cette femme avait conservé l'intégrité de sa vision.

M. Le Fort a rafraîchi un argument que M. Panas a produit il y a 2 ans, il a dit que les mesures disciplinaires que j'employais empêchaient les malades de revenir dans mon service. J'ai répondu en montrant à M. Panas que j'avais reçu pendant un même temps plus de malades venant de son service qu'il n'en avait reçu venant de mon service. M. Le Fort aurait pu se souvenir de cette réponse; et n'aurait point renouvelé une interprétation qui n'avait rien de scientifique.

Je ne répondrai pas à une partie de l'argumentation de M. Liégeois: Ce qu'il y avait de personnel dans son discours était le fruit de l'entraînement de l'improvisation. M. Liégeois m'en a donné l'assurance après la séance. Je ne parlerai donc point du jugement porté sur ma statistique, ni de l'interprétation de M. Liégeois à l'égard des malades de son service qui rentraient dans le mien, ni des erreurs de chiffres dont M. Liégeois est redevable à celui de ses élèves qu'il a chargé de prendre des renseignements sur mes malades, ceci n'est point un reproche: les élèves dévoués à leur maître ne méritent que des éloges, mais, on est obligé de le reconnaître, leur expérience n'est pas toujours à la hauteur de leur dévouement.

Je m'arrêterai à quelques arguments de M. Liégeois. Notre collègue a rappelé ma statistique de 1868 et l'a comparée à la sienne de cette année. Cette comparaison avait été déjà faite, je la complète aujourd'hui avec les documents fournis par M. Liégeois, cette comparaison juge le protoiodure.

J'ai reçu, en 1867-68, 359 malades; j'ai revu 36 de mes malades dans mon service; sur ce nombre 18 avaient été traités plus de deux mois dans mes salles. MM. Liégeois et Panas avaient reçu, dans le même temps, 334 malades, déduction faite des enfants syphilitiques qui ne pouvaient rentrer dans mes salles. J'ai reçu 33 malades venant du service de ces collègues; 18 de ces malades avaient subi un traitement mercuriel de plus de deux mois. Vous voyez, rien que dans mon service, j'ai reçu en proportion plus de malades traités dans le service voisin du mien que de mes malades. Pour la somme totale des récidives, observées dans les deux services, j'arrive, en ajoutant les chiffres donnés par M. Liégeois lui-même, 14 de ses malades et 12 des miens (dont une au moins n'avait pas la syphilis dans mes salles), au chiffre de 47 récidives pour les deux services. Or, comme j'ai plus de malades, l'égalité des récidives constitue un désavantage pour le service voisin du mien, où l'on donnait du mercure.

Pour ce qui est de la comparaison de mes statistiques avec celles de M. Liégeois, elles supportent toutes d'être comparées avec celles qui renferment les cas de traitement par les injections de sublimé. En effet, en 1867 9 p. 100 de récidives, dans mon service bien entendu; en 1868, 9 p. 100; en 1869, 9 p. 100. Qu'a eu M. Liégois? 14 p. 100 de récidives pour sa première année.

M. Liégeois nous a montré un malade qu'il traite par les injections. Voilà déjà huit mois que ce malade est soumis aux préparations mercurielles qui ont fait rien ou peu de chose. Ce que ce malade a gagné était attribuable à l'évolution naturelle de l'éruption, le malade est amélioré, nous dit M. Liégeois, mais je l'ai trouvé seulement plus propre. Je l'ai déjà dit d'ailleurs, s'il prend beaucoup de mercure il palira et ses éruptions paliront, mais pour que le mal disparaisse il faudra peut-être encore huit semaines sauf une récidive. Ce malade est dans la même condition que cet autre dont notre collègue nous a parlé, et dont l'iritis durait et a cédé à des injections faites après plusieurs semaines d'un autre traitement mercuriel.

M. Liégeois me dit de montrer ici des malades, mais est-ce possible? les femmes se prêtent difficilement à ces exhibitions. Nous avons à Lourcine des femmes bien dépravées mais il leur reste un peu de pudeur et elles ne veulent pas être montrées. En revanche on peut les venir voir dans mon service.

Un mot encore sur l'embonpoint que le mercure donne aux malades. Messieurs, la théorie succombe devant ce fait, que les ouvriers qui travaillent le mercure ou avec le mercure, tels que les miroitiers et les chapeliers, ne gagnent pas d'embonpoint. M. Liégeois a expliqué la contradiction des chiffres que j'avais montrée en disant que les individus réagissent différemment pendant l'usage des toniques et des injections mercurielles. Je comprendrais cela s'il s'agissait de 8 ou de 10 malades, mais quand nous avons 9 malades d'une part, 74 d'une autre et 19 d'une autre, je n'admets pas que 74 malades, soumis aux injections, aient tous un tempérament également différent de 19 malades soumis aux injections et aux toniques. Vous vous rappelez les chiffres et vous avez pu voir que, défalcation faite de ce qui résulte de la médication tonique ou des injections souscutanées, le reste du chiffre représentant l'embonpoint acquis par les malades soumis aux toniques et aux injections, ne correspond nullement au chiffre indiquant l'embonpoint acquis par les malades soumis aux toniques ou aux injections. Cette contradiction suppose des erreurs dans les expériences, ou elle est la négation de la théorie.

Les injections de sublimé sont à faible dose; il y a peu d'absorption et, quand il y en a, il y a une salivation brusque cessant de même; ce qui a été absorbé s'élimine vite, cela existe quand un vaisseau un peu gros a été ouvert. Dans le cas contraire le sublimé s'unit à l'albumine dans le tissu cellulaire et l'absorption n'existe pas immédiatement, ou s'exerce dans une très-minime proportion et s'élimine très-vite sans passer par le foie comme quand le médicament est donné par le tube digestif. La solution employée par M. Liégeois présente d'ailleurs une particularité. Si on la traite par la solution d'iodure de potassium et si on compare le résultat avec celui de la même réaction chimique faite pour la liqueur de Van Swieten, on voit que la solution de sublimé de M. Liégeois précipite en jaune tandis que la liqueur de van Swieten donne le précipité rouge caractéristique des solutions de sublimé. Sans doute le chlorhydrate de morphine qui est dans la solution employée par M. Liégeois agit sur le sublimé et le transforme. Il y a là quelque chose que je signale à l'attention de M. Liégeois. Mais j'admets qu'il y ait du sublimé d'absorbé; il y en a assez peu d'administré (14 centigrammes pour 66 injections, M. Liégeois vous l'a dit) pour que je sois autorisé à dire que si M. Liégeois voit ses malades en bon état c'était parce qu'il ne leur donne presque pas de mercure.

Mon collègue repousse le rapprochement que j'ai établi entre la syphilis et les infections purulentes et les infections par un virus tel que la variole. Il croit que la syphilis est constituée par des humeurs virulentes, mais où sont-elles ces humeurs virulentes? cheminent-elles dans l'économie par des canaux spéciaux ou sont-elles dans le sang? si elles sont dans le sang elles y sont comme le virus varioleux, comme les globules sanguins malades de l'infection purulente. On voit donc que les humeurs virulentes ne sont qu'une contradiction de mots opposés à la théorie de l'infection purulente syphilitique.

Cette infection, messieurs, je le répète, commence comme les autres infections; un poison est introduit dans les vaisseaux. Peut-être, et c'est une hypothèse, le mal marche plus vite quand l'absorption a lieu par les veines, et dans ce cas il y a des syphilides généralisées, prématurées; plus lentement quand l'absorption a eu lieu par les lymphatiques. Une fois introduit dans le sang il y a des globules sanguins qui s'altèrent, cheminent partout vont s'arrêter sous forme d'infarctus dans les capillaires de la peau où ils forment les roséoles et les syphilides sous forme de squammes ou de croutes, tout ce qui est incapable d'être repris par l'économie se trouve éliminé. Qu'on ne me dise pas qu'une telle élimination est une hypothèse. La variole est une infection ou tout ce qu'il y a de sang malade est élimité en une seule éruption. En effet quand les pustules ont paru, ont suppuré et se sont desséchées, quand les croutes sont tombées, l'individu n'a plus la variole. Je vous ai déjà signalé le rapprochement dans mes précédentes statistiques, j'y insiste de nouveau aujourd'hui.

Que l'élimination ne soit pas régulière, qu'il y ait parfois des lésions du poumon du foie, des infarctus, je le sais et ces lésions existent dans la syphilis au même titre que dans l'infection purulente. Mais elles guérissent seules dans un bon nombre de cas et cela prouve que l'infection syphitique est la moins immédiatement grave de toutes les infections. Cela empêche-t-il qu'il y ait un rapprochement entre la syphilis et les autres infections? Non, messieurs, et je place encore ici un des motifs de ne pas croire à la spécificité du mercure. Il n'y a pas de spécifique contre la variole. Il n'y a pas de spécifique contre l'infection purulente: pourquoi y aurait-il un spécifique contre l'infection syphilitique.

Je ne répèterai pas ce que j'ai dit il y a deux ans des poisons et des contre-poisons, et de l'élimination spontanée des poisons introduits dans le sang, je ne veux pas abuser des moments de la société; mais, à cet égard encore, je n'ai point changé d'opinion. Le poison syphilitique peut être éliminé comme les autres poisons. Je m'arrête, messieurs. Pardonnez mon obstination et n'y voyez que la mesure de mes convictions.

M. LÉON LEFORT. M. Desprès ne paraît pas avoir compris la nature et la portée des reproches que j'adresse à sa statistique et aux prétendues preuves qu'elle apporte à l'appui de l'efficacité du traitement tonique et réparateur, c'est-à-dire à l'abstention.

J'ai montré que la statistique de notre collègue manque de base, puisqu'il n'a pas suivi ses malades hors de l'hôpital; qu'il ne connaît pas le chiffre des récidives, mais seulement le chiffre des malades que le hasard a ramenées dans son service. M. Desprès croit qu'il a fait une comparaison sérieuse parce qu'il a comparé le chiffre des malades revenues dans ses salles, au chiffre des malades rentrées dans les salles de ses collègues. Si en latin deux négations valent une affirmation, en science deux erreurs n'ont jamais fait une vérité. C'est parce que nous ne pouvons savoir ce que deviennent nos malades que je n'ai pas voulu me servir des six mille observations que j'ai prises à l'hôpital du Midi, observations parmi lesquelles s'en trouvent un grand nombre qui ont trait à des syphilis, pour établir la fréquence plus ou moins grande de la récidive chez mes malades. J'ai dit que je ne voulais pas rentrer dans une discussion qui a été épuisée il y a deux ans; je me borne à rappeler qu'autorisé moralement par le rapport de M. Dolbeau j'ai voulu voir, à cette époque, ce que produirait l'abstention sur la marche des accidents. Chez tous, les accidents ont continué avec une durée bien plus grande; chez quelques uns j'ai dû revenir de suite au traitement mercuriel, car il y avait péril à s'abstenir plus longtemps, et j'ai dû le faire bientôt pour tous, car voyant les effets fâcheux de l'absence du traitement spécifique, j'aurais été, en raison de mes convictions, coupable de continuer une expérience nuisible aux malades dont la santé m'était confiée.

Quant à l'exemple que j'ai cité, je m'en suis servi, non pour inculper notre collègue, mais pour montrer le peu de valeur de sa statistique. Chacun de nous a ses défauts, mais il est une qualité que je me plais à reconnaître chez M. Desprès, c'est la loyauté. En montrant une récidive chez une malade *comptée par lui comme guérie parce qu'elle n'était pas retournée à Lourcine*, j'ai voulu montrer tout ce qu'avait de peu sérieux la base d'évaluation acceptée par notre collègue.

M. TRÉLAT. Je n'ai pas l'intention d'aborder le fond de la discussion pendante actuellement et j'avais pensé que les paroles prononcées par notre collègue M. Le Fort, à propos de la statistique, dans la dernière séance, seraient suffisantes pour démontrer l'erreur de méthode qu'a commise M. Desprès. Cependant il vient encore de revenir sur la valeur probative de ses statistiques; il y insiste et cet argument pourrait impressionner quelques-uns de nos collègues et la nombreuse assistance qui nous écoute. Il n'a, suivant moi, comme suivant M. Le Fort absolument aucune valeur.

En effet, M. Desprès traite ses malades suivant sa méthode; tôt ou tard elles quittent son service; puis, comme il est dans la nature de la vérole d'avoir des manifestations récidivistes, quelques malades, en nombre variable, reviennent lui demander des soins. Il connaît donc: 1° le nombre de malades traités; 2° sur ce nombre, le chiffre de malades revenant à l'hôpital dans son service et avec ces deux nombres il dresse la proportion suivante: Les malades rentrantes sont au total de nos récidives comme x est à 100 ou 1,000. Or comme dans cette proportion, deux termes, les deux termes moyens sont absolument inconnus, il en résulte qu'il n'y a ni proportion, ni équation, il y a seulement illusion.

C'est sur cette vérité d'arithmétique élémentaire que j'ai voulu appeler l'attention de notre auditoire pour lui faire bien saisir la complète inanité des conclusions de notre collègue.

Que M. Desprès cherche tout ce qu'il voudra à l'aide de ses chiffres, si son traitement agit plus ou moins vite que d'autres sur tel accident ou sur l'ensemble des accidents; qu'il étudie numériquement tous les faits qui se passent sous ses yeux et qu'il en tire toutes les conclusions que comporte une méthode rigoureuse, rien de mieux et de plus juste; mais qu'il évite de se faire illusion à lui-même, de faire illusion à ceux qui l'entendent, en enjambant ainsi d'inconnue en inconnue pour arriver à l'erreur.

Encore une fois, je n'aurais pas pris la parole après M. Le Fort s'il ne s'était agi d'un vice de méthode scientifique pouvant compromettre la méthode elle-même si la vérité n'était rétablie.

M. LIÉGEOIS. Messieurs, je partage complétement l'avis de mes

deux collègues, MM. Trélat et Lefort. Je pense comme eux que nos statistiques en syphilis, celles du moins qui sont faites dans le but de déterminer le nombre des récidives chez les sujets soumis à tel ou tel traitement, ne peuvent jamais représenter la vérité tout entière, car il nous est toujours impossible de connaître le nombre exact de malades ayant récidivés; mais quand il s'agit d'apprécier un procédé thérapeutique nouveau, si imparfaites que soient les statistiques du genre de celles dont je parle, on ne peut s'en passer malgré leur imperfection. En réalité, la valeur d'un procédé appliqué au traitement de la syphilis ne se déduit pas seulement de la plus ou moins grande facilité avec laquelle ce procédé fait disparaître les accidents secondaires, mais encore de son influence plus ou moins efficace contre le retour de ces accidents. Il est bien évident que si j'avais complétement laissé de côté l'élément récidive, votre jugement sur la méthode eût été bien plus difficile à porter qu'en vous donnant sur cet aliment des chiffres, tels que j'ai pu les recueillir en y mettant tout le soin désirable.

Je ne connais, en Europe, qu'un seul hôpital de vénériens qui permette de faire des statistiques portant avec elles un cachet de certitude presque absolu. C'est l'hôpital de la Charité de Berlin. Le service des femmes est composé presque exclusivement de femmes publiques forcées, par ordre de la police, d'y séjourner dès qu'elles sont reconnues malades. Ces femmes ne peuvent sortir que quand elles sont guéries, si bien qu'on n'a pas compté avec les améliorées. Et, comme elles sont obligées de venir à époque fixe se faire visiter par le chirurgien de l'hôpital, celui-ci peut savoir, en général, pendant un très long temps, du moins, si oui ou non elles ont eu des rechûtes. C'est la raison pour laquelle je regarde la statistique de G. Lewen comme supérieure à toutes celles qui ont pu être faites jusqu'ici. Mais pour ce qui concerne les hommes syphilitiques, G. Lewen se trouve en face des mêmes difficultés que nous à Paris, qui n'avons aucune prise pour retenir nos malades à l'hôpital jusqu'à leur entière guérison, et qui ne sommes jamais sûrs de les retrouver une fois qu'ils nous ont quittés. On comprend qu'avec les avantages que lui fournit son service de femmes, au point de vue des statistiques à dresser, Lewen n'en fasse pas sur les hommes. Quant à nous, à défaut de pareils avantages, nous devons faire comme nous pouvons et non comme nous voudrions.

J'arrive aux objections de M. Desprès. Je m'étonne, d'après ce que j'ai rappelé dans la dernière séance, que M. Desprès revienne toujours à comparer ses résultats avec les miens. Pour la troisième fois, je rappelle donc, car je tiens à ce que ce fait soit bien établi, que l'année 1868 a été consacrée à expérimenter les injections de sublimé, en mettant à l'écart toutes les influences qui pourraient favoriser la méthode; ni cautérisations, ni bains, ni lotions de quelque genre que ce soit, n'ont été faites. Mon but a été surtout de connaître la part réelle d'action des injections, plus tard je publierai les résultats statistiques, qui me donnent actuellement la combinaison des injections avec le traitement local. Si M. Desprès avait traité des syphilitiques par des toniques exclusivement, comme j'ai traité la plupart des miens, exclusivement par des injections de sublimé, nous serions alors dans les mêmes conditions l'un et l'autre, et nous pourrions discuter sur la valeur respective de nos deux traitements.

Mais, vous le savez, Messieurs, on ne guérit pas par les toniques seuls, il leur faut l'adjuvant de moyens locaux, par conséquent les toniques ont, pour la guérison des malades de M. Desprès, une part infiniment moins grande que le traitement local. A la proposition que j'ai faite à M. Desprès, dans la dernière séance, de présenter ici, comme moi, des malades soumis par chacun de nous à notre traitement particulier, M. Desprès répond aujourd'hui que les femmes de Lourcine manquent de vêtements convenables, ou bien que la honte ou la pudeur s'opposent à de semblables exhibitions. Mais je propose alors à M. Desprès de mettre en expérience de ses malades et des miens, dans des maisons particulières placées au voisinage de nos hôpitaux; ces malades pourront être visités facilement par nos collègues, et nous pourvoierons nous-mêmes aux frais de leur logement et de leur nourriture, seulement, il sera bien entendu que M. Desprès usera seulement des toniques et de tout le confortable qu'il voudra, moi seulement des injections, je laisserai même de côté le confortable.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés du ministre de l'instruction publique, en date des 11 et 14 août 1869, ont été nommés, pour services rendus à l'instruction primaire.

Officiers d'académie. — M. Labrély, docteur en médecine, membre du conseil municipal de Ponsin (Ain), directeur de cours d'adultes.

M. Robert, médecin de l'école normale primaire de Châteauroux (Indre).

M. Vollant, docteur en médecine, délégué cantonal du 13e arrondissement de Paris.

— Un cours d'accouchements et manœuvres obstétricales recommencera à la clinique, n° 6, rue des Quatre-Vents, le lundi 2 septembre 1869, à quatre heures. Il aura lieu tous les jours, les jeudis exceptés, et sera terminé à la mi-octobre.

M. le docteur Verrier fera exercer les élèves au toucher et aux manœuvres.

On s'inscrit chez le docteur Stopin, n° 49, rue de Sèvres.

— A céder, après 3, 6 ou 12 mois de collaboration, une excellente position médicale à Paris. S'adresser au bureau du journal.

— Un docteur, diplômé depuis dix ans, désirant voyager ou remplacer temporairement un confrère, ou bien occuper un emploi médical dans Paris et ses environs, offre ses services.

AVIS

Ceux de nos abonnés qui ont remis leurs collections pour la reliure à notre bureau, avant le 1er juillet, sont priés de les faire retirer.

Le prix de la reliure est de 3 francs, ainsi que nous l'avons déjà annoncé.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

De l'ovarite.

(Leçons recueillies par M. RAYMOND, interne du service) (1).

2e LEÇON.

La marche de l'ovarite est tantôt aiguë, tantôt chronique; mais la chronicité est la règle. Il peut bien arriver parfois, principalement chez les jeunes filles, que l'inflammation de l'ovaire ne dépasse pas la période congestive, et alors, surtout si elle est convenablement traitée, elle peut disparaître après des manifestations qui ne se seront pas étendues au delà de deux ou trois, ou plus rarement d'une seule période menstruelle. Mais soyez bien prévenus que ces cas heureux sont loin d'être les plus communs. Généralement, la maladie a une durée longue, excessivement longue même, et sa marche affecte une chronicité désespérante. Pendant tout son cours, on retrouve des exacerbations coïncidant avec les époques menstruelles, et des rémissions partielles correspondant à l'intervalle des règles. Toutefois il arrive, au bout d'un certain temps, que les rémissions deviennent de plus en plus courtes, les périodes douloureuses de plus en plus longues, et que la maladie affecte une permanence et une continuité qu'elle n'avait pas au début. A aucune époque de la maladie, sauf dans les cas de complications péritonéales, il n'y a de frissons violents ni de réaction fébrile très-intenses; mais pendant tout son cours, on voit se reproduire fréquemment de petits accès de fièvre, irréguliers, avec frisson erratiques, revenant surtout le soir ou pendant la nuit. Les frissons sont plus intenses, et la fièvre est plus continue et elle s'accompagne de sueurs profuses lorsque, la maladie ayant déjà eu une certaine durée, la suppuration commence à s'établir.

La terminaison de l'ovarite a lieu de trois façons : par résolution, par induration ou atrophie, par suppuration. Je ne connais pas de cas, en dehors de l'état puerpéral, ou elle se soit terminée par gangrène.

La résolution est la terminaison la plus favorable, c'est la guérison véritable. Elle s'observe à la suite de ces cas d'ovarite franchement aiguë dont la durée n'excède pas trois mois, et dans lesquels la maladie n'a pas encore dépassé la période congestive. Elle peut encore être obtenue, mais plus rarement, lorsque l'inflammation a déjà franchi ce premier degré et est arrivée au ramollissement rouge.

L'induration, que je confonds à dessein avec l'atrophie, n'est pas la guérison; mais elle a souvent, pour conséquence, la cessation des phénomènes douloureux et le retour de la santé générale; d'où il résulte que, tout en tenant compte des troubles physiologiques importants qu'elle laisse à sa suite, on doit la considérer comme une terminaison relativement favorable, surtout lorsqu'on la compare à la suppuration. Elle ne peut succéder qu'au ramollissement rouge, et la façon dont elle se produit s'explique très-bien par ce que nous savons du rôle de l'inflammation dans les autres tissus. Là, comme partout, on voit le sang cesser d'affluer dans l'organe enflammé, sans cependant que la tuméfaction de cet organe diminue. Les fluides qui l'imprègnent s'organisent peu à peu, et le dernier terme de cette organisation est une production surabondante de tissu conjonctif qui, non-seulement maintient à l'organe enflammé le volume acquis pendant la période congestive, mais qui souvent lui fait atteindre des dimensions supérieures. Cette production anormale de tissu conjonctif ne se fait pas sans nuire aux éléments constitutifs des tissus au sein desquels elle se produit; elle les amoindrit, les étouffe, les fait disparaître. Aussi, dans les ovaires qui ont doublé, triplé ou quadruplé de volume, qui sont environnés d'une coque fibreuse épaisse de plusieurs millimètres, vous ne trouvez plus de vésicules ovariennes; les ovules ont à peu près complétement disparu. Cette altération, je vous la montrerai souvent sur la table d'anatomie; et, à côté de ces gros ovaires en quelque sorte fibro-cartilagineux, je vous en ferai voir d'autres tout petits, revenus sur eux-mêmes, tellement atrophiés, ratatinés, qu'ils sont en quelque sorte réduits à une espèce de moignon. Vous pourrez constater que la structure anatomique de ces ovaires atrophiés est exactement la même que celle des précédents, que l'on aurait pu croire hypertrophiés. Les vésicules ovariennes et les ovules ont également disparu des uns et des autres et sont remplacés par du tissu conjonctif. Y a-t-il donc une différence anatomique entre ces deux ovaires? Pour mon compte, je n'en constate aucune et je n'hésite pas à considérer l'excès du tissu conjonctif dans chacun de ces ovaires comme étant l'unique cause de l'atrophie des vésicules qui constituent le tissu propre de l'organe. Qu'il y ait augmentation générale de volume dans un cas et diminution dans l'autre, cela ne peut-il pas dépendre uniquement d'un degré plus ou moins avancé de la maladie? C'est ce que je puis dire, en l'absence d'observations suivies pendant un temps assez long pour qu'elles soient concluantes. Mais je considère comme incontestable la nature inflammatoire de ces lésions, et je n'en veux d'autres preuves que la présence des nombreuses adhérences péritonéales, traces manifestes d'un état inflammatoire antérieur, qui environnent toujours aussi bien les petits que les gros ovaires dont nous nous occupons, et qui, jointes à l'altération principale que je viens de vous signaler, me font vous présenter l'induration, avec ou sans atrophie, comme un des modes de terminaison de l'ovarite.

Les adhérences péritonéales celluleuses qui fixent l'ovaire dans une position anormale s'étendent aussi à la trompe, dont elle rendent le pavillon immobile et dont elle oblitèrent le conduit. Elles apportent ainsi un obstacle sérieux aux mouvements qui sont indispensables pour assurer l'acte de la fécondation. D'un autre côté, les ovules sont ou détruits ou peu nombreux et éloignés de la surface de l'ovaire par une coque fibreuse épaisse doublée des fausses membranes péritonéales dont il vient d'être question, ce qui rend leur déhiscence a peu près impossible, alors même qu'ils existeraient encore. La réunion de toutes ces conditions anatomiques fait que la stérilité se trouve être une conséquence à peu près inévitable et forcée de la terminaison de l'ovarite par induration. Cette stérilité ne sera complète que si la phlegmasie a atteint les deux ovaires; mais alors elle sera tout à fait irrémédiable, car les lésions dont il s'agit sont de celles que le temps aggrave au lieu de les faire disparaître.

La terminaison par suppuration peut produire les mêmes effets, mais elle peut aussi en produire de bien plus fâcheux encore. Le pus se forme, soit dans les vésicules, soit dans le parenchyme de l'ovaire. Dans le premier cas, il peut rester enkysté pendant un temps fort long sans que le petit abcès qu'il constitue tende à gagner de proche en proche pour se frayer une issue au dehors. Dans le second cas, la collection purulente n'aura pas la même tendance à se limiter et fera des progrès infiniment plus rapides. Souvent l'abcès, formé d'abord dans les vésicules, envahira le parenchyme par suite de la communication qui se sera établie entre deux poches purulentes voisines par usure des parois qui les séparent, et l'ovaire tout entier sera envahi par la suppuration. On trouve quelquefois des ovaires ainsi suppurés sans que le pus ait fusé hors de la coque fibreuse qui entoure cet organe, coque dont la force de résistance a été augmentée par les fausses membranes péritonéales qui, formées sous l'influence du travail phlegmasique, sont venues se déposer sur la surface de l'ovaire enflammé, et il est impossible de calculer le temps pendant lequel des collections purulentes, suites d'ovarites, peuvent ainsi rester enkystées sans s'étendre au-delà des limites de l'ovaire. Cependant ce pus doit finir par chercher à s'ouvrir une issue au dehors. Les adhérences péritonéales dont je viens de parler s'opposent à ce qu'il gagne la cavité abdominale, et cette résistance est assez efficace pour que l'ouverture de l'abcès dans le péritoine qui déterminerait une péritonite sur-aiguë promptement mortelle, soit une terminaison extrêmement rare de l'ovarite suppurée. L'ouverture de l'abcès par la paroi abdominale est au moins aussi rare. Mais il reste autour de l'abcès trois cavités communiquant avec l'extérieur, et dans lesquelles il peut s'ouvrir assez facilement : ce sont le rectum, le vagin et la vessie. De ces trois cavités, celle du rectum est le plus directement en contact avec l'ovaire enflammé, dont elle n'est séparée que par une paroi fort mince. Aussi est-ce dans le rectum que les abcès ovariques ont le plus de tendance à s'ouvrir et s'ouvrent le plus habituellement. La suppuration peut bien aussi se diriger du côté du vagin, et il arrive assez souvent qu'elle suive cette voie, mais le chemin qu'il lui faut parcourir est un peu plus long et la résistance qu'elle rencontre est plus grande que du côté du rectum. Quant à la vessie, c'est seulement dans des circonstances exceptionnelles qu'elle pourra être perforée par un abcès développé dans l'ovaire, et servir de voie d'évacuation au pus provenant de cet abcès. J'ai assez insisté sur la situation qu'affecte l'ovaire enflammé pour vous faire comprendre combien sont lointains ses rapports sur la vessie. Cependant, s'il se précipite habituellement dans le cul de sac péritonéal utéro-rectal, l'ovaire enflammé peut aussi, vous ai-je dit, affecter une autre situation, car sa mobilité est extrême. Il n'y a donc rien de surprenant à ce qu'il puisse se trouver exceptionnellement en contact assez intime avec la vessie pour adhérer à ses parois, les perforer sous l'influence du travail suppuratif dont il sera le siége, et verser dans sa cavité le pus formé par cette inflammation. Les choses se sont passées ainsi dans deux cas rapportés, l'un par M. Andral, l'autre par Murat. Dans ce dernier, l'examen anatomique a été fait avec d'autant plus de soin que, pendant la vie, on avait diagnostiqué une pyélite, sans songer le moins du monde à la possibilité d'un abcès de l'ovaire. J'ai pu observer moi-même, il y a peu de temps, un fait tout semblable, qui manque, il est vrai, de la consécration nécroscopique, mais qui cependant est assez instructif pour pouvoir vous être raconté :

Vers le commencement de cette année, je recevais dans mon cabinet une dame d'une quarantaine d'années, qui m'était adressée par un médecin fort distingué, M. le docteur Goux, ancien interne des hôpitaux de Paris. Cette dame, après avoir éprouvé il y a quelque temps des troubles de la menstruation et surtout des métrorrhagies assez abondantes, avait vu tout d'un coup ses urines charrier du pus. Lorsque je l'examinai, je constatai que son utérus était volumineux, lourd, douloureux, et je sentis proéminer sur le côté droit un peu en avant vers la vessie, une tumeur qui était fort douloureuse à la pression et avait le volume d'une très-grosse noix. En raison de l'âge de la malade, des métrorrhagies qu'elle me signalait, du volume de son utérus, je songeai tout d'abord à un cancer; mais j'éloignai bien vite cette idée car le col, quoique volumineux, était lisse et ne présentait ni bosselures ni ulcérations. D'un autre côté, la tumeur, tout en étant adhérente à l'utérus, n'était pas assez intimement liée avec lui pour que le doigt ne pût s'insinuer assez haut dans une rainure de séparation entre elle et la paroi utérine. Enfin, il n'y avait pas, ni par le vagin, ni par l'urètre, cet écoulement ichoreux, fétide dont l'odeur est caractéristique du cancer. Les urines contenaient seulement du pus. Je pensai alors à une maladie de l'ovaire et je fus parfaitement confirmé dans cette pensée lorsque, reprenant l'interrogatoire de la malade, j'appris d'elle qu'à l'époque où s'étaient produits les premiers accidents qui avaient attiré son attention du côté des organes génitaux, son médecin avait déjà senti au toucher une petite tumeur, fuyant sous le doigt à la façon de celles qui dépendent de l'ovaire. Chose remarquable, cette tumeur à peine sentie avait été plus apparente à certains moments et était devenue tout à fait inaccessible à d'autres instants, si bien que M. le docteur Goux, malgré sa très-grande expérience, avait pu conserver quelques doutes sur l'existence de cette tumeur si fugitive. La malade ne sut me dire si c'est aux époques menstruelles que la tuméfaction avait été surtout sentie; mais à en juger par ce que je vois de faits analogues j'ai tout lieu de le croire. Quoiqu'il en soit, et en tenant compte tout à la fois des précieux commémoratifs que je viens de rappeler et des renseignements fournis par l'examen direct, je conclus à l'existence d'une ovarite suppurée avec ouverture de l'abcès dans la vessie, d'autant plus que les reins examinés avec soin furent trouvés parfaitement sains, et que tous les symptômes accusés par la malade se groupaient autour du système génital.

Lorsque le pus formé dans l'ovaire s'ouvre ainsi une issue au dehors, la guérison peut avoir lieu, en ce sens que l'abcès se tarira et que la santé générale de la malade sera à peu près rétablie; mais, bien plus fatalement encore qu'à la suite de l'induration, les fonctions génératrices seront à jamais perdues, ou moins en ce qui concernera l'ovaire dans le tissu duquel l'abcès se sera formé.

(1) Voir les numéros des 19 et 26 août.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. FLEURY.

Calcul vésical. — Cystotomie prérectale. Guérison. Spina, bifida, congénital.

Observation recueillie par M. PATRITTI, interne du service.

Le nommé G... (Louis), âgé de 26 ans, est cultivateur à Chauriot. Il prétend que, depuis son enfance, il est affecté d'une incontinence d'urine; mais n'en a jamais été très-incommodé, et il a pu se livrer à ses travaux habituels. Il y a six ans il a éprouvé quelques douleurs à l'hypogastre, au périnée et à l'extrémité du gland. A dater de ce moment, il s'aperçut que ses urines devenaient sédimenteuses, et au mois d'août 1864, à la suite d'un travail pénible, il urina une grande quantité d'un liquide qui ressemblait à du blanc d'œuf battu. Cette substance étant tombée sur les draps, il remarqua, au bout d'un certain temps, qu'elle avait déposé un produit qui ressemblait à du verre pilé. C'étaient évidemment des concrétions graveleuses. Depuis ce moment les douleurs ont été en augmentant; des picotements se font sentir au bout du gland, et un jour, après un effort violent de défécation, il entendit le choc d'un corps

dur qui vint frapper les parois du vase sur lequel il était assis. Le médecin qu'il fit appeler reconnut un gravier, explora la vessie avec une sonde d'argent, mais elle ne lui fit constater la présence d'aucun autre calcul. Les douleurs n'en persistaient pas moins, et elles ne tardèrent pas à s'aggraver par les secousses de la marche et surtout de la voiture. Fatigué de souffrir, il vint, en 1866, consulter M. Fleury, qui pratiqua le cathétérisme, en faisant placer le malade sur un siége assez dur. Mais à peine l'instrument fut-il arrivé au col de la vessie, qu'un spasme violent se manifesta dans tout le système musculaire; le malade fut en proie à des mouvements convulsifs qui persistèrent pendant trois quarts d'heure. On s'aperçut alors qu'il portait au bas des reins, au niveau de la partie inférieure de la région lombaire, une tumeur molle et fluctuante, sans changement de couleur à la peau, ayant la forme et le volume d'une portion du gros intestin, indolente à la pression. Ce n'était autre chose qu'un spina bifida. C'était évidemment la compression de cette tumeur qui avait provoqué cette crise, à la suite de laquelle se produisit un fait assez singulier.

Le malade habitait un village situé à 12 kilomètres de Clermont, à peu près. Il fit le trajet à pied, rentra chez lui; mais il lui fut impossible de raconter à ses parents ce qui avait eu lieu dans la journée. Sa mère vint deux jours après pour demander à M. Fleury ce qui s'était passé et savoir si son fils l'avait consulté comme il en avait eu l'intention.

Ce cathétérisme avait donc été complétement inutile.

Trois ans s'écoulèrent. Le mal allait en s'aggravant. G... se décida à venir à Clermont au mois de juin de cette année. Cette fois on le fit coucher sur un lit assez mou pour le sonder afin que la tumeur ne subit aucune compression.

A peine arrivée au col de la vessie, la sonde rencontra une pierre qui parut engagée dans la portion prostatique de l'urètre, et qu'il fallut refouler dans la vessie pour explorer la cavité de cet organe. Comme l'urine s'échappait involontairement, il fut très-difficile d'en apprécier les dimensions; mais d'après la douleur existant depuis si longtemps, il était probable que son volume était considérable.

L'état général du malade est du reste assez satisfaisant; son appétit est bon, mais sa maigreur est très-grande. La seule infirmité dont il se plaint a son siége dans les organes génito-urinaires. Ses vêtements sont, dit-il, constamment mouillés; l'urine s'écoule toujours involontairement; des douleurs se font sentir au périnée, audessus du pubis, et s'irradient jusque dans les fosses iliaques. Un sentiment de chaleur et de picotement se manifeste au gland; il ne parvient à le calmer qu'en exerçant sur lui une compression assez forte et en tiraillant la verge, dont les dimensions n'ont cependant rien d'exagéré.

Le diagnostic n'offrait donc pas la moindre incertitude. L'indication thérapeutique était positive. Mais à quel procédé fallait-il recourir pour débarrasser le malade d'un calcul qui paraissait volumineux et qui l'était beaucoup en effet.

Il n'y avait pas lieu de songer à la lithotritie; le col de la vessie avait perdu son ressort depuis longtemps; le calcul s'y engageait constamment; il n'eût pas été possible d'y faire séjourner du liquide; on eût donc été forcé de manœuvrer dans une cavité très-étroite dont les parois se seraient appliquées sur les corps étrangers. La cystotomie était seule possible.

La taille bilatérale est celle que M. Fleury préfère; elle fraye aux calculs une issue plus grande et expose moins que les autres aux hémorrhagies; mais, dans les circonstances actuelles, il a pensé que la taille prérectale, modification heureuse de la cystotomie bilatérale, conseillée par Nélaton, remplirait mieux le but. C'est donc à elle qu'il a donné la préférence. Elle a été pratiquée le 30 juin.

Le cathéter est arrivé sans peine jusqu'au niveau du col; mais là, il a été arrêté par le calcul, et il a fallu une pression assez forte pour le repousser dans la vessie.

L'incision intérieure, pratiquée à 1 centimètre de l'anus, l'index gauche, préalablement glissé dans le rectum, n'a été suivie d'aucun écoulement de sang abondant. Le périnée offrait peu d'épaisseur; la cannelure de l'instrument a été facilement mise à découvert, et le lithotome double, glissé dans le réservoir urinaire. Mais là, une difficulté sur laquelle on ne comptait pas s'est présentée : la pierre, en retombant sur le col de la vessie, a nui à l'écartement des lames qui n'ont pas pu sortir complétement de leur gaîne. Le col de la vessie n'a donc pas été incisé.

Comme M. Fleury a remarqué que, dans la taille bilatérale, les lames de l'instrument n'offrent pas toujours une rigidité suffisante pour opérer la section des tissus, il a toujours le soin de se munir d'un long bistouri boutonné qui lui sert à exciser les amygdales. Bien lui en a servi dans cette circonstance, car c'est avec cet instrument que l'opération a pu être terminée.

L'indicateur de la main gauche, introduit dans la plaie, refoule la pierre qui est engagée dans l'ouverture du col, et sur sa face palmaire, la main droite de l'opérateur glisse le bistouri, qui pratique à droite et à gauche les deux sections obliques qui doivent être faites par les lames du lithotome, une assez grande quantité d'urine s'est immédiatement écoulée. L'ouverture était assez grande pour livrer passage à un calcul volumineux.

Le doigt a servi de guide aux tenettes qui, après quelques tentatives infructueuses, ont saisi le calcul. L'écartement des branches a pu faire penser, comme on l'avait présumé, qu'il était volumineux ; l'opérateur a même craint un instant qu'il n'ait été saisi dans son plus grand diamètre, mais quelques tractions légères ont pu l'amener au niveau du col qu'il a franchi avec assez de facilité. L'ouverture des téguments a été plus longue à dilater. Il a fallu des tractions prolongées pour l'amener à l'extérieur.

La pierre est en effet très-grosse; elle a 19 centimètres dans la circonférence de son plus grand diamètre; renflée à ses deux extrémités et rétrécie à sa partie moyenne en forme de bissac, elle a 11 centimètres dans la circonférence du plus gros renflement, 9 dans le petit et 7 dans la partie rétrécie. C'est ce petit renflement qui faisait saillie dans la portion prostatique de l'urètre, et la partie rétrécie était embrassée par le col.

Il n'est pas survenu, depuis l'opération, le plus léger accident, et le malade a pu quitter l'hôpital le 17 juillet. La plaie était alors presque entièrement cicatrisée; elle donnait encore passage à quelques gouttes d'urine lorsque le malade était couché; mais, dans la position verticale, elles sortaient par le canal.

Ce malade était encore dans de bonnes conditions pour subir l'opération de la taille. Nous savons en effet qu'elle réussit d'autant mieux que les sujets sont plus jeunes. L'année dernière, à la même époque, deux enfants, l'un âgé de 3 ans et l'autre de 5, ont été opérés de la même manière. La guérison a été prompte. A 28 ans, les chances favorables sont encore nombreuses.

La formation du calcul devait remonter à une époque éloignée, ce qui devait faire présumer qu'il était volumineux. C'est ce qui existait en effet. Mais on pouvait aussi, en raison de son ancienneté, redouter une altération assez grande de la muqueuse vésicale ; les douleurs n'étaient cependant pas très-vives, puisque le malade pouvait encore se livrer aux travaux des champs.

Il n'y avait pas à songer à la lithotritie, puisque la pierre engagée dans le col le maintenait toujours ouvert. C'était donc à la cystotomie qu'il fallait s'arrêter. La taille prérectale, en éloignant du bulbe les instruments, devait mettre le malade à l'abri d'une hémorrhagie et frayer au calcul un passage plus large que les procédés ordinaires.

Une particularité assez intéressante nous a été fournie par la tumeur placée à la région sacrée. Elle était évidemment congéniale, et peut-être avait-elle été la cause de l'incontinence d'urine qui avait existé dans les premières années de la vie. Les auteurs s'accordent à dire que ces tumeurs sont peu compatibles avec l'existence et que les enfants qui en sont atteints meurent jeunes. On a cité cependant l'observation d'individus qui avaient vécu jusqu'à 28 et même 37 ans.

G... avait 28 ans, et la tumeur qu'il portait paraissait n'avoir exercé aucune influence sur les principales fonctions de l'économie. Il était très-maigre, il est vrai ; mais on pouvait attribuer cet état plutôt à la présence du calcul qu'à l'existence du spina bifida.

Une compression exercée sur ces tumeurs, en refoulant le liquide dans la cavité crânienne, produit, dit-on, des symptômes de compression cérébrale. Nous avons vu que c'est de l'excitation qui s'est manifestée et qu'une perte de mémoire momentanée a été la conséquence.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 30 juin 1869. — Présidence de M. Verneuil.

(Suite et fin)

Je n'insisterai pas sur la critique faite par M. Després à la statistique comparative des deux services de Lourcine, le sien et le mien, statistique que j'ai présentée dans la dernière séance, et qui porte sur nos malades de 1867; qu'il me suffise de dire : 1° que les chiffres de cette statistique ont, j'en suis certain, été pris avec le plus grand soin par un de mes élèves dévoués; 2° que les nouveaux-nés dont il parle ne sont pas compris dans le nombre de mes malades comme il le dit; 3° que ma statistique comparative ne porte que sur onze mois, et celle de M. Després sur douze; 4° enfin, qu'il n'y avait pas dans les récidivées de M. Després, la femme dont il a cité le nom et qui, à son dire, aurait été atteinte de chancre mou. Car j'ai à ma disposition non-seulement des chiffres, mais les noms, les âges, les professions. De plus, les pancartes de toutes les femmes comprises dans les récidives de M. Després portaient toutes le diagnostic syphilis.

M. Després veut encore aujourd'hui, malgré la critique que je lui ai opposée, que le nombre des récidives chez les sujets traités par les préparations mercurielles soient toujours plus considérables que le nombre des récidives chez les sujets traités par toniques.

Mais, dans la dernière séance, je disais qu'à cette époque, il y avait dans le service de M. Fournier, à Lourcine, sept malades qui avaient été traitées pour la syphilis chez M. Després; or cette semaine il en est rentré encore deux autres, ce qui porte le chiffre à neuf. J'ajoute que, pour bien m'assurer de la réalité de ces récidives, j'ai prié l'élève qui m'avait fourni ces renseignements de s'assurer de nouveau s'il ne se serait pas trompé. Il a revu et interrogé les femmes dont il m'avait donné le nom, a été visiter les registres de l'hôpital, et le nombre des récidives de notre collègue n'a pas diminué pour cela. Quelle valeur attacher alors à la statistique de l'an dernier de M. Després, statistique qui donne 9 pour 100 de récidives, alors que dans le moment actuel seulement, il y a dans les salles voisines des siennes neuf malades récidivées. M. Fournier, du reste, m'a fait offrir pour la discussion toutes les observations des malades de son service; parmi celles-ci, j'en trouverais, m'a-t-on dit, un très grand nombre qui avaient été traitées par les toniques avant d'être traitées par le protoiodure; dans le cas où la société ne serait pas suffisamment éclairée sur le point en question, j'accepterais l'offre de mon collègue.

J'arrive à la critique faite par M. Després aux injections hypodermiques de sublimé à petites doses. Tout d'abord, M. Després nie que mes malades augmentent d'embonpoint sous l'influence de mon traitement. Pour toute réponse, je prierai M. Després de vérifier par lui-même mes résultats. Par cela même qu'ils sont basés sur le nombre considérable de 74 pesées, ils me paraissent être à l'abri de tout doute.

Du reste, on le sait, l'embonpoint déterminé par le système du sublimé n'a pas été seulement constaté sur des sujets atteints de syphilis, mais sur des sujets sains qui, pendant leur séjour à l'hôpital, ont augmenté de plus de 3 kil. Il a été constaté aussi sur des lapins, qui évidemment n'avaient pas la syphilis. Quelles preuves plus convaincantes faut-il donc à M. Després? A la vérité, au sujet des lapins, M. Després m'a fait à la dernière séance une objection à laquelle j'ai oublié de répondre. Les deux animaux que j'ai présentés à la société, a-t-il dit, étaient en voie de développement, et leur augmentation de poids n'a été que le résultat de l'augmentation progressive et naturelle de leurs corps. Je l'avoue, je ne savais pas leur âge, mais je dois dire seulement que j'avais bien recommandé à la personne qui devait m'acheter ces lapins, de les prendre aussi volumineux que possible. En tout cas, la quantité de graisse que contenaient la péritoine et le tissu cellulaire périnéphrétique était la preuve incontestable, du moins, que le mercure n'avait pas provoqué leur dépérissement.

Mais M. Després doit se rappeler que deux autres lapins ont été pris par moi en expérience, ceux-là provenaient d'une même portée et étaient venus au monde dans l'hôpital même. Ils ont été d'abord pesés, puis l'un a été mis aux injections de 1 mill., l'autre n'a pas reçu d'injections; tous deux ont vécu pendant l'expérience dans la même case, ont pris la même nourriture. Or, au bout de vingt jours, celui qui avait été mis aux injections avait augmenté, par rapport à l'autre, de 100 grammes.

M. Després revient ensuite à nouveau à son petit calcul critique de mes pesées, et trouve que je n'ai pas répondu suffisamment à son objection dans la dernière séance. Mais cette critique est tellement peu fondée, que vraiment je n'ose m'y arrêter, craignant d'abuser des moments si précieux de la Société. J'ai dit qu'un malade mis aux toniques gagnait en moyenne moins qu'un malade mis aux injections seules de sublimé, et qu'un malade mis à la fois aux injections de sublimé et aux toniques gagnait plus qu'un malade mis exclusivement aux injections de sublimé.

Or, M. Després m'objecte que le poids moyen des sujets mis aux injections et aux toniques devrait représenter le total du poids moyen des sujets mis aux toniques et des sujets mis aux injections. Mais je n'ai qu'à répéter ici ce que j'ai dit dans la dernière séance. N'avons-nous pas affaire à des organismes différents influencés d'une façon variable par le médicament qui leur est donné? N'avons-nous pas affaire à des sujets qui sont demeurés un nombre de jours variables à l'hôpital, qui ont reçu un nombre variable d'injections? Comment dès lors arriver à des équations telles que le désire M. Després.

M. Després trouve encore mes résultats en contradiction quand je constate d'une part que le protoiodure de mercure fait maigrir, d'autre part, que les injections de sublimé augmentent l'embonpoint. Mais c'est précisément là le plus important de mes recherches, en ce qu'elles démontrent que le mercure agit sur l'organisme d'une façon différente suivant la quantité absorbée. Sans doute, la dose de 0,10 cent. de protoiodure, comme on la donne, est dénutritive, à cette dose le mercure dénourrit tout, et les tissus sains et les productions hyperplasiques; quand M. Sée a émis le premier cette idée, il a eu complétement raison. Mes pesées viennent confirmer de la manière la plus nette son opinion. Le sujet que je vous ai présenté vient aussi à son appui. Avec les fortes doses que j'ai données au début du traitement, ce sujet a notablement maigri.

Mais le mercure à faible dose a une action bien différente, tout en dénourrissant, il contribue à nourrir; les pesées et les analyses d'urine de M. Biganon, mes propres pesées le prouvent, la suite de l'observation de mon sujet le prouve aussi. En effet, j'ai chez celui-ci cessé les fortes doses au moment où les accidents périphériques étaient notablement amendés, et leur ai substitué ma dose habituelle de 0,004. Or, peu de temps après, ce sujet a augmenté de poids et il continue à augmenter. Après l'avoir dénourri, je le répare, et cela en excitant les phénomènes d'assimilation nutritive par de faibles doses du sublimé, sans augmenter même son régime habituel de l'hôpital, sans employer non plus de bains. M. Després s'étonne de ces résultats si opposés obtenus par un même médicament. Faut-il rappeler encore ici, pour ne citer qu'un exemple qui ne me fasse pas sortir du domaine de la syphilis, que l'iodure de potassium présente les mêmes particularités que le mercure. A la dose de 20, 30 cent., c'est un tonique; à la dose de 1, 2, 3 grammes, c'est un dénutritif, et c'est précisément en vertu de cette propriété qu'il favorise la résorbtion des productions hyperplasiques tertiaires, de même que le mercure, qui a de plus l'avantage sur l'iodure de potassium de résorber avec plus de facilité que lui les productions hyperplasiques secondaires.

J'arrive à un genre d'objections auxquelles, je l'avoue, je n'avais guère lieu de m'attendre, vous ayant rapporté, dans la dernière séance, quatre critiques différentes que M. Després avait déjà adressées à ma solution de sublimé, depuis que je pratique la méthode des injections, et de plus, ayant refuté toutes ces critiques, je ne croyais guère qu'aujourd'hui j'aurais à en refuter une cinquième. M. Després donc, qui, mercredi dernier, méconnaissait que le sublimé à petites doses était parfaitement soluble dans l'eau, vient aujourd'hui nous montrer, les réactifs en main, que ma solution n'est pas une solution de sublimé, comme je le crois ;si j'ai bien compris, le chlochydrate de morphine en contact avec le sublimé donnerait lieu à un corps nouveau que M. Després ne connaît pas, mais qui, à coup sûr, priverait le liquide de mes injections de l'agent que je crois si puissant dans le traitement de la syphilis. Il traite devant nous la liqueur de Van-Swieten par l'iodure de potassium, et il produit une coloration rouge ; il traite ensuite ma solution par l'iodure de potassium, et il produit au contraire une coloration jaune. Mais M. Després oublie qu'une cuillerée de liqueur de Van-Swieten, c'est-à-dire 15 grammes, contient presque autant de sublimé que 80 grammes environ de ma solution. Il était bien facile de faire une expérience plus convaincante que celle-là, c'était de faire deux solutions égales de sublimé, et de mettre du chlorhydrate de morphine dans l'une, d'en priver l'autre, et de traiter alors chaque solution par l'iodure de potassium.

Je n'ai pas fait cette expérience, si M. Després la réussit, il pourra peut-être trouver un nouveau composé inconnu jusqu'ici; mais il n'en restera pas moins ce fait, que la solution, telle que je l'injecte dans le traitement de la syphilis, a une efficacité incontestable.

M. Després m'objecte encore que le sublimé, introduit dans le système circulatoire d'un animal, produit dans un temps extrêmement court la salivation, et que si c'était bien du sublimé que j'injecte, je devrais obtenir le même résultat; mais M. Després a-t-il fait cette expérience, pour émettre une semblable assertion? Si d'autres que lui l'ont faite, sait-il la dose de sublimé qu'on a injectée? Du reste, M. Després doit savoir, sinon par sa propre expérience, du moins par l'expérience d'autrui, que la liqueur de Van-Swieten, malgré la dose de sublimé qu'elle renferme, ne donne pas nécessairement la salivation.

Or, je ne comprends pas cette persistance de M. Després à ne point vouloir que j'injecte du sublimé à mes malades, et à persister à croire qu'ils guérissent simplement par de l'eau pure que je pousserais dans le tissu cellulaire.

Pourquoi alors M. Després n'accepte-t-il pas la proposition que je

lui ai faite de mettre en parallèle ses malades traités par les toniques et les miens traités par l'eau ? Messieurs, les effets du sublimé injecté à petite dose sont trop certains dans la syphilis pour qu'on vienne leur opposer de pareilles objections; les services que cette méthode appliquée à cette affection me paraît devoir rendre à la science et à l'humanité sont trop importants pour que je ne m'efforce pas de dissiper tous les doutes que pourraient faire naître le langage de mon adversaire.

Jusqu'ici le nombre des malades que j'ai traités par les injections dépasse le chiffre de 300, et tous ceux qui ont consenti à poursuivre leur traitement, c'est-à-dire à demeurer à l'hôpital, au plus 50 à 60 jours, sont sortis guéris de leurs accidents; à part deux sujets atteints d'une forme contre laquelle le sublimé me parut insuffisant, la forme ulcéreuse. De plus, je vous ai cité des exemples qui prouvent qu'en augmentant les doses de sublimé, on peut, presqu'à volonté, raccourcir le traitement, et en outre combattre avec de grands avantages, et cela dans un temps rapide, des accidents graves qui menacent la fonction d'un organe ou d'un appareil. Seulement, je le répète, sous un point de vue général, on ne doit pas perdre de vue que, plus les sujets guérissent vite plus ils sont exposés aux récidives. Je ne serai assurément pas toujours aussi heureux que je l'ai été; je suis du reste encore loin d'avoir traité par les injections toutes les formes de la syphilis, je ne puis pas, par conséquent, parler de celles qui n'ont pas été soumises à mon observation. Mais je tiens au moins à établir que les résultats que j'ai obtenus jusqu'ici, avec la méthode hypodermique, et surtout ceux qu'a acquis avant moi G. Lewin, sont de sûrs garants des services que cette méthode est appelée à rendre. Je tiens aussi à montrer que les objections de M. Després sont incapables d'atténuer même la valeur de ces résultats.

Je ne m'arrêterai qu'un court instant sur la divergence d'opinion qui existe entre M. Després et moi, touchant la pathogénie de la syphilis, m'étant arrêté déjà longuement sur ce point dans la dernière séance. Sans doute, le virus syphilitique a été considéré de tout temps comme étant constitué par des principes anormaux qui pénétrant dans l'organisme concourent à son infection. Mais, au lieu de considérer dans l'organisme syphilisé ces principes comme radicalement distincts de ceux du sang, ainsi que le faisaient les anciens; les modernes, et à leur tête M. Robin, leur attribuent à juste titre le rôle de faire subir aux principes azotés du sang, par action de contact, des modifications isomériques en vertu desquelles leur état moléculaire s'identifie avec l'état moléculaire des premiers. Ces modifications une fois commencées, après la pénétration dans l'organisme d'une petite quantité de matière virulente, continue à se réaliser de proche en proche dans la masse sanguine, et bientôt il en résulte que le liquide nourricier ne fournit plus aux tissus que des matériaux quaternaires, anormaux pour ainsi dire. D'après les idées que j'ai émises, c'est cette sorte d'altération du sang qui trouble les phénomènes nutritifs au point d'amener dans certains tissus une aberration de nutrition, se traduisant par des productions hyperplasiques.

Les divers traitements dirigés contre la syphilis ne doivent donc pas tendre à éliminer un virus qui n'existe pas, mais à changer l'état du sang contaminé par des principes virulents. Et, pour atteindre ce but, ces traitements ne peuvent agir, à mon sens, que sur les actes nutritifs eux-mêmes. L'expérience et l'observation, en effet, m'ont conduit à reconnaître que le sublimé à petite dose suractivait et l'assimilation et la désassimilation nutritives; il favorise par conséquent l'apport dans les tissus de matériaux nouveaux, le départ de matériaux anciens; de là une rénovation dans un temps relativement court des tissus et du sang; de là la guérison de la syphilis.

Comment, du reste, agiraient les toniques quand toutefois le traitement local a fait disparaître les accidents secondaires, sinon de la manière que je viens d'indiquer.

M. PANAS. Ayant eu comme mes collègues l'occasion d'observer longuement la syphilis, je tiens à joindre ma protestation à la leur. Une base d'appréciation fondée sur la fréquence relative des récidives, serait bonne si une telle statistique pouvait être exacte; malheureusement elle ne l'est pas.

J'aurais été heureux de prendre cette base pour point de départ; mais ni au Midi, ni à Lourcine, ni même dans la clientèle civile à Paris, cela n'est pas possible. Pour savoir si un malade a une récidive, il faut pouvoir le suivre pendant de longues années, car cette récidive peut ne survenir que dans cinq ou dix ans. Ce n'est que dans de petites localités, là où tout le monde se connaît et par conséquent aussi sur un fort petit nombre de malades, que de pareils renseignements peuvent être obtenus. Prendre pour arguments la fréquence ou la rareté des récidives c'est s'appuyer sur une erreur, et cette erreur est formidable lorsqu'ainsi que le fait M. Després on ne s'appuie que sur des chiffres se rapportant à des malades venant librement réclamer des soins à l'hôpital et pouvant, en cas de récidive, ou ne pas s'y présenter, ou se faire admettre dans d'autres hôpitaux.

Mais, si nous ne pouvons suivre les malades, connaître les récidives; nous pouvons suivre la marche des accidents chez les malades que nous traitons; c'est là la base solide de toute observation de cette nature; or, nous avons tous vu non-seulement que l'administration des mercuriens modifiait cette marche, mais que la rapidité des modifications obtenues dépendait de l'agent thérapeutique auquel nous avions recours et de la manière de l'employer.

M. DESPRÉS. Je répondrai collectivement à MM. Trélat, Le Fort et Panas que du moment où l'on compte comparativement des malades observés dans les mêmes conditions dans une proportion égale dans deux séries parallèles, c'est comme si l'on comparait deux lignes parallèles dans une certaine étendue de leur longueur. Bien que ces lignes soient infinies on peut néanmoins, en effet, établir leurs propriétés l'une par rapport à l'autre sans qu'il soit besoin de les avoir tout entières.

Je répondrai à M. Liégeois pour ce qui est des malades en récidive observés chez M. Fournier, que 3 des 7 malades dont il a parlé, ne doivent pas compter. Une a été chassée de mon service pour troubles dans sa salle et n'a été traitée que quelques jours par moi. Une n'avait pas la syphilis dans mon service au point même que, pour cette malade, M. Fournier a porté le diagnostic : chancre, accident primitif. Une qui avait de la syphilis dans mon service n'a, chez mon collègue, aucun accident syphilitique, elle a seulement les restes d'une gale ancienne, du prurigo et quelques pustules d'ecthyma; elle est d'ailleurs enceinte de huit mois et supporte très-bien sa grossesse. M. Fournier a dans son service de mes anciennes malades comme j'en ai des siennes. Je n'avais pas répondu à M. Liégeois sur ce point, ne voulant pas redresser des erreurs matérielles qu'il doit aux personnes qu'il a chargé de prendre des renseignements.

M. Liégeois m'a proposé de traiter des malades par les toniques et de les comparer à ceux qu'il traitait par les injections. J'ai accepté, seulement M. Liégeois ne voudrait pas que je cautérisasse les plaques muqueuses et les altérations et que je donnasse des bains. Or, ce traitement est celui que j'emploie à Lourcine et avec lequel j'obtiens de bons résultats. Vous voyez que c'est de la part de M. Liégeois que vient l'obstacle à l'expérience. Il me dit encore que je devrais traiter les malades par le mercure, je n'ai pas besoin de cela. J'ai, pour comparer, les malades traités par le mercure qui viennent dans mon service.

M. LARREY. M. Després a-t-il la certitude que ses malades ne prenaient pas de mercure à son insu? Alors que Desruelles et Devergie aîné avaient comme M. Després recours à l'abstention, bon nombre de leurs malades, inquiets d'être traités par la diète seule, prenaient souvent du mercure en cachette; ils guérissaient, et Desruelles comme Devergie croyaient avec une entière bonne foi les avoir guéris sans leur avoir donné de mercure.

M. DESPRÈS. Il est facile à Lourcine de savoir que les malades ne prennent pas de mercure. Outre qu'il leur serait difficile de s'en procurer, la plupart viennent précisément dans mon service afin de ne pas en prendre, car il y a quatre ans que je suis à Lourcine, et mes opinions sur les dangers du traitement mercuriel sont connues dans un certain public.

M. FORGET. En demandant la parole mon intention n'est pas de rentrer dans une discussion qui paraît avoir suffisamment édifié la Société sur la valeur de la doctrine et les faits produits par notre collègue M. Després.

Je me bornerai à faire remarquer d'une manière générale le peu de solidité de ces faits, qui ne comprennent que les accidents primitifs de la syphilis, et leur insuffisance à pouvoir servir de base à la doctrine thérapeutique qui proscrit l'emploi du mercure dans le traitement de la vérole.

Je ne conteste pas qu'à l'aide du régime tonique ayant pour auxiliaire les bains et surtout la cautérisation des surfaces ulcérées, M. Després ne parvienne à faire disparaître certaines lésions anatomiques qui caractérisent la vérole récente, et n'existant encore pour ainsi dire qu'à fleur de peau dans l'économie.

Ce que M. Després obtient, tous ceux qui, bien avant lui, ont eu la prétention de guérir la syphilis sans mercure l'ont obtenu également.

Mais à côté et au-delà de ces accidents du début de la syphilis, il ne faut pas oublier que cette maladie n'entache pas seulement l'organisme à l'heure où vous l'observez; que lente et insidieuse dans ses manifestations tardives, elle compromet l'organisme à une époque éloignée de son début; qu'elle se transmet par voie d'hérédité dans une descendance très-reculée, non plus avec sa caractéristique originelle, mais transformée et donnant lieu à la scrofule, à la tuberculose et à des néoplasmes variés qui envahissent les systèmes glandulaires et les tissus fibreux et osseux; toutes manifestations qui témoignent de l'imprégnation profonde de l'économie par le principe morbide; or, en présence de ces produits tardifs de la syphilis, il faut une foi robuste pour rejeter à l'origine de la maladie un agent thérapeutique que l'expérience des plus grands praticiens a accepté comme ayant le pouvoir, dans la plupart des cas, lorsqu'il a été bien administré, de préserver des funestes résultats que je viens de rappeler.

Il faut, je le répète, une foi bien robuste pour rompre ainsi avec la tradition des maîtres, qui ont puisé dans une observation prolongée, l'enseignement qu'ils nous ont transmis.

C'est, à mon sens, une chose très-grave, que de remettre ainsi en question des vérités thérapeutiques universellement acceptées, surtout quand il s'agit d'une affection qui, mal attaquée à son début, peut avoir les conséquences les plus funestes non seulement pour l'individu, mais encore pour l'espèce,

Avant de chercher à démolir un système de traitement mercuriel qui, sagement conduit, est, dans ma conviction, d'une efficacité incontestable, démontrez-nous son impuissance préservatrice, et faites au même point de vue la preuve de la supériorité curative du traitement que vous proposez.

Tant que vous ne l'aurez pas faite, la société de chirurgie dont les faits et gestes fixent au plus haut point l'attention des praticiens, trouvera dans son sein des voix autorisées pour repousser la thérapeutique que l'on propose, et que pour ma part je considère comme l'inspiration d'une témérité dangereuse.

La clôture de la discussion, mise aux voix, est votée à la presque unanimité.

LECTURE

M. Krishaber lit un mémoire sur la laryngotomie thyroïdienne appliquée à l'extirpation d'un polype situé dans le ventricule du larynx.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

(Séance du 7 juillet 1869. — Présidence de M. Verneuil.)

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend les journaux suivants :

Gazette médicale de l'Algérie, Union médicale, Gazette des Hôpitaux, Gazette hebdomadaire, Revue d'Hydrologie médicale, Sud médical de Marseille, Journal de médecine de l'Ouest, Bulletin de thérapeutique.

— *Bulletin de la Société médicale de Reims.*

— *Statistiske Resultater stottede til 3000 paa Fodselsstiftelsen i Christiania undersogte srangre og Fodende samt Born, par MM. Faye et Vogt, de Christiania.*

COMMUNICATION

M. Prestat (de Pontoise), membre correspondant, communique à la société le fait suivant :

Plaie du larynx. — Suture de la plaie laryngienne. — Guérison par première intention. — M. PRESTAT. Je fus appelé, il y a environ huit ans, auprès du nommé Flavet (André), cultivateur à Puyseux-les-Pontoise, qui venait de se couper la gorge.

Cet homme, âgé de trente-cinq ans, atteint d'une affection rhumatismale chronique de la jambe droite, et depuis un an hors d'état de travailler, en avait conçu un vif chagrin; il fut, du moment où il perdit l'espoir de guérir, en proie à des accès d'hypocondrie avec tendance au suicide. Il avait déjà fait deux tentatives déjouées par la surveillance de sa femme. Ce matin-là, profitant d'une courte absence de celle-ci, il se porta, à la partie antérieure du cou, un coup de rasoir qui lui fit une large et profonde plaie et amena une hémorrhagie abondante, probablement plus veineuse qu'artérielle, car elle s'arrêta spontanément.

J'arrivai auprès de Flanet, environ une heure et demie après la tentative de suicide, et je le trouvai dans l'état suivant :

Le malade était couché, la partie supérieure du tronc et la tête soutenus par des oreillers, la face pâle, anxieuse, le pouls faible.

Une large plaie transversale s'étendait d'un muscle sterno-mastoïdien à l'autre, et laissait voir l'intérieur du larynx divisé dans toute sa largeur au niveau du tiers supérieur du cartilage thyroïde. Le rasoir avait passé immédiatement au-dessus des cordes vocales supérieures sans les blesser, laissant intacte la glotte. La paroi postérieure du larynx était indemne. Lorsqu'on relevait la tête, l'air passait par la plaie et la voix ne se formait pas. Si on baissait la tête, les deux lèvres de la plaie du larynx s'affrontaient exactement, la respiration s'exécutait facilement et la voix se produisait, seulement son timbre était très-sourd.

Dans le côté gauche de la plaie cutanée, on voyait battre l'artère thyroïde supérieure, complétement isolée sur une étendue de trois centimètres.

Je pensai que si l'on pouvait obtenir la réunion immédiate et exacte de la plaie du larynx, ce serait un très-grand avantage pour le blessé, et je me résolus d'affronter, aussi exactement que possible, les deux bords de la plaie laryngienne. Je me décidai, après m'être assuré à plusieurs reprises que la respiration était facile, les deux parties du larynx étant maintenues rapprochées pendant plusieurs minutes, à pratiquer la suture de cette plaie, encouragé que j'étais par la certitude que me donnait la vue du cartilage thyroïde, qui n'était pas encore ossifié.

Après un nettoyage très exact de la plaie, une aiguille garnie d'un double fil ciré traversa, poussée par une pince porte-aiguille, d'abord, la partie gauche du cartilage thyroïde, à un demi-centimètre au-dessus de la plaie, de dehors en dedans, et ressortit dans la plaie entre le cartilage et la membrane muqueuse laryngienne dans le tissu sous-muqueux qui était plus lâche que je ne l'aurais pensé. Puis je passai la même aiguille de dedans en dehors et de bas en haut dans le fragment supérieur du cartilage. J'éprouvai plus de difficulté pour cette seconde partie de l'opération que pour la première, mais je réussis à ne pas blesser la muqueuse laryngienne.

Un fil double fut placé de même sur le côté du larynx avec les mêmes précautions. Il me fallut près de dix minutes pour bien placer mes deux points de suture, mal aidé que j'étais par les parents du malade, gêné par les secousses de toux du blessé, et forcé par sa faiblesse de le laisser reposer. Il me fut ensuite facile de rapprocher les deux lèvres de la plaie du larynx et de nouer mes deux sutures par un nœud double.

L'artère thyroïdienne, crainte de la voir s'ulcérer, fut liée près du larynx et à sa sortie du fond de la plaie, et coupée entre les deux ligatures.

Au bout d'un quart d'heure, voyant que la respiration se faisait régulièrement, qu'il n'y avait pas de toux et que l'air ne passait pas par la plaie (je m'en assurai en approchant de la suture du larynx une allumette enflammée). Je réunis la plaie cutanée par quatre points de suture séparés, entre lesquels je laissai passer les bouts de ma suture laryngienne et de mes ligatures. La plaie fut recouverte d'une simple compresse imbibée d'huile.

La tête fut maintenue fléchie en avant par deux compresses longuettes fixées au bonnet du malade d'un bout et de l'autre à un bandage du corps.

Je recommandai le silence, le repos absolu, permettant quelques boissons et un peu de bouillon.

Au bout de quelques heures, je revis Flanet et je constatai avec plaisir que la respiration continuait à être facile, qu'il n'y avait pas de toux et qu'il ne s'était pas produit d'emphysème, accident que je redoutais. En outre, à la condition de boire lentement, la déglutition était facile.

Une potion calmante procura la nuit suivante un sommeil assez calme, quoique interrompu.

Les jours suivants se passèrent sans accidents. Il était possible à Flanet de parler sans douleur, mais sa voix était sourde. La réunion de la plaie cutanée se faisait immédiatement, sauf sur le trajet des ligatures et des sutures laryngiennes. Le malade était nourri d'aliments liquides, tapioca, lait, chocolat.

Le sixième jour, j'enlevai les points de la suture cutanée qui, sauf le passage des fils de la suture profonde, était tout à fait réunie. Les ligatures artérielles s'était détachées la veille.

Le dixième jour, je coupai au-dessous du nœud un des côtés de la suture gauche du larynx et la retirai avec facilité. Celui du côté droit fut plus difficile à enlever. La peau ne laissait qu'une très-petite ouverture, par où il m'était impossible de passer le bout de ciseaux, même très-fins, et le malade ne voulait pas consentir à laisser agrandir l'ouverture. Enfin, le seizième jour, en tirant sur le fil, je pus faire saillir le nœud hors la peau et je coupai un des côtés au-dessous du nœud.

Pendant tout le temps que ces points de suture profonds étaient restés en place, ils n'avaient déterminé aucun accident du côté du larynx. Il n'y avait que de rares secousses de toux.

Le malade reprit ses forces assez rapidement, grâce à une nourriture plus substantielle que celle de premiers jours, et au bout de trois semaines, il était complétement guéri, sauf un petit point fis-

tuleux correspondant au passage de la suture laryngienne droite, par lequel s'échappait un peu de pus. Le trente-troisième jour, un petit anneau osseux, très-mince, de deux à trois millimètres de diamètre sortit par cette fistule, qui se cicatrisa presqu'aussitôt. Ce petit anneau osseux était dû à une nécrose du cartilage sur le trajet de la suture.

Pendant les trois ans qu'il survécut, j'ai eu occasion de revoir plusieurs fois Flanet. Il n'avait conservé de sa blessure qu'une diminution du timbre de la voix, qui était voilée. Il n'y avait aucune tendance à la toux. Il succomba à une affection intestinale, par conséquent tout à fait étrangère à la plaie pour laquelle je l'ai soigné.

Parmi les réflexions que suggère cette observation, je noterai d'abord que la netteté de la section du larynx et la facile coaptation qui en était la conséquence, étaient très-favorables à l'emploi de la suture. Toute plaie contuse, à bords éraillés, mâchés seraient, par le gonflement considérable et l'inflammation de la muqueuse laryngo-trachéale qu'ils amèneraient, une contre-indication à ce genre de pansement.

La laxité du tissu cellulaire sous-muqueux m'a permis de passer facilement les aiguilles sans blesser la membrane muqueuse. Puis, j'ai été frappé de l'inocuité de cette suture qui, sauf une nécrose d'une petite portion du cartilage, n'a donné aucun accident du côté des voies respiratoires. Je ne parlerai pas d'un peu de toux; elle peut être plus justement attribuée à la plaie elle-même.

En provoquant la réunion immédiate de la plaie, la suture du cartilage thyroïde, a mis le blessé à l'abri des accidents qui peuvent amener la suppuration de la plaie laryngienne, et notamment du rétrécissement ou de l'oblitération du larynx. Elle a eu aussi cet heureux résultat que, sauf un peu de raucité, la voix a été assez bien conservée pour que le blessé pût se faire entendre à plusieurs mètres.

Malgré tous ses avantages, la suture de la partie superficielle de la plaie a été fortement controversée et pendant longtemps repoussée par la plupart des chirurgiens. Elle m'a donné un très-bon résultat, et l'exacte coaptation des deux parties du larynx ayant mis mon blessé à l'abri de l'emphysème, je trouvais dans la suppression de la suppuration de cette plaie de grands avantages, et j'ai été assez heureux pour les recueillir.

Je pense que ce fait est de nature à encourager, en pareil cas, les chirurgiens à avoir recours à la suture de cartilages laryngiens, et même à tenter celle des parties molles, dût-on, s'il se manifestait un commencement d'emphysème, couper les fils de cette dernière.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 août 1869, rendu sur la proposition, du ministre de l'intérieur, ont été nommés présidents :

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), M. Benoist, médecin de l'hospice de Guingamp, en remplacement de M. Piedvache, démissionnaire.

De la Société de secours mutuels de Valognes (Manche), M. Sébire docteur en médecine, membre du conseil général, en remplacement de M. Hubert, décédé.

De la Société de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne), M. Houzelot, médecin en chef de l'hôpital de Meaux, en remplacement de M. de Saint-Armand, décédé.

— Par divers arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique :

Faculté de médecine de Paris. — M. Ball, docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, à titre de suppléant, pendant l'année classique 1869-1870, du cours de clinique médicale (service de la Pitié).

Sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris, par suite du concours ouvert devant cette Faculté le 7 juin dernier, savoir :

1° Section des sciences anatomiques et physiologiques (pour l'histoire naturelle) :

M. Bocquillon (Henri), docteur ès sciences naturelles et en médecine, né le 5 juin 1834;

2° Section des sciences physiques (pour la physique) :

M. Gariel (Charles-Marie), licencié ès sciences physiques, docteur en médecine, né le 9 août 1841;

3° Même section (pour la pharmacologie) :

M. Gautier (Émile-Justin-Armand), licencié ès sciences, docteur en médecine, né le 23 septembre 1837.

Ces agrégés stagiaires entreront en activité de service le 1er novembre 1871.

Sont nommés, à la Faculté de médecine de Paris, par suite d'un concours ouvert devant ladite Faculté, savoir :

1° *Chefs de clinique médicale.* — M. le docteur Legoux (Alexis-Charles); M. le docteur Choyan (Prosper-Constant-Honoré).

2° *Chefs de clinique médicale suppléants.* — M. le docteur Bordier (Arthur); M. le docteur Labbé (Louis-Anselme-Ernest).

— Un cours d'accouchements et manœuvres obstétricales recommencera à la clinique, n° 6, rue des Quatre-Vents, le lundi 6 septembre 1869 à quatre heures. Il aura lieu tous les jours, les jeudis exceptés, et sera terminé à la mi-octobre.

M. le docteur Verrier fera exercer les élèves au toucher et aux manœuvres.

On s'inscrit chez le docteur Stopin, n° 49, rue de Seine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études médicales sur les serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure, par le docteur A. Viaud-Grand-Marais, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Nantes, membre de la Société botanique de France, etc., etc. 2e édition. 1 beau volume in-8° de 260 pages, avec figures dans le texte. Prix : 5 fr.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Ricord a parlé. Aux théories qu'on avait émises sur la bénignité prétendue de la syphilis infantile, non congénitale, il a opposé les dénégations les plus formelles. La syphilis communiquée est plus grave encore dans l'enfance que dans l'âge adulte, car chez les enfants la résistance aux virus est moins grande. Pour l'illustre syphiliographique dont l'expérience est sans égale, c'est là une conviction parfaitement arrêtée : il nous le répétait encore dans les termes les plus absolus après la séance académique.

Nous entendions dire autour de nous que la question en devenait moins claire; mais telle n'est pas notre pensée, car nous n'avons jamais admis que le jeune âge fût par lui-même un obstacle au développement des accidents syphilitiques.

Si la syphilis vaccinale est généralement faible, il faut en chercher la cause ailleurs.

M. Ricord n'est pas très-disposé à accepter le fait lui-même. Il met en suspicion le diagnostic des cas guéris sans traitement, sans qu'il se soit produit d'accidents tertiaires.

Pourtant, chez plusieurs des enfants examinés dans le Morbihan par MM. Depaul et Roger, la commission académique a observé tout un ensemble de chancres indurés, d'adénopathies, d'éruptions cuivrées, de plaques muqueuses, etc., qui ne laisse guère place au doute.

Si ce n'était pas la syphilis, quelle serait donc la maladie qui se traduirait par ces phénomènes? Il faudrait qu'elle fût transmissible par inoculation, car on ne pourrait pas expliquer autrement que tous les enfants d'une même série, ou du moins la plupart d'entre-eux, en fussent également atteints.

On se trouve donc placé dans cette alternative : ou de créer une entité nouvelle, ou de reconnaître dans ces faits une syphilis affaiblie; mais pourquoi affaiblie? c'est là grande question.

M. Vernois a développé une théorie très-originale, très-ingénieuse, sur les virus. Il les compare à des êtres vivants et en même temps à des agents chimiques. Comme êtres vivants, ils peuvent se développer plus ou moins bien, suivant le milieu, mais au fond leur nature est toujours identique; comme agents chimiques, ils sont susceptibles d'être complétement neutralisés dans le sang qui les a reçus.

Peut-être avons-nous mal saisi cette doctrine inattendue. Nous nous sommes fait du moins un devoir de reproduire textuellement au compte rendu les principaux passages du discours de M. Vernois.

L'assimilation du virus-vaccin et du virus syphilitique, bien qu'elle ne soit pas nouvelle, nous a toujours paru risquée. Le virus-vaccin ne se manifeste qu'une seule fois, peu de temps après avoir été inoculé; tandis que le virus syphilitique produit toute une série de phénomènes tardifs. L'action du premier ne s'étend pas aux enfants de ceux qui l'ont reçu, l'action du dernier atteint les germes. Peut-on dire qu'il y ait *infection* par l'un, comme par l'autre?

D'ailleurs, on sent que la phase théorique de la discussion est passée. On est fixé sur les points importants : l'équivalence presque complète des deux espèces de vaccine; l'existence et la rareté d'accidents vaccinaux, syphilitiques ou autres; la nécessité d'étudier tous ces accidents lorsqu'ils se produisent.

Le discours de M. Vernois a été fort bien accueilli, comme un hors-d'œuvre; celui de M. Ricord a résolu l'une des questions secondaires qui avaient récemment surgi. On ne croit plus à la bénignité de la syphilis infantile; celle de la syphilis vaccinale reste à expliquer isolément.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Hémiplégie diphtéritique droite. — Cérébroscopie — Atrophie papillaire et embolie dans l'œil gauche; névrite congestive de la papille droite.

Vous pouvez voir chaque jour combien la clinique apporte d'exceptions aux types de la nosographie, et combien le malade, en tant qu'individu, diffère des ensembles morbides que l'on décrit théoriquement sous le nom de maladies. Ici, c'est l'étude de l'individu, et chaque individu est presque toujours sous un rapport quelconque, une exception au type général de sa maladie. Il n'y a pas de pneumonie; il n'y a que des pneumoniques, mot excessivement juste, que l'expérience de chaque jour se charge de rappeler au véritable médecin.

Depuis les travaux d'Orillard de Poitiers et les recherches de Maingault, nous connaissons tous la paralysie qui succède à la diphthérite et que je considère comme une paralysie de convalescence, alors que plus d'un médecin l'attribue à une altération diphthérique du sang. On sait qu'elle débute habituellement par le voile du palais, et qu'elle gagne les yeux en même temps qu'elle atteint le mouvement des membres inférieurs sous forme de paraplégie ascendante quelquefois mortelle.

Eh bien, c'est à ce type vrai que je vais apporter une exception dans la personne d'une enfant qui, dans la convalescence d'une diphtérite, s'est trouvée atteinte d'*hémiplégie*, au lieu de nous montrer la paraplégie qu'on observe habituellement.

Cela me donnera l'occasion de vous dire quelle est la nature de la paralysie diphtéritique; si c'est une diphtérite secondaire par altération du sang, si c'est une anémie, comme on le croit généralement, si c'est une maladie des centres nerveux produite par action reflexe, etc.

D'abord, racontons l'histoire de la malade, telle qu'elle a été recueillie de la bouche de sa mère, et d'après ce que nous avons observé par l'examen direct et par l'ophthalmoscope. Vous verrez là une des plus belles applications de la cérébroscopie.

Quel peut être le diagnostic de cette émiplégie venue subitement, pendant la nuit, chez une enfant qu'on a couchée très-bien portante, et qu'à son réveil on trouve paralysée.

Est-ce une apoplexie par hémorrhagie cérébrable de l'hémisphère gauche?

Est-ce une paralysie essentielle de l'enfance, ce qu'on appelle aussi paralysie atrophique ou atrophie musculaire graisseuse de l'enfance, ou paralysie myogénique?

Est-ce une encéphalite avec sclérose cérébrale?

Est-ce une embolie cérébrale artérielle?

Est-ce une paralysie de convalescence? ou bien est-ce une paralysie diphtéritique, et s'il y a une influence de diphtérite, cette influence est-elle une influence de sang resté malade ou au contraire un effet de paralysie ascendante reflexe?

C'est ce que je vais discuter.

1° *Une hémorrhagie cérébrale?* Bien que cette petite ait eu une hémiplégie subite avec amaurose et aphasie, je ne crois pas qu'elle ait eu d'hémorrhagie cérébrale, d'abord parce que ces hémorrhagies sont très-rares chez les enfants de cet âge, ensuite parce qu'elle n'a pas eu de perte de connaissance et que son aphasie, au lieu d'être d'origine centrale par destruction de la troisième circonvolntion de la base de l'hémisphère gauche, était d'origine périphérique par paralysie du voile du palais. Elle ne pouvait parler et prononçait quelques sons gutturaux; mais c'était par paralysie du pharynx et du voile amenant le retour des boissons par le nez. L'articulation des mots était impossible, mais la faculté du langage n'avait subi aucune atteinte. Cette aphasie n'a rien de cérébral et cette hémiplégie subite, sans perte de connaissance, ne saurait dépendre d'une hémorrhagie du cerveau.

2° *Une paralysie essentielle de l'enfance?* On sait que ces paralysies déterminent toujours très-rapidement la diminution de volume des membres avec affaiblissement de leur température, et que les muscles s'altèrent très-vite, perdent leur couleur rouge et leurs stries, deviennent jaunâtres, granuleux et graisseux, ce qui leur enlève toute propriété contractile.

Cette altération se produit très-vite, et elle est appréciable au bout de 8 jours. Or, ici, il y a trois mois que dure la paralysie hémiplégique, et les membres paralysés ont la même température et le même volume que les membres restés sains. S'il y avait eu là cette forme de paralysie qualifiée d'essentielle ou d'atrophique par les uns, et que j'ai appelée *myogénique*, en raison de son origine dans les muscles (1), il est certain que l'on verrait aujourd'hui une atrophie très-marquée de la jambe et du bras droits, ce qui n'a pas lieu; donc notre malade n'a pas de paralysie atrophique graisseuse ou essentielle.

3° *Une encéphalite avec sclérose cérébrale?* Je ne crois pas que notre malade ait eu d'encéphalite avec sclérose cérébrale, parce que l'invasion subite de l'hémiplégie exclut cette pensée. En effet, la *sclérose* ou production de tissu cellulaire au milieu de la substance nerveuse, est la conséquence d'une phlegmasie chronique, et ici le début des accidents a été soudain. Ce n'est pas là le caractère de la sclérose, qui d'ailleurs se caractérise par une contracture permanente des doigts, qu'on n'observe pas chez notre malade.

Il ne s'agit pas là d'une encéphalite aiguë, qui ne débute jamais par une hémiplégie sans symptômes précurseurs, et par une paralysie du voile du palais.

S'il y a aujourd'hui de l'encéphalite chronique avec de la sclérose cérébrale, ce doit être une lésion secondaire consécutive à ce qui s'est passé à l'origine de l'hémiplégie. J'y reviendrai plus loin.

4° *Est-ce une embolie cérébrale artérielle?* Cette question, qu'on ne semblerait pas devoir poser chez cette enfant, qui n'a aucune lésion valvulaire du cœur, et qui ne semble pas disposée aux embolies est cependant toute naturelle. En effet, son œil gauche offre une embolie de l'artère de la rétine, avec atrophie du nerf optique. Or, s'il y a eu embolie dans un œil, il peut y avoir eu embolie dans le cerveau; et, après une hémiplégie subite, l'hypothèse d'une embolie cérébrale n'a rien d'invraisemblable. Cependant une embolie capable de produire l'hémiplégie avec amaurose aurait dû entraîner, au moins temporairement, la perte de l'intelligence. Or, il n'en a rien été, et de plus il y a eu paralysie du voile du palais, ce qui n'a jamais lieu dans l'embolie cérébrale.

Notre malade a-t-elle été atteinte *d'une paralysie de convalescence* ou *d'une paralysie diphtéritique?* Quelques médecins distinguent encore les paralysies de la convalescence dites *par aménie du cerveau* des paralysies diphtériques par *altération spéciale du sang*, comparable à l'altération du sang, qui produit les accidents secondaires de la syphilis. — Telle n'est pas mon opinion.

Toutes les maladies aiguës, y compris la diphtérite, ainsi que je l'ai établi dans mes leçons sur le *nervosisme*, et comme on le voit dans un mémoire de M. Gubler, peuvent, dans leur convalescence, entraîner des paralysies. Voilà le fait en lui-même, et j'ajouterai que non-seulement elles produisent des paralysies, mais encore qu'elles déterminent toutes les autres névroses, telles que *convulsions*, *névralgies*, *spasmes* et *vésanies*.

Maintenant, quelle est la cause de ce phénomène? Est-ce l'anémie? mais l'anémie qui se produit après de grandes pertes de sang, ne produit pas de paralysies secondaires, et chez les anémiques qui n'ont pas de lésion locale d'où puisse venir une action reflexe, il n'y a pas de paralysie. Je ne comprends pas beaucoup la formation d'une paralysie par anémie cérébrale chez un sujet guéri depuis quinze jours, qui a repris ses forces par d'abondants repas. Il faut qu'il y ait là quelque autre influence encore mal déterminée et que j'essayerai de faire connaître dans un instant.

Quant aux paralysies dites diphtéritiques, sont-ce des paralysies secondaires produites par nosorhémie diphtérique persistant après la guérison du mal primitif? Cela est difficile à comprendre et surtout à démontrer. En effet, de simples angines comme les angines couenneuses peuvent produire la paralysie du voile, l'amaurose, la paraplégie ascendante. Marquez, de Cormar, Boucher, etc., en ont vu des exemples, et ces faits assez nombreux sont généralement acceptés comme vrais.

Si l'angine simple et l'angine couenneuse peuvent produire la paralysie du voile, l'amaurose et la paraplégie, la cause doit être la même, et il ne saurait y avoir deux causes différentes. Ce ne peut être, dans le premier cas, une oligohémie du cerveau par affaiblissement de la convalescence, et dans le second, un empoisonnement du sang par la diphtérite, depuis longtemps disparue. Poser la question en ces termes n'est-ce pas la résoudre? Je ne crois donc pas que notre malade ait eu son attaque d'hémiplégie parce qu'elle était anémique dans la convalescence de son angine, ni parce qu'il lui restait quelque chose de diphtéritique dans le sang.

Elle a eu sa paralysie, parce que le nerf glosso-pharyngien resté malade après l'angine couenneuse guérie, a cessé d'exciter les mouvements du voile du palais et que, par ses relations avec le nerf grand sympathique, il a déterminé, par action reflexe, d'abord de l'amaurose, et puis une hémiplégie droite, comme habituellement il entraîne une paraplégie. C'est une paralysie périphérique devenant ascendante par action reflexe, et il n'est pas besoin d'invoquer ici l'influence d'une cause humorale, anémique ou diphtéritique, qui ne peut être démontrée.

Mais si la paralysie diphtéritique n'a rien d'humoral, a-t-elle quelque chose d'organique, et son origine doit-elle être rapportée à une lésion secondaire du cerveau ou des méninges. Je ne le soutiendrai pas d'une manière générale, mais dans le cas qui fait l'objet de cette leçon, la chose n'est pas douteuse, et la cérébroscopie va nous le démontrer.

En effet, chez notre malade, après une amaurose complète

(1) E. Bouchut. *Traité des maladies de l'enfance*. Paris, 5e édit. 1 vol. in-8, p. 204.

ayant duré les trois jours qui ont suivi l'apparition de l'hémiplégie, la vision est revenue dans son état normal. Aujourd'hui cependant, elle est troublée de nouveau, et si elle paraît distincte, d'après les réponses affirmatives de l'enfant, on constate une amaurose de l'œil gauche, c'est-à-dire de l'œil opposé à l'hémiplégie, et correspondant à l'hémisphère cérébral gauche.

De plus, à l'opthalmoscope on constate une atrophie blanche de la papille du nerf optique de ce côté, avec embolie du rameau supérieur de l'artère rétinienne, tandis que dans l'œil droit il n'y a qu'une névrite congestive du nerf optique.

Il y a donc chez cette enfant une maladie des nerfs optiques, consécutive à son accident hémiplégique. Mais si l'extrémité du nerf optique est malade et atrophiée sous l'influence de l'hémiplégie, le nerf est malade dans son étendue et il est certain que la lésion va un peu plus loin que la papille, atteint les couches optiques ou les pédoncules cérébraux antérieurs. Mais si la lésion est centrale, c'est à elle qu'il faut rapporter l'hémiplégie, et alors nous avons pû voir dans l'œil la preuve des altérations qui se sont produites dans le cerveau.

Cette application de la cérébroscopie est, comme vous le voyez, d'un grand intérêt. Dans le cas actuel, elle éclaire non-seulement le diagnostic de la maladie, mais elle permet de discuter au point de vue nosographique la question de nature des paralysies diphtériques, pour savoir si ce sont des accidents secondaires d'altération du sang ou bien des accidents produits par une lésion nerveuse périphérique devenue centrale.

Nous étions en présence d'une hémiplégie diphtéritique, cherchant à savoir si c'était une paralysie anémique de convalescence ou une paralysie d'intoxication diphtérique, et voilà qu'une lésion du système nerveux, visible à l'opthalmoscope, nous force d'écarter ces deux hypothèses, pour ne plus voir dans cette hémiplégie qu'un symptôme de lésion centrale du cerveau.

Si ce fait était unique, on pourrait peut-être croire à une coïncidence, mais j'en ai déjà vu d'autres, qui ont été mentionnés dans mon *Traité d'ophtalmoscopie appliquée au diagnostic des maladies du système nerveux*. J'en ai même observé récemment un chez le fils d'un dentiste de Paris; et chez ces malades, la paralysie diphtéritique était accompagnée d'une hyperémie des vaisseaux propres de la papille. Donc, dans les paralysies consécutives à la diphtérite, il y a, quelquefois au moins, une lésion du système nerveux appréciable pendant la vie, dont il est impossible de ne pas tenir compte, et qui est l'indice d'une lésion plus profonde centrale jusqu'ici inconnue. Dans ces cas, et c'est celui où nous sommes, il n'y a pas à faire de la paralysie diphtéritique une aménie cérébrale ou un empoisonnement du sang, il faut y reconnaître ce qui existe, une congestion localisée de l'encéphale ou de la moelle, pouvant produire plus tard l'atrophie des tubes nerveux et la prolifération du tissu cellulaire à leur place. J'ai donc eu raison de vous dire que la cérébroscopie pouvait dans ce cas nous rendre de grands services.

Maintenant qu'il est établi, d'après cette discussion, que les paralysies consécutives à la diphtérite ont pour cause une lésion centrale, on peut se demander quel est le mécanisme de leur formation.

Résultent-elles d'une embolie capillaire cérébrale formant un petit infractus gênant les fonctions d'un ilot de substance cérébrale?

Pour cela, il faudrait admettre qu'après la guérison de l'angine couenneuse il soit resté dans les capillaires de la glande quelque caillot capable d'arriver dans le cerveau, et cela est bien invraisemblable.

D'une autre part, comme chez notre malade il y a eu embolie de l'artère de la rétine, cette origine de l'émiplégie est possible; mais en général, pour les autres cas de paralysie diphtérique, l'explication ne serait pas exacte, puisqu'il y a plutôt de la paraplégie que de l'hémiplégie.

Je crois plutôt que ces paralysies sont le résultat d'une affection périphérique des nerfs, devenant centrale par irritation ascendante, atteignant les centres nerveux, ou que l'affection du nerf agissant par ses anastomoses avec le grand sympathique et produisant une action reflexe, d'où résulte la paralysie vasomotrice des centres nerveux, il s'en suit une paralysie musculaire.

Ainsi, notre malade a une hémiplégie diphtéritique avec amaurose et paralysie du voile du palais. Cette paralysie n'a rien d'humoral ni de spécifique, et elle dépend d'une lésion cérébrale produite par congestion reflexe.

Dans cette situation, quel traitement devrons-nous prescrire? Déjà la nature a beaucoup fait pour cette paralysie, car l'amaurose complète des premiers jours, l'aphasie par paralysie du voile et l'immobilité de tout ce côté droit ont en partie disparu. Il ne reste plus que l'amaurose d'un seul œil et une hémiplégie incomplète. L'amélioration déjà obtenue permet d'espérer quelque chose de mieux, aussi est-il nécessaire d'aider à ce travail de réparation.

J'ai conseillé les bains stimulants sulfureux donnés tous les jours en qualité de révulsifs, et en outre l'électrisation par des courants continus. M. Chéron, qui s'occupe beaucoup de ce mode d'emploi de l'électricité, a fait monter dans ma salle trois batteries de 12 piles chacune, et c'est avec cet appareil que l'électrisation aura lieu. J'ai déjà obtenu par cette électrisatfon de si bons résultats dans la paralysie atrophique graisseuse, que je ne doute pas que ce moyen ne soit d'une très-grande efficacité.

FRACTURE COMPLIQUÉE DU TIERS INFÉRIEUR DE LA JAMBE

CHIRURGIE CONSERVATRICE. MORT

Observation recueillie par le docteur Gavaillon.

Le 20 juin, mon confrère et ami M. Barre me faisait mander auprès d'un de ses malades atteint de fracture des deux os de la jambe. Dans la nuit, cet homme avait fait une chute d'une hauteur de 3 mètres environ. Quelques heures après nous constations l'état suivant :

A 5 centimètres environ au-dessus de la malléole externe existait une plaie, à travers laquelle plusieurs masses musculaires faisaient hernie. L'un des muscles était contus et déchiré irrégulièrement; l'autre paraissait comme étranglé par la peau de la partie supérieure de la plaie. En dehors, on voyait le péroné faire une saillie de 3 centimètres. Le fragment supérieur présentait une fracture oblique, dont l'extrémité pointue avait perforé la peau. Le fragment inférieur attiré en dedans était caché sous la peau, un peu roulée sur elle-même à ce niveau. Plus en dedans, était la terminaison du fragment supérieur du tibia, au-dessous duquel on constatait quelques bulles de gaz crépitant à la pression du doigt. La fracture du tibia était dentelée, mais plutôt transversale. Au niveau de l'articulation fibro-tarsienne, on ne déterminait pas de douleur par la pression. Cet homme jouissait habituellement d'une bonne santé; sa constitution était excellente. Il n'avait pas l'habitude des boissons alcooliques, rare d'ailleurs dans nos campagnes. Toutes ces considérations et l'absence presque complète d'infection purulente dans nos pays, nous firent repousser tout d'abord l'idée de l'amputation, et nous décidâmes de faire la résection du fragment de péroné qui faisait hernie et de tenter la réduction. Celle-ci fut faite immédiatement, et le membre placé dans un appareil de Scultet, fut soumis à un courant continu d'eau froide. Pendant huit jours nous crûmes n'avoir qu'à nous applaudir de nos tendances conservatrices, mais bientôt l'apparition du trismus, d'une raideur spéciale des muscles sacro-lombaires, le faciès allongé *sui generis*, nous révélèrent la complication redoutable en présence de laquelle nous nous trouvions. Quelques jours après, le malade succombait aux atteintes du tétanos. La fracture présentait un commencement de cicatrisation; la direction du membre était bonne, les fibres musculaires étaient pâles et décolorées. La plaie n'offrait pas d'odeur; la suppuration était normale, quoique peu abondante; le gonflement du membre modéré.

Voilà donc un homme dans d'excellentes conditions hygiéniques qui nous font repousser l'idée d'une amputation. Celle-ci nous aurait-elle mis à l'abri de la terrible complication qui a emporté notre malade? En présence d'un cas analogue, faudrait-il se prononcer hardiment pour l'opération? Toutes ces questions se présentent à l'esprit et nous font regretter qu'il n'y ait pas dans la science de règle plus précise à cet égard.

DU BROMURE DE POTASSIUM

DANS L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Par le docteur E. Rey.

Dans le numéro du 3 juillet dernier, la *Gazette des hôpitaux* publie une observation d'éclampsie puerpérale, dans laquelle le bromure de potassium paraît avoir produit la guérison. L'auteur de l'article, le docteur Raciborski, se garde bien de conclure de ce fait, qu'il croit du reste unique, à l'efficacité réelle du sel bromique dans cette terrible affection, mais il espère que de nouveaux faits viendront confirmer le sien et que l'avenir sanctionnera ce premier succès. Nous partageons cet espoir et nous pensons que les observations ne tarderont pas à se multiplier sur ce point intéressant. Déjà le docteur Cersoy, de Langres, a rappelé, dans le numéro du 29 juillet, un cas de guérison rapide obtenu avec le même agent, par le docteur Shoyer, de Leawenworth (kansas), et qui remonte au 15 avril 1867. A notre tour, nous pouvons citer deux observations qui nous semblent plus concluantes, à divers titres, que les deux précédentes. Les deux cas, en effet, étaient des plus graves, et cependant, dans le premier, les accès diminuent immédiatement d'intensité et de fréquence, pour cesser complétement douze heures après le début du traitement, et dans le second, où la dose de bromure fut élevée, les accès sont arrêtés à peu près instantanément. Dans l'observation de M. Raciborski, au contraire, la maladie ne disparaît qu'au bout de trois jours, et si, dans le fait relaté par le docteur Shoyer, les accès ne reparaissent plus, nous devons faire remarquer que, dans ce cas, une indigestion paraît avoir joué un rôle prépondérant, et que le bromure n'a été donné qu'après l'administration d'évacuants énergiques et quand déjà le calme régnait depuis trois heures. Ajoutons que ce sont les deux seules éclampsies qu'il nous a été donné d'observer et que, par conséquent, nous ne comptons pas d'insuccès.

Obs. I. — Femme V..., 25 ans, multipare, accouche heureusement de deux jumeaux le 4 décembre 1866, à huit heures du soir. Six heures après, une violente attaque d'éclampsie se déclare; une seconde ne tarde pas à la suivre. Je suis mandé aussitôt. Quand j'arrive, vers six heures du matin, les accès sont très-fréquents; on en compte jusqu'à trois par heure. Dans l'intervalle, la femme ne se réveille plus; elle reste plongée dans un état comateux dont je ne peux la tirer qu'en la secouant vivement et lui parlant à forte voix. Interrogée sur ce qui lui fait mal, elle porte la main à sa tête. Le pouls est plein et dur. Nous nous décidons à lui pratiquer une saignée du bras. Le sang coulait encore qu'une attaque la reprend, aussi violente que les autres. Le cas nous paraît des plus graves et réclame une intervention énergique. Connaissant l'impuissance des agents thérapeutiques ordinairement employés, nous pensons qu'il y a lieu d'essayer le bromure de potassium, dont l'efficacité contre les convulsions épileptiques venait d'être démontrée par quelques observateurs, et dont j'avais eu moi-même l'occasion de vérifier les effets sédatifs. Seulement, dans l'incertitude où nous sommes de l'action qu'il pourra produire et en quelque sorte pour l'acquit de notre conscience, nous ne voulons pas abandonner complétement les moyens connus, et nous associons, dans une potion de 150 grammes, à 4 grammes de bromure potassique, 3 grammes d'éther sulfurique et 8 centigrammes d'extrait thébaïque. Une cuillerée à bouche sera administrée toutes les heures, jusqu'à ce que les accès aient diminué notablement de fréquence : alors on ne donnera plus qu'une cuillerée toutes les deux heures. En même temps, il est prescrit de promener des sinapismes sur les membres inférieurs. La potion est commencée à dix heures du matin, et bientôt on remarque un éloignement progressif des attaques et une diminution dans leur intensité. On ne compte plus que 6 accès à partir du début du traitement jusqu'au moment où ils cessent complétement, vers dix heures du soir, c'est-à-dire dans un espace de douze heures, tandis que le matin, dans un laps de huit heures, il en avait été relevé 11. Le lendemain, quand nous revoyons la malade, nous la trouvons plongée dans un sommeil profond et baignée dans une abondante sueur. Nous la réveillons avec peine, elle n'accuse plus aucune douleur et paraît n'avoir aucune conscience de son état présent ni passé. Elle retombe aussitôt dans sa torpeur. Nouvelle potion de 150 grammes avec 3 grammes de bromure, mais sans éther et extrait d'opium, à prendre par cuillerée toutes les deux heures. Le sommeil continue durant toute la journée et toute la nuit; le lendemain nous la trouvons parfaitement réveillée, mais ne sachant de ce qui s'était passé que ce que lui en avait dit sa famille.

Obs. II. — Le 2 janvier 1869, je suis appelé en consultation par mon confrère, M. Borie, de Saint-Germain, auprès de la femme P... La malade est primipare; elle a 36 ans, et sa grossesse date de 6 mois. La première attaque d'éclampsie l'a prise le matin, à trois heures, sans d'autres symptômes précurseurs qu'une sensation de malaise et de fatigue la veille. A partir de ce moment, elle n'a plus aucun repos; les accès vont se renouvelant toutes les demi-heures, quelquefois tous les quarts-d'heure. Vers dix heures, la malade perd complétement la connaissance et les intervalles des accès sont remplis par un coma profond. Quand j'arrive auprès d'elle, à quatre heures du soir, il est impossible de la réveiller et de la faire parler : le coma est complet, la respiration stertoreuse et les membres conservent même un certain degré de raideur après les accès. J'examine aussitôt les organes maternels et je m'assure que la grossesse continue son cours : il n'y a aucune trace d'un commencement de travail. Rien donc à entreprendre de ce côté là : la thérapeutique seule doit fournir les moyens d'arrêter la maladie. Mon confrère avait employé un peu de tout sans succès, sangsues derrière les oreilles, éther et chloroforme en inhalations, laudanum à l'intérieur, bains prolongés, sinapismes. Il était inutile d'insister davantage sur ces moyens. Il fallait chercher des agents plus actifs. Je n'avais rien de mieux à faire qu'à employer le bromure de potassium dont j'avais été si satisfait la première fois et j'ordonnai immédiatement 10 grammes de ce sel dans une potion de 200 grammes. Malheureusement il n'y avait pas de pharmacie dans la localité, et il fallut attendre quatre heures. Pendant ce temps je continuai les inhalations de chloroforme et le laudanum à l'intérieur à la dose de 6 gouttes toutes les heures, sans effet appréciable. A l'arrivée du bromure, j'en fais immédiatement prendre 1 gramme. Une heure se passe sans attaque, ce qui ne s'était pas encore vu, et ce calme n'est même interrompu que par quelques secousses et quelques contractions grimaçantes du visage et des yeux. C'était un accès avorté. J'admininistre un nouveau gramme de sel bromique et j'attends. Deux heures se passent sans nouvel accident : la respiration cesse d'être stertoreuse, la résolution des membres est complète et le sommeil profond. J'administre alors seulement une cuillerée de potion représentant environ 75 centigrammes de bromure, et je quitte la malade en recommandant de continuer cette préparation à a dose d'une cuillerée toutes les trois heures, si l'éclampsie ne reparaît pas, mais de rapprocher les doses si les accès reviennent. Nous apprîmes quelques jours après que les accès ne s'étaient pas reproduits, que la femme était restée plongée dans un sommeil profond jusqu'au lendemain soir, qu'alors elle avait un moment ouvert les yeux en manifestant de l'étonnement sur l'empressement des personnes qui l'entouraient, mais qu'elle était retombée aussitôt dans la somnolence pour n'en sortir définitivement que le surlendemain au matin. 9 jours après elle faisait une fausse couche sans nouveaux accidents.

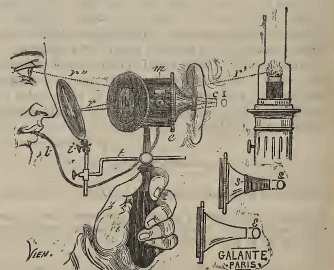
ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 31 août 1869. — Présidence de M. Bouchardat

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet deux exemplaires d'un mémoire de M. le docteur Severin Coussé (d'Albi), sur l'asphyxie par suffocation.

M. le secrétaire annuel met sous les yeux de l'Académie l'otonope pneumatique modifié par M. Galante, sur les indications de M. le docteur Camille Miot.



On peut, à l'aide de cet appareil, exercer des pressions variables sur la membrane du tympan et avoir des idées précises sur la

mobilité de cette dernière, ainsi que sur celle de la chaîne des osselets.

Cet appareil est composé d'un cylindre dont une des extrémités, coupée perpendiculairement, est munie d'un spéculum, et dont l'autre, taillée obliquement, est hermétiquement fermée par un disque de verre.

Sur les parois du cylindre, on remarque deux ajutages : l'un sur lequel on adapte un tube de caoutchouc qui sert à condenser ou à raréfier l'air renfermé dans le conduit auditif externe; l'autre qui sert à mettre l'appareil en communication avec un tube manométrique quelconque. Ces deux ajutages sont munis de robinets qui permettent de maintenir dans le tube auditif, pendant un temps plus ou moins long, une tension déterminée.

Un manche fixé au cylindre facilite le maniement de l'appareil, et supporte un miroir-réflecteur concave à inclinaison variable.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL, en déposant sur le bureau un pli décacheté de M. le docteur Auzias Turenne, donne lecture de la lettre suivante, adressée par ce médecin au président de l'académie :

Il est généralement admis dans le monde des syphilistes que le bubon qui prend ses racines dans un chancre mou (*bubon virulent ou d'absorption, chancre ganglionnaire*, etc.) est voué à une suppuration inévitable.

Il est bien plus incontestablement reconnu que la suppuration de ce bubon étant faite et la fluctuation devenue sensible, la matière liquide doit forcément, surtout quand elle est abondante, trouver une issue à l'extérieur par les propres efforts de la nature ou par l'intervention de l'art. Il en résulte des souffrances longues et vives, des ulcérations de l'aine difficiles à tarir, souvent plagédéniques, et des cicatrices difformes, vilaines, indélébiles.

J'ai trouvé un moyen facile de conjurer ces graves résultats. J'élimine la collection virulente, sans ouverture, sans piqûre, sans écorchure, sans solution de continuité d'aucune sorte.

Pas n'est besoin de médicaments internes, d'emplâtres, d'onguents, de cataplasmes, de bains, de prescriptions hygiéniques particulières.

Il ne s'agit pas plus de syphilisation que de l'intervention d'un virus quelconque.

J'étale simplement, d'un trait de pinceau, sur la partie malade quelques gouttes d'une solution que je ferai connaître; je répète plusieurs jours de suite cette application.

Le malade, qui souffre à peine, vaque à ses affaires et mène la vie commune : ses intimes et ses proches parents peuvent ne s'apercevoir de rien.

Il se rétablit doucement, inespérément.

Que se passe-t-il dans le bubon? Que devient l'amas de pus? Comment disparaît-il?

Je présume qu'il se résout en deux éléments, dont l'un est entraîné dans la circulation, tandis que l'autre transpire par des pores passagèrement agrandis.

Je puis affirmer seulement qu'il vient une époque de la cure où tout à coup la chemise du malade paraît avoir été empesée. Cette surprenante exosmose se reproduit plusieurs fois. La matière excrétée ainsi n'a pas été soumise à l'examen microscopique.

Le bubon s'affaisse et s'efface en conséquence; il ne tarde pas ensuite à disparaître entièrement, sans laisser la moindre trace.

On examine, on tâte, on scrute la partie, on cherche, on veut trouver une ouverture. Il n'y en a aucune; mais il y en a eu mille à peine visibles.

Parfois, le désir de se rendre compte des choses, l'impatient besoin de connaître, deviennent la source d'étranges commentaires. Chacun met en avant une explication ou veut proposer sa théorie.

Mais toujours la surprise et la satisfaction de l'observateur sont égales au ravissement du malade.

De plus, mon remède offre cela de remarquable, qu'il ne possède pas toute cette efficacité contre les abcès non virulents et contre les bubons dont la suppuration n'est pas encore établie, ni surtout ramassée au foyer. Il semble même exaspérer les chancres sur lesquels on l'applique immédiatement. On dirait que le virus est son point de mire, mais qu'il ne va pas au-devant de lui, qu'il ne l'attaque pas directement ou de front.

C'est un remède secret, qui n'est pas nouveau : car Pline et Dioscoride l'ont vanté.

L'usage que j'en fais est nouveau, sans être secret, puisque j'opère publiquement.

Cette découverte, renouvelée des anciens, est susceptible d'applications inattendues qu'on sera curieux à la fois et satisfait d'apprendre.

Quelques-unes de mes opérations ont eu pour sujets des élèves en médecine ou des médecins; pour témoins, des praticiens appartenant à l'Académie, à la Faculté et aux hôpitaux.

Je me réserve d'invoquer leur témoignage. En attendant, je prie l'Académie d'être la gardienne de mon droit de priorité en acceptant le dépôt de ce pli cacheté.

Quelqu'un désapprouvera sans doute la forme inusitée de cette lettre remplie d'espérances! On suspectera peut-être la rectitude de mes intentions. Mais j'espère trouver grâce auprès de ceux qui, témoins de ma persévérace et de mes efforts, et animés du sentiment de la justice, auront à cœur de maintenir intacts les droits de la propriété scientifique.

M. BÉCLARD présente le tome XI[e] du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*.

M. BOUCHARDAT présente, de la part de M. le docteur Dessieux, un opuscule sur l'enseignement de l'hygiène.

RAPPORTS

M. VIGLAT, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

M. CHEVALIER lit, au nom de la commission des eaux minérales, des rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter pour l'usage médical des sources nouvelles à Fhouarie (Maine-et Loire), à Pougues (Nièvre), à Vaour (Tarn), à Meyras (Ardèche), à Bagnerre de Bigorre (Hautes-Pyrénées) et à Vals (Ardèche); les conclusions de ce rapport, affirmatives pour les premières sources et proposant un ajournement pour la dernière, sont successivement mises aux voix et adoptées.

Suite de la discussion sur la vaccine

M. VERNOIS. Je voudrais, aussi brièvement que possible, exposer à l'Académie les raisons qui me portent à penser que le *virus vaccin jennérien n'a pas dégénéré*, et que les faits invoqués pour soutenir l'opinion contraire prouvent seulement sa neutralisation plus ou moins complète dans l'économie, ce qui conduit dans la pratique à des appréciations bien différentes.

Les virus, qui sont très-probablement des êtres déterminés et vivants, ne dégénèrent pas. Ils agissent ou n'agissent point dans l'économie, suivant les conditions en face desquelles ils se trouvent placés.

Dans l'impossibilité où je suis d'accepter la dégénérescence du vaccin jennérien, je prétends que ce qui est tout autre chose que la cause des faits articulés dépend de la neutralisation de ce principe salutaire dans le sang sous l'action de causes incomplétement connues, mal étudiées à ce point de vue, et que j'ai cherché à établir.

J'ai trouvé que tous ceux qui, soit récemment, soit à une époque plus ou moins éloignée, avaient eu des affections où la masse du sang est modifiée gravement dans ses qualités et sa quantité, tous ceux qui étaient convalescents de ces maladies, étaient pour la plupart, sinon tous, fatalement, et presque invariablement les premiers saisis par la variole. La liste des cas où je l'ai vu se déclarer contient des fièvres typhoïdes, des convalescences de scarlatine, de coqueluche, de pleurésies, des cas nombreux de chlorose, de chloro-anémies, d'anémies pures par hémorrhagies, par nourriture insuffisante, par fatigues prolongées des femmes enceintes ou récemment accouchées.

Dans tous ces cas la *centralisation* peut être lente à s'opérer, mais dans quelques circonstances, elle semble marcher d'une manière galopante. Une femme jeune, fraîche, vaccinée, sans maladie antécédente, longue et sérieuse, soigne pendant quatorze jours son enfant atteint du croup; elle veille nuit et jour, mange à peine et subit en même temps les tortures de l'amour maternel : quelques jours après la maladie de son enfant, elle est prise de variole : celle-ci régnait en ville. Incontestablement pour moi, cette femme avait perdu en quinze jours seulement tout le bienfait de la vaccination, aujourd'hui pareil accident ne m'arriverait plus. J'aurais été au-devant du mal par la revaccination immédiate.

Il est encore d'autres circonstances où le même effet se produit. Je signalerai surtout les modifications constitutionnelles qui s'opèrent chez les enfants ou les individus transportés de la campagne dans les grandes villes. Le changement d'air, d'habitation, d'occupations, détermine des altérations profondes et rapides du sang. Et dans les villes elles-mêmes, l'habitude qu'on a laissé prendre aux jeunes filles qui vont dans le monde de faire de la nuit le jour, les fatigues physiques et d'autres surtout morales amenées par ce mode d'éducation, prédisposent à ces résultats fâcheux.

Vous le voyez, dans toutes ces circonstances, il est facile de saisir et d'observer, quand on est prévenu, les cas où le bénéfice d'une vaccination antérieure (peut être tout à fait perdu si on est descendu au minimum de préservation qui équivaut à la neutralisation, les cas, en un mot, où l'état antivariolique acquis a été détruit.

La durée de la préservation est en rapport presque mathématique avec la durée des maladies qui frappent chaque individu vacciné. La revaccination, par quelque procédé qu'elle ait lieu, n'est pas une opération exempte de danger. Les érysipèles, les phlegmons qui peuvent en être la suite ne sont pas fort rares. Elle ne doit donc jamais être pratiquée sans des raisons bien établies. Les revaccinations opérées dans tous les cas où j'en ai signalé l'opportunité sont nombreuses, il est vrai, mais très-salutaires. Que de fois ai-je fait revacciner toutes les femmes enceintes ou récemment accouchées dans mes services d'hôpital. Les revaccinations rétabliront le sang dans l'état antivariolique qu'il avait perdu, et feront diminuer, si cette mesure est partout et largement appliquée, un grand nombre de cas de variole après la vaccine, ceux qui, selon moi, ont été à tort mis sur le compte de la dégénérescence du vaccin jennérien et qui, demain peut-être, alors que le temps aura marché, pourront se représenter *dans toute autre mode de vaccination*, parce que les mêmes maladies générales continueront à frapper l'espèce humaine. Le virus jennérien n'a pas dégénéré. Il subit fréquemment, dans notre économie, une véritable neutralisation.

Jusqu'ici, il ne me paraît pas juste d'abaisser un virus pour exalter l'autre; ils ont tous deux des avantages, mais tous deux aussi peuvent avoir des inconvénients. Si dans l'opération de la vaccination avec le virus jennérien on a le malheur de transmettre la syphilis (quelques cas seulement, à mon sens, semblent le prouver; les autres rentrent dans la catégorie des faits déjà observés depuis longtemps par plusieurs de nos collègues, par Nathalis Guillet et moi, à Necker, et n'appartiennent pas à la syphilis), c'est un *accident très-regrettable*; mais ce n'est là qu'un accident, en face des millions de succès obtenus depuis soixante ans.

Il faut accepter la vaccine animale comme un succédané de la vaccine jennérienne. Je ne l'ai jamais pratiquée moi-même, mais je l'ai laissé pratiquer chez mes malades, soit à l'hôpital, soit en ville. Il ne m'a été donné d'obtenir que des insuccès ou des accidents plus ou moins graves. C'est sans doute le cas d'une mauvaise série; mais je me garderai bien de m'en prévaloir contre elle, et je ne me crois pas autorisé à l'attaquer, à la combattre et à l'arrêter dans le cours des expérimentations qu'elle subit.

Conclusions. — Le virus jennérien n'a pas dégénéré. La théorie de la dégénérescence est basée sur une appréciation erronée des faits qui sont invoqués pour l'établir.

Le virus-vaccin, quand il a perdu sa faculté de préservation contre la variole, est neutralisé dans l'économie, à la façon des autres virus (syphilitique, par exemple), par les *régimes* auxquels on soumet ceux qui ont subi l'intoxication.

Ce qu'il faut rechercher, ce n'est donc pas un autre vaccin, mais la connaissance précise des conditions qui amènent fatalement et habituellement la neutralisation du virus vaccinal ou autre.

La clinique a indiqué et indique tous les jours ces conditions. Ce sont en général toutes les maladies de plus ou moins longue durée ayant pour effet d'altérer et de détruire la quantité et les qualités du sang, qui deviennent les causes les plus fréquentes et les plus certaines de l'aptitude à contracter la variole après qu'on a été vacciné; car elles replacent les individus dans les conditions où ils se trouvaient avant la vaccination.

Les revaccinations pourront donc devenir *rationnelles*, et leur application à tous les cas indiqués sera une des mesures les plus propres à éteindre ou faire au moins diminuer considérablement les cas de variole après vaccination.

Il convient de modifier la forme des certificats dits de vaccine. La simple constatation de la cicatrice vaccinale ne prouvant pas que le porteur de cette cicatrice soit encore sous l'influence antivariolique, il faut spécialement y signaler les maladies antérieures, et, dans le cas où l'une ou l'autre de celles qui ont pour conséquence habituelle la neutralisation du vaccin aura existé, ordonner la revaccination. Celle-ci devra, au reste, tant en ville qu'à l'hôpital, être pratiquée toutes les fois qu'il y aura chez un sujet imminence de la perte de la faculté préservatrice.

La durée de l'action préservatrice du vaccin est tout individuelle. Elle ne dépend que de la nature des conditions antivarioliques ou antivaccinales au sein desquelles chaque individu a vécu.

On peut dans la pratique user du virus jennérien et de la vaccine animale.

La vaccine animale semble avoir les mêmes avantages, et peut avoir quelquefois les mêmes inconvénients que la vaccine jennérienne; mais celle-ci a fait ses preuves depuis longtemps, et il serait très-imprudent de l'abandonner.

Il faut appliquer aux deux méthodes les mêmes règles de surveillance et de précaution.

M. RICORD. Après avoir beaucoup hésité, je me suis décidé à prendre la parole dans cette discussion, parce que j'ai à communiquer quelques faits ou plutôt quelques observations de nature à intéresser l'Académie.

Deux vaccines sont en présence, ou plutôt deux sources de vaccine, ou il n'y a qu'un seul et même virus. La première, celle qui vient de Jenner, est accusée d'être dégénérée. MM. Guérin, Bousquet et Vernois ont trop bien traité cette question pour que j'y revienne. Je ne crois pas à la dégénérescence de la vaccine; j'attribue les différences observées au terrain plutôt qu'à la graine. Mais on adresse encore à la vaccine humaine un gros reproche. Si elle n'a pas dégénéré, dit-on, elle s'est laissé vicier; elle a compromis sa noblesse en se mésalliant, en s'unissant à un autre virus; en un mot, on met en avant la syphilis vaccinale.

Le genre de transmission de la syphilis a été longtemps nié et négligé par l'Académie elle-même. J'en appelle à M. Depaul, qui a fait un grand nombre de vaccinations : prenait-il d'abord toutes les précautions minutieuses qui peuvent faire éviter un tel accident? Non, sans doute, il ne s'en préoccupait pas, il n'y pensait pas; ses rapports ne renfermaient pas un seul mot à ce sujet, avant ce que l'on pourrait nommer l'épidémie d'Italie.

Somme toute, la syphilis vaccinale est très-rare, excessivement rare, très-difficile à reproduire, alors même qu'on inocule le vaccin de sujets notoirement syphilitiques. Pourtant, il y eut un moment où on ne parlait que de syphilis vaccinale; les faits de ce genre se multipliaient à l'infini; au train où cela allait, on pouvait supposer qu'à un certain moment la syphilis vaccinale remplacerait la vaccine. On a considérablement exagéré. On a rassemblé un grand nombre d'observations qui n'avaient pas trait à la syphilis. Du reste, M. Depaul lui-même vous l'a dit, quand on commence à mettre une question à l'étude on prend ce que l'on peut, plus tard on rejette une partie de ces faits douteux que l'on avait d'abord acceptés.

Comme M. Guérin, je suis frappé d'une chose : je ne puis pas ne pas être étonné du grand nombre d'enfants guéris sans traitement, après avoir eu cette soi-disant syphilis vaccinale.

Nous savons ce que c'est que la syphilis infantile, combien est grande sa gravité, quelles extrêmes difficultés nous éprouvons à la guérir par un traitement spécifique bien conduit, continué longtemps. Je sais qu'on a dit : « Il faut distinguer entre la syphilis infantile congénitale et la syphilis infantile inoculée; la première est beaucoup plus grave parce qu'elle saisit l'enfant avant qu'il ait assez de force pour lui résister. » On a dit cela; mais la syphilis inoculée chez les enfants est-elle bénigne? Non certainement, tant s'en faut. Je puis affirmer qu'elle est grave, très-grave, tout aussi grave que toute autre espèce, pour le moins. On a dit encore que la syphilis, étant inoculée, devait être plus faible par le fait même de l'inoculation; mais quand on l'a prend par le contact, à sa source habituelle, elle est inoculée : il ne faut pas se faire illusion sur ce point. Un auteur ancien, Boerrhave, je crois, a même dit le contraire de ce qu'on soutient à présent; suivant lui la vérole serait d'autant plus grave qu'on ne l'aurait pas acquise par ses voies habituelles.

Permettez-moi de rappeler que lorsque je ne croyais pas à la contagion des accidents secondaires, lorsqu'il s'est agi de les prouver contre moi et de me combattre, toutes les syphilis produites par l'inoculation d'accidents secondaires étaient des plus graves, les nourrices infectées par leurs nourrissons étaient des femmes perdues, etc.; maintenant on a changé de point de vue et les mêmes faits sont devenus des plus bénins. Disons donc ce qui est vrai, c'est qu'il y a des véroles fortes et faibles chez les enfants comme chez les adultes, mais que la syphilis inoculée ou non est toujours moins facile à guérir chez les jeunes enfants parce qu'ils offrent moins de résistance. Ceci est pour moi une conviction bien arrêtée et qui s'appuie sur une longue pratique. Je n'admets pas la prétendue bénignité de la syphilis infantile.

M. Guérin, de son côté, a peut-être un peu exagéré dans l'autre sens. Il en était presque arrivé à ceci, que le diagnostic absolu de la syphilis était très-vague, très-incertain!

Je ne connais rien, au contraire, en médecine ou en chirurgie, de plus facile à diagnostiquer que la syphilis dans l'immense majorité des cas; phénomène primitif, chancre induré, puis adénopathie et accidents secondaires et tertiaires plus ou moins éloignés : quand on a ce tableau sous les yeux, il est difficile de se tromper. Je sais bien qu'il peut arriver qu'on se contente de signes insuffisants; ici même, à l'Académie, on a pu présenter des faits sur lesquels on s'était mépris par trop de précipitation. Mais quand on est de sang-froid, on ne se méprend guère. C'est ainsi que moi-même je me suis vu forcé d'admettre la réalité de la syphilis vaccinale, malgré toute ma répugnance. Ce sont les faits qui m'y ont contraint. Ils se sont présentés avec des caractères qui ne me permettaient pas

le doute, car je les avais décrits moi-même. J'ai constaté que je m'étais trompé et je l'ai dit. Je ne sais rien de plus agréable que de reconnaître une erreur qui vous a été démontrée par vos propres règles. J'admets donc aujourd'hui la transmisssion possible de la syphilis par vaccination. Mais, je dois le dire, il est quelque chose qui m'échappe. Je n'ai pas encore pu retrouver, dans les observations publiées, le premier *vaccino-syphilifère*.

Dans ceux de 2e ou de 3e main, cela va tout seul, car l'inoculation produit un chancre, qui lui-même est une source syphilitique. Mais le premier, celui qui eût été atteint de syphilis constitutionnelle, se serait-il développé chez lui quelque accident syphilitique au point vacciné? Chose curieuse, chez ceux qui sont atteints de syphilis constitutionnelle on peut pratiquer toutes les opérations possibles sans que la syphilis influe sur les résultats. Pour ma part, je n'ai jamais vu, dans ma longue pratique, qu'elle y influât le moins du monde. J'ai pu enlever des amygdales couvertes de plaques muqueuses, pratiquer des amputations, des castrations, etc., etc., sans que la guérison fût moins prompte, sans que la cicatrisation se fît moins bien que chez les sujets non syphilitiques. Je n'ai jamais vu non plus un bouton vaccinal devenir chancreux.

M. DEPAUL. Il ne le devient jamais.

M. RICORD. Je suis heureux d'être sur ce point de l'opinion de M. Depaul.

On a dit, et cela paraît juste au premier abord, est-il besoin de savoir à quelle source une maladie a été puisée pour la reconnaître? Non! sans doute, et il m'arrive tous les jours de reconnaître la vérole sans savoir d'où elle provient. Mais est-il donc absolument indifférent de remonter à la source? Eh bien, non; souvent, il peut être fort intéressant de l'étudier. Je voudrais bien étudier le bouton vaccinal qui fournit le virus entaché de syphilis.

La syphilis vaccinale admise, et, je le répète, je l'admets, quel en est le mécanisme? Quelles en sont les conditions pathogéniques? Cela laisse bien à désirer. Y a-t-il union des deux virus, produit hybride? Non, sans doute. Sont-ils donc placés parallélement l'un près de l'autre? On peut le croire.

Il est un point sur lequel j'insiste : la question du sang et de son rôle dans la transmission de la syphilis. Il faut prendre garde de professer des opinions qui, mal fondées, ont pour résultat d'engager à tort, plus qu'elle ne doit l'être, la responsabilité du médecin.

Or, cette théorie, toute de fantaisie, qui fait distinguer entre le sang et le vaccin aurait ce résultat. Je crois qu'il est impossible au plus adroit d'éviter le sang, en recueillant le vaccin sur sa lancette. J'avais demandé ici, à l'Académie, du virus-vaccin le plus pur possible, particulièrement à ce point de vue; je l'ai remis à M. Robin, il contenait des globules sanguins en quantité.

M. DEPAUL. Il en est toujours ainsi. Au microscope, on découvre toujours du sang dans le vaccin le plus pur.

M. RICORD. Je suis très-heureux de voir M. Depaul confirmer encore sur ce point mon opinion de son autorité. Ainsi, quand on nous peint dans le bouton vaccinal la vaccine pure, et la syphilis dans le sous-sol, pour ainsi dire, on invoque là des subtilités théoriques qui ne sont appuyées sur rien, et qui ont le grave inconvénient de mettre en danger le vaccinateur, si la syphilis se déclare sur l'enfant qu'il a vacciné. On peut croire qu'il n'a pas dû prendre toutes les précautions nécessaires, alors qu'il les a prises toutes; qu'il a négligé d'éviter le sang, alors qu'il était impossible de l'éviter. Disons-le donc, si la syphilis peut venir du bouton vaccinal, elle peut y être puisée dans le vaccin aussi bien que dans le sang.

J'arrive au cow-pox. Son panégyrique a été développé trop bien par M. Depaul pour que je le recommence. M. Hérard, d'ailleurs, a tracé entre lui et le virus jennérien un parallèle qui a montré suffisamment les qualités égales de l'un et de l'autre. Ici au moins on n'a pas à craindre la syphilis, car la génisse en est indemne. J'ai fait partie de la commission qui a fait tous les efforts possibles pour inoculer la vérole à la vache et cela sans succès.

C'est un avantage. Mais le cow-pox n'aura-t-il pas un jour sa tache?

Les animaux ont des maladies qui se communiquent à l'homme. C'est une question à approfondir.

En résumé, la syphilis vaccinale est rare. La vaccine humaine et le cow-pox ne doivent être rejetés ni l'un ni l'autre. Il faut au contraire les étudier et les propager en même temps.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion du passage de S. M. l'Impératrice à Lyon, MM. les docteurs Duviard, Rollet, Tavernier (de Lyon) et Guillot (de Villefranche), ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Un Écossais, M. Niel Arnott, a légué 25,000 francs à chacune des quatre universités de Glascow, Saint-André, Aberdeen, Édimbourg, pour favoriser les études de médecine expérimentale et de philosophie naturelle.

— Un cours d'accouchements et manœuvres obstétricales recommencera à la clinique, n° 6, rue des Quatre-Vents, le lundi 6 septembre 1869 à quatre heures. Il aura lieu tous les jours, les jeudis exceptés, et sera terminé à la mi-octobre.

M. le docteur Verrier fera exercer les élèves au toucher et aux manœuvres.

On s'inscrit chez le docteur Stopin, n° 49, rue de Seine.

— La Société de secours mutuels d'Oyonnax (Ain), existant depuis quarante ans, offre 2,000 francs d'appointements fixes à un docteur en médecine, pour faire le service médical. Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. Andréan, vice-président (affranchir).

— Un docteur, diplômé depuis dix ans, désirant voyager ou remplacer temporairement un confrère, ou bien occuper un emploi médical dans Paris et ses environs, offre ses services.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois.. 16 — Un an.... 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Une indisposition de notre rédacteur en chef, M. V. Revillout, nous prive de la Revue clinique hebdomadaire. Nous mettrons à profit ce fâcheux contre-temps pour hâter la publication du compte rendu officiel de la Société de chirurgie.

Polype du ventricule du larynx. — Ablation après section du cartilage thyroïde. — Guérison avec conservation intégrale de la voix.

Par M. le Dr KRISHABER.

(Observation communiquée à la Société de chirurgie dans la séance du 30 juin.)

Le 2 décembre 1868, se présenta chez moi, de la part de M. le docteur Ruffey, son médecin, M. Ch. B..., courtier en vins, âgé de 38 ans, demeurant à Paris.

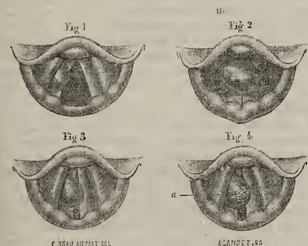
Ch. B... a la voix rauque et la respiration bruyante; il est souvent pris d'accès de toux convulsive et éprouve une sensation de gène qu'il ne peut définir. Son teint est pâle, sa figure maigre; l'aspect général dénote une souffrance continue et offre l'expression particulière d'une hématose incomplète.

Pendant le récit que me fait M. B..., je remarque que la parole est entrecoupée à la fin de chaque phrase par des inspirations longues et entendues à distance. Au repos, M. B... dit ne pas ressentir de gène respiratoire en dehors des moments qui suivent les accès de toux; il n'en n'est pas de même lorsqu'il fait quelques mouvements rapides : dès qu'il monte l'escalier ou qu'il fait une course quelque peu forcée, il éprouve du malaise, est pris de palpitations et d'accès de toux qui le forcent à s'arrêter.

L'examen laryngoscopique fait reconnaître un polype isolé situé au niveau de l'attache antérieure des vraies cordes vocales, de façon à recouvrir une partie du ruban vocal du côté droit.

Ce premier examen est fait pendant l'inspiration la plus forte que puisse exécuter le patient. (Voyez fig. I.) Mais la tumeur se présente d'une façon très-différente, suivant les divers mouvements exécutés avec les lèvres de la glotte. Dans la profonde inspiration, elle semble s'effacer, et on n'en aperçoit que la grosseur d'environ un pois, à contours irrégulièrement ovoïdes; la grosse extrémité tournée en arrière, vers la glotte inter-aryténoïdienne.

Si le malade essaie d'émettre un son (du registre de la parole ordinaire), la tumeur grossit notablement, et recouvre alors les deux tiers de la corde vocale droite, et environ un quart de la corde vocale du côté opposé. (Voy. fig. III.)



Si ensuite on engage le patient à simuler une note aiguë, la tumeur s'allonge en recouvrant la plus grande partie des lèvres de la glotte. Sa forme se rapproche de celle d'une massue légèrement étranglée, au-dessous de son extrémité renflée (V. fig. II); le son est très-rauque, et l'inspiration faite immédiatement après ce dernier mode d'examen est plus bruyante et plus oppressée qu'à l'ordinaire.

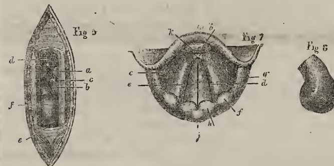
La tumeur, quand elle tendait à reparaître pendant l'inspiration, se cachait dans le ventricule de Morgagni du côté droit. Elle était d'un gris sale sur certains points, complétement blanche sur d'autres.

Toutes les tentatives d'extraction par arrangement, d'écrasement ou de destruction par cautérisation sur place, restèrent infructueuses à cause du mode d'implantation du polype. La tumeur fut érodée (Voy. fig. IV), mais non détruite.

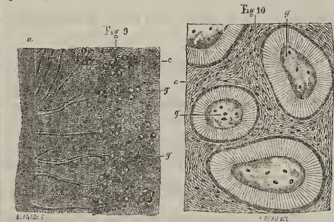
M. Krishaber après 65 jours d'essais réitérés, se décida enfin à faire l'ablation de la tumeur par voies artificielles. Il fit la section du cartilage tyroïde à sa partie moyenne; il pénétra avec une pince dans le ventricule de Morgagni et coupa le polype à sa racine. (Voy. fig. V et VI, qui représentent le moment de l'opération.)



Le polype est représenté par la figure VIII. Son examen microscopique, fait par M. Ramoir, par les figures IX et X. (Fibrome contenant un certain nombre de glandes.)



Le malade était complétement guéri le 35e jours après l'opération. La voix est normale, sa santé générale s'est rétablie rapidement. La figure VII représente le larynx normal, examiné le 41e jour après l'opération.



Voici les conclusions de M. Krisbaber :

1° Il est des cas de polypes du larynx dans lesquels la destruction et l'extirpation par les voies naturelles deviennent impossibles; dans ces cas, on peut ouvrir le larynx directement, obtenir sa cicatrisation complète et la guérison du malade.

2° Le choix du mode opératoire dépendra de la nature de la tumeur et de sa structure. L'ouverture du larynx peut être pratiquée sur les membranes du larynx ou sur un des cartilages.

3° Dans les cas où le polype est implanté dans le ventricule de Morgagni, la section doit porter sur le cartilage thyroïde.

L'écartement que l'on obtient ainsi est suffisant pour l'extraction d'un polype même volumineux, sans section des membranes thyxo-hyoïdienne et crixo-thyxoïdienne.

La section de ce cartilage peut être faite en ménageant les cordes vocales et la voix reste alors intacte. L'ossification présumée du cartilage n'est pas une contre-indication, quoiqu'elle retarde la cicatrisation.

4° La laryngotomie, qui consiste dans la section en masse de tout le corps du larynx, membranes et cartilages, telle qu'elle a été exécutée un certain nombre de fois, doit être rejetée.

Lorsque, au moyen du laryngoscope, on a constaté le siége exact de la tumeur, il suffit d'ouvrir le larynx sur ce siége exact.

5° De tous les procédés employés jusqu'à ce jour pour l'extraction des polypes, l'opération dont je viens de donner l'histoire est celle dans laquelle l'incision du larynx est la *moins étendue*. C'est à ce procédé que j'attribue la guérison du malade.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 7 juillet 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

(Suite et fin)

M. GUYON. La suture du larynx ne paraît pas devoir être d'aucun avantage quant à la facilité et à l'intégrité ultérieures de la parole. Dans sa communication à la fin de la dernière séance, M. Krishaber nous citait un cas de section complète, mais il est vrai chirurgicale du larynx, il ne fit pas de suture et aussitôt le malade put émettre des sons. La suture n'aurait donc d'autre résultat que celui de permettre une cicatrisation plus rapide. Toutefois si le fait de M. Prestat est encourageant, il en est d'autres qui le sont beaucoup moins et l'on peut encore, par la suture de la peau, ajouter aux dangers de la suture profonde.

M. PRESTAT. Ce fait diffère beaucoup de celui de M. Kirsbaber; outre que la plaie était chirurgicale, la suture du larynx était verticale; dans mon observation la plaie était transversale. La suture prématurée de la peau présenterait des dangers, mais il ne faut la faire que lorsque le malade respire bien et je ne l'ai faite qu'une demie-heure après la suture profonde.

M. VERNEUIL. Si M. Prestat nous présente son observation comme une exception heureuse je n'ai rien à dire; mais si on voulait en faire la règle de conduite, je m'élèverais contre cette pratique; l'emphysème n'est pas le seul accident à redouter, on a à craindre des cas de suffocation subite et mortelle, et ceux-ci ne sont pas très-rares. Loin de fermer les plaies du larynx, il faut les abandonner à elles-mêmes et souvent les faire bailler.

M. DEMARQUAY. Je suis d'autant plus frappé du résultat obtenu par M. Prestat que je n'aurais pas cru que la suture eût pu suffire à amener la cicatrisation. J'aurais craint de plus un œdème sous-glottique, et bien qu'il n'y ait pas eu d'accidents, je n'oserais pas suivre la pratique de notre collègue. La suture de la peau me paraît surtout dangereuse, car l'emphysème, s'il survenait, pourrait n'être que le premier degré d'un phlegmon de la région antérieure du cou, et l'on sait combien, dans de pareils abcès, le pus a de la tendence à fuser dans la poitrine.

M. PRESTAT. Moi aussi j'ai été très-inquiet du résultat, j'ai passé les premières heures auprès de mon malade et ce n'est que 24 heures après que j'ai été rassuré.

M. GUYON communique à la société le fait suivant observé dans son service de l'hôpital Necker et présente la malade à la société de chirurgie.

Luxation sous-coracoïdienne complète, datant de plus de trois mois. — Réduction. — Restitution de la forme et des mouvements. Observations recueillies par M. Reverdin, interne du service.

Augustine E..., âgée de 45 ans, entre le 20 avril 1869 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Pauline, n° 12, dans le service de M. le docteur Guyon. Cette femme était atteinte depuis Noël, d'une affection indéterminée souvent compliquée de délire. C'est pendant cette maladie que survint l'accident qui l'amène et dont elle n'a qu'un souvenir un peu confus. Elle raconte seulement que dans le courant de janvier dernier, vers le 15 environ, son beau-frère, en la soulevant dans son lit, lui releva violemment le bras gauche; elle y ressentit une douleur vive et un craquement.

Depuis cette époque, elle se plaignait de souffrir dans son bras, vers la partie inférieure du deltoïde : elle pouvait se servir de son membre pour coudre, pour tenir son balai, mais il lui était impossible d'élever la main ou de la porter en arrière du tronc; elle ne pouvait ni se peigner ni accrocher ses jupons; le médecin qui la soignait lui fit faire des frictions avec diverses pommades, lui prescrivit des cataplasmes et lui appliqua un vésicatoire. Comme son état ne s'améliorait nullement, il lui conseilla d'aller à l'hôpital.

La malade se présente dans l'état suivant : le bras et l'avant-bras sont pendants le long du tronc; l'épaule est aplatie et on sent facilement une forte dépression au-dessous de l'acromion : la tête humérale s'est portée en dedans, au-dessous de l'apophyse coracoïde qui répond à peu près exactement à son axe vertical; par l'aisselle, on trouve cette tête très-élevée. En imprimant des mouvements au membre, on produit de gros craquements : on peut facilement imprimer ces mouvements dans tous les sens, mais ils sont plus bornés que du côté sain, et douloureux dès qu'ils sont un peu étendus. On peut cependant faire toucher le coude au tronc, mais il est impossible de porter la main sur la tête. La malade elle-même n'y parvient pas, et ne la porte pas mieux derrière son dos. Ceci paraît dû en partie au déplacement, en partie à l'atrophie très-notable du deltoïde et des autres muscles du bras.

Le diagnostic est ainsi posé : *luxation sous-coracoïdienne complète de l'humérus, datant de plus de trois mois : commencement de formation d'une nouvelle articulation, atrophie des muscles du segment luxé.*

Le 22 avril, M. Guyon applique le nouvel appareil de MM. Robert et Colin; la malade est chloroformée; une traction de 85 kilogrammes,

le bras dirigé en haut et en dehors, est exercée; cette traction paraissant suffisante, M. Robert détend brusquement l'appareil, pendant que M. Guyon repousse la tête dans sa cavité. La luxation est parfaitement réduite, et il ne s'est produit quelques petites éraillures de la peau de l'aisselle. On enferme le bras dans une écharpe consolidée par quelques tours de bande.

Quelques douleurs assez vives dans l'épaule se déclarent deux heures après l'opération, mais le lendemain elles ont presque cessé, et il n'y a aucun gonflement.

Rien d'autre à noter que quelques fourmillements dans les doigts, pendant quelques jours.

Le 26 on enlève l'écharpe. Les mouvements communiqués sont faciles et ne donnent lieu à aucun craquement; mais la malade est aussi impotente qu'avant la réduction; son bras est pendant, elle ne peut détacher sa main et son avant-bras du lit; les muscles refusent leur service.

Le 29 on commence à imprimer des mouvements au membre et à électriser les muscles tous les matins; à partir du 6 mai la malade prend alternativement un bain sulfureux et une douche de vapeur.

Dès lors les mouvements reviennent graduellement, mais lentement; on fait faire à la malade différents exercices et elle arrive peu à peu à porter la main à sa bouche, puis à son nez, puis sur sa tête. Elle quitte l'hôpital le 24 mai, sur sa demande; elle peut assez facilement mettre la main sur sa tête, derrière son cou, derrière le dos. Elle fléchit l'avant-bras sans point d'appui ; elle lève les épaules; tout cela sans beaucoup de force, mais sans douleur. La guérison n'est pas parfaite, mais le membre commence à rendre quelques services au lieu d'être une cause de gêne.

Le 1er juin la malade revient à la consultation; elle nous dit qu'elle se peigne et s'habille seule; malgré la cessation du traitement elle a évidemment gagné depuis son départ.

Aujourd'hui la société de chirurgie peut s'assurer du bon état de la malade. La forme de l'épaule est normale, et la malade peut exécuter tous les mouvements, vaquer à tous les soins personnels qui lui sont nécessaires, et à ceux de son ménage. Les muscles ont repris leur force et leur volume.

La conduite tenue est donc justifiée par le résultat; mais nous devons surtout dire que les indications étaient bien déterminées. Malgré le temps écoulé, *l'espèce de la luxation et sa variété* permettaient de faire des tentatives, l'état d'infirmité qui avait succédé à la luxation et la certitude de son aggravation ultérieure obligeaient à tenter la cure radicale. Nous savons que notre regretté maître Velpeau insistait sur les résultats que l'on peut obtenir par les mouvements sans réduction. — Nous pensons cependant que dans ce cas l'atrophie musculaire n'aurait été que bien incomplètement combattue sans réduction préalable. Il a fallu même après la réduction persister dans le traitement consécutif pour obtenir les résultats actuels. Décidé à agir dans les limites de la prudence, mais avec toute la puissance nécessaire, l'appareil dont nous avons parlé nous a paru devoir remplir les indications voulues, et nous avons eu l'occasion d'être surpris de la facilité relative avec laquelle la réduction a été obtenue.

M. DEMARQUAY. Explique, par ce fait que la luxation avait lieu chez une femme, la facilité de la réduction, puisqu'il n'a fallu employer qu'une force de 80 kilogrammes.

M. FORGET. S'il est plus facile de réduire une luxation ancienne de l'humérus chez la femme que chez l'homme, cela tient, suivant moi, à plusieurs causes.

Ainsi la plupart des individus qui offrent ces luxations anciennes, se livrent à des travaux qui exigent une action énergique des muscles; ils continuent à travailler avec leur pseudarthrose, les muscles du membre luxé ne perdent rien ainsi de leur nutrition et de leur développement, il en résulte qu'ils opposent une résistance plus grande, chez les hommes, aux manœuvres de réduction que chez les femmes où ils sont tous plus ou moins atrophiés.

Une autre raison à la difficulté de la réduction chez l'homme est l'organisation prompte et solide des liens articulaires qui fixent solidement les os dans leur position anormale.

Pour moi, dans la luxation ancienne il est démontré, par des autopsies, que les obstacles à la réduction se trouvent surtout dans l'existence des tissus fibreux de nouvelle formation, qui constituent l'articulation pathologique.

M. GIRALDÈS. Croit que M. Demarquay s'est trop avancé en émettant l'opinion que la facilité de la réduction tient à ce que la luxation était sur une femme.

M. GUYON. Si je me suis décidé à pratiquer la réduction c'est que l'état du membre conduisait à une infirmité qui serait devenue incurable.

M. LARREY. L'appareil de MM. Robert et Collin, de même que celui de M. Mathieu n'est autre chose que celui de Jarvis modifié, et fût-il même perfectionné, il me paraît regrettable que l'on prenne trop souvent l'habitude de faire intervenir dans la science pour quelques modifications de fabrication le nom d'industriels, sans doute très-honorables et très-habiles, alors que c'est à des chirurgiens qu'appartient le mérite de l'invention scientifique.

M. GUYON. L'appareil de MM. Robert et Collin est une modification de celui de Jarvis, mais ces modifications en ont fait un appareil mieux ménagé, plus commode, surtout pour la réduction des luxations de l'épaule.

M. LÉON LE FORT. M. Larrey a fait l'observation que je me proposais de faire; sans doute dans quelques cas où le chirurgien pose une indication qu'il ne sait comment remplir instrumentalement, le mérite de la découverte des moyens pratiques d'exécution, peut, dans ce cas, appartenir à un industriel, mais il est déplorable de voir la chirurgie française faire intervenir à chaque instant les noms des fabricants quand il s'agit d'appareils et d'instruments. Un chirurgien invente un procédé nouveau, il fait fabriquer l'appareil nécessaire à son application; qu'un fabricant modifie l'appareil primitif en mettant une goupille à la place d'une vis, ou simplifiant même l'instrument, il n'y a rien là qui doive donner place dans la science au nom du fabricant.

Or, dans l'espèce, les prétendues inventions de MM. Mathieu, Robert et Collin, etc., sont scientifiquement nulles; et leur attribuer semblerait laisser croire que l'appareil de Jarvis si connu, puisqu'il est reproduit dans tous les traités classiques anglais, américains, n'est connu des chirurgiens français que par l'intermédiaire de l'industrie. L'ajusteur de Jarvis (de Portland, Conneticut) est cependant connu en France depuis 1846, il a fait le sujet d'un travail de Stout dans les *Archives de Médecine*, 1846, t. XI, et même il est aujourd'hui encore supérieur à celui de nos fabricants par une disposition plus élastique, moins dangereuse, du point d'appui contre-extensif.

M. DESPRÈS. Je ne sais pas pourquoi on donnerait à cet appareil le nom d'appareil de Jarvis, et pourquoi l'on irait chercher des inventeurs hors de France alors qu'un appareil analogue a été imaginé antérieurement par P. Martin.

M. LÉON LE FORT. M. Desprès oublie que l'appareil P. Martin est tout à fait différent. Il est destiné à obtenir la guérison des fractures de la cuisse sans raccourcissement; dans quelques cas à la réduction lente des luxations spontanées dans la coxalgie; et même il est de plus de dix ans postérieur à l'appareil P. Jarvis.

M. GIRALDÈS. J'appuie l'observation de M. Larrey, au point de vue de la vérité, parce que les appareils n'ont pas été imaginés par des couteliers; et, au point de vue des principes, parce que je ne reconnais pas aux couteliers de compétence pour imaginer, modifier, améliorer des instruments dont ils ne connaissent pas l'usage, et l'on en voit aujourd'hui qui ont la prétention de nous donner ces moyens de faciliter tel temps de la cataracte, de corriger les difformités par des appareils et des instruments de leur invention mais dont ils comprennent d'une singulière façon les indications cliniques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel.— LÉON LE FORT.

Séance du 14 juillet 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine.

— M. le docteur Magitot adresse trois brochures : 1° *Étude d'anatomie chirurgicale et topographique sur la bouche* (extrait du *Dictionnaire encyclopédique*); 2° *Essai sur la pathogénie des kystes et abcès des mâchoires*; 3° *De l'acide chromique dans quelques affections chirurgicales de la bouche.*

— M. Ollier chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon envoie : *Des résections des grandes articulations des membres.* (Discours d'entrée en fonctions à l'Hôtel-Dieu).

— M. David Cheever, chirurgien de l'hôpital civil de Boston, adresse une brochure intitulée : *Surgical cases*, contenant des documents importants sur les opérations de polypes nazo-pharyngiens et les résections de la bouche.

— M. le docteur Augé, de Pithiviers, envoie à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, le *relevé des opérations qu'il a pratiquées pendant le cours des dix-huit dernières années.*

Dans une lettre adressée à l'Académie de médecine, et lue à la séance du 22 juin dernier, M. Simpson, d'Édimbourg, constate les succès nombreux obtenus dans les petits hôpitaux, à la suite des opérations, comparativement aux insuccès qui frappent les opérés dans les grands établissements hospitaliers.

Ce fait avait déjà été mis hors de doute par les travaux et les discussions auxquelles s'est livrée la Société de chirurgie lors de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Il est encore plus saillant pour les opérations pratiquées à la campagne, et dans les petites localités, où la guérison est la règle, et la mort l'exception.

En voici la preuve dans le relevé des opérations que j'ai faites depuis dix-huit ans.

Amputations. — 5 amputations de la jambe, au lieu d'élection, par la méthode circulaire.

5 succès :

1° Ecrasement de la partie inférieure de la jambe à la suite d'une chute, chez un vieillard.

2° Carie du tiers inférieur des os de la jambe et du pied, datant de 6 années, à la suite d'une brûlure causée par du sirop de sucre bouillant; ces accidents avaient amené le marasme du blessé. Adulte. — Guérison au bout d'un mois.

3° Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, chez un vieillard. Diarrhée chronique. — Guérison de l'entérite à la suite de l'amputation.

4° Écrasement de la partie inférieure de la jambe par une voiture. Adulte.

5° Broiement de la jambe au tiers moyen par un engrenage de moulin, compliqué de fracture de la cuisse correspondante. Adulte. — Guérison simultanée de la plaie et de la fracture au bout de deux mois.

1 amputation de cuisse par la méthode ovalaire, chez un adulte atteint de tumeur blanche du genou.

Guérison.

1 désarticulation du poignet droit chez un enfant de 15 ans à la suite d'un coup de feu, qui avait emporté la main.

Guérison.

15 désarticulations de doigts à la suite de panaris, d'écrasements ou de coups de feu, chez des jeunes gens.

15 guérisons.

1 désarticulation partielle du métacarpe et des trois derniers doigts, en conservant l'index et le pouce, chez un adulte, à la suite d'un coup de feu. Pas d'autre complication qu'un abcès dans la gaine du cubital.

Guérison et conservation des mouvements de préhension à l'aide de l'index et du pouce.

18 hernies étranglées, 16 guérisons. Sur ces 18 opérés, se trouvaient 8 hommes et 10 femmes, 6 des 8 hommes étaient des vieillards; les 2 autres des adultes.

2 vieillards succombèrent à une prostration cholériforme.

Les 10 femmes guérirent toutes, bien que l'une ait eu des vomissements fécaloïdes avant l'opération; et 2 autres, des fistules stercorales à la suite de l'opération, qui guérirent spontanément. Ces 3 femmes étaient adultes.

Les 7 autres étaient âgées de 50 à 65 ans.

1 anus contre-nature chez un adulte, à la suite de la gangrène d'une anse intestinale, produite par un étranglement herniaire. Opéré avec l'entérotome de Dupuytren.

Guérison. Il resta une petite fistule qui se cicatrisa au bout de quelques mois.

12 cataractes opérées par abaissement chez des vieillards de 55 à 68 ans, 8 hommes et 4 femmes.

Guérison chez 10. *Insuccès* chez 2, savoir : vision incomplète chez un homme à la suite d'une ophthalmie grave. — Abcès et atrophie de l'œil chez une femme.

1 cystotomie hypogastrique à la suite d'une chute sur le périnée, compliquée de contusion, de déchirure de l'urètre, d'abcès du périnée et de rétention urinaire (*Union médicale* du 7 décembre 1865).

Guérison. Retour normal des urines par l'urètre.

1 hypospadias artificiel pour remédier à une oblitération du méat urinaire, suite de phymosis congénial chez un adulte. (*Union médicale* du 19 septembre 1865.)

Guérison.

3 polypes pédiculés volumineux : Un polype fibreux de la partie postérieure des fosses nasales, descendant dans le pharynx. Excision avec des ciseaux en 1852, pas de récidive. 2 polypes mous de l'utérus, chez une femme et chez une vieille fille, opérés par la torsion. Récidive chez la seconde, et chute naturelle du polype dont le pédicule était mince et long.

3 guérisons.

1 fistule lacrymale chez un adulte, opérée d'abord par la canule de Dupuytren, qui s'échappa au bout de quelques semaines; puis par la cautérisation avec le beurre d'antimoine.

Guérison définitive depuis 7 années.

8 cancroïdes de la lèvre inférieure chez des fumeurs adultes.

8 guérisons.

1 cancer du sein gauche amputé. Femme adulte. — *Récidive et mort.*

4 tumeurs bénignes du sein chez des femmes adultes et chez des jeunes filles.

Guérisons.

3 cancers du testicule.

3 morts à la suite de récidive.

Les amputations et les diverses opérations que j'ai pratiquées, dans la petite ville que j'habite, ou aux environs dans la campagne, n'ont jamais été compliquées, les premières d'infection purulente, les unes et les autres d'érysipèle, complications si fréquentes dans ces grands hôpitaux. J'attribue ces résultats non-seulement aux conditions favorables dans lequel se trouvaient mes opérés, mais aussi à la rareté des pansements pour les amputés en particulier, et à une alimentation sagement réglée pour tous les opérés indistinctement.

Je noterai enfin, un très-grand nombre de pustules malignes, que je traite toujours par la cautérisation au fer rouge, appliqué avec énergie, et qui ont constamment guéri, lorsqu'il n'y avait pas infection du sang par le virus.

Seules, les opérations des tumeurs cancéreuses font ombre au tableau. Toutes ont récidivé après la cicatrisation de la plaie, et lorsque les opérés paraissaient hors de danger; une fois la récidive s'est faite aux environs de l'organe opéré, chez la femme amputée d'un sein. La plaie s'était réunie par première intention, lorsque la peau, dans le voisinage de la cicatrice, commença à s'indurer. L'induration gagna vite une partie du tronc, l'aisselle et le bras gauche; puis le tronc tout entier et le bras droit. La malade succomba rapidement.

Quant aux 3 amputés du testicule (2 à droite, 1 à gauche), le premier âgé de 50 ans, fut pris d'un engorgement énorme des ganglions du cou, de ceux de l'aine et probablement d'une infiltration cancéreuse du foie.

Le second, âgé de 28 ans, accusa au bout de quelques semaines, une douleur fixe, violente, au niveau du rein droit, et dans la région du foie, qui devint très-volumineux en même temps que la peau prenait une teinte ictérique très-foncée.

Le troisième, bien qu'il n'eût pas perdu de sang pendant l'opération; bien que la plaie se fût cicatrisée rapidement, conserva de la faiblesse, de l'anorexie, une pâleur jaunâtre de la face, de la flaccidité des tissus, se mit à vomir, et s'éteignit deux mois après l'opération.

M. VERNEUIL propose d'insérer au procès-verbal la lettre ci-dessus de M. Augé, afin que son exemple soit suivi par les chirurgiens de la province, qui pourraient en nous envoyant leurs statistiques intégrales, nous permettre de juger en pleine connaissance de cause la question soulevée en 1861 à l'Académie et reprise par M. Simpson.

M. GIRALDÈS. La statistique de M. Simpson ne prouve pas scientifiquement ce qu'elle a la prétention de prouver; les chiffres de mort et de guérison alignés et additionnés n'ont guère de signification par eux-mêmes; les cas ne sont jamais semblables et les observations seules qui indiquent les particularités d'âge, de sexe, l'état général et local, la cause et la nature de l'opération, ses complications, ses résultats définitifs, ont seuls de la valeur. Les documents fournis par M. Augé ne me semblent pas pour cette raison avoir la valeur que leur attribue M. le Président.

M. BLOT. Je ne saisis pas bien ce que veut dire M. Giraldès et la portée des reproches qu'il adresse à la note de M. Augé. Il me paraît évident que notre collègue n'a pas entendu la lecture qui vient d'en être faite; car M. Augé nous donne précisément les détails que réclame M. Giraldès, et ne se borne pas à donner des chiffres bruts.

M. LIÉGEOIS montre qu'on ne saurait trop mettre en relief les bons résultats que l'on obtient dans les opérations pratiquées à la campagne; il a lui-même, il y a un an, donné à la société la statistique de nombreuses opérations faites par lui dans son pays natal avec un succès presque constant.

M. TRÉLAT. M. Giraldès semble se méprendre sur la portée et les moyens de la statistique. La statistique se borne à grouper un grand nombre de faits, et plus les faits sont nombreux, plus les erreurs tenant à la comparaison de faits non identiques mais comparables

s'atténuent. M. Giraldès réclame pour chaque observation des détails multiples, ce n'est plus là de la statistique. Ainsi, la lettre de M. Augé nous donne un aperçu des résultats de sa pratique; elle ne constitue pas une statistique, mais elle en fournit les éléments.

M. LARREY. Ma qualité d'inspecteur du Conseil de santé m'a permis souvent de visiter de petits hôpitaux civils dans lesquels on traitait dans un service spécial les soldats malades de la garnison; j'ai pu constater souvent la supériorité des résultats obtenus.

M. BOINET fait remarquer qu'on ne peut, dans le cas présent, invoquer l'influence d'une série heureuse, puisque M. Augé nous donne le relevé intégral de ses opérations. Cette dernière condition doit être remplie si l'on veut que la statistique ait une valeur réelle.

M. GIRALDÈS insiste sur la nécessité des détails; sans cela, dit-il, on aurait une statistique comme celle qui, après avoir comparé le nombre de truffes consommées à Paris avec le nombre des habitants, établit que tout parisien consomme par an une certaine quantité de truffes. Quant à l'influence des milieux, tout le monde est d'accord à cet égard.

M. LÉON LE FORT demande à ce que la société établisse pour la France la comparaison des résultats entre les hôpitaux des grandes villes et ceux des petites villes, entre la pratique hospitalière et la pratique de la ville; et pour arriver à pouvoir établir cette comparaison, il demande que la société adresse, par la voie des journaux, un appel à tous nos collègues français.

M. LARREY croit qu'il serait bon de dresser une sorte de questionnaire.

M. VERNEUIL met en relief ce fait important que si l'on meurt beaucoup dans nos hôpitaux d'infection purulente, et très-exceptionnellemen de tétanos, il semble qu'à la campagne cette grave complication des plaies soit plus fréquemment observée qu'à Paris.

COMMUNICATION

M. VAN DE LOO. Quoique le bandage plâtré s'adapte le plus régulièrement possible, c'est néanmoins un fait capital, pour avoir une garantie contre tout accident, qu'on l'applique de manière qu'en tout temps les parties lésées puissent être inspectées avec facilité; en d'autres termes, qu'il soit amovo-inamovible d'emblée.

Etant pénétré d'une conviction entière de ce que je viens d'avancer, j'ai fait mon possible de rendre amovo-inamovibles tous les procédés plâtrés connus qui sont décrits dans cette brochure (j'ai l'honneur d'offrir une vingtaine d'exemplaires à la savante société).

Je me propose uniquement de vous entretenir de l'emploi de pièces de flanelle, procédé par excellence en cas de guerre, qui se trouve bien décrit dans ma brochure, mais pas par rapport à l'application sur le champ de bataille. Voici en quoi il consiste :

Deux pièces de flanelle coupées suivant la forme du membre, imprégnées de plâtre d'un côté et placées par leurs côtés plâtrés l'une sur l'autre; entre elles on a mis une troisième pièce moins large, imprégnée de plâtre des deux côtés, afin de fortifier l'appareil postérieurement. — On doit naturellement en préparer une grande quantité d'avance, les plier ou les rouler afin de les pouvoir placer dans une boîte. Pour les appliquer sur le champ de bataille, on n'a qu'à les plonger dans l'eau jusqu'à ce qu'ils sont bien mouillés, puis les dérouler et les appliquer autour du membre, tout cela se fait en quelques minutes. Cet appareil se laisse ouvrir avec facilité en valve pour inspecter les parties lésées.

Veuillez donc, messieurs, vous mettre au courant des procédés amovo-inamovibles plâtrés, et une fois que vous serez convaincus de leur supériorité veuillez les propager dans l'intérêt de la science et de l'humanité souffrante.

M. Houel lit un rapport sur une observation de polype naso-pharyngien, opéré par arrachement, sans opération préléminaire, par M. le docteur Achille Bonnes, de Nimes.

Au mois de février 1869, Mme A..., âgée de 25 ans, vint consulter, pour la première fois, M. Achille Bonnes. Elle raconta que, depuis plusieurs années, elle parlait du nez et dormait la bouche ouverte, et qu'elle éprouvait souvent le besoin d'avaler. Au mois de juin 1868, la malade rendit, à plusieurs reprises, des caillots de sang. On crut que cela venait de la poitrine. A cette époque, un médecin fut consulté. Il constata un polype du nez, qu'il cautérisa sans succès plusieurs semaines avec un crayon de nitrate d'argent.

Mme A... a une bonne constitution; mais elle est très-nerveuse. Elle a été hystérique à l'âge de 14 ans. Le chirurgien constata, dans la narine droite, une excroissance située à environ 2 centimètres de profondeur; la gauche était libre. La respiration était presque impossible par le nez; la narine gauche permettait encore cependant le passage d'un peu d'air.

Le voile du palais était refoulé en bas, et le polype, du volume d'un gros pois, à son extrémité libre, apparaissait seulement en arrière pendant l'expiration. Le toucher permit à M. Bonnes de constater que la tumeur qui refoulait le voile du palais était implantée à la base du crâne, et il lui était facile d'en circonscrire assez bien le point d'implantation, soit qu'il plaçât son doigt en avant ou en arrière de la tumeur. L'orifice postérieur des fosses nasales était obstrué principalement à droite. Chaque exploration était toujours suivie d'une hémorrhagie.

Bien fixé sur la nature et sur le point d'implantation du polype, le chirurgien, après avoir réfléchi à tous les procédés mis en usage pour l'extirpation de ces sortes de tumeurs, renonça tout d'abord à tous les moyens qui exigeaient une grande mutilation. Il ne voulut pratiquer aucune opération préliminaire. Comme M. Bonnes arrivait facilement à toucher et à circonscrire le pédicule de la tumeur, il songea à armer son doigt d'un instrument assez petit et assez puissant à la fois pour ruginer la surface d'implantation. Il fit faire à cet effet un instrument primitif qui consistait en un dé métallique ordinaire, sur lequel il fit souder un ongle métallique. Essayé sur le cadavre, à l'aide de cet instrument on pouvait assez bien ruginer l'apophyse basilaire; mais le doigt, recouvert en totalité d'une surface métallique, perdait sa qualité essentielle, le toucher; on agissait un peu en aveugle. M. Bonnes eut alors l'idée de modifier son instrument primitif en faisant exécuter, par MM. Robert et Colin, un anneau un peu large sur lequel on souda un ongle métallique qui dépassait à peine l'extrémité de l'ongle de l'opérateur. La pulpe de l'index était ainsi complétement libre. L'instrument, d'une simplicité extrême, était fixé sur la première phalange de l'index au moyen d'un anneau mince de 8 millimètres de hauteur en avant, tandis que du côté de l'ongle qu'il recouvre complétement en le dépassant un peu, et dont il a la forme légèrement courbe, il a 2 centimètres; le bout est tranchant.

C'est le 11 mars de cette année que M. Bonnes, à l'aide de son instrument, pratiqua sur sa malade l'extirpation du polype. Il fit relever le voile du palais au moyen de la sonde de Belloc, puis il commença les tentatives d'arrachement. Ce ne fut qu'après plusieurs essais rapides, à cause de l'obligation dans laquelle se trouvait le chirurgien de retirer de temps en temps le doigt pour laisser respirer la malade, gênée aussi par l'écoulement du sang, qui ne fut jamais très-abondant, qu'il parvint à détacher le polype dans toute son étendue. Le polype ne fut point coupé par l'ongle, mais littéralement déraciné. L'opération dura près d'une demi-heure.

Les suites en furent des plus simples. L'hémorrhagie fut peu considérable; de l'eau fraîche suffit pour l'arrêter. Le polype enlevé, la malade respira facilement par le nez. La journée fut bonne. Il se manifesta quelques douleurs de tête qui n'eurent point de durée, et le quatrième jour la malade reprenait sa vie habituelle. Le sixième jour après l'opération, M. Bonnes, afin de bien s'assurer s'il avait enlevé la totalité du polype, porta son doigt à la surface basilaire, qu'il rugina de nouveau et acquit ainsi la certitude qu'il ne restait plus de trace du pédicule de la tumeur. La malade a été revue trois mois après, et on a constaté qu'elle était parfaitement guérie.

L'examen du polype a montré qu'il avait quatre branches, *qu'il était fibreux dans son tiers supérieur*, où il mesurait 3 centimètres de largeur. La surface d'implantation était presque de 2 centimètres, et il pesait 18 grammes. La branche la plus courte était très-fibreuse; les autres, fibreuses dans leur partie supérieure, perdaient peu à peu leur consistance et devenaient vésiculaire.

L'observation que je viens de rappeler brièvement est intéressante à plus d'un titre : 1° c'est un cas rare de polype naso-pharyngien observé chez une femme; 2° le procédé opératoire, qui a été couronné d'un plein succès, a été, je crois, employé pour la première fois dans ces sortes de tumeurs. Reconnaissons cependant que déjà, bien avant, MM. Legouest et Hergott avaient pu, en faisant pénétrer l'instrument par les fosses nasales, extirper des polypes naso-pharyngiens, ruginer en quelque sorte la surface basilaire. M. Guérin, dans un cas, après avoir incisé le voile du palais et introduit une branche de ciseaux par cette ouverture, dit : « J'ai la conviction que, sans l'incision du voile du palais, mon indicateur parviendrait, sans angoisses pour le malade, sur le pédicule du polype. »

Le premier point, l'existence d'un polype naso-pharyngien chez une femme, ce qui est très-rare dans les annales de la science, est-il contestable ici? Je ne le pense pas. Je ne puis cependant m'empêcher de faire observer que M. Bonnes donne lui-même une description de l'examen de la pièce qui n'est point en rapport avec ce que nous connaissons des polypes naso-pharyngiens, car il a dit : Le polype *était fibreux dans son tiers supérieur; puis, perdant peu après de sa consistance, il devenait vésiculeux.* J'ai eu l'occasion, pour mon compte, de voir un certain nombre de ces tumeurs, et j'avoue qu'aucune ne m'a présenté ce caractère, qui me fait supposer, tout en regrettant un examen plus complet, qu'il s'agit plutôt ici d'un de ces polypes mixtes encore incomplètement décrits plutôt que d'un véritable polype naso-pharyngien.

Le second point, le mode opératoire, mérite aussi de fixer notre attention. J'ai dit, avec M. Bonnes, que le dé me paraît avoir été employé ici pour la première fois pour les polypes naso-pharyngiens. Mais l'instrument n'est point nouveau; déjà Récamier l'avait employé pour les polypes de l'utérus. Seulement, dans l'instrument de Récamier, le doigtier est presque complet, ce qui prive, comme l'a si justement fait observer M. Bonnes, le chirurgien, du tact qui lui est si nécessaire pour le guider.

M. Bonnes, dans les quelques réflexions qui suivent son observation, cherche aussi à établir les indications dans lesquelles, ce qu'il appelle son procédé, peut être applicable, et il semble résulter pour lui que ces cas doivent être encore assez nombreux. Je me permettrai, pour mon compte, d'avoir une opinion tout opposée. Avec M. Bonnes, je reconnais qu'il faut des conditions spéciales, que le pédicule soit bien délimité, qu'il ne soit point très-volumineux et qu'il soit accessible au doigt. Ce sont ces conditions, que, pour mon compte, je n'ai jamais rencontrées. J'ai toujours vu le polype avoir une large base d'implantation, même lorsque les cellules du sphénoïde étaient intactes, et le pédicule s'étendre aux apophyses ptérygoïdes, ainsi qu'à la partie rugueuse de la face inférieure du rocher située en dedans du canal carotidien. Aussi, tout en désirant me servir du procédé de M. Bonnes, je crains que son application en soit difficile, impossible même dans la plupart des cas. Je me demande même, précisément en raison du sexe de sa malade et de la structure de la tumeur, s'il n'a point eu la bonne fortune de tomber sur une variété de polype naso-pharyngien plus facilement énucléable que celles que l'on observe ordinairement; car tout le monde sait que, même lorsque l'on s'est décidé à pratiquer cette opération par la voie la plus large, l'ablation de l'os maxillaire supérieur, il y a encore quelquefois des difficultés d'arrachement telles que l'opération qui consiste à enlever le maxillaire peut être considérée comme plus facilement réalisable que l'ablation du polype.

En résumé donc, cette observation, qui est du plus haut intérêt, viendra s'ajouter aux faits de MM. Guérin et Legouest.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

Séance du 21 juillet 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : Le *Bulletin de thérapeutique*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Montpellier médical*. — Le *Sud médical*.

— Le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 5e année, 1868.

— Le *Bulletin médical de l'Aisne* 1868, n° 4.

— *Relations qui existent entre l'albuminurie et les affections chirurgicales.* — Thèse inaugurale par M. Minas Zantiotis, mai 1869.

— M. Larrey fait don à la Société d'une *collection de soixante portraits encadrés de chirurgiens éminents français et étrangers.*

— M. Ribell (de Toulouse) adresse à la Société un travail intitulé : *Note sur quelques variétés rares de division congénitale des lèvres et sur les procédés opératoires employés pour y remédier.* — Renvoyé à une commission composée de MM. Trélat, Giraldès, Guyon.

COMMUNICATIONS

Anévrysme artériel poplité droit. — Compression mécanique. — Flexion de la jambe. — Compression digitale. — Guérison. — M. TRÉLAT. — C'est aujourd'hui une question résolue que la compression indirecte occupe le premier rang parmi les méthodes de guérison des anévrysmes artériels circonscrits, mais le choix est moins bien établi entre les divers procédés, sur leur convenance dans les différents cas et sur leur opportunité variée selon les périodes de la maladie. Ce qui est possible dans un cas ne l'est pas dans l'autre, et la tolérance des malades est loin d'être toujours la même, ce qui fournit une source d'indications particulières. Dernièrement notre collègue, M. Legouest, nous racontait l'histoire d'un malade qu'il avait guéri après avoir eu recours à sept procédés ou au moins à sept variantes de la compression indirecte.

Un malade que je reçus dans mon service à la fin du mois d'avril dernier me fournit une occasion favorable d'étudier ces questions délicates et litigieuses. Tant pour mon instruction que pour celle des élèves je formai le projet d'employer successivement, en cas d'échec, la compression mécanique, la flexion de la jambe sur la cuisse, la compression digitale. Aucun de ces procédés n'est dangereux et tous comptent des succès nombreux. Mais d'autres motifs, que j'exposai dans une leçon clinique, me guidaient encore dans cette conduite : La compression mécanique ne nécessite pas d'aide; on arrive généralement à la rendre supportable, mais elle est infidèle et agit lentement en raison de ses inévitables irrégularités. Comme la précédente, la flexion de la jambe sur la cuisse supprime les aides; elle a donné de brillants succès, mais elle est souvent très-douloureuse et bientôt insupportable. Elle vaut la peine d'être essayée dans tous les cas, mais il faut s'attendre à être contraint d'y renoncer. C'est une chance à courir. Enfin la compression digitale réclame des aides assez nombreux et attentifs, c'est son inconvénient, mais elle est presque toujours bien supportée et elle donne des succès très-fréquents et souvent très-rapides.

Si j'avais dû me déterminer d'après ces seules considérations, j'aurais très-probablement été conduit à rejeter la compression par les appareils, à essayer la flexion du genou et à en venir promptement à la compression digitale. Mais l'anévrysme que j'avais à traiter était peu ancien, sans caillots, presque complétement réductible; les battements, l'expansion et le souffle intermittent y étaient des plus marqués. Or de toutes mes lectures j'ai retiré cette opinion que la compression absolue ou totale a d'autant plus de chances de donner un bon et prompt résultat que la formation des caillots dans la poche et le développement des collatérales sont plus avancés. J'étais alors conduit à employer d'abord un procédé de compression qui facilitât cette double évolution. La compression mécanique me parut, et me paraît encore satisfaire à cette indication précisément parce qu'elle est rarement totale et qu'elle peut être appliquée longtemps. J'espérais produire dans l'anévrysme des modifications favorables. Mon attente n'a pas été trompée; peut-être même eût-on pu arriver ainsi à la guérison en employant beaucoup de temps et de patience; mais quinze jours avaient déjà été employés, le malade se décourageait et sachant le moyen d'obtenir sa guérison, j'aurais eu bien de la peine à persévérer davantage dans l'emploi d'un procédé qui m'avait donné ce que j'en attendais. C'est alors que j'eus recours à la flexion et si j'ai abandonné ce second procédé, c'est qu'il a été intolérable pour le malade et que malgré des essais répétés et variés il a fallu y renoncer pour en venir à la compression digitale. L'observation un peu laconique mais très-précise rédigée par M. Malassez, mon interne, permettra de suivre les phases de ce traitement dont je viens de donner les motifs.

B... (Alexandre); parents de bonne santé; dans la jeunesse, fièvres.

En 1848, traité pour une maladie de cœur.

En 1850, chancre non suivi d'accidents syphiliques.

Avant 1851, soldat; quelques excès de boissons.

Depuis 1851, mariage; deux enfants de bonne santé; bonne hygiène.

De 1851 à 1857, ouvrier filateur; debout toute la journée pour surveiller et suivre les métiers; jambes un peu enflées le soir.

Depuis 1857, ouvrier dans une fabrique de caoutchouc, occupé à laminer. Milieu à haute température; debout une partie de la journée; cependant, peu de fatigue.

Il y a huit mois, il a commencé à éprouver de la gêne dans le creux du jarret droit; pas de coup ni de chute.

Depuis trois mois il s'est aperçu d'une grosseur qui s'est d'abord accrue assez rapidement pendant un mois pour rester à peu près stationnaire. Depuis quinze jours, il souffre davantage.

État actuel — Tuméfaction de 12 centimètres de haut sur 10 de large. Battement ou expansion. Souffle systolique. Réductibilité presque complète.

Les deux membres abdominaux sont variqueux; leur volume est différent :

	Droite.	Gauche.
Circonférence de la cuisse	47	45
— du genou........	41	38
— de la jambe......	35.5	36.5

La température diffère également :

Température de la cuisse..........	33°6	34°2
— de la jambe.........	31°8	32°

différences en sens inverse de ce qui est observé ordinairement.

Pouls de la pédieuse droite à peine sensible au sphygmoraphe. Ligne à peine ondulée.

29 avril. — Compresseur de Luër appliqué à l'arcade crurale. La pression devient intolérable au bout d'une heure.

30 avril. — Compression à l'anneau du grand adducteur. Le malade le supporte deux heures. Battements diminués, non abolis.

1er mai. — Compresseur plus élastique que le précédent; douleur moindre; effets aussi puissants. D'autre part, le malade ayant appris à se poser l'instrument, la durée de la compression par jour est de quatre à cinq heures en moyenne, distribuée ainsi qu'il suit :

Dès le matin, le malade se place le compresseur à l'arcade crurale et le garde de une heure à une heure et demie.

A la visite, l'interne de service le place à l'anneau; le malade le garde une heure et demie à deux heures.

Dans l'après-midi, même arrangement; mais le malade supporte moins longtemps la compression à chaque fois.

Et ainsi pendant quinze jours. La tumeur diminue, augmente de consistance. Les battements sont moins sensibles; le souffle est un peu moins fort.

15 mai.—*Flexion de la jambe* maintenue avec une bande qui prend la cuisse et le cou de-pied. — Douleur insupportable au bout d'une demi-heure.

Le soir et le lendemain, des douleurs très-vives persistent dans la jambe.

17 mai. — Nouvelle flexion pendant une demi-heure.

Les jours suivants, le malade fléchit lui-même la jambe à diverses reprises, et évalue à une somme de deux à trois heures le temps qu'il reste dans cette position.

La tumeur ne change plus.

28 mai (11 h. 1/2 du matin). — *Compression digitale* à l'arcade, et, de temps à autre, à l'anneau. — Dans la soirée, la compression devient pénible. — A minuit, crampes dans tous les membres; plaintes du malade. — A 2 heures du matin, douleur presque subite et très-vive dans la tumeur et toute la jambe. La compression est cessée, et on s'aperçoit que la tumeur, qui battait un moment avant, est silencieuse et résistante.

29 mai. — La tumeur, examinée le matin avant la visite, paraît sans battement à plusieurs personnes. — A 9 heures, il s'aperçoit de quelques battements légers à la partie inférieure de la tumeur. M. Trélat le constate à la visite. Il n'y a pas de souffle.

On abandonne la tumeur pendant quelques jours. Le malade éprouve dans les genoux des douleurs qui se passent spontanément après avoir duré deux jours.

4 juin. — La tumeur bat évidemment, quoique très-faiblement. Il n'y a pas d'expansion; c'est plutôt un soulèvement. Léger bruit de souffle systolique.

Les jours suivants, les battements et le souffle sont nettement constatés dans des explorations répétées et minutieuses.

11 juin. (12 h.). — *Nouvelle compression digitale.* — A 4 h. 1/2; ausculation de la tumeur. Il semble exister un léger bruit synchrone aux pulsations artérielles; quelques-uns des assistants ne le constatent pas.

A 6 heures, plus rien. La compression est suspendue.

12 juin. — M. Trélat ne trouve plus ni battement, ni souffle.

14 juin. — M. Broca constate également la guérison du malade; il conseille une bande roulée pendant quelques jours autour de la jambe.

24 juin. — *Exeat.* — La tumeur diminue visiblement. La guérison paraît assurée.

(Sera continué.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Strasbourg a terminé son année scolaire le 28 août. Pendant ce dernier mois, le nombre des examens s'est élevé à environ 370, et celui des thèses à 29. A Paris, le commencement des vacances est fixé au 15 août.

— Nous sommes heureux d'apprendre que le choléra a complétement disparu de la province du Bengale.

— Le typhus sévit cruellement depuis trois mois à Erzerum. Un de nos confrères, le docteur Delort, médecin sanitaire désigné par le gouvernement français, est mort victime de son admirable dévouement.

— A céder, après 3, 6 ou 12 mois de collaboration, une excellente position médicale à Paris. S'adresser au bureau du journal.

— Un docteur, diplômé depuis dix ans, désirant voyager ou remplacer temporairement un confrère, ou bien occuper un emploi médical dans Paris et ses environs, offre ses services.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

Études médicales sur les serpents de la Vendée et de la Loire-Inférieure, par le docteur A. Viaud-Grand-Marais, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Nantes, membre de la Société botanique de France, etc. 2e édition, 1 beau vol. in-8° de 260 pages, avec figures dans le texte. Prix : 5 fr.

Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris. Tome III (IIe série). 1 vol. in-8° de 770 pages. Prix : 7 fr. 50.

Faits cliniques de laryngotomie, par le docteur Charles Planchon, ancien interne des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-8° avec 2 belles planches en lithographie. — Prix : 3 francs.

Éléments de physiologie, par le docteur Hermann, professeur de physiologie à l'université de Zurich. Ouvrage traduit de l'allemand sur la 2e édition, par M. Roye. Revu et annoté par le docteur Onimus. — 1 vol. in-8° de 530 pages, avec 62 figures intercalées dans le texte. Prix : 9 francs.

De l'alcool, son action physiologique, ses applications thérapeutiques, par le docteur Godfrin. — In-8°. Prix : 2 francs.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 6 septembre 1869.

Veni, vidi... scripsi. Notre cher collaborateur, M. Revillout, obligé de s'absenter pour se remettre de l'indisposition dont il a été subitement atteint, j'ai dû hâter mon retour, et, en descendant de wagon, m'informer de ce qui pourrait intéresser nos lecteurs. Voici le petit butin que j'ai recueilli à leur intention. Il est emprunté au *Compte rendu* de la dernière séance de l'Académie des sciences.

Actions reflexes des nerfs sensibles sur les nerf vaso-moteurs. — On sait combien sont variées, compliquées, et, partant, difficiles à étudier, les actions reflexes des nerfs sensibles sur le système vaso-moteur. Il n'a pas été possible jusqu'à présent de donner une explication satisfaisante de toutes les contradictions apparentes qu'a révélées l'étude de cet ordre de faits. M. E. Cyon, dans une note présentée à l'Académie des sciences par M. Cl. Bernard, s'est proposé de rechercher les causes de quelques-unes de ces contradictions; il s'est appliqué à déterminer la cause par laquelle l'excitation d'un nerf de sentiment peut produire des effets reflexes tout à fait opposés, les uns aux autres. Dans des recherches antérieures faites avec le concours de M. Ludwig, M. Cyon avait déjà établi que l'excitation des nerfs sensibles des muscles produit des actions reflexes sur le système vaso-moteur, qui diffèrent tout à fait de celles produites par l'excitation des nerfs sensibles de la peau. Ses nouvelles expériences lui ont démontré qu'un changement opéré sur les centres nerveux a une influence encore plus décisive sur ces phénomènes reflexes. Il a constaté, en effet, toutes les fois qu'il a fait sur des animaux l'ablation des lobes cérébraux, que les actions reflexes deviennent tout à fait constantes. Tandis que, avant cette opération, l'irritation d'un nerf sensible produisait tantôt un rétrécissement, tantôt une dilatation des vaisseaux, la même irritation, après l'extirpation des lobes cérébraux, produit constamment une paralysie des nerfs vaso-moteurs, et par conséquent une dilatation des vaisseaux. D'où M. Cyon paraît disposé à conclure que dans le premier cas le rétrécissement des vaisseaux tient à une réaction causée par le sentiment de douleur que l'animal éprouve pendant l'irritation des nerfs sensibles, tandis que la réaction purement reflexe d'une irritation des ners sensibles, la conscience et le sentiment de douleur étant abolis, est une dilatation des vaisseaux.

M. Cyon a fait sur des animaux anesthésiés par l'opium et le chloroforme, des expériences qui s'accordent avec les précédentes pour étayer cette explication des variations que présentent, dans les conditions communes, les phénomènes reflexes en question.

Effets de l'électricité comme moyen thérapeutique contre les accidents de l'inhalation d'éther et de chloroforme.

En 1851, M. le docteur Abeille avait exposé, dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences, les effets qu'il avait obtenus de l'emploi de l'électricité pour combattre les accidents produits par les inhalations d'éther et de chloroforme. Dans un nouveau mémoire qu'il vient d'adresser à ce corps savant, il fait connaître les résultats que lui ont donnés de nouvelles expériences exécutées sur des animaux, comparativement avec une pile à courants continus de faible intensité, comme celle de Remak ou de Grenier, et avec l'appareil induit de Legendre et Morin. Quand l'anesthésie est poussée au point que la respiration cesse d'une manière complète et définitive, et que le pouls disparaît, le cœur ne donnant plus à l'auscultation et à la palpation aucun signe de contraction, les courants continus appliquées, le pôle positif à l'anus, le négatif à la bouche, tant avec l'appareil de Remak qu'avec celui de Grenier ne parviennent pas à rappeler les animaux à la vie. L'électro-puncture avec ces mêmes appareils ne produit pas dans ces cas de meilleurs effets. L'électro-puncture, au contraire, au moyen de l'appareil induit de Legendre et Morin, portée sur l'axe cérébro-spinal, rappelle quelquefois les animaux à la vie.

Dans un état un peu moins grave, la respiration cessant, mais les battements du cœur étant encore perceptibles à l'auscultation, avec les mêmes appareils à courants continus, on parvient à rappeler parfois les animaux à la vie ; avec l'appareil induit et par voie d'électro-puncture on y parvient plus facilement et plus souvent encore.

Quand l'anesthésie est très-profonde, mais que la respiration n'a pas tout à fait cessé et que le cœur bat encore ostensiblement, état dans lequel les animaux abandonnés à eux-mêmes périssent toujours, les appareils à courants continus rappellent toujours à la vie.

Enfin, l'auteur s'est assuré, par des vivisections, qu'après la cessation complète de la respiration et des battements apparents du cœur et du pouls à la palpation et à l'auscultation, alors que l'animal paraît bien mort, le cœur continue à se contracter quoique faiblement pendant seize minutes au moins, avec des intermittences d'arrêt de 5 à 8 secondes, et que l'électro-puncture de l'axe cérébro-spinal ranime les contractions, les rend plus saillantes, en même temps qu'elle fait contracter fortement le diaphragme, tandis qu'exercée sur le cœur lui-même elle en fait cesser aussitôt les contractions.

Sur 38 cas de mort apparente sur l'homme, dans lesquels l'électricité a été employée, 5 fois ou dans un peu moins d'un 6e des cas, les malades ont été rappelés à la vie. Dans ces 5 cas, c'est à l'électro-puncture qu'on a eu recours, immédiatement ou très-peu de temps après l'explosion des accidents. Dans les 33 autres cas, dans lesquels les malades ont succombé, ce n'est que de 10 minutes à une 1/2 heure après qu'on a eu recours à l'électricité. — La conclusion de ces expériences se tire d'elle-même.

Nous nous bornons à enregistrer le titre de trois communications intéressant l'hygiène publique, qui ont été faites dans la même séance ; savoir : une note de M. Charrière sur un moyen de sauvetage des incendiés ; un mémoire de M. Armand relatif à un antidote de la nicotine (le cresson de fontaine, qui, en détruisant la nicotine, conserverait l'arome du tabac) ; et un ouvrage publié en allemand, sur l'assainissement des espaces fermés au moyen d'une ventilation à travers des corps poreux. M. le général Morin, dont on connaît le zèle pour tout ce qui touche aux intérêts de l'hygiène publique, nous dira bientôt sans doute ce que peut valoir ce moyen d'assainissement.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. RICHET.

De la périnéoraphie.

(Leçon clinique recueillie par M. le docteur A. DUBREUIL).

Dans le courant de l'année scolaire qui touche à sa fin, j'ai deux fois, devant vous, pratiqué l'opération de la périnéoraphie, et deux fois j'ai obtenu un résultat dû, je puis le dire, à la modification que j'ai apportée au procédé opératoire. Je vais, dans un instant, pratiquer encore une opération de ce genre ; mais qui, en raison de la cause et de l'étendue des désordres que j'aurai à réparer, présente des conditions insolites. Aussi, avant de vous parler de la malade qui va venir à l'amphithéâtre, je désire vous dire quelques mots de la périnéoraphie en général.

Dans l'immense majorité des cas, la déchirure du périnée est le fait de l'accouchement. Normalement, chez la primipare, au moment où la tête franchit la vulve, il se produit une déchirure de la fourchette. Quelquefois, soit en raison du volume plus considérable de la tête de l'enfant ou des efforts exagérés d'expulsion, soit par la négligence de l'accoucheur qui n'a pas soutenu le périnée, la solution de continuité s'étend plus en arrière. Tant qu'elle n'a pas pris des proportions trop grandes, les seuls efforts de la nature, aidées par le repos, la position et au besoin l'application de quelques serres fines suffisent pour procurer la guérison. Mais si la déchirure a été plus étendue, l'intervention chirurgicale devient nécessaire, et c'est Roux qui a établi les règles de l'opération destinée à réparer les désordres, opération bien simple du reste, mais aussi assez souvent infructueuse, si on la pratique telle qu'il l'a ordonnée. Aviver les bords de la solution de continuité, les rapprocher et les maintenir unis par la suture enchevillée, voilà ce que faisait Roux. Ainsi pratiquée, cette opération, je ne crains pas de le dire, présente un vice qui en compromet fréquemment le succès. En effet , la ligne d'affrontement périnéo-vulvo-vaginale se trouve placée à la partie la plus déclive du conduit vulvo-vaginal et forme là une sorte de dépression où les mucosités venues de l'utérus et du vagin s'accumulent et s'infiltrent, infiltration dont vous comprenez d'avance le mauvais résultat.

C'est à obvier à cet inconvénient qu'ont tendu mes efforts, et ils ont, je puis le dire, été couronnés de succès.

Voici comment je procède : j'avive d'abord, comme Roux, les deux côtés de la déchirure ; puis je fais, sur la muqueuse vulvo-vaginale et en arrière de la partie la plus élevée (la plus rapprochée de l'utérus), une incision transversale dont le milieu se comprend avec le sommet de la plaie avivée, de façon à avoir une sorte de T. Je dissèque ensuite la muqueuse de chaque côté, dans l'espace compris entre l'incision transversale et la déchirure, et j'arrive ainsi à avoir de chaque côté un lambeau de muqueuse de forme triangulaire, à sommet supérieur et interne libre, à base inférieure et externe adhérente. Avant de réunir les parties profondes par la suture entortillée, je rapproche ces deux lambeau muqueux sur la ligne médiane, et je les fixe l'un à l'autre au moyen de quelques points de suture entrecoupée, pour lesquels je me sers maintenant de fils de soie et non de fils d'argent, qui sont loin de présenter les avantages qu'on leur a attribués. Puis je réunis les parties profondes par la suture entortillée pour laquelle j'ai remplacé les morceaux de soude par des rectangles de gutta-percha, que je trouve beaucoup plus commode.

En agissant ainsi, la portion vulvo-vaginale de la ligne de réunion, au lieu de former une rigole, devient saillante et constitue une sorte de crête qui remplace (en l'exagérant la colonne existant normalement sur la paroi postérieure du vagin, saillie qui protége la réunion contre les liquides utéro-vaginaux, qui sont ainsi déviés sur les côtés et ne peuvent pénétrer entre les lèvres de la plaie. C'est là une modification qui, peu importante en apparence, n'en exerce pas moins la plus grande influence sur le résultat de l'opération.

J'en viens maintenant à la malade, que je vais opérer, et qui présente un état complexe. Son périnée a été détruit par un chancre phogédénique, et aujourd'hui, il est remplacé par une vaste gouttière étendue de l'orifice anal à l'orifice vaginal. Le sphincter de l'anus paraît avoir été compromis dans une partie notable de son étendue, en avant, mais il en reste encore quelques fibres.

L'anneau vaginal est à peu près complet, mais la cloison qui sépare les deux conduits est percée d'un petit trou taillé comme à l'emporte-pièce. En outre, cette cloison semble comme dédoublée, et au fond de ce dédoublement, on aperçoit une ouverture à travers laquelle on voit le rectum.

Il y a donc là une fistule recto-vulvaire.

Les fonctions rectales et génitales sont à la fois compromises. Les gaz, les matières liquides s'échappent involontairement à travers l'anus, et, d'autre part, vous comprenez sans peine quel obstacle une pareille lésion oppose à l'acccomplissement de l'acte génésique.

Or, je crois qu'en présence d'un pareil désordre, il est nécessaire d'intervenir d'une façon utile. Le chancre antécédent ne me paraît pas un obstacle ; il est aujourd'hui cicatrisé, et nous savons que le chancre phagédénique n'est pas un chancre infectant. Cette femme n'a, en effet, présenté aucun signe de syphilis constitutionnelle. Je vais donc procéder à l'opération. Mais ici, ce n'est plus une périnécrophie, c'est une véritable périnéoplastie que je dois pratiquer.

La présence de la fistule recto-vulvaire est une difficulté. La négliger serait s'exposer à un insuccès. Après avoir pesé la valeur des divers modes opératoires auxquels on pouvait songer en ce cas, je me suis arrêté au suivant. Je commencerai par obturer la fistule recto-vulvaire, et pour cela, je taillerai, de chaque côté de cette fistule, dans le vagin, deux petits lambeaux de muqueuse que je renverserai du côté du rectum en les adossant par leur surface de cimentation, et faisant ainsi ce qu'on a appelé l'autoplastie en volet ; je n'appliquerai pas, pour les maintenir, un fil spécial, mais je les ferai traverser par le fil médian de la suture périnéale. Ce premier temps terminé, j'aviverai le périnée, et je terminerai l'opération, comme je l'ai décrite en commençant, en me servant, pour la suture enchevillée, de lamelles de gutta-percha et de fils de soie, que je préfère aux fils métalliques.

Cette opération, pratiquée le 12 juillet, a été suivie d'un succès complet. Aujourd'hui 29 juillet, la malade a été examinée avec le plus grand soin, et on a pu se convaincre qu'il ne restait plus trace des lésions qui l'avaient amenée à l'hôpital. L'orifice anal a repris sa tonicité, et ne laisse échapper ni les matières liquides, ni même les gaz

HOPITAL CIVIL DU HAVRE. — M. FAUVEL.

Fracture compliquée de la jambe à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Suture osseuse du tibia trois semaines après l'accident. Guérison.

La suture des os, qui peut mieux que la plupart des autres moyens de contention, maintenir les fragments des os en contact immédiat et solide, tend chaque jour davantage à se généraliser dans la chirurgie française où elle sera bientôt aussi souvent employée qu'elle l'est déjà en Amérique et dans les pays d'outre-Rhin.

Pendant longtemps les tentatives de Flaubert (de Rouen) n'avaient pas un écho très-sympathique, et malgré les essais de Velpeau, de M. Laugier, la suture des os n'était employée que très-exceptionnellement chez nous, mais avec le temps on est revenu des répulsions qu'elle inspirait, et M. Demarquay a parlé, en 1867, d'une opération de ce genre qu'il avait faite avec succès à la Maison de santé pour une pseudarthrose. Le professeur Broca, M. Al. Guérin, ont entretenu récemment la Société impériale de chirurgie de cette suture appliquée au traitement du bec-de-lièvre. Le docteur Dauvé a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 23 février 1869, une observation remarquable de cette opération; enfin le professeur Richet a présenté (séance du 3 août 1869) à l'Académie de médecine, une jeune fille, à laquelle il avait pratiqué la suture des os dans une résection fémoro-tibiale.

Le docteur Fauvel (du Havre) a déjà pratiqué plusieurs fois cette suture osseuse, et il a obtenu récemment un quatrième succès, dont voici le détail.

Le 31 août 1868, le nommé M... (Marius), âgé de 24 ans, venait de conduire des sacs et retournait à vide. Il était monté dans son camion lorsque, sur le boulevard Impérial, à la hauteur de la sous-préfecture, il rencontre un cocher de fiacre qui allait très-rapidement et faisait claquer son fouet. Le cheval de Monville effrayé, s'emporte; il tire sur les guides pour le maintenir; elles cassent; alors il saute à terre pour l'arrêter et il tombe sous une des roues.

Il est aussitôt apporté à l'hôpital, et on constate les désordres suivants:

Fracture oblique du tibia à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur. Plaie à ce niveau, par laquelle le fragment supérieur sort de 2 à 3 centimètres. Fractures multiples du péroné au niveau de la fracture du tibia et au-dessus. Contusion antéro-interne de la jambe au point où la roue a passé.

Monville est d'une excellente constitution et d'une bonne santé; il est sobre et n'a jamais été malade. Ces antécédents encouragent à vouloir conserver le membre. Dans l'idée que l'immobilisation était le meilleur préservatif de l'inflammation, on fit appliquer sur le membre des attelles en plâtre (appareil de Maisonneuve), laissant à la vue la plaie et la peau contuse.

Le 5 septembre, le blessé ne peut supporter l'appareil, qui est enlevé. Il y a une tuméfaction considérable, de la chaleur et une douleur excessive. On panse avec des émollients. La jambe est maintenue aussi bien que possible dans une boîte (boîte de Galien).

Le 10 septembre, il est pratiqué deux longues incisions en dedans et en dehors de la jambe, depuis les chevilles jusqu'au genou. Il sort une quantité considérable de pus qui soulage le blessé.

Ce phlegmon et les incisions qu'il avait nécessitées rendaient difficile, sinon impossible, le maintien des fragments au moyen d'un appareil. Plusieurs tentatives ayant échoué, le chef de service résolut, le 20 septembre 1868, de pratiquer la suture métallique.

La jambe est placée dans la boîte, les fragments du tibia maintenus par la suture, et on panse les plaies deux fois par jour. Il se déclare presque aussitôt une eschare au talon : nouvel inconvénient; car, pour le pansement de cette eschare, on était forcé d'élever la jambe, et malgré les plus grandes précautions, on empêchait la consolidation de se faire. Après la suture, il reste dans la boîte jusqu'au 9 novembre. On panse toujours deux fois par jour. Les plaies sont cicatrisées; il ne reste plus que l'eschare et une petite plaie au niveau de la suture.

Le 9 novembre, on tend encore à immobiliser la jambe. Un appareil plâtré est posé; le blessé le garde vingt jours.

Le 28 novembre, on est obligé de l'enlever; il s'est encore form formé des abcès; de plus, le malade est pris d'une hémorrhagie assez abondante. On donne issue au pus. La jambe est replacée dans la boîte et on panse de nouveau les plaies. Pas encore de traces de consolidation.

La suture métallique est enlevée le 8 janvier 1869. La consolidation est commencée, mais incomplète; les plaies de la jambe cicatrisées, ce qui permet d'appliquer de nouveau des attelles plâtrées.

Le 20 janvier, on est forcé d'enlever l'appareil. Il s'est encore formé des abcès. La jambe est placée dans une boîte, et elle y reste jusqu'au 2 mars. La consolidation semble être parfaite; mais le pied est dévié en dedans. On place la jambe dans une gouttière pour la redresser; mais le blessé ne peut la supporter à cause de la douleur. On replace la jambe dans la boîte, jusqu'au 15 avril. Le 15 avril, on place un appareil inamovible dans le but de redresser le pied; appareil avec silicate de potasse. Le malade le garde 22 jours. Obligé de l'enlever à cause de la douleur, on maintient la jambe avec des attelles. Le 6 mai, la consolidation est parfaite, le blessé marche. On ne se sert plus que d'une bande roulée. Le pied est toujours dévié en dedans.

Le 30 juillet, la jambe est placée dans un appareil. Le pied-bot est redressé et le blessé marche peu après vers sa guérison, qui est complète aujourd'hui.

Voilà un heureux résultat de plus à mettre à l'actif de cette opération de la suture des os, et à en juger par les observations publiées depuis quelques années, on peut prédire qu'elle fera son chemin. L'idée de traverser l'os avec un foret ou vrille ou un poinçon, pour laisser ensuite à son contact un fil métallique, peut-elle encore arrêter quelques opérateurs par la crainte de voir apparaître des accidents fâcheux? Les observations précitées répondent déjà d'une manière décisive. De plus, nous pouvons ajouter que le docteur Bérenger-Féraud, de la marine impériale, a publié dans ses recherches sur la suture osseuse de nombreuses observations, qui prouvent que l'opération a été souvent utile, jamais nuisible, et dans le *Traité de l'immobilisation directe des fragments dans les fractures*, qu'il imprime en ce moment, il en cite 80, sans compter les 12 que le docteur Bigelow (de Boston) vient de publier tout récemment, et dans aucun de ces cas l'opération n'a été la cause d'accidents.

Des faits déjà assez nombreux sont donc en faveur de la suture des os, et, ainsi que je viens de le dire, on peut espérer qu'étant mieux connue désormais, elle sera appréciée à sa juste valeur et entrera dans la chirurgie courante française, comme elle est déjà vulgarisée dans les pays voisins du nôtre.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
Sur les opérations de cataracte.

Par le Dr Xavier Galezowski (1).

Dans notre précédent article, nous avons développé les avantages de la *méthode combinée*, que nous avons adoptée pour les cataractes corticales molles et incomplètes. Mais pour que notre méthode donne des résultats satisfaisants, elle doit être pratiquée dans des conditions favorables et appliquée à des cataractes dont le noyau ne soit pas dur, et se laisse, par conséquent, imbiber et ramollir.

Les cataractes à noyau dur peuvent rester, au contraire, pendant plusieurs mois en contact avec l'humeur aqueuse ou vitrée sans subir la moindre résorption. M. Richet (2) a eu l'occasion de disséquer l'œil d'un malade, opéré six mois auparavant par abaissement, et il a trouvé le cristallin dur et sans capsule à la partie inférieure du corps vitré, sans aucune trace de résorption. Il en est de même du cristallin dur laissé sur place, mais dont la capsule serait incisée; l'imbibition ni le ramollissement ne se produisent point, comme j'ai pu m'en convaincre dans quelques cas particuliers.

Chaque méthode opératoire doit être appropriée à des cataractes de nature et de consistance spéciales, et il faut, comme dit Caffe (3), que le choix de l'opération de la cataracte soit indiqué par la nature de la cataracte, ainsi que par des conditions individuelles de chaque malade.

Pour ma méthode de même que pour toutes les autres, il faut que le diagnostic de la nature de la cataracte soit bien établi, et qu'on se conforme à l'âge et la constitution du malade, autrement on court le risque de voir cette méthode, tout aussi bien que les autres, échouer complétement.

Voici les conditions qui me paraissent être les plus favorables pour le succès de ma méthode combinée :

1° Les cataractes constituées par l'opacité des couches corticales antéro-postérieures, le noyau restant transparent;

2° Les cataractes molles, sans noyau, incomplètes, et en voie de formation ou arrêtées dans leur évolution;

3° Cette opération ne doit être pratiquée que chez les sujets qui n'ont pas dépassé l'âge de 40 à 45 ans. Passé cet âge, le noyau acquiert trop de densité pour pouvoir subir le ramollissement;

4° Les cataractes traumatiques ne doivent pas contenir de corps étranger; autrement ce dernier peut se déplacer pendant la discision de la capsule et occasionner des accidents d'iritis grave.

5° Les cataractes adhérentes, accompagnées d'iritis ou d'iridochoroïdite ne doivent pas être opérées par cette méthode;

6° Pour que cette opération réussisse et qu'on n'ait pas besoin d'exciser l'iris, on ne doit faire l'incision cornéenne ni trop près ni trop loin du bord sclérotical. C'est ordinairement à 3 millimètres du bord externe que cette incision doit avoir lieu.

Voici quelques observations de cataractes demi-molles, pratiquées par ma méthode.

M. B..., âgé de 38 ans, atteint de cataracte corticale double antéro-postérieure, plus avancée dans l'œil droit, qui l'a mis dans l'impossibilité de travailler. Le noyau dans l'un comme dans l'autre œil restait encore transparent. Santé générale bonne et aucune complication. J'ai fait la première discision de la capsule dans l'œil droit le 5 juin 1866, la deuxième discision le 14 juin et la troisième le 25 juin. Après cette dernière discision, le ramollissement est tel que l'iris subit une forte pression, sans qu'il y ait pour cela iritis. Le 4 juillet suivant, j'ai fait l'extraction linéaire sans excision de l'iris. La réunion par première intention a suivi l'opération, et au bout de quinze jours le malade était complétement guéri et pouvait lire, de l'œil opéré, avec les lunettes à cataracte.

Le 18 septembre de la même année, j'ai pratiqué une première discision de la capsule sur son œil gauche, après laquelle j'ai fait instiller continuellement des gouttes d'atropine. Tout allait bien, lorsque le 21 septembre le malade fut pris d'un gonflement excessif des paupières et d'une rougeur de l'œil. Ces symptômes étaient dus à une inflammation du sac lacrymal, et ont été immédiatement arrêtés par la dilatation du point lacrymal et le cathétérisme du canal nasal. Le 30 septembre une deuxième discision, et le 7 octobre une troisième discision furent pratiquées. Ces trois opérations ont amené le ramollissement complet de la cataracte, et m'ont permis de pratiquer l'extraction linéaire, sans excision de l'iris, le 18 octobre de la même année. La guérison a été complète et aujourd'hui le malade voit très-bien de ses deux yeux (4).

Mlle A..., âgée de 33 ans environ, cousine d'un de nos jeunes et distingués fabricants d'instruments de chirurgie, a été atteinte de cataracte corticale double, plus avancée dans l'œil gauche. De cet œil elle ne pouvait plus lire que les gros caractères (n° 10), et encore avec beaucoup de peine. Inquiète sur l'état de sa vue, qui commençait à lui faire défaut, elle se laissa opérer. Je pratiquai une première discision de la capsule sur l'œil gauche le 21 mai 1867, une seconde le 29 mai et le 18 juin suivant une troisième discision, qui lui occasionna quelques douleurs névralgiques. Ces douleurs se calmèrent assez facilement. Le 11 juillet, quatrième discision; aussitôt je vis une masse de débris cristalliniens remplir la chambre antérieure, ce qui me démontra le ramollissement suffisant de la cataracte. Le lendemain l'extraction linéaire, sans excision de l'iris, fut pratiquée en présence de M. le docteur Anger, chirurgien distingué des hôpitaux de Paris, et de M. le docteur Zajas, de la Havane. 13 juillet : la réunion de la plaie est complète, la pupille est dilatée et la malade voit de son œil. Mais comme la pupille restait en partie occupée par les débris, je crus nécessaire de les dilater par des instillations fréquentes d'atropine. Après ces instillations, la malade fut prise, dès le lendemain, d'une inflammation très-violente des paupières due à l'inflammation du sac lacrymal. Ici l'obstruction n'était pas complète, et des injections simples avec de l'eau tiède, faites par le point lacrymal, ont réussi à arrêter cette complication. La malade a guéri, sa pupille s'est nettoyée complétement, mais il est resté un peu d'adhérence de l'iris à la plaie cornéenne, ce qui a rendu très-probablement son œil astigmatique. Aujourd'hui, son œil peut très-bien lire les caractères du numéro 3 de l'échelle typographique au moyen d'un verre n° 2 1/2 convexe sphérique, et n° 10 convexe cylindrique, axe oblique. La pupille reste complétement ronde, et à peine trouve-t-on la trace de l'opération.

Ce qui est digne de remarque chez cette malade, c'est la sensibilité exagérée de cet œil pour l'atropine. Il suffit de lui instiller, encore aujourd'hui, une seule goutte de sulfate neutre d'atropine (à la dose de 2 centigrammes pour 10 grammes), pour qu'elle ait au bout de quelques heures une dacrycystise aiguë.

Le résultat de l'opération est, comme on voit, des plus satisfaisants, il reste le même depuis deux ans, comme cela pu être constaté à la fin du mois dernier par M. le docteur Bouvier, qui honora ma clinique de sa présence dans ces derniers temps.

Une seconde déduction peut être tirée de cette observation, c'est que l'opération de la cataracte sur un œil, n'accélère en aucune façon le développement de la cataracte sur l'autre, puisque il s'est passé deux ans depuis l'opération, et que la malade continue à voir bien de son œil non encore opéré.

Mme B..., âgée de 40 ans, concierge, me fut adressée, le 29 avril 1869, par M. le docteur Guilbert. En examinant son œil droit, on constatait facilement la présence d'une cataracte corticale incomplète, dont le noyau était encore transparent. La vue de cet œil s'était affaiblie progressivement depuis dix-huit mois, mais la perception lumineuse de même que les phosphènes existaient, ce qui me décida de lui faire l'opération de la cataracte par ma méthode. J'ai pratiqué une première discision de la capsule le 8 mai, en présence de MM. les docteurs Paul, Daguenet et Manrique; huit jours après une seconde discision fut faite sans accidents. Ces deux discisions ont amené un ramollissement suffisant pour qu'il me fût possible de pratiquer l'extraction linéaire le 4 juin suivant. Dans cette opération j'ai été assisté par M. le docteur Millard; l'opération marchait régulièrement, mais ayant trouvé la cataracte un peu plus consistante que d'ordinaire, j'ai résolu d'exciser un petit segment du bord pupillaire. Cela m'a permis d'enlever plus facilement la majeure partie des couches corticales et le noyau ramolli. La réunion ne s'est pas fait attendre, l'inflammation relativement faible se calma progressivement, les derniers débris se sont résorbés, et aujourd'hui son œil est complétement guéri, et la pupille conserve presque la forme ronde. La malade peut à se conduire et lire les gros caractères avec les lunettes à cataracte, mais sa vue n'est pas nette, ce qui tient aux flocons nombreux qui remplissent le corps vitré et qui ont très-probablement précédé l'apparition de la cataracte. Comme résultat de l'opération, il est aussi satisfaisant que possible.

Ces quelques observations démontrent l'innocuité de ma méthode et les avantages qu'elle présente dans les cataractes molles ou demi-molles sur les autres opérations.

La méthode simple de la *discision*, que quelques chirurgiens appliquent pour la guérison des cataractes molles, est loin d'assurer le succès et les avantages de ma méthode. En effet, pour que le ramollissement seul fasse absorber et disparaître complétement la cataracte, il faut habituellement un temps infini, pendant lequel on est forcé de recourir à des opérations répétées.

Pour moi, la méthode de la discision simple, sans extraction linéaire définitive, est une opération incomplète, et comme telle elle doit être rejetée d'une façon absolue. Je pense même que la méthode de la discision des cataractes secondaires, pratiquée soit avec une aiguille, soit au moyen de deux aiguilles, comme cela est proposé par M. Bowman, doit être remplacée par une extraction linéaire, opération plus certaine et plus brillante dans ses résultats, surtout lorsqu'on se sert pour l'extraction de ces cataractes de la serretèle de M. Desmarres père.

En faisant, en effet, une toute petite incision de 4 millimètres sur un des côtés de la cornée, on introduit la serretèle et on enlève avec la plus grande facilité les cataractes secondaires capsulaires ou capsulo-corticales qui se forment quelque temps après les extractions des cataractes.

Avant de terminer ce travail, je crois nécessaire d'attirer l'attention des praticiens sur une des complications qui surviennent assez souvent soit après ma méthode d'extraction, soit après la méthode d'extraction linéaire scléroticо-cornéenne. Je veux parler des cataractes secondaires constituées soit par la capsule seule plusieurs fois dilacérée et devenue opaque, soit par la capsule enroulée autour des débris des couches corticales qui obstruent en partie ou en totalité la pupille.

Il n'y a aucun doute aujourd'hui, que la capsule peut devenir opaque soit par dépôts phosphatiques et calcaires, comme cela avait été démontré par MM. Robin et Broca, soit par l'augmentation de la consistance et de l'épaisseur de cette membrane, qui devient comme fibreuse, comme cela est arrivé dans un cas rapporté par M. le professeur Richet (1).

Après les opérations de la cataracte par extraction, on incise le plus souvent la capsule antérieure une ou plusieurs fois, et on fait sortir le cristallin. Les débris qui restent dans l'intérieur de la poche capsulaire, sont souvent enroulés dans la capsule qui devient opaque et forment des cataractes secondaires.

Rien ne serait plus favorable et plus heureux pour le résultat définitif que l'extraction simultanée du cristallin avec sa capsule. C'est dans ce but que M. Spérino (de Turin), a introduit en pratique l'extraction chez les vieillards, de la cataracte avec sa capsule, sans qu'elle soit préalablement incisée. Elle peut être exécutée tout aussi bien dans la méthode à lambeau que dans la méthode de Graefe, mais il faut pour cela que la cataracte soit dure et ancienne, et que

(1) Voir le numéro du 10 août.
(2) Richet. — *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, 2e édit. Paris, 1860, p. 353.
(3) Caffe. — *Analyse critique des leçons orales de Dupuytren (Journal des connaissances médicales et pratiques*, année 1841).
(4) Cette observation se trouve dans la thèse inaugurale de M. le docteur Vitrac fils (Paris, 1868).

(1) Richet. — *loc. cit.*, p. 351.

l'adhérence entre la capsule postérieure et la capsule hyaloïdienne soit à peine conservée. Mais dans la majorité des cas cette extraction en masse devient impossible et on doit y renoncer dans l'intérêt des malades eux-mêmes, de crainte de faire vider l'œil avant la cataracte.

Mais il y a un autre procédé plus simple et plus naturel que j'ai mis en pratique, et qui n'expose pas les malades à des dangers. Il consiste à enlever la capsule après la sortie du cristallin, en la saisissant avec une pince aux bouts larges et munis des griffes, dont on trouvera le modèle chez MM. Collin et Robert. Pour saisir la capsule qui reste transparente et invisible immédiatement après la sortie du cristallin, il faut projeter, au moyen d'une loupe, un cône lumineux sur la pupille, puis en introduisant la pince dans la chambre postérieure, on cherche à saisir le pellicule presque transparent qui se trouve dans la pupille, et qui n'est autre que la capsule.

Mais on ne réussit pas toujours à enlever la capsule transparente restée dans la chambre antérieure après l'extraction de la cataracte, d'autant plus qu'il serait imprudent de prolonger trop longtemps ces tentatives.

Il n'en est pas de même pour les capsules opaques, que l'on rencontre surtout dans les cataractes anciennes, adhérentes à l'iris. Là l'opacité capsulaire peut être tellement considérable, qu'elle bouchera complétement la pupille si on ne l'a pas éloignée. Voici un cas remarquable d'une cataracte capsulo-lenticulaire, qui s'est développée à la suite d'une iritis ancienne, avec obstruction complète de la pupille.

Mme B... (C.), âgée de 51 ans, est venue de Vendeuil (Aisne), me consulter en avril dernier pour son œil gauche, dont elle ne voyait point depuis dix-huit mois, époque à laquelle elle était atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu, qui dura neuf mois. L'examen m'a démontré l'existence d'une iritis ancienne, avec obstruction de la pupille, et qui se transformait en une irido-choroïdite. La malade ne distinguait de cet œil que le jour. Ne pouvant pas savoir si le cristallin était opaque ou non, je me suis décidé à faire en premier lieu une iridectomie en haut, qui fut pratiquée dans la partie supérieure le 15 avril. Après l'excision de l'iris on voyait le cristallin complétement opaque. J'ai laissé la plaie se cicatriser, ce qui a eu lieu au bout de deux jours, malgré un épanchement de sang dans la chambre antérieure, qui se produisit la deuxième nuit après l'opération probablement pendant des efforts violents de toux, à laquelle elle était sujette. Dans l'espace de huit jours le sang se résorba, petit à petit la rougeur et l'inflammation de l'œil disparurent, et j'ai pratiqué le 12 mai une seconde opération, celle de l'extraction de la cataracte, en présence de MM. les docteurs Paul, Manrique et de M. Morel, médecin de la garde de Paris. L'incision linéaire scléroticо-cornéenne fut pratiquée dans le même endroit où fut faite préalablement l'excision de l'iris. Après une large discision de la capsule j'ai fait sortir le cristallin, ce qui a permis à la malade de voir assez bien pour qu'elle puisse compter les doigts. Cela ne m'a pas pourtant empêché d'aller chercher à enlever la capsule qui était du reste opaque, couverte d'exsudations et très-visible. Je la saisis avec une pince capsulaire et la retirai non sans une certaine résistance au dehors.

14 mai. La plaie est réunie, la chambre antérieure rétablie et la pupille est nette et noire. 21 mai; l'œil est très-peu rouge, la pupille est tout à fait noire et transparente et la malade peut lire avec les lunettes à cataracte. Dans ces conditions elle quitte Paris, pour se rendre dans son pays.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 21 juillet 1869. — Présidence de M. Verneuil.

(Suite et fin)

DISCUSSION

M. GIRALDÈS. Je cherche en vain les raisons qui ont engagé M. Trélat à employer la compression instrumentale, puis la flexion avant de recourir à la compression digitale. Notre but doit être, avant tout, de guérir le malade, et la compression digitale étant aujourd'hui, de l'aveu de tous, la méthode qui assure le mieux le succès, c'est à celle-là qu'il eût fallu tout d'abord recourir, et il eût fallu l'employer avec toute la rigueur dont elle est susceptible.

M. LÉON LE FORT. La méthode de la flexion étant plus facile à appliquer, je conçois que M. Trélat ait donné la préférence à cette méthode sur celle de la compression digitale qui exige le concours d'aides exercés, difficiles à réunir en dehors de la pratique hospitalière; mais pour qu'on n'impute pas à la flexion un insuccès dont elle n'est que partiellement responsable, il me paraît utile de faire remarquer que notre collègue n'a eu recours qu'à une sorte de demi-flexion n'allant pas jusqu'à l'interruption du cours du sang dans la poplité.

M. BLOT. M. Trélat a voulu, dit-il, comparer la valeur des diverses méthodes thérapeutiques. Il eût fallu, pour que cette expérience rendît un véritable service, que chacune d'elle eût été employée rigoureusement et pendant un temps suffisant. Les deux premières n'ont pas la responsabilité complète de l'insuccès, et la compression digitale pourrait, pour quelques-uns, ne pas mériter tout l'honneur de la guérison. En effet, ne pourrait-on pas dire, avec quelque apparence de raison, que si la compression digitale a guéri, c'est que son emploi suivait la mise en usage d'autres moyens qui avaient préparé la voie à une guérison déjà en partie peut-être effectuée.

M. TRÉLAT. Les malades, comme le fait remarquer M. Giraldès, ne sont pas des sujets sur lesquels on se livre à des expériences, et c'est précisément pour cela que je n'ai pas poussé jusqu'au bout l'application d'un moyen thérapeutique, du moment où j'ai eu la conviction qu'il n'avait pas, dans le cas présent, toute l'efficacité désirable, et du moment aussi que j'ai pu croire qu'un autre moyen me donnerait la guérison. La flexion serait théoriquement la méthode la plus avantageuse si elle était possible toujours; malheureusement mon malade ne pouvait la supporter. Quant au reproche de n'avoir pas employé tout d'abord la compression digitale, je ferai remarquer à M. Giraldès que si les exemples de guérison par cette méthode ne sont pas rares, il y a aussi bon nombre d'insuccès. J'ai relu avec soin les articles de MM. Richet et Le Fort, et il m'a paru, comme à mes collègues, que s'il fallait d'abord arriver à la formation d'un caillot, il fallait aussi provoquer le développement des collatérales; c'est ce que j'obtenais par la compression mécanique et par la flexion.

M. GIRALDÈS. J'accepte le traitement de M. Trélat comme moyen d'étude, mais non comme moyen thérapeutique. La compression digitale peut, tout aussi bien que les autres moyens, provoquer le développement des collatérales, et, puisque c'est le traitement le plus sûr c'est celui qui devait être employé tout d'abord.

L'argument invoqué par M. Le Fort ne me paraît pas avoir de valeur dans le cas présent, puisque le malade se trouvait dans un hôpital où les aides ne manquent pas.

M. BOINET. La difficulté de trouver des aides capables de bien faire la compression n'est pas un obstacle à l'emploi de la compression digitale; il est facile de montrer à une personne intelligente où et comment elle doit appliquer les doigts, on peut donc heureusement avoir recours à la méthode ailleurs qu'à l'hôpital, car s'il en était ainsi, elle perdrait une grande partie de sa valeur.

M. LÉON LE FORT. Je suis loin de partager l'avis de M. Boinet, car même à l'hôpital il nous arrive parfois de voir pendant une amputation, la compression effectuée d'une manière tout à fait insuffisante. Le malade de M. Trélat ne supportait pas une forte compression longtemps prolongée; mais il pouvait la supporter quelque temps, or, comme je crois que pour guérir un anévrysme il faut recourir à la compression totale et intermittente, je regrette que notre collègue n'ait pas eu recours à des séances de courte durée, car alors la flexion eût pu être complète, et peut-être la guérison fût-elle survenue.

M. TRÉLAT. A la suite de la ligature, les caillots déjà formés se ramollissent souvent et suppurent; la dilatation préalable des collatérales est une condition favorable à la guérison; elle survient plus facilement quand, par la compression mécanique, la flexion a amené la dilatation des collatérales, c'est pour cela que j'ai eu recours tout d'abord à ces méthodes; car si elles n'amenaient pas la guérison, elles devaient du moins me la rendre plus facile à atteindre par la compression digitale.

M. GIRALDÈS. Il n'y a pas lieu d'invoquer ici les conditions qui peuvent faire échouer la ligature. Il n'y avait pas de caillots dans le sac lorsque le malade s'est présenté à l'observation de M. Trélat, donc il n'y avait aucune raison pour rejeter la compression digitale. Celle-ci n'est pas aussi facile à faire que le croit M. Boinet, et on ne pourrait, sans s'exposer à des insuccès, la confier à des gens étrangers à la chirurgie.

M. BOINET. De l'observation de M. Trélat comme de beaucoup d'autres, il résulte qu'il vaut mieux arrêter imparfaitement la circulation dans les premières heures de traitement. Il en est de même pour la flexion forcée; aussi je crois que la compression intermittente est la méthode qui a donné les meilleurs résultats et celle qui doit être préférée.

M. GIRALDÈS. Je n'accepte pas le principe posé par M. Boinet; je le crois mauvais et dangereux. Les observations publiées ne l'appuient en aucune façon. C'était la théorie de Bellingham, mais, tout bien examiné, on a vu que ce qui donnait les meilleurs résultats c'était la compression totale. Une observation de White, citée par Guthrie, dans laquelle on avait si bien comprimé que l'on avait gangrené la peau, était une guérison qui, cependant, ne sert pas la cause de la compression, en raison de l'imperfection des moyens employés et de l'accident indiqué. Lorsque les anévrysmes sont très-volumineux, cela est différent, mais dans les anévrysmes comme ceux dont on vient de nous entretenir, c'est à la compression totale qu'il convient de recourir.

PRÉSENTATION DE MALADES

Anévrysme poplité gauche. Compression digitale. — Guérison. — M. PANAS. Le nommé X..., ferblantier, entre le 26 juin 1869, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 5.

Il y a six mois environ, cet homme éprouve de la lassitude dans les jambes, et deux mois après, c'est-à-dire il y a quatre mois, il s'aperçoit d'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon dans le jarret; elle augmenta jusqu'à présent, où elle atteint le volume d'un gros œuf de poule. C'est la facilité avec laquelle la jambe enfle à la moindre marche qui décide le malade à entrer à l'hôpital.

La tumeur occupe l'interstice des jumeaux, présente de forts battements isochrones au pouls avec mouvements d'expansion, et souffle synchrone à la diastole artérielle; elle est réductible complétement par la pression directe, et s'affaisse par la compression de l'artère crurale au pli de l'aine. — Varices, mais anciennes, et sans aucun rapport avec la maladie actuelle.

Le malade ne reconnaît aucune espèce de cause, ni chute, ni coup, ni mouvements spéciaux, ni attitude spéciale dans son métier.

Le 1er juillet, à dix heures du matin, on commence à comprimer d'une manière aussi continue que possible l'artère crurale au pli de l'aine. Jusqu'à quatre heures du soir, la compression est assez imparfaite, et aucun changement n'apparaît dans la tumeur. Vers neuf heures du soir, la tumeur paraît prendre plus de consistance. La compression était beaucoup mieux faite depuis six heures. A neuf heures, soit par suite d'une plus grande habitude, soit que le cours du sang soit déjà modifié, elle devient parfaite, exacte; on ne laisse presque plus passer une goutte de sang. La tumeur prend de plus en plus de consistance, et à cinq heures du matin, les battements deviennent insensibles, disparaissent. — la compression est suspendue quelques instants, — comme ces battements reviennent, on la reprend de plus belle jusqu'à la visite, où ils ont absolument cessé.

Pendant la nuit du 1er au 2, le malade a souffert de crampes dans le mollet et dans le pied; elles ont été surtout fortes et presque intolérables de quatre à cinq heures du matin, au moment où l'anévrysme a paru se combler.

Le 3 juillet, quelques battements reparaissent; on comprime donc l'artère encore avec le compresseur Luer, qui n'arrête pas le cours du sang. Compression digitale de trois quarts d'heure. Le 4, encore quelques battements. Nouvelle compression digitale de trois quarts d'heure. Depuis, rien n'a reparu; la tumeur devient de plus en plus consistante et diminue lentement de volume.

Varices lymphatiques intra-ganglionnaires.— M. VERNEUIL. La Société de chirurgie s'est occupée jadis d'une affection rare, étrangère à nos climats tempérés et qui semble spécialement affecter les habitants des pays chauds. Je veux parler des varices lymphatiques ganglionnaires. Quoique tout à fait exceptionnelle, cette affection mérite d'être connue et surtout reconnue, ne serait-ce qu'au point de vue thérapeutique, l'expérience ayant démontré le danger extrême de toute opération chirurgicale pratiquée sur des tumeurs de ce genre.

Il n'est donc pas sans intérêt de signaler un fait nouveau tout récemment soumis à mon observation.

Une jeune demoiselle de quinze ans, grande, svelte, très-bien conformée et jouissant d'une excellente santé, me fut amenée le 15 juillet dernier, pour une tumeur siégeant au pli de l'aine du côté droit. Au dire de la mère, cette tumeur avait paru depuis deux ans environ, à peu près en même temps que les règles, et tendant continuellement à s'accroître. Aucune cause connue, ni contusion, ni effet violent, ni fatigues prolongées, ne pouvait être invoquée. La tumeur offrait des variations notables dans son volume, toujours plus considérable le soir que le matin; elle augmentait surtout par la marche et à l'époque des menstrues. Quelquefois, elle semblait disparaître pendant trois ou quatre jours, puis revenait sans qu'on sût pourquoi. Au reste, peu de douleur, à peine un peu de gêne, quelques légers picotements, une sensation de plénitude quand le volume était au maximum. En dehors de ces troubles minimes, nul symptôme du côté du ventre et accomplissement très-régulier des grandes fonctions.

Ce récit fait par la mère avec un accent créole des plus prononcés, me fit aussitôt songer à la nature du mal. Mme X... m'apprit qu'elle était d'origine française, mais que depuis longtemps elle habitait Pondichéry, et que sa fille y était née. Dans la famille, aucun cas analogue n'avait été observé. On n'avait jamais conçu la moindre inquiétude sur ce cas et c'était pour ainsi dire par hasard et comme mesure de prudence, que Mme X..., de passage à Paris, avait songé à y consulter un chirurgien.

J'obtins, non sans difficulté, d'explorer la partie malade, et au premier coup, je confirmai mon diagnostic anticipé; en effet, le pli de l'aine, dans toute son étendue, portion abdominale et portion crurale, est occupé par une saillie considérable dépassant en haut le ligament de Fallope de deux travers de doigt environ, et s'étendant en bas jusqu'à la pointe du triangle de Scarpa. La masse totale a la forme triangulaire à sommet inférieur, à bords convexes, à angles mousses; elle semble composée de trois lobes, l'un inférieur, mieux circonscrit, du volume d'un demi-œuf de poule; le second, supérieur et interne, confinant à l'épine du pubis; le troisième, supérieur et externe, s'étendant jusqu'à une petite distance de l'épine iliaque antéro-supérieure. La peau, fine, souple, mobile, sans altération quelconque, est seulement un peu déprimée au niveau des intervalles qui séparent les lobes. Le toucher donne une sensation tout à fait particulière, que j'éprouvais pour la seconde fois, mais qui ne rappelle aucune des tumeurs ordinaires du pli inguinal. C'est une mollesse uniforme, sans résistance, sans fluctuation véritable, sans déplacement, sans réductibilité franche et qu'on ne retrouve que dans certaines tumeurs érectiles veineuses sous-cutanées (c'était, du reste, à ce diagnostic que je m'étais arrêté dans le premier cas de ce genre soumis à mon observation).

Lorsque la malade est depuis quelque temps dans la position horizontale, la saillie diminue de moitié environ. On arrive au même résultat par une pression directe exercée pendant quelques moments sur la tumeur. La toux, l'effort, la position verticale, rendent à la saillie ses dimentions premières. Ces changements s'effectuent lentement, insensiblement, sans qu'on puisse savoir exactement où va le liquide quand la tumeur s'affaisse, d'où il vient quand elle se gonfle. Tout porte à croire que le mouvement du fluide se passe au niveau de la fosse iliaque interne, et que le contenu des rameaux dilatés se déverse dans les lymphatiques profonds; mais rien ne le prouve absolument; en tout cas, c'est de ce côté, c'est-à-dire vers son bord supérieur, que la tumeur est le moins bien circonscrite.

Interrogé par la mère, sur le pronostic de cette lésion, j'ai annoncé d'abord qu'aucune opération curative quelconque ne devait être tentée, — qu'il fallait se borner à un traitement palliatif, ayant pour but d'arrêter les progrès du mal, — que l'affection ne guérirait jamais, sans doute, et devait être considérée et traitée comme une infirmité légère peut-être, mais à coup sûr de très-longue durée, sinon définitive. Je suis resté d'autant plus volontiers dans la réserve que j'ignore moi-même quelle sera la marche de cette singulière production. Sera-t-elle modifiée par la compression, ses progrès s'arrêteront-ils, ou bien la dilatation gagnera-t-elle de proche en proche les réseaux lymphatiques profonds et superficiels de la cuisse? La grossesse, l'accouchement seront-ils sans danger? sont autant de questions actuellement insolubles, la lésion n'ayant été observée qu'un petit nombre de fois sur de jeunes sujets du sexe masculin, dont trois ont succombé et dont les autres n'ont été observés qu'en passant. C'est aux médecins exerçant dans les Indes et dans les îles voisines, Bourbon, Maurice, qu'incombe la tâche d'écrire l'histoire de cette singulière altération des vaisseaux lymphatiques intra-ganglionnaires.

Quoi qu'il en soit, j'ai conseillé la compression. Les dimensions considérables de la tumeur ne permettant pas de se contenter d'une pelote plus ou moins analogue à celle des bandages herniaires, j'ai fait construire une sorte de caleçon en tissu élastique, descendant du côté malade un peu au-dessus du milieu de la cuisse, une pelote ovoïde de 3 centimètres d'épaisseur sera adaptée à la face interne de ce caleçon de façon à ce que son grand axe parallèle à l'arcade crurale comprime doucement la tumeur sans trop gêner les mouvements de flexion du membre.

Je crains que la jeune malade un peu embarassée par cet appareil ne l'abandonne, je crains aussi que l'aine du côté gauche ne soit envahie à son tour, comme on l'a observé dans la plupart des cas connus.

M. TRÉLAT. J'ai obtenu de très-bons résultats du caleçon Bourgeaud, avec deux pelotes compressives.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel: Léon Le Fort.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine de Paris, actuellement en vacances, reprendra ses séances le vendredi 1er octobre, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour de la prochaine séance : Des lésions des valvules du cœur d'origine palustre, par le Dr Duroziez. — Rapports d'élections. — Communications diverses.

— *Hospices civils de Bordeaux.* — Une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices est mise au concours. Les épreuves commenceront le lundi 13 décembre 1869.

Conformément aux dispositions du règlement du 23 avril 1863, les concurrents déposeront au secrétariat des hospices (Cours d'Albret, 91), avant le 27 novembre :

1° Les pièces prouvant qu'ils ont au moins vingt-cinq ans accomplis et qu'ils sont français ou bien naturalisés français, et un certificat de bonnes vie et mœurs;

2° Leur diplôme constatant qu'ils sont, depuis au moins trois ans, docteurs en médecine ou en chirurgie de l'une des Facultés françaises, et une note des titres scientifiques qu'ils peuvent faire valoir. La commission pourra néanmoins, par une délibération spéciale, admettre à concourir les anciens internes de l'hôpital Saint-André, qui n'auraient pas encore complété trois années de doctorat;

3° L'engagement écrit de se conformer au règlement du service de santé des hôpitaux et hospices civils de Bordeaux et aux décisions et délibérations qui seraient prises ultérieurement par la commission administrative des hospices.

L'admission au concours est subordonnée à la décision de la commission.

Le jury du concours se compose de neuf juges, savoir : le président de la réunion médico-chirurgicale, six autres membres de cette réunion désignés par le sort, dont quatre chirurgiens et deux médecins, et deux chirurgiens choisis par la commission, parmi les chirurgiens honoraires des hôpitaux et hospices ou les autres chirurgiens de la ville.

Les épreuves se composent :

1° D'une dissertation orale sur un sujet d'anatomie chirurgicale et de pathologie externe;

2° D'une dissertation écrite sur un sujet de chirurgie;

3° D'une leçon clinique sur deux malades choisis dans les salles de chirurgie;

4° De deux opérations pratiquées sur le cadavre avec démonstration.

Les mêmes sujets seront traités par tous les concurrents. Il est accordé six heures pour la composition écrite, une heure pour la dissertation orale, précédée d'une demi-heure de réflexion, une heure pour l'épreuve clinique et une heure pour les deux opérations chirurgicales.

Après chaque épreuve, le jury votera au scrutin secret, en assignant aux compétiteurs le rang qu'ils lui paraîtront avoir mérité. Ce rang est déterminé par un nombre relatif de points dont le maximum aura été préalablement fixé par le jury.

Les candidats aux emplois de chirurgiens-adjoints des hôpitaux et hospices ne peuvent être nommés à ces emplois s'ils n'ont obtenu la moitié, au moins, du nombre des points que le maximum fixé permettait d'atteindre.

Les chirurgiens-adjoints remplacent, en cas d'absence, les chirurgiens titulaires aux services desquels ils ont été attachés en vertu d'une décision de la commission administrative, et font, aux époques qui leur sont assignées, le service mensuel des admissions et des consultations à l'hôpital Saint-André.

Les fonctions d'adjoint sont gratuites, sauf le cas de remplacement du titulaire pendant un ou plusieurs mois, et le service des admissions, conformément aux articles 16 et 29 du règlement précité.

Les chirurgiens titulaires des hôpitaux et hospices sont nommés par la commission administrative, à la majorité absolue des suffrages, ainsi qu'il suit :

Celui des hospices des Enfants, des Incurables et de Sainte-Croix, parmi les chirurgiens adjoints des hôpitaux et hospices.

Ceux de l'hôpital Saint-André, entre le chirurgien titulaire des hospices des Enfants, des Incurables et de Sainte-Croix et les chirurgiens-adjoints de l'hôpital.

Les chirurgiens titulaires sont nommés pour cinq ans. Ils peuvent être renommés pour une deuxième période de même durée, soit que leur exercice continue dans la même maison, soit qu'il s'accomplisse en plusieurs maisons hospitalières successivement.

La durée des fonctions de chirurgien-adjoint est limitée à dix ans.

— Un confrère, désirant s'absenter pour un mois environ, demande quelqu'un pour le remplacer. S'adresser à M. le docteur Bourdoncle, 27, rue Saint-Louis-en-l'Ile. Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Traité des maladies de la peau, comprenant les exanthèmes aigus, par le docteur Ferdinand Hébra. Traduit et annoté par le docteur Doyon. Édition revue par l'auteur. — 4e fascicule. Prix : 2 francs.

Des effets de l'introduction, dans l'économie, des produits septiques et tuberculeux, par le docteur Dubuisson. — In-8° avec 1 planche. Prix : 1 fr. 50.

Exposé de médecine homœodynamique basée sur la loi de similitude fonctionnelle et appliquée au traitement des affections aiguës et chroniques, par le docteur Huguet (de Vars). — 1 vol. in-18. Prix : 2 francs.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur la vaccine a suivi son cours. Deux orateurs nouveaux sont intervenus, M. Bonnafont et M. Marrotte. M. Bonnafont, qui a eu l'occasion de faire un grand nombre de vaccinations, dans sa pratique civile comme dans sa pratique militaire, a apporté aux débats le tribut de son expérience. Il en ressort ceci, que de grandes erreurs se glisseraient dans les statistiques, et partant de très-fausses appréciations dans les conclusions qu'on en pourrait déduire, si l'on considérait comme réellement vaccinés tous les sujets qui ont été soumis à l'opération de la vaccination. N'est-ce pas pour avoir négligé ces causes d'erreurs qu'on a été conduit à croire à une prétendue dégénération du vaccin humain? Telle est l'opinion de M. Bonnafont, appuyée sur de nombreux et frappants exemples.

Se fondant sur ces faits, et pénétré de l'utilité de se prémunir désormais contre les chances nombreuses de fausses appréciations, et la fausse sécurité qu'elles entraînent, M. Bonnafont propose de soumettre le vaccin de bras à bras à un contrôle plus sévère qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, en nommant un médecin inspecteur qui centraliserait le résultat des vaccinations dans chaque canton.

M. Marrotte, avec l'esprit sage et modéré, avec le sens pratique qu'il apporte à tous ses travaux, a envisagé la question dans son ensemble et sous ses divers aspects : détermination des limites dans lesquelles on est autorisé à exiger les services de la vaccine; comparaison des deux virus-vaccin, humain et animal, entre eux et avec la variole elle-même, au point de vue de la préservation. M. Marrotte veut, et avec raison, qu'on ne se montre pas plus exigeant envers la vaccine qu'envers la variole, en fait de préservation. Or, qui ne sait combien peuvent varier les aptitudes et les conditions de ce que l'on est convenu d'appeler la réceptivité, à l'égard de l'une comme de l'autre; d'où la difficulté de mesurer la faculté préservatrice du vaccin d'après les seuls résultats apparents. Quant au vaccin humain comparé au vaccin animal, que sont-ils l'un et l'autre au point de vue de leur pureté originelle? Des produits de croisements indéfinis, qui mettraient bien au défi l'enquête la plus scrupuleuse et la plus clairvoyante perspicacité, de remonter à leurs sources respectives. Il faut les prendre tels qu'ils sont l'un et l'autre, les utiliser soit parallèlement, soit concurremment, en les combinant même, à l'occasion, s'il est vrai qu'ils puissent trouver dans cette combinaison un élément de renforcement, et laisser au temps le soin de nous édifier sur leur mérite réciproque. Tel est le sens de l'argumentation de M. Marrotte, qui a reçu de l'assemblée de nombreux témoignages d'adhésion.

L'Académie a entendu dans cette séance deux lectures, l'une de M. le docteur Chairou, médecin de l'Asile du Vésinet, sur la nature et la coordination des phénomènes hystériques; l'autre de M. le docteur Auzias-Turenne, intitulée : *Esquisse historique et critique de l'origine de la syphilis en Europe.* On trouvera dans le compte rendu une courte analyse du travail de M. Chairou. Nous présenterons dans un numéro prochain un résumé de la lecture de M. Auzias-Turenne.

Dr BROCHIN.

HOPITAL NECKER. — M. GUYON.

Mal perforant du pied sans lésion des artères. Infection purulente. Mort; autopsie.

Observation recueillie par M. PICOT, interne du service.

G... (Joseph), 36 ans, forgeron, entré le 27 janvier 1869 à l'hôpital Necker, salle Saint-Jean, n° 11, pour une ulcération du pied droit, siégeant au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange du gros orteil; cet ulcère est fongeux, de la largeur d'une pièce de 20 centimes, remarquable par l'insensibilité de ses bords; on peut la constater dans toute leur étendue par la piqûre d'une épingle qu'on peut enfoncer assez avant dans les tissus sans éveiller de douleur; cet ulcère pénètre profondément et atteint l'articulation des deux phalanges, qui est ouverte; on fait facilement pénétrer un stylet par l'ulcère entre les surfaces osseuses; l'articulation est d'ailleurs très-mobile, et on y produit des craquements en faisant mouvoir la phalange onguéale; cette ulcération date de deux ans et a débuté par un durillon, elle est unique; on observe un durillon au point correspondant du pied gauche.

M. Guyon diagnostique un ulcère perforant; l'affection cutanée a précédé l'affection articulaire.

Comme état général, le malade est assez pâle, ce qui est fréquent dans sa profession de forgeron, mais il est, du reste, fortement constitué et paraît d'une bonne santé; son caractère est plutôt triste, ce qui peut tenir à ce qu'il a été dernièrement éprouvé par la perte de sa femme. Les artères radiales et du pied ne paraissent pas ossifiées à la palpation, les bruits du cœur ne présentent rien d'anormal; le poumon paraît sain.

L'ulcération a été traitée antérieurement par des cautérisations au fer rouge, mais sans succès; aussi M. Guyon se propose-t-il de faire la désarticulation du gros orteil.

Le 5 février, jour fixé pour l'opération, le malade est pris de fièvre avec vomissements bilieux, la peau est chaude, le pouls à 100, la température prise dans l'aisselle à 40°2; l'opération est remise; la fièvre persiste durant la journée.

Le 6 au matin elle a cessé, pouls 78, température 37°4, mais vers midi le malade est pris d'un frisson violent; le soir, le pouls est à 116, la température à 40°3, diarrhée. Le 7 au matin, l'état fébrile persiste (pouls 100, temp. 39°9); en outre, le malade présente une teinte ictérique assez marquée; le soir, la fièvre a encore augmenté (pouls 142, temp. 40°1). Il y a eu nouveaux frissons dans la journée; l'ictère se prononce de plus en plus et le malade se plaint d'une douleur à la région hépatique; on lui applique dans cette région quatre ventouses scarifiées.

Le 8, rémission de la fièvre (pouls 64, temp. 36°8), mais l'ictère est très-intense, la douleur hépatique persiste, elle ne s'accompagne ni de douleur dans l'épaule droite, ni de dyspnée; le foie remonte jusqu'au mamelon, mais ne dépasse pas inférieurement le rebord des fausses côtes; nouvelle application de ventouses. Le soir, la fièvre a reparu (pouls 120, température 39°); le malade a une légère épistaxis; la rate est augmentée de volume.

Le 9 au matin, pas de fièvre (pouls 96, température 36°6); l'urine est ictérique, présentant sa réaction caractéristique avec l'acide nitrique, les selles jaunâtres, la langue sèche. Dans la journée, épistaxis assez abondantes; pas de sang dans l'urine et les selles. Le soir, fièvre vive (pouls 124, temp. 39°5); le malade prend 60 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 10, le malade est vu par M. Potain, même état (pouls 100, temp. 36°5); l'ictère est toujours d'une extrême intensité, application de ventouses sèches, eau de Rabel, sulfate de quinine; les épistaxis persistent dans la journée; le soir à cinq heures, fièvre vive (pouls 140, temp. 38°2); le malade est en état de demi-coma, et ne respire que difficilement; il meurt à neuf heures du soir.

L'autopsie est faite le 11 février à dix heures du matin, trente-sept heures après la mort. A l'ouverture du cadavre tous les tissus présentent une coloration jaune intense, le foie est volumineux sans être cependant notablement hypertrophié; il présente près de sa face convexe, au niveau du lobe droit, un abcès assez considérable rempli d'un pus crémeux, et deux abcès beaucoup plus petits existent vers la face concave; en outre dans beaucoup de points du lobe droit, on trouve des diffusions sanguines partielles, qui paraissent être des abcès métastatiques en voie de formation. La vésicule et les voies biliaires ne sont ni altérées, ni comprimées, la vésicule est vide, il n'y a pas eu de rétention de la bile. La rate est ramollie, diffluente, mais ne présente pas d'abcès non plus que les reins.

On trouve dans les poumons deux petits noyaux purulents.

Le cœur est sain, il est rempli de caillots s'enlevant facilement, les uns rouges, les autres fibrineux et fortement teintés en jaune, mais les valvules auriculo-ventriculaires et aortiques sont saines, pas de traces d'athéromes dans l'aorte; dans l'artère fémorale on ne trouve que des altérations insignifiantes; les artères de la jambe et celles du pied examinées jusque tout près de l'ulcération ne présentent aucune induration ni altération appréciables; une coupe faite sur une de ces artères et examinée au microscope ne montre aucune lésion.

Quant au mal perforant, lui-même, il est examiné en faisant une section verticale sur le milieu de l'orteil suivant son diamètre antéro-postérieur; l'ulcère se présente comme un canal tapissé de fongosité, rempli de pus et communiquant avec l'articulation, les surfaces osseuses sont cariées et présentent plusieurs petits séquestres, baignant dans le pus et du tissu fongeux.

L'orifice externe de l'ulcère est entouré de couches d'épiderme épaissi.

Cette observation nous semble intéressante à plusieurs points de vue, et d'abord l'insensibilité remarquable, et s'étendant à une certaine profondeur des tissus entourant l'ulcère perforant, ne paraît pas encore avoir été notée d'une manière aussi complète. M. Guyon a constaté depuis la même insensibilité chez trois autres malades atteints du même mal.

En outre, le cas que nous rapportons est tout à fait contraire à la théorie qui veut faire du mal perforant le résultat d'obstacles à la circulation, opinion présentée par M. Péan et que M. Désol cherche à établir dans sa thèse (thèses de Paris 1864), où il rapporte plusieurs observations de mal perforant, s'accompagnant de lésions athéromateuses très-étendues des artères du pied. Chez notre malade, au contraire, ces artères nous ont paru entièrement saines, les tuniques souples, la membrane interne parfaitement polie, le microscope ne nous a montré aucune lésion; cœur était sain, en sorte que nous pouvons conclure de ce fait que le mal perforant peut exister sans lésion artérielle.

Notons aussi l'apparition de l'infection purulente, chez un malade présentant un ulcère datant de deux ans et qui n'a subi aucune opération; on n'a touché à son ulcère que pour l'explorer avec le stylet; il n'y avait pas d'infection purulente à cette époque dans nos salles; l'affection n'en a pas moins marché avec une rapidité extrême; elle s'est accompagnée d'un ictère que nous croyons avoir été rarement observé à ce degré d'intensité dans la pyohémie; notons en passant que la coloration était franchement jaune et que l'urine contenait le pigment biliaire; nous avions donc bien affaire à un véritable ictère et non à un ictère hémaphéique; l'opinion des auteurs qui veulent que ce soit ce genre d'ictère qui accompagne l'infection purulente ne s'est donc pas vérifiée dans notre cas.

HOPITAL ROTHSCHILD. — M. JULES WORMS.

Rétrécissement syphilitique de la grosse bronche gauche.

Observation recueillie par M. JOB, interne du service.

Sarah F..., âgée de 34 ans, entre dans le service le 7 avril 1869. Elle était entrée déjà le 29 octobre 1864, atteinte de roséole et de plaques muqueuses. Au bout de six à sept semaines d'un traitement hydrargyrique elle sortit guérie.

Une année plus tard, les plaques muqueuses reparaissant, elle fut soumise en ville à un traitement par le mercure et l'iodure de potassium et guérit rapidement. Depuis cette époque, elle s'est toujours très-bien portée.

En octobre dernier, les personnes qui l'entourent sont frappées du bruit particulier qu'elle produit en respirant, ce qu'elle-même n'a pas encore remarqué. Son attention éveillée, elle entend en effet sa respiration siffler, et chaque jour de plus en plus, en même temps temps qu'elle éprouve un sentiment de gêne d'abord, et bientôt de vive constriction sous le sternum. Elle est forcée de tenir le lit; les troubles respiratoires et la douleur augmentant d'intensité, la voix s'enroue; surviennent des accès de suffocation et une toux fréquente; les règles sont supprimées.

Ce qui frappe dans le récit de la malade, c'est la rémittence des symptômes qu'elle accuse. Nombreuses fois, depuis le début du mal, elle a vu la toux diminuer, la respiration moins bruyante devenir plus facile, et l'état général s'améliorer; cet amendement des signes se maintenait pendant quelques jours, puis, tout à coup dans la nuit, survenaient les accès de suffocation. Après plusieurs jours d'aggravation, amélioration nouvelle, et ainsi de suite. Il est difficile d'obtenir des renseignements précis sur la médication à laquelle elle a été soumise; de nombreux vésicatoires ont été appliqués sur la poitrine.

Voici ce qu'on remarque à son entrée :

La malade est d'une pâleur livide, assise sur son lit, penchée en avant. La respiration est précipitée.

Chaque inspiration s'accompagne d'un bruit ronflant pas très-aigu, qui cesse avec l'expiration. La pointe du sternum se déprime à chaque inspiration. La voix est entrecoupée, mais très-claire. Il est évident que la glotte est parfaitement libre et que l'obstacle siége au-dessous du larynx. Il y a, de temps à autre, une quinte de toux accompagnée d'une expectoration abondante verdâtre et épaisse.

La sonoréité à droite est normale, et les parois thoraciques vibrent bien. A gauche, il existe dans toute l'étendue de la cavité thoracique une légère diminution de la sonoréité et des vibrations. La région sternale supérieure gauche donne presque un son mat.

La respiration à droite est pleine, et le murmure vésiculaire est exagéré. Pas de bruits particuliers. A gauche, on entend du haut en bas, à l'inspiration, un souffle aigu accompagné de gros râles disséminées. Pas de murmure vésiculaire.

Les bruits du cœur sont éclatants; le deuxième temps est accompagné d'un souffle doux, siégeant vers la base et s'étendant un peu dans l'aorte. Pouls à 100, petit; température normale.

A part l'existence d'un chapelet de ganglions durs et petits dans l'aine et au cou, on ne trouve aucune trace de lésion syphilitique. La région du sternum, qui donne à la percussion un son mat, n'est pas douloureuse à la pression, et il ne s'y produit pas de douleurs spontanées.

Les organes de la digestion fonctionnent normalement.

En présence des accidents de suffocation caractérisés par le cornage et le bruit qui accompagne l'inspiration, de la suppression du murmure vésiculaire, du bruit de souffle sans matité réelle dans la moitié gauche, de la matité siégeant dans la région sternale supérieure, M. Worms diagnostique une diminution de la perméabilité de la bronche gauche. La cause est obscure, mais pourrait être une tumeur de nature syphilitique développée soit sur la face interne du sternum, ou dans les ganglions bronchiques, et qui comprimerait la grosse bronche gauche.

Un traitement énergique par l'iodure de potassium est prescrit.

Dans les jours suivants, les accès de suffocation devinrent plus rares, et on put croire qu'il s'était opéré une transformation heureuse, mais les signes thoraciques restaient les mêmes. Le 20 avril, les accè

de suffocation devinrent plus fréquents, sans présenter cependant un caractère alarmant.

Dans la nuit du 25 au 26 avril, la malade étouffe davantage.

Le 26 matin, je constate une matité absolue dans le tiers inférieur du poumon gauche, et une suppression complète des vibrations thoraciques. Il existe dans cette région une égaphonie marquée.

Il est évident qu'il s'est formé très-rapidement un épanchement considérable.

M. Worms fait appliquer un grand vésicatoire et se propose de pratiquer la thoracentèse le lendemain si l'épanchement et l'oppression n'ont pas diminué.

Le lendemain, le niveau de la matité s'est abaissé notablement; la respiration est plus libre; un nouveau vésicatoire est appliqué. La malade va de mieux en mieux, et, au bout de six jours, il ne reste plus de trace de l'épanchement, autre qu'un peu de frottement pleural.

A partir de ce moment jusqu'au 12 juin, la malade vécut dans les alternatives de mieux et d'aggravation dont nous avons parlé; les accidents de suffocation ne sont pas plus fréquents qu'autrefois. Pendant ce temps, le traitement consiste dans l'administration d'une potion contenant 3 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque. Quand la suffocation était intense, on appliquait un vésicatoire sur la région sternale. La seule remarque importante, fut vers la fin de mai, la réapparition, mais faible des règles supprimées depuis des mois. Dans la nuit du 11 au 12 juin, sans que rien pût faire prévoir pourtant une fin si rapide, la malade mourut subitement, sans agonie et sans que ses voisines aient pu entendre le moindre bruit.

Autopsie faite trente-six heures après la mort.

De la bouche du cadavre, la tête étant inclinée, il s'est écoulé une grande quantité de liquide épais, verdâtre; la trachée en est remplie.

La plèvre droite se détache partout facilement, nulle adhérence; la gauche, plus adhérente, à la partie supérieure surtout, n'offre pas une résistance bien grande relativement à la fausse membrane qui l'attache, membrane mesurant plus d'un centimètre d'épaisseur; celle-ci reste accolée à la côte.

Le poumon droit ne présente rien d'anormal. La base est à peine congestionnée. Quelques points de bronchite.

Le poumon gauche est tuméfié, très-lourd, criant sous le scalpel. A la coupe, les bronches laissent écouler un liquide identique à celui qui remplit la trachée. Le tissu gagne rapidement le fond du vase, si on le plonge dans l'eau.

Ce qui frappe l'œil dans une coupe du parenchyme, ce sont des espèces d'îlots, les uns plus petits, d'autres plus grands, de 1, 2, 3, 4 centimètres de diamètre, quelquefois concentriques entre eux, îlots nettement séparés de leurs voisins, par une ligne blanchâtre, épaisse, d'aspect fibreux, très-résistante sous le tranchant. Le tissu de ces îlots est d'une couleur tenant le milieu entre les hépatisations rouge et grise.

Les deux lobes supérieurs présentent cet état. Pas de traces de tuberculisations à n'importe quelle période. Le lobe inférieur est un peu dur, mais on voit qu'il était encore apte à respirer.

Bronche droite normale. A 2 centimètres 1/2 au-dessous de la bifurcation de la trachée, la bronche gauche est rétrécie, étranglée. Sur son côté interne, s'appuie un gros ganglion tuméfié, noir, plus gros qu'un œuf de pigeon; il n'exerçait aucune compression sur la bronche, mais par son volume rendait parfaitement compte de la matité perçue dans la région sternale supérieure. Une partie du cercle cartilagineux a disparu sur ce point. Il y a eu probablement sur ce point, comme dans le cas cité par M. Verneuil, une gomme qui a suppuré étant sous l'influence du travail cicatriciel que la bronche a subi cet énorme rétrécissement.

Le cœur est petit, mou, graisseux, sans caillots, sans altérations des valvules. Les gros vaisseaux ne contiennent rien d'anormal. Le péricarde intact est seulement très-épais à son point d'insertion sur le diaphragme.

En examinant la bronche au point de son rétrécissement, qui est tel, qu'on peut à peine y faire passer un stylet, on remarque un épaississement notable de la muqueuse, et des brides cicatricielles dans le sens longitudinal.

Le larynx normal prouve qu'il n'était pour rien dans le cornage; muqueuse pâle; pas d'œdème.

L'examen de tous les autres organes est négatif. Le corps thyroïde seul, atrophié, est très-dur.

Cette observation se recommande surtout par les points suivants :

1° La lésion de la bronche qui a amené le rétrécissement a passé inaperçue pour la malade;

2° En présence d'un obstacle purement identique, les accidents de suffocations étaient intermittents;

3° La mort est survenue subitement. La possibilité de ce genre de mort est signalé par Biermer, dans son Mémoire sur les rétrécissement de la trachée et des bronches.

Tétanie, ou convulsion tonique du tronc et des extrémités.

EMPLOI DE LA GLACE. — GUÉRISON INSTANTANÉE

Observation recueillie par le Dr LEBICHE.

En 1831, Dance décrivit, sous le nom de ténanos intermittent, une affection qui ressemblait au tétanos ordinaire. Plus tard, Tonnelé, Delaberge, Hermel, Delpech, Grisolle, lui ont donné le nom de contracture des extrémités; puis M. Corvisart, en 1852, lui assigna le nom de tétanie. Nous ne chercherons pas à discuter la valeur de ces dénominations. Nous avons cru devoir conserver celle de convulsion tonique; elle présente mieux à l'esprit les symptômes de cette maladie. Nous ne pensons pas qu'il faille lui donner le nom de tétanos, malgré la grande ressemblance qui existe entre ces deux affections, car il y a aussi entre elles des différences marquées. Le ténanos proprement dit a le plus souvent pour cause une blessure, une perte considérable de sang; il se montre toujours avec des symptômes prodromiques, et les accidents commencent habituellement par le trismus, tandis que la convulsion se montre spontanément, sans symptômes précurseurs appréciables, et commence toujours par les extrémités.

On a, dans ces cas là, conseillé une infinité de moyens qui, jamais, je crois, n'ont été d'une grande efficacité. Tels sont : l'émétique, les antispasmodiques, les révulsifs, et, on peut le dire à la louange des progrès de la science, nous sommes loin du temps où Lisfranc conseillait jusqu'à huit saignées du bras et sept cent quatrevingt-douze sangsues, le long du rachis, sur le même sujet.

On a aussi employé les bains froids, l'éthérisation, le chloroforme comme anesthésique; ces deux derniers moyens sont certainement très-puissants et d'une grande efficacité; mais leur emploi a eu de très-fâcheux effets, puisqu'on compte des morts à la suite de leur mise en usage. C'est ce qui explique pourquoi, dans l'observation que nous allons rapporter, nous avons été si sobre et ne nous sommes pas servi de l'inhalation anesthésique.

Aujourd'hui, nous proposons la glace comme nous ayant déjà donné de bons résultats. Nous allons rapporter un exemple tout récent de tétanie portée au plus haut point, et qui, en quelques instants, a cédé à ce moyen :

Mlle H. S... est âgée de 22 ans, d'une bonne constitution, délicate. Toutes les fonctions physiologiques se font régulièrement et dans de bonnes conditions. Sans profession, ne s'occupant que de musique (le chant), elle n'a eu que des maladies de l'enfance.

Le 18 juin 1869, Mlle S... se leva, ne sentant rien, pas même quelques crampes d'estomac dont elle s'était plainte peu de jours auparavant. Dans l'après-midi, elle alla chez son maître de chant, et, lorsque le moment de sa leçon venu, son professeur l'invita à chanter; elle refusa, disant qu'elle n'était pas bien disposée. Le maître insista avec un peu d'énergie, croyant n'avoir à vaincre qu'un petit caprice de son élève, qui céda alors, mais en répandant des larmes. La leçon finie, elle dit qu'elle se sentait très-faible et qu'elle avait mal dans les mollets. On la reconduisit chez sa mère, et à peine arrivée dans le salon, elle tomba sur un fauteuil, les jambes tendues, douloureuses, avec impossibilité de les remuer. On la place sur son lit, et là, bientôt le tronc, les bras et le cou sont convulsés. Les doigts sont fermés; impossible de les ouvrir, de même qu'il est impossible de ployer les membres. On pourrait lever la malade tout d'une pièce. L'intelligence est conservée, la parole aussi, mais avec difficulté. Il lui est impossible d'avaler. Les yeux ne se convulsent pas; la face rougit de temps en temps. Il y a insensibilité de la peau. Ainsi, des sinapismes appliqués n'ont causé aucune sensation pénible. Il n'y a de douloureux que les mouvements qu'on veut imprimer aux membres ou au tronc. Le pouls est à l'état normal. La respiration est un peu difficile; le ventre est souple dans toutes ses parties. Nous avons un epistotonos des plus marqués. Ces phénomènes existent depuis une heure environ.

En face de semblables accidents, nous faisons des frictions sèches, nous aspergeons le corps avec de l'eau froide sans obtenir de résultat satisfaisant. Seulement la malade, qui peut nous rendre compte de ses sensations, nous dit que le froid lui fait du bien. N'osant mettre en usage l'anesthésie, soit par l'éther, soit par le chloroforme, nous prenons un morceau de glace et en frictionnons d'abord le cou, puis la partie postérieure de la poitrine. Il ne s'était pas passé cinq minutes que le cou et la poitrine étaient libres. Restait le bassin et les extrémités inférieures. Fort d'un premier succès, nous avons voulu essayer d'employer la glace sous les pieds et sur les pieds, mais nous n'avons rien obtenu. Nous l'avons appliquée sous les jarrets sans rien observer non plus. Cela a bien duré quinze minutes. Mais à peine avions-nous repris nos frictions avec un morceau de glace, à partir de la portion lombaire où nous l'avions quittée, jusqu'à la partie inférieure du sacrum, que tous les accidents cessèrent sans laisser d'autre trace qu'une grande fatigue, disparue elle-même après une bonne nuit.

Dans cette observation, si l'on a bien voulu suivre les divers phénomènes que nous avons retracés, on a dû remarquer que ce qui distingue la tétanie du véritable tétanos, c'est le commencement des accidents sans prodromes et par les extrémités inférieures; l'absence du trismus, qui est si caractéristique dans le tétanos. L'anesthésie de la peau ne se montrait que sur les parties convulsées, et la glace n'y produisait aucune sensation; seulement, à mesure que la convulsion cessait, la sensation du froid se faisait sentir. Et, chose digne de remarque, c'est que les symptômes convulsifs ne cédaient qu'à la condition d'appliquer le froid de haut en bas à partir de la nuque.

J'ai fait quelques recherches sur les névroses, et j'ai trouvé qu'on avait fait usage de la glace le long du rachis, dans la chorée. Peut-être serait-ce un moyen puissant contre le tétanos traumatique, car la chaleur, dans ces cas-là, nous a toujours paru fâcheuse. Nous avons été témoin d'un cas de mort pendant l'application du feu le long du rachis. Du reste nous avions pour habitude, depuis bien des années, de soumettre les choréiques aux douches froides, et la guérison ne s'est jamais fait attendre plus de dix à quinze jours.

Comment agit la glace en pareil cas? On ne peut pas dire, comme on pourrait le faire de l'éther ou du chloroforme, qu'elle porte avec elle une vertu spasmodique qui est absorbée à travers les tissus. Si, comme nous sommes disposé à le penser, la convulsion tétanique est sous l'influence exclusive de la moëlle épinière, et surtout dans la partie antérieure motrice, le froid, la glace surtout, agit sur l'axe médullaire par l'intermédiaire de la contraction reflexe des petits vaisseaux du centre de la moëlle. Il y alors anémie et diminution de son pouvoir excito-moteur, théorie que nous livrons à nos savants confrères.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 7 septembre 1869. — Présidence de M. BOUCHARDAT

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un rapport de M. Chevance sur les maladies épidémiques, sur les maladies régnantes et sur le mouvement de la population de l'arrondissement de Vassy (Haute-Marne); — 2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1868 dans les départements du Lot et des Côtes-du-Nord (Commission des épidémies).

M. le secrétaire annuel communique une lettre de M. Armand Desprès contenant le fait suivant : Une fille de 17 ans, atteinte de syphilis, entrée le 24 août à Lourcine, avait été vaccinée dans son enfance et en portait les marques. Le 25 août, elle a été revaccinée avec du vaccin pris sur la génisse de M. Lannoix. Le vaccin n'a pas pris. Mais le 1er septembre elle a été atteinte de fièvre, et dans la nuit du 5 au 6 septembre, elle a été couverte d'une éruption de varioloïde.

M. Desprès fait remarquer qu'il n'y avait pas de variole à l'hôpital depuis le 1er mai et que la malade affirme n'avoir eu de contact avec aucun varioleux. Deux fois déjà, ajoute-t-il, j'ai observé la coïncidence de la variole avec la vaccination, huit ou dix jours après la vaccination.

M. BERGERON présente, au nom de M. le docteur Lecadre (du Havre), une brochure intitulée *Étude statistique, hygiénique et médicale, relative au mouvemeat de la population du Havre, en* 1868.

La pensée de rédiger ce travail, dit M. Bergeron, a été suggérée à notre honorable collègue par la connaissance de ce fait, aussi affligeant qu'insolite, d'un excédant considérable des décès sur les naissances en 1868; insolite, en effet, car de 1860 à 1865 il y avait eu constamment un excédant des naissances, représenté par une moyenne annuelle de 335; il n'est pas sans intérêt toutefois de faire remarquer qu'en 1864 l'excédant était descendu au-dessous de la moyenne, et qu'en 1865 il était même tombé à 72. Enfin, en 1866, il y avait eu un excédant de 105 décès sur les naissances; mais une double épidémie de choléra et de variole suffisait cette fois à en expliquer l'anomalie. En 1867, les naissances avaient repris le dessus, mais en 1868, un excédant de 240 décès était fait pour surprendre, aucune épidémie n'étant venue, semblait-il, frapper la ville du Havre. C'est dans le but de rechercher la cause de ce résultat inattendu, que M. le docteur Lecadre a patiemment analysé toutes les feuilles de décès de l'année 1868, et cette analyse l'a conduit à reconnaître que l'excédant des décès devait être rapporté à la fréquence insolite du choléra infantile, qui avait fait 412 victimes, dont 226 pour les seuls mois de juillet et août, et à une petite épidémie de rougeole, passée inapperçue, paraît-il, bien que 61 enfants eussent succombé par suite de cette maladie.

Je ne puis ici entrer dans plus de détails sur la brochure de M. Lecadre, mais je tiens à dire qu'elle est remplie de faits intéressants et renferme un grand nombre de tableaux très-bien faits, qui nous renseignent sur le mouvement de la population, sur les maladies qui ont causé les décès, la distribution de ces décès suivant l'âge, le sexe et l'état civil, enfin sur leur répartition par quartiers, et même par rues, et en terminant, je ne puis qu'exprimer un vœu, c'est que de pareils travaux nous soient adressés de toutes les grandes villes de l'empire, en attendant qu'ils nous viennent de toutes les communes, et nous fournissent enfin les éléments d'une statistique sérieuse des décès.

LECTURES

Hystérie. — M. le docteur CHAIROU, médecin de l'Asile Impérial du Vésinet, lit un travail intitulé : *Étude clinique sur la nature et la coordination des phénomènes hystériques.*

La longueur de ce travail ne nous permettant pas de le reproduire *in extenso*, nous nous bornons à en donner les conclusions, qui s'appuient sur un nombre considérable d'observations recueillies dans le service des convalescents du Vésinet.

1° Toutes les fois qu'il y a chez une jeune femme ou une jeune fille compression ou inflammation d'un ou des deux ovaires, il y a presque toujours sympathiquement paralysie du mouvement reflexe de l'épiglotte et de tous les organes constituant le pharynx.

2° Toutes les fois que ces deux phénomènes se trouvent réunis chez la même personne, il y a début d'une affection que l'auteur désigne sous le nom de cachexie hystérique.

3° L'attaque d'hystérie n'est que la conséquence de cette paralysie reflexe. L'épiglotte abaissée sur l'orifice supérieur du larynx ne peut se relever, d'où résultent l'attaque de suffocation, les mouvements convulsifs des membres, les spasmes qui constituent la crise hystérique.

4° L'asphyxie qui résulte des crises répétées amène successivement une perversion de la vitalité; comme conséquence, les perversions sémoriales de toutes sortes et les anesthésies constatées chez presque toutes les hystériques.

5° Le traitement doit s'adresser directement aux désordres fonctionnels des ovaires; il doit être avant tout local, pour amener la résolution de l'ovarite, cause principale, sinon unique, de tous les accidents.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Briquet, Baillarger et Cerise.

Origine de la syphilis en Europe. — M. AUZIAS-TURENNE donne lecture d'un travail intitulé : *Esquisse historique et critique de l'origine de la syphilis en Europe.* (Comm. MM. Ricord et Raynal.)

Suite de la discussion sur la vaccine

M. MARROTTE. Deux conditions sont nécessaires pour ne pas s'égarer dans cette discussion : 1° déterminer les limites dans lesquelles on est autorisé à exiger les services de la vaccine, quelle que soit sa provenance; 2° se mettre d'accord sur les caractères distinctifs des deux agents, virus dit humain et virus dit animal, destinés l'un et l'autre à combattre l'ennemi commun : la variole.

Avant de se montrer exigeant avec la vaccine, il est bon de se demander ce que peut la variole elle-même pour préserver de nouvelles atteintes ceux qu'elle a frappés une première fois. On retrouve sur la faculté préservatrice de la variole les deux opinions qui ont régné sur celle de la vaccine.

Les uns pensent que l'homme n'est jamais atteint deux fois de variole. Les autres soutiennent qu'une première variole ne préserve pas avec certitude de plusieurs atteintes nouvelles.

Dans quelles proportions, pendant combien de temps une première invasion variolique préservait-elle des récidives? Cette question ne paraît pas avoir préoccupé nos devanciers. Pour la résoudre, il faudrait compulser les documents laissés sur les épidémies de variole des deux derniers siècles.

Quelques personnes possèdent à un degré malheureux cette ré-

ceptivité pour la variole. En opposition, on en peut citer qui sont en contact avec les varioleux sans subir les conséquences de l'absorption du virus. Il y a, enfin, des personnes qui semblent perdre cette immunité à un moment donné de leur vie.

On voit combien il est difficile de mesurer la faculté préservatrice du vaccin d'après les seuls résultats apparents.

Une première conclusion découle de là, c'est qu'il ne faut pas se montrer plus sévère pour les défaillances de la faculté préservatrice du vaccin que pour celles de la variole. C'est, en second lieu, que ces défaillances ne sont pas toutes imputables au virus vaccinal, à la dégénérescence, mais aussi à la nature des individus inoculés, à leur réceptivité morbide, qu'elle soit constitutionnelle ou acquise.

Que doit-on entendre par vaccin humain et par vaccin animal?

L'objet du litige est une accusation contre le virus jennérien reposant sur deux griefs : le premier est d'exposer à l'infection syphilitique; le second d'avoir dégénéré. Or, qu'est-ce que la vaccine jennérienne? c'est le cow-pox spontané, transmis, sans interruption ni mélange, d'homme à homme, pendant une longue suite d'années et à travers de nombreuses générations. Pour que le vaccin animal lui fût comparable, il faudrait que ce même cow-pox spontané eût été transmis de vache à vache, dans les mêmes circonstances et pendant le même temps, sans interruption ni mélange. On aurait pu alors obtenir l'idéal de l'observation rigoureuse, en inoculant de temps en temps le virus de ces deux séries, celui de l'homme à la génisse et celui de la génisse à l'homme, ensemble ou séparément. Il aurait fallu, enfin, suivre les individus vaccinés avec le virus humain et le virus animal et voir dans quelle proportion et pendant combien de temps ils échapperaient à la variole.

Voyons quel est l'état réel des choses. Dans le virus humain, il reste peut-être un peu, mais très-peu de virus jennérien; le cow-pox spontané y a presque entièrement substitué le virus animal qui a cours aujourd'hui.

Qu'est à son tour le vaccin animal actuel? C'est tantôt le vaccin d'enfant, tantôt le cow-pox spontané reporté sur la vache, tantôt un mélange de ces deux provenances. Mon intelligence a peine à se reconnaître au milieu de ces croisements multiples et variés. Aujourd'hui, il n'existe guère qu'un même virus qui prend le nom de vaccin humain ou de vaccin animal, selon qu'il se développe sur l'homme ou sur l'animal, sans prendre sa généalogie en considération. Combien faut-il de temps au cow-pox pour s'humaniser et au vaccin humain pour s'animaliser? Il n'y a eu à cet égard que doute et incertitude. Il serait cependant nécessaire de le savoir pour juger de la valeur des expériences dont les résultats ont été mis sous vos yeux.

Le vaccin jennérien a-t-il dégénéré? Telle est la troisième question à examiner. S'il est certain qu'à un moment et dans des conditions données, les virus peuvent récupérer leur activité primitive, il est certain aussi qu'étudiés dans leur phénoménalité, ils semblent comme les espèces végétales et animales, susceptibles de subir, dans leurs manifestations organiques et dynamiques, des modifications qui peuvent descendre jusqu'à l'infécondité. Or, c'est ce qui importe à la pratique. La variole inoculée nous fournit des analogies qui équivalent à la certitude.

Par la méthode de l'inoculation, les médecins du siècle dernier en étaient arrivés à obtenir des varioles habituellement discrètes et bénignes, souvent même de simples pustules au siége d'inoculation. Il est difficile de ne pas voir une activité moins grande, une dégénérescence du virus dans ces résultats créés en quelque sorte à volonté.

Des arguments analogues ont été invoqués pour démontrer la dégénérescence du virus jennérien. Mais je n'en conclurai pas avec M. Depaul que cette dégénérescence soit aussi absolue, aussi radicale qu'il le suppose. Je pense, au contraire, avec M. J. Guérin, qu'elle n'est ni universelle ni permanente.

La vaccination jennérienne, telle qu'elle était pratiquée jusqu'à ces dernières années, était livrée aux hasards des réceptivités individuelles et des autres circonstances susceptibles de la modifier en bien comme en mal, de sorte que faible, dégénérée sur certains sujets, elle en rencontrait d'autres sur lesquels elle se rattrapait; d'où résultait une moyenne d'activité dans les transmissions successives.

Le vaccin animal échappera-t-il à ces oscillations dynamiques, à cette dégénérescence observées pour la variole, par cela seul qu'il est conservé sur l'espèce animale à laquelle Jenner l'a emprunté? Cela me paraît impossible par les raisons invoquées contre la vaccine et contre la variole inoculée surtout.

Recueillir le cow-pox spontané toutes les fois qu'on le rencontrera, l'infuser au vaccin, transmis de bras à bras ou de vache à vache, vacciner et revacciner, est, en effet, le nœud de la question pratique.

Le seul argument sérieux contre la vaccine de bras à bras est la transmission possible de la syphilis. Si, comme cela est probable, c'est le sang qui communique la syphilis et non le virus-vaccin, est-il impossible que le vaccin pris sur la vache ne la transmette en se contaminant à la piqûre d'un syphilitique lorsqu'on aura négligé le soin de changer de lancette ou de l'essuyer pour chaque sujet nouveau. Si j'en crois les détails que la voix publique a transmis dans les hôpitaux, la syphilis aurait été communiquée à un enfant par la vaccination animale. La lancette qui après avoir servi à vacciner une femme syphilitique, a été reportée de là sur la génisse et ensuite sur un enfant sain, a fourni le virus syphilitique qui a contaminé ce dernier. Ce fait montre, les animaux n'ayant pas la syphilis, que la communication de celle-ci ne s'explique que par l'action du sang.

On aurait tort de croire d'après cela que je nie la transmission de la syphilis par la vaccination jennérienne. Les exemples en sont incontestables, mais je crois, avec MM. J. Guérin, Bouchardat et Ricord, qu'ils sont moins nombreux qu'on ne l'a dit, qu'ils sont un accident dans l'histoire de la vaccine. Les expériences de M. Delzenne prouvent que le vaccin pris sur les syphilitiques se transmet par une faute de vaccination et non pas d'une manière fatale. M. Bouchardat a donné un moyen pratique d'éviter la contagion syphilitique, en choisissant comme vaccinifère un enfant de 3 mois au moins et bien portant.

M. Marrotte termine par les conclusions suivantes :

Je n'ai pas eu pour but de me poser en adversaire irréconciliable de la vaccine animale. Je désire seulement l'empêcher de détrôner la vaccine humaine, comme elle en a le désir et le secret espoir. Elle s'est introduite dans la pratique médicale un peu trop en conquérante qui se croit dispensée de fournir ses preuves de noblesse, par cela seul qu'elle préserverait de la contagion syphilitique. Cela ne suffit pas; il faut encore qu'elle préserve aussi sûrement de la variole. Jusqu'à nouvel ordre, je ne lui demande qu'une chose, de vivre en bonne intelligence et côte à côte avec sa sœur aînée. Je désire que toutes deux s'entr'aident, si cela est nécessaire, et soient profitables à la préservation de la variole. Je désire surtout que l'une ne soit pas secourue, protégée, au détriment de l'autre. Qu'on laisse à la libre concurrence et au temps, ce grand éducateur, le soin de nous édifier sur leur mérite réciproque.

M. BONNAFONT. La question qui s'agite depuis deux mois devant l'Académie et qui a conduit à cette tribune de si savants orateurs prouve que le sujet en est sérieux et surtout très-complexe.

Certes, j'étais bien loin de m'attendre à prendre la parole, persuadé que les éminents collègues qui m'ont précédé à cette tribune en auraient épuisé tous les détails.

Eh bien! malgré tout ce qui a été dit sur la vaccine avec tant d'éloquence, il m'a semblé qu'il y avait encore bien des points pratiques à élucider et à réglementer avant de porter un jugement définitif sur un sujet si grave et si important. C'est ce que je vais chercher à démontrer simplement et aussi brièvement que possible, afin de ménager l'attention déjà si éprouvée de l'Académie, dont je réclame la bienveillante indulgence.

J'ai beaucoup vacciné dans ma pratique, soit civile, soit militaire, et les remarques que j'ai faites ont été consignées en leur temps dans mes rapports soit à l'Académie, soit au conseil de santé des armées.

Le gouvernement s'est toujours fortement préoccupé des vaccinations dans l'armée, et les médecins militaires ont de tout temps reçu des instructions très-précises du conseil de santé pour constater si les jeunes gens, en arrivant à leurs corps respectif, portaient ou non les traces d'une bonne vaccine.

Voici les observations que j'ai recueillies sur la vaccination régimentaire. J'ai été toujours très-étonné du grand nombre de jeunes soldats qui, inscrits sur les contrôles comme ayant été vaccinés avec succès, se montraient néanmoins accessibles à une nouvelle vaccination.

En présence d'un pareil résultat, fallait-il ranger ces hommes parmi ceux qui avaient été vaccinés une première fois avec ou sans succès? Malgré que la plupart d'entre eux fussent signalés comme ayant été vaccinés avec succès, je n'hésitais pas à les ranger dans la deuxième catégorie à cause du peu de garantie que me donnaient les cicatrices. Il est évident que cette fausse appréciation peut avoir de graves inconvénients dans la statistique générale des vaccinations; car, supposez une épidémie de variole, tous ces individus pouvant être atteints facilement par l'épidémie, auraient été, dans la statistique civile, classés parmi les vaccinés et pu devenir ainsi autant d'arguments erronés contre la vaccine humaine.

Pénétré des erreurs qui ont dû se commettre, je me demandai s'il ne serait pas sage d'établir un contrôle officiel et sérieux chargé de constater la qualité et le résultat de chaque vaccination. On sait qu'à la campagne les enfants ont besoin de franchir des distances considérables pour se trouver au rendez-vous indiqué par le médecin ou le vaccinateur. Une fois vaccinés, personne ne les revoit plus. Les parents eux-mêmes, qui ne se sont déplacés qu'avec peine, ne prennent plus aucun souci de s'assurer si leurs enfants ont été plus ou moins bien vaccinés. Eh bien! Il y a là une grande lacune à remplir avant de prendre une détermination sur le mode des vaccinations ultérieures.

En supposant, ce dont je doute fort, que la vaccine animale parvienne à remplacer la vaccine humaine, est-ce que ces difficultés ne deviendraient pas plus grandes? Car, quoi qu'on fasse, on n'aura jamais aussi facilement à sa disposition une génisse qu'un enfant dont le transport d'un point à un autre est bien autrement facile; puis le vaccin animal est-il donc aussi innocent pour être exclusivement préféré?

Voici, à ce sujet, un passage que j'ai copié dans le rapport même de M. Depaul, de l'année 1865, qui a trait aux vaccinations animales pratiquées par M. Millet, de Tours.

Ce praticien distingué s'exprime ainsi :

« L'inflammation des parties est considérable autour de chaque pustule.

« Souvent les deux ou trois pustules étaient circonscrites par une seule auréole rouge, qui avait alors dans son plus grand diamètre 8 à 10 centimètres.

« Les ganglions de l'aisselle ont été *très-souvent* engorgés.

« Une fois la dessication arrivée, une croûte d'un brun noirâtre, très-résistante, se produisait et mettait un mois à six semaines à tomber. Chez deux jeunes femmes, j'observai des ulcérations succédant à la chute de ces croûtes, *ulcération à pic*, qui ont mis près de *deux mois* avant de se cicatriser. »

Ces ulcérations ne vous semblent-elles pas avoir une grande ressemblance avec celles provenant du vaccin humain, et si fortement incriminées par M. Depaul? Pour moi, l'analogie me paraît frappante; mais elles avaient été produites par un vaccin de génisse...

Pendant une épidémie de variole qui régna dans deux communes des environs de Bayonne, en 1847, voici ce qui fut observé. Toutes les personnes de n'importe quel âge atteintes par l'épidémie sans avoir été vaccinées, échappèrent rarement à la mort; aussi des familles entières et très-nombreuses furent-elles décimées.

Chez les personnes qui avaient reçu les bienfaits du vaccin, voici ce qui fut observé. Après l'âge de 14 à 15 ans, la variole prit assez fréquemment le caractère confluent, mais occasionna peu de mortalité; tandis qu'avant cet âge les individus qui furent atteints n'eurent qu'une variole volante, rarement confluente, et peu ou point succombèrent.

Encore un autre fait bien connu, c'est vrai, mais qu'il est bon de rappeler, parce qu'il prouve que le vaccin humain, quand il est pur, a conservé toutes ses qualités antivarioliques. Pendant que l'épidémie sévissait aussi cruellement aux portes de Bayonne, quelques personnes ayant été atteintes par la variole, toute la population, justement effrayée, s'empressa de se faire revacciner. Or, chez deux clients de M. Darricau, praticien des plus distingués, il arriva que la petite vérole se déclara le troisième jour environ de l'opération vaccinale. Aux symptômes prodromiques on pouvait juger que l'éruption variolique menaçait d'être très-confluente. La peau se couvrit en effet de nombreux boutons, mais dont la marche fut complétement enrayée par l'apparition des boutons vaccinaux, qui, perçant la mêlée de l'éruption variolique, arrêtèrent l'ennemi, et étalèrent, au jour voulu, leur auréole victorieuse sur les bras noircis par la dessiccation des boutons varioleux. Ces faits sont nombreux dans la pratique vaccinale, car bon nombre de confrères m'en ont rapporté de semblables. Et on vient dire ici que la vaccine humaine a dégénéré? Comment! au plus fort d'une épidémie où l'on sait que l'élément morbide est double et même quintuple d'intensité, une personne est déjà atteinte; la maladie se déclare avec des symptômes qui en faisaient pressentir toute la gravité, l'éruption apparaissait confluente, terrible peut-être : lorsque le vaccin, cheminant côte à côte de son antagoniste, sans se souiller à son contact, apparaît, à cette apparition tout s'arrête comme par enchantement, bat en retraite et est mis en pleine déroute. Desaix n'arriva pas plus à propos à Marengo, pour décider de la bataille, que le vaccin dans ce cas pour sauver le malade. Est-ce là un principe dégénéré? L'honorable M. Depaul seul est capable de le soutenir. Aucun autre médecin, j'en suis sûr, n'oserait accepter la responsabilité d'une pareille négation.

Mais quels sont les résultats obtenus jusqu'ici par la vaccination animale? L'expérimentation, comme l'ont dit tous les honorables orateurs, M. Depaul excepté, ne me paraît pas avoir reçu une sanction suffisante pour faire proclamer la déchéance du vaccin jennérien; donc avant de porter un jugement définitif sur un sujet si grave et dont les conséquences peuvent être déplorables, je crois qu'il conviendrait de soumettre le vaccin de bras à bras à un contrôle plus sévère qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Tant qu'on n'aura pas pris officiellement cette mesure, les statistiques continueront à être erronées et dépourvues de ce caractère de vérité que la science et l'hygiène sociale ont le droit d'exiger; on dira qu'une pareille surveillance est difficile, sinon impossible.

Difficile? — oui; impossible? non; — car avec le corps médical, ces difficultés s'aplaniraient facilement, en nommant un médecin inspecteur qui centraliserait le résultat des vaccinations dans chaque canton, et en ne permettant pas que les vaccinations se fassent par des personnes étrangères à la médecine. Puisque la vaccine jennérienne trouve des juges si sévères dans ses résultats, elle est bien en droit d'en réclamer d'aussi sérieux quand il s'agit de son application et de sa propagation.

La suite de la discussion est renvoyée à mardi prochain.

La séance est levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur,

Dans l'espace de trois ans, trois cas de galactorrhée m'ont fourni l'occasion d'employer avec succès un agent thérapeutique dont je n'ai trouvé l'emploi, en pareille circonstance, dans aucun de mes livres classiques ni dans mes collections de journaux. Aussi, je crois important de faire part de ces observations au public médical par la voie de votre excellent journal.

Tenant compte de l'action thérapeutique de l'ergot de seigle sur les sécrétions et exsudations anormales de l'utérus, sur la spermatorrhée, etc., et des connexions physiologiques qui existent entre les fonctions des glandes mammaires et les organes de la génération de la femme. J'ai pensé que par analogie j'obtiendrais un bon résultat de l'emploi de l'ergotine dans la galactorrhée.

En effet, en 1863, la femme F..., épuisée par une énorme sécrétion de lait qui datait de six mois depuis le sevrage de son enfant, fut mise au traitement local des astringents en général par l'usage des reconstituants, et n'obtint au bout de 2 mois qu'une amélioration dans ses forces physiques, sans aucun résultat satisfaisant pour la maladie principale. Alors, je lui prescrivis l'usage d'une potion ainsi formulée :

Véhicule	125 gr.
Ergotine Bonjean	2
Sirop simple	30

à prendre par cuillerée à soupe trois fois par jour. Le neuvième jour, la guérison était confirmée, et depuis trois ans deux nouvelles grossesses suivies de l'allaitement des enfants n'ont point ramené de nouveaux accidents.

La deuxième observation ne présente rien de notable, la femme avait été soignée par un confrère qui lui prescrivit un traitement rationnel, mais sans succès. Après huit mois de maladie, l'ergotine triompha immédiatement de sa galactorrhée.

La troisième observation est relative à la femme C..., de Saint-Estèphe, laquelle était en proie à un écoulement continu et abondant de lait par les deux mamelles; cet écoulement datait depuis plus de huit ans, et l'épuisement était considérable; divers médecins lui avaient donné des soins sans pouvoir améliorer sa position. Je mis immédiatement à profit l'expérience que j'avais acquise par les deux cas précédents, et j'obtins une guérison rapide et solide.

Dr Le Gendre.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

120. Alvarez (José). Des désinfectants dans l'hygiène publique et dans la thérapeutique.

121. Cosserat (François). Étude sur les tumeurs fibro-plastiques, de la partie inférieure interne de la cuisse et de la région poplitée.

122. Pentray (Marie). Considérations sur certains abcès du foie consécutifs à l'angiocholite intra-hépathique.

123. Gandais (Henri). Rétrécissements cicatriciels et cancéreux de l'œsophage.

124. Serée (Henri). Des effets physiologiques du phosphore et de ses indications thérapeutiques.

125. Perrussel (Henri). Du massage; son application à la thérapeutique de quelques affections internes.
126. Planchon (Charles). Faits cliniques de laryngotomie.
127. Depelchin (Fernand). Étude d'hygiène générale. De l'influence de la végétation sur le climat.
128. Soulez. De la kératite ulcéreuse.
129. Coudereau (C.-A.). Recherches chimiques et physiologiques sur l'alimentation des enfants.
130. Paganel (Ferdinand). Des causes et du traitement de l'avortement.
131. Schatz (J.). Étude sur les hôpitaux sous tentes.
132. Poirot (François). De l'empoisonnement aigu par le phosphore.
133. Antonio (Jean). Étude sur la pneumonie du sommet.
134. Bey (Aly). De l'éléphantiasis des Arabes.
135. Morin (Antoine). Des perforations intestinales dans le cours de la fièvre typhoïde.
136. Raveleau (Gabriel). De la galvanocaustique thermique.
137. Debuire (Charles). Étude sur l'administration du sulfate de quinine par la méthode des injections hypodermiques.
138. Monfeuillard (Ernest). De l'emploi des iodures dans le traitement de l'albuminurie.
139. Dubuisson. Des effets de l'introduction dans l'économie des produits septiques et tuberculeux.
140. Godfrin (Alfred). De l'alcool; son action physiologique, ses applications thérapeutiques.
141. Lassallas (Jacques). Traitement du cancer du col de l'utérus.
142. Brandza (Démétrius). Histoire botanique et thérapeutique des gentianacées employées en médecine.
143. Chantreuil (Gustave). Étude sur les déformations du bassin chez les typhotiques, au point de vue de l'accouchement.
144. De Soyre (Louis). Étude historique et critique sur le mécanisme de l'accouchement spontané.
145. Levavasseur (Raphaël). De l'urémie aiguë.
146. Dugast (Émile). Quelques considérations sur les hémorrhagies méningées cérébrales.
147. Macabiau (Firmin). Quelques considérations sur les tumeurs du cervelet.
148. Chantereau (Narcisse). Étude sur la rotation antérieure du forceps dans les positions occipito-postérieures persistantes.
149. Ouvrier (Victor). De l'hydrocéphale congénitale considérée surtout comme cause de dystocie.
150. Sarrouille (B.-E.-J.). De la fièvre jaune épidémique dans les possessions françaises de la Côte-d'Or (Afrique occidentale).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Traitement du cancer du col de l'utérus, par Lassallas (J.-J.). — 1 vol. in-8°. Prix : 2 francs.

Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie, pour 1869, publié par la *Gazette des Eaux*. — Joli volume in-18 de 300 pages, contenant la législation des eaux minérales, la nomenclature des établissements de bains de la France et de l'étranger, et des documents utiles à la fois aux médecins et aux gens du monde. Prix : 1 fr. 50.

Des perforations intestinales dans le cours de la fièvre typhoïde, par le docteur A. Morin, ancien interne des hôpitaux. — 1 vol. in-8°. Prix : 1 fr. 50.

De l'infection purulente. Examen des principales théories, par le docteur Alfred Dibos. — Thèse in-4°. Prix : 1 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montméja et J. Rengade. — 7e numéro. Prix : 2 fr. — Sommaire du numéro 7: *Hémorrhagies rétiniennes*, par le docteur Meyer. 1 planche coloriée. — *Anévrysme de l'aorte abdominale*, par Bourneville. 1 photographie. — *Cas de tératologie*, 1 photographie. — *Cysticerque de la paume de la main.* 1 figure.

Quelques considérations sur les tumeurs du cervelet, par le docteur J.-F. Macabiau, ancien élève des hôpitaux de Paris. — In-8°, 136 pages et 10 tableaux synoptiques d'observations de tumeurs du cervelet. Prix : 2 fr. 50.

L'hydrothérapie expliquée et mise à la portée de tous, guide des malades aux établissement hydrothérapiques, par le docteur Maigrot, directeur de l'établissement de Saint-Dizier. — 1 vol. in-8. — Prix, 1 fr. 25.

Étude historique et critique sur le mécanisme de l'accouchement spontané, par le docteur de Soyre, des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-8 de 210 pages. — Prix, 3 fr.

Traité du diagnostic des maladies chirurgicales, par le docteur Em. Foucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Appendice, par le docteur Després, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. — 1 vol. in-8, avec figures, 3 fr. — Prix de l'ouvrage complet, 1 fort vol. in-8, de 1162 pages avec figures dans le texte. Joli cartonnage en toile, 18 francs.

AVIS

Ceux de nos abonnés qui ont remis leurs collections pour la reliure à notre bureau, avant le 1er juillet, sont priés de les faire retirer.

Le prix de la reliure est de 3 francs, ainsi que nous l'avons déjà annoncé.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Tentes et baraques appliquées au traitement des blessés dans les hôpitaux de Paris.

Ayant eu encore trop peu de temps devers nous pour nous mettre au courant des faits intéressants que peuvent renfermer en ce moment les principaux services de clinique, — besogne peu aisée, par parenthèse, en ces temps de vacances, — nous nous occuperons, dans cette première partie de notre Revue, de ce qui nous a le plus frappé dès nos premières visites, de l'essai qui se fait en ce moment, dans plusieurs hôpitaux de Paris, des systèmes de tentes et baraques appliquées au traitement des blessés. Ne pouvant parler des habitants, nous parlerons de la maison.

Nos lecteurs ont été déjà mis au courant de l'objet et du but de ces nouveaux essais, par l'analyse sommaire qui a été faite dans les colonnes de ce journal, de la communication de M. Husson à l'Académie de médecine (Voir le numéro du 29 juillet dernier), mais ils ne connaissent point encore les détails d'exécution.

Les essais de tentes et baraques se font à l'hôpital Cochin, à l'hôpital Saint-Louis et à Lariboisière. Nous allons exposer, d'après la note textuelle de M. Husson, insérée dans le dernier numéro du *Bulletin de l'Académie de médecine*, et un peu aussi *de visu*, les dispositions qui ont été prises pour poursuivre l'expérience.

Une tente-hôpital a été dressée dans l'un des grands terrains vagues dépendant de l'hôpital Cochin. Voici quelle est la disposition de cette tente.

Elle se compose de deux toiles, partout séparées l'une de l'autre, et qui livrent passage à une couche d'air sans cesse renouvelée, qui maintient la fraîcheur pendant le jour et la chaleur pendant la nuit.

La toile extérieure, imperméable à la pluie, peut, jusqu'à la partie inférieure du toit, être relevée horizontalement, et forme alors une galerie couverte qui permet aux malades de s'asseoir à l'abri du soleil.

La toile intérieure figure un plafond horizontal, fendu au centre dans toute sa longueur, pour le passage de l'air. Sur les côtés, elle retombe en rideaux, qui, glissant à volonté sur des tringles de fer, permettent de donner à la tente la forme d'un toit terminé par un auvent horizontal, et de mettre ainsi les malades tout à fait en plein air pendant la chaleur du jour.

Une disposition particulière de la charpente a permis de munir la tente d'un faux toit, pour faciliter la ventilation.

Deux petites tentes ont été établies sur les côtés et en avant, l'une servant de salle d'opération et de salle de garde pour l'interne de service ; l'autre, divisée en deux compartiments par une cloison verticale, forme un cabinet pour la religieuse et une salle pour les gens de service.

Une petite cuisine et un cabinet d'aisance ont été établis à proximité.

Cette tente renferme une quinzaine de lits, tous occupés. Au moment de notre visite, une partie des malades jouaient ou causaient sous l'auvent. Ils nous ont tous témoigné leur satisfaction.

Les baraques construites à l'hôpital Saint-Louis occupent un emplacement situé dans un jardin, d'une surface d'environ 2,000 mètres. Elles forment un groupe divisé en cinq parties.

En avant et au milieu se trouve la grande baraque : elle mesure 12 mètres sur 7m50, et contient 10 lits ; à droite et à gauche, et à 3 mètres de distance, sont deux autres baraques de 3 mètres sur 3 mètres ; celle de gauche renferme l'office et le cabinet de la religieuse ; celle de droite, un dépôt pour le linge et un cabinet d'aisances sur caveau pourvu d'un tonneau mobile.

Les deux petites baraques sont reliées à la grande par deux galeries de 3 mètres de long, couvertes, mais complétement ouvertes latéralement, et qui forment, en outre, comme le vestibule de la salle des blessés.

En arrière, dans l'axe des deux petites baraques, et à 11 mètres environ, se trouvent deux autres baraques, qui peuvent recevoir chacune deux lits, l'un destiné au malade, l'autre à l'infirmier ou au convalescent qu'on voudrait placer près de lui.

Ces petites constructions ont 3 mètres sur 5 mètres, et sont distantes entre elles de 16 mètres. Au devant de ces deux baraques sont des galeries ou verendhas, constituées par des toiles mobiles tendues sur châssis de bois ; ces appendices ont pour destination de tempérer l'ardeur du soleil.

Le mode de construction de ces diverses baraques consiste dans un plancher de sapin rainé, reposant solidement sur de nombreux piquets enfoncés en terre ; on a ménagé un vide de 25 à 30 centimètres entre le sol et le plancher. Au préalable le sol naturel a été enlevé et la terre végétale remplacée par des gravois et des débris de mâchefer.

L'abri, tout à fait indépendant des planchers, consiste en quatre fermes en madriers de sapin reliées par des traverses.

Les parois verticales se divisent en trois parties :

La partie inférieure, de 1m45 de haut, répondant aux lits, est pleine, fixe, et formée par des planches posées à recouvrement dans le sens horizontal.

Au-dessous et sur une hauteur à peu près égale, règne une série de châssis vitrés, qui sont tous mobiles et se relèvent à l'extérieur, à l'instar des châssis à tabatière, de manière à former tout autour de la baraque un auvent protecteur contre le soleil et contre la pluie ; la section d'ouverture horizontale est de 1 mètre de large.

Enfin, la dernière partie des parois verticales est composée de panneaux de bois pleins, mais mobiles ; ces panneaux s'ouvrent à bascule à l'intérieur, de haut en bas, de façon à ménager, sans gêner le malade, un courant d'air persistant, qui entraîne vers le sommet de la baraque, tous les miasmes s'élevant de la partie basse. Ces châssis peuvent rester ouverts sans inconvénient, alors que ceux du bas sont fermés.

Le toit se compose de deux parties superposées. La première partie est de planches de sapin rainées, posées en long et représentant une saillie extérieure de 50 centimètres environ. La deuxième partie est formée d'une toile imperméable posée audessus de la partie en planches, qu'elle dépasse de 30 centimètres à l'extrémité basse, et de manière à laisser un isolement de 10 centimètres au moins entre les deux parois. Cet isolement a pour but d'établir un courant d'air permanent et de conserver à la toile toute son imperméabilité.

Ce toit présente dans son milieu et dans toute sa longueur un vide de 60 centimètres environ, pour assurer une aération constante ; mais, afin d'éviter que la pluie n'entre par cette ouverture, elle est surmontée d'un petit toit, qui se prolonge en recouvrement au-dessus du grand, en laissant une ouverture de 50 centimètres.

Un troisième essai se fait aussi en ce moment à l'hôpital Lariboisière. M. Husson ayant exprimé, dans sa communication à l'Académie, l'idée qu'on pourrait, dans la saison d'été, et lorsque le temps le permet, déplacer les opérés et les coucher dans les préaux plantés, à l'abri d'une tente ou d'un velum qu'on déplacerait à volonté, afin de leur permettre de vivre ainsi au grand air pendant 10 ou 12 heures de la journée, ce moyen a été mis aussitôt en pratique à l'hôpital de Lariboisière : une tente a été dressée sous les arbres, dans l'un des préaux de l'hôpital, et depuis le 2 août, quatre blessés, transférés dès le matin, y sont maintenus jusqu'au soir.

Nous reviendrons prochainement sur l'usage qui a été fait jusqu'ici de ces tentes, et sur les premiers effets observés.

Traitement du cancer du col de l'utérus par la cautérisation à l'aide du chlorure de zinc.

Les effets de la cautérisation appliquée au traitement du cancer du col de l'utérus ont été très-diversement appréciés. Pour les uns, cette méthode est complétement impuissante et n'a, le plus souvent, d'autre résultat que d'aggraver le mal ; d'autres, au contraire, se louent des résultats avantageux qu'ils en ont obtenus. M. le professeur Courty, de Montpellier, dans son excellent *Traité des maladies de l'utérus*, n'hésite pas à en considérer l'inefficacité comme non douteuse et l'innocuité comme plus apparente que réelle. Les caustiques, dit-il, sont inutiles, parce qu'ils ne peuvent atteindre sûrement toute la profondeur du mal ; ils sont nuisibles, en ce que leur action, incomplète comme destructive, est énergique comme excitante. D'un autre côté, plusieurs chirurgiens, suivant en cela les préceptes et les exemples donnés par Bonnet, par Amussat, par M. Bouchacourt à Lyon, par M. Maisonneuve et d'autres, ont volontiers recours, encore aujourd'hui, de préférence à l'application des caustiques. De quel côté est la vérité ? N'y aurait-il pas exagération de part et d'autre à prétendre, ou condamner absolument, ou exalter la cautérisation ? C'est là une question toute d'expérience et que les faits seuls peuvent résoudre.

Nous trouvons dans une très-bonne thèse de M. le docteur J. Lassallas, sur le traitement du cancer du col de l'utérus, quelques faits qui, sans être décisifs, peuvent être considérés cependant comme des appoints utiles apportés à la cause de la cautérisation.

La première observation est celle d'une femme de 34 ans, sujette depuis trois ans à des pertes de sang qui, d'abord peu abondantes, sont allées constamment en augmentant. A son entrée à la Maison de santé, en février dernier, elle présentait tous les caractères d'une anémie très-marquée, et elle était en proie à un sentiment de gêne douloureuse dans le ventre, et à des douleurs lancinantes très-vives se montrant par accès de quelques minutes. La marche était très-pénible, à peine possible. L'appétit et le sommeil faisaient complétement défaut. Le toucher vaginal faisait constater, à la place du col de l'utérus, un énorme champignon fongueux saignant abondamment. Le vagin avait subi la dégénérescence cancéreuse dans toute la partie gauche du cul-de-sac utéro-vaginal. La malade réclamant instamment un traitement chirurgical, M. Demarquay eut recours à la cautérisation d'après le procédé de M. Maisonneuve.

Le 17 février, trois flèches de pâte de Canquoin furent introduites dans la tumeur. Ces applications furent réitérées le 1er et le 15 mars. Le 31, une rondelle de pâte de Canquoin fut portée sur le col de l'utérus et maintenue pendant vingt-quatre heures en contact avec la partie malade. Nouvelle introduction de flèches le 12 et le 22 avril. Application d'une rondelle de caustique le 8 mai. Il faut dire que chacune des applications a été suivie de douleurs vives, de diarrhée, de frissons, et d'une légère réaction fébrile. Le 26, le doigt, introduit dans le vagin, ne sentait plus d'inégalités sur le col ; la saillie avait fait place à une excavation unie, entourée d'un bourrelet dur. Les hémorrhagies utérines avaient cessé dès la seconde application du caustique ; le liquide ichoreux avait fait place à des pertes blanches. L'appétit et les forces étaient relevés. La malade quittait ce même jour la maison.

Le deuxième fait est relatif à une femme de 41 ans, entrée à la Maison de santé le 30 janvier, se plaignant de pertes blanches d'odeur désagréable et de douleurs lombaires. Le toucher fait constater un col gros, ramolli, bombé. Au speculum, on reconnaît une ulcération de tout le col, se propageant jusqu'à la paroi vaginale. Le 11 février, deux flèches sont enfoncées dans la tumeur. Le 24, deux nouvelles flèches. Le 5 mars, application d'une rondelle de pâte caustique. Nouvelles cautérisations le 22 mai et le 12 avril. Une hémorrhagie abondante a lieu le 13 ; le sang diminue les jours suivants, et s'arrête complétement le 24 avril. Le 30, la malade quitte la maison, après qu'on a constaté la destruction presque complète de la tumeur.

Voici, d'après ces faits et d'autres semblables qu'a observés M. Lassallas dans le service de M. Demarquay, en quels termes il apprécie l'action du chlorure de zinc.

En soumettant à l'analyse chimique les débris de pâte expulsés à la suite de l'injection pratiquée après la cautérisation, on constate, dit-il, qu'elle ne renferme plus qu'une quantité très-petite de chlorure de zinc, environ la vingtième partie de ce qu'elle contenait d'abord.

L'élimination des parties mortifiées n'est complète, en général, que dix ou douze jours après l'application du caustique. Aussi est-il bon de mettre un intervalle de quinze jours entre deux cautérisations. Le contact prolongé de l'escharre produite par le chlorure de zinc est sans inconvénients pour l'économie. Les vaisseaux capillaires sont oblitérés au delà des limites de l'escharre, de sorte qu'ils ne sauraient absorber les produits septiques, s'il s'en formait. D'un autre côté, les tissus ne sont pas détruits, et on peut, à l'aide du microscope, reconnaître dans l'escharre les éléments constituants ; seulement ces éléments sont revenus sur eux-mêmes ; la partie est modifiée et à l'abri de la putréfaction.

L'oblitération des capillaires et des petits vaisseaux s'oppose à la production des hémorrhagies. Cependant M. Lassallas a observé une hémorrhagie deux jours après la cautérisation, chez une des malades du service ; cet accident, heureusement, n'a pas eu de conséquences graves. On l'observe rarement lorsqu'on opère avec prudence. Les hémorrhagies secondaires, pendant l'élimination de l'escharre, sont aussi fort rares. L'élimination se fait sans beaucoup de réaction. La congestion du col, qui l'accompagne, est très-peu marquée.

La douleur qui succède à la cautérisation par le chlorure de zinc est très-variable chez la même malade, soit que l'on applique simplement une plaque de la pâte Canquoin, soit qu'on l'enfonce profondément sous forme de flèches. La durée de ce symptôme a été ordinairement de 6 à 8 heures. Cependant M. Lassal-

las l'a vu aller une fois jusqu'à 30 heures, sans qu'il ait été possible de prévoir ni d'expliquer cette persistance.

La question de l'absorption des caustiques, très-nettement tranchée pour le mercure et l'arsenic, est moins facile à résoudre pour le chlorure de zinc (1). M. Lassallas a vu employer bien souvent le chlorure de zinc pour des affections fort diverses, et presque toujours, dit-il, il a observé, à la suite de la cautérisation, des accidents qu'il est disposé à lui attribuer. Chez la malade qui fait le sujet de la première des deux observations que nous avons citées, il a vu survenir, après chaque application de pâte de Canquoin, de la diarrhée et un frisson plus ou moins intense, sans toutefois, qu'il y ait eu un rapport direct entre la gravité des accidents et la quantité de caustique employée. Il n'y a pas eu non plus une régularité bien grande dans le moment de leur apparition ; c'est ordinairement de 24 à 36 heures après l'opération qu'ils ont débuté. Chez un malade atteint d'adénite inguinale suppurée, trois cautérisations au chlorure de zinc furent suivies, chaque fois, de frissons et de troubles intestinaux. La même remarque a été faite pour une jeune femme chez laquelle une tumeur fongueuse très-vasculaire du cou a été détruite, en grande partie, par le chlorure de zinc. Les accidents survenus chez cette malade semblaient devenir de moins en moins prononcés, à mesure que le nombre des cautérisations augmentait.

Les urines des malades soumises à la cautérisation ont paru augmenter en quantité, mais sans présenter d'altération particulière. La recherche du chlorure de zinc dans ces urines, a été sans résultat; d'où il ne faudrait pas conclure, toutefois, à l'absence du zinc, vu l'insuffisance des moyens d'analyse employés.

En résumé, des deux faits rapportés par M. Lassallas, on ne saurait conclure, et il ne conclut pas lui-même, que l'on soit en droit d'attendre de l'emploi de la cautérisation par le chlorure de zinc, une cure radicale et définitive du cancer du col de l'utérus ; mais on peut se féliciter, du moins, avec lui, du résultat obtenu dans ces deux cas, ou tout au moins dans le premier.

Traitement de la colique de plomb par les injections hypodermiques de morphine associées aux purgatifs.

Bien que, grâce aux améliorations introduites dans les ateliers et dans les procédés de fabrication de la céruse, les accidents de colique saturnine soient beaucoup moins communs qu'autrefois, ils se présentent encore assez souvent dans les hôpitaux et en ville, et surtout à bord de nos navires, pour qu'il n'y ait pas toujours un très-vif intérêt attaché à tout ce qui peut tendre à perfectionner ou à simplifier les méthodes de traitement.

On reconnaît généralement, dans le traitement de la colique saturnine, deux indications principales à remplir : calmer les douleurs, combattre la constipation. Le moyen sédatif par excellence se présente tout d'abord à l'esprit, c'est l'opium ; mais on sait combien il contrarie l'action des moyens destinés à remplir la seconde indication. On a essayé de substituer aux narcotiques l'emploi de divers agents révulsifs ou perturbateurs énergiques, tels que la faradisation, par exemple.

Nous avons exposé, dans le temps, quelques-uns des résultats que nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Briquet. Ce moyen s'est assez souvent montré efficace ; mais il nous a paru si douloureux, si difficile à supporter, que nous doutons qu'on parvienne jamais à le faire entrer dans la pratique usuelle. Nous en dirons volontiers autant de l'application de la glace sur le ventre qui, avec un peu moins d'avantage, a des inconvenients à peu près égaux. En présence de ces difficultés, M. Bourdon a pensé qu'en administrant les préparations opiacées par une autre voie que celle de la bouche ou de l'anus, en les faisant pénétrer dans l'économie par la voie hypodermique, il éviterait peut-être les inconvénients justement reprochés à ces agents dans cette circonstance, sans perdre le bénéfice de leur action sédative. M. Bourdon, dans une note communiquée à la Société de thérapeutique, assure avoir obtenu, en effet, le résultat qu'il attendait; il est arrivé à supprimer ainsi le symptôme prédominant, la douleur, pendant toute la durée du traitement, sans nuire à l'effet des agents purgatifs ; et il lui a paru que, dans tous les cas où il a eu recours à cette méthode, la durée du traitement avait été notablement abrégée.

Voici comment procède le médecin de la Charité. Il commence par faire pratiquer une injection de 3 à 4 centigrammes de chlorhydrate de morphine, dont le résultat est de calmer presque immédiatement la douleur, c'est-à-dire en 8 ou 10 minutes. Pendant que le malade est encore sous l'influence du narcotique, on lui administre 20 grammes d'huile de ricin, additionnée de une ou deux gouttes d'huile de croton tiglium, ou on lui donne un émétocathartique, s'il est indiqué. Le soir on fait une seconde injection, qui a ordinairement pour effet de procurer une nuit tranquille. Une troisième injection est pratiquée le lendemain matin, et dans la journée le malade prend de 15 à 20 grammes de soufre sublimé, mélangé avec partie égale de miel blanc. (Ce moyen, recommandé par M. Lutz, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis, suffit en général pour entretenir la liberté du ventre.) Après trois ou quatre jours de ce traitement, le malade est débarrassé de ses coliques et de sa constipation.

Après les injections hypodermiques et les purgatifs, les bains sulfureux alternant avec les bains savonneux et la limonade sulfurique, sont administrés en vue de l'intoxication saturnine, et quand il y a de la cachexie, on y joint les préparations de quinquina et de fer.

On pouvait faire et on a fait à M. Bourdon quelques objections. Par quelque voie que l'opium soit introduit dans l'économie, lui a-t-on dit, ne produit-il pas le même effet sur les organes digestifs? Et s'il n'y produit pas les mêmes effets, l'action sédative sera-t-elle aussi sûre ? — Il n'est rien de tel que les faits pour réfuter des objections. Que l'on répète les expériences de M. Bourdon, et l'on verra.

Dr Brochin.

(1) Des expériences faites dans le temps par Orfila, tendent à prouver que le chlorure de zinc peut être absorbé et porté dans le torrent circulatoire, sans qu'il résulte de cette absorption aucun accident toxique. Tout au plus a-t-on constaté, à la suite de quelques expériences, des coliques analogues aux coliques de plomb, mais beaucoup moins intenses, et qui ont cédé à des applications de topiques légèrement narcotiques.

HOPITAL ROTHSCHILD. — M. Jules Worms.

Expulsion d'un myome utérin volumineux

Observation recueillie par M. Job, interne.

Mme S. R., âgée de 47 ans, entre à l'hôpital le 7 mars 1869.

Pendant les deux premiers mois de l'année, elle accusa des hémorrhagies utérines assez abondantes qui ont été modérées par l'usage interne du perchlorure de fer. L'écoulement de sang a reparu assez abondamment ces jours derniers.

Mariée à 23 ans, elle a eu deux couches faciles. Sa menstruation a toujours été régulière, jusque dans ces derniers temps.

La malade est peu amaigrie, mais assez décolorée. Un fort bruit de souffle, au quatrième temps, à la base, se prolonge dans l'aorte et s'étend dans les vaisseaux du cou.

Toux et signes de tuberculisation probable au sommet gauche.

Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, les pertes ont presque entièrement cessé.

La malade manifeste une vive répugnance pour un examen utérin. En présence de l'arrêt de l'hémorrhagie, il n'est pas indispensable d'y procéder. M. Worms y surseoit.

Rien n'attire l'attention sur cette malade jusqu'au 16 mars, où l'hémorrhagie reparaît avec une grande intensité.

M. Worms pratique le toucher, et constate que le col de l'utérus est descendu ; ses bords sont rigides. A travers une ouverture de 6 centimètres environ, se présente une saillie formée par une tumeur dure, lisse, entre la surface de laquelle et l'utérus le doigt passe librement dans la moitié de sa circonférence. Au-dessus du pubis, on sent un développement de l'utérus du volume du poing environ.

M. Worms pose le diagnostic de tumeur fibreuse libre dans l'utérus, et se dispose à l'extraire.

L'examen par le spéculum confirme pleinement le diagnostic.

On voit nettement une saillie formée par un tissu blanc, nacré, résistant, qui est engagée dans le col; qui, sous l'influence de l'examen, se distend davantage sans que la malade en ait la sensation.

Pendant plus d'un quart d'heure, tour à tour, avec les doigts engagés dans l'utérus ou avec de fortes pinces à polype, M. Worms exerce des tractions sur la tumeur et n'aboutit qu'à en détacher quelques débris.

A partir de ce moment, l'hémorrhagie, qui avait été d'une grande violence, s'arrête presque complétement sous l'influence sans doute des contractions utérines, qu'on cherche à soutenir par l'administration du seigle ergoté.

Le 18, l'hémorrhagie n'a pas reparu ; le col est beaucoup plus distendu. De nouvelles tentatives d'extractions sont faites avec les doigts, qui atteignent presque le fond de l'utérus.

Même état les jours suivants, pendant lesquels il ne se produit qu'un écoulement insignifiant. Cependant la malade s'affaiblit beaucoup.

Le 22, elle a deux syncopes. On fait des préparatifs pour opérer la transfusion si l'anémie faisait des progrès. Heureusement il n'en est rien. L'hémorrhagie cesse complétement ; la malade commence à reprendre des forces. La tumeur s'engage de plus en plus.

Dans la nuit du 4 au 5 avril, la malade sent des douleurs, d'abord faibles, puis plus fortes. Le doigt sent nettement les contractions de l'utérus.

Les parties externes concourent à l'expulsion du corps qui, après deux heures d'un véritable travail propulsé, est dans le vagin, d'où il est facilement extrait avec les doigts.

Il s'est à peine écoulé de sang pendant l'expulsion.

Le matin, l'utérus est complétement revenu sur lui-même. Il n'y a plus aucune trace de perte.

A partir de ce jour, la malade se remet très-rapidement et sort de l'hôpital le 30 avril dans un état très-satisfaisant.

La tumeur expulsée pèse 325 grammes ; elle a une forme oblongue, ovoïde; la plus grande circonférence mesure 31 centimètres, la plus petite, 24 centimètres. Il n'existe pas de traces de moyen d'union avec l'utérus.

La surface est d'un rouge foncé que le lavage fait disparaître. La tumeur est alors entièrement blanche. Quelques faisceaux de tissu connectif lâche, recouvrent un tissu ferme, élastique, résistant au scalpel. Il n'y a aucune vascularité apparente dans le tissu même de la tumeur.

L'examen au microscope confirme que le revêtement de la tumeur est une couche mince de tissu connectif, que quelques petits vaisseaux qui s'y rencontrent pénètrent à peine dans la tumeur, et que la masse de celui-ci est uniquement constituée par des fibres musculaires lisses.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 28 juillet 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — *L'Art dentaire.* — *Le Marseille médical.* Le *Bulletin médical du Nord de la France*, juin 1869. — Les *Mémoires et Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon*, tome VIII, 1868.

Nouvelles considérations sur la périostite phlegmoneuse et ses modes de terminaison, par le docteur Eug. Bœkel (de Strasbourg). Br. in-8°.

MM. Legouest et Liégeois adressent des demandes de congé.

Discussion sur le traitement des anévrysmes

M. Giraldès. Lorsque Hart proposa la flexion comme mode de traitement des anévrysmes poplités, il chercha à expliquer la guérison suivant les idées professées par Bellingham, idées que je fis d'abord connaître en France, et que M. Broca a rajeunies par la création des mots : caillots actifs et caillots passifs. Hart croyait à l'action simultanée de la diminution du calibre de l'artère et de l'augmentation du frottement du sang entre les caillots. Il avait alors par devers lui dix observations, et il donnait, comme un grand avantage de sa méthode, la simplicité des moyens et la possibilité pour le malade de vaquer à ses occupations, puisqu'il pouvait, avec des béquilles, marcher la jambe fléchie.

Mapother et Murray, en 1867, ont montré à l'Association médicale britannique, que la guérison ne survenait pas comme l'avait dit Bellingham, il a montré qu'il faut, non pas la compression partielle, mais la compression totale. Il faut, pour qu'un caillot se forme, que le sang stagne dans la poche, et c'est pour cela qu'on a employé la compression du membre, depuis les orteils jusqu'à l'anévrysme.

La compression amène quelquefois, dit-on, des douleurs intolérables, cela est vrai, mais cela est loin d'être ordinaire ; et quand le malade peut la supporter, c'est ce moyen qui doit être appliqué tout d'abord.

La flexion, dit-on encore, n'est pas applicable à tous les anévrysmes ; cela est également vrai ; mais parmi les accidents relevés par M. Liégeois, beaucoup tiennent à l'anévrysme et non au mode de traitement employé.

On ne peut comprimer une artère plus de dix minutes. Cela résulte de nombreuses expériences faites. Or, comme ce maximum de durée ne peut être atteint par tous les aides ; il faut les relayer toutes les cinq ou six minutes, si l'on veut que la compression soit efficace.

La compression digitale est, d'un autre côté, moins douloureuse que la compression mécanique; elle peut donc être plus longtemps continuée, et l'on a guéri, par la compression digitale continuée pendant douze ou quinze heures, en même temps qu'on donnait le chloroforme, un malade atteint d'anévrysme de l'aorte abdominale.

La compression mécanique ne doit donc venir pratiquement qu'en troisième ligne, il ne fallait donc pas faire débuter le traitement par la méthode la moins bonne.

M. Trélat. Quelques-uns de nos collègues, MM. Le Fort et Liégeois, pensent qu'il faut d'abord revenir à la compression digitale, puis à la flexion, et en troisième lieu à la ligature. La compression digitale, efficace comme traitement, est difficile à pratiquer, car il faut un grand nombre d'aides. La flexion, qui est une méthode d'interruption absolue du cours du sang, ne peut être regardée que comme une méthode thérapeutique secondaire au point de vue de la probabilité du succès. Mais comme la flexion est d'une application plus facile, j'ai voulu l'employer tout d'abord. M. Giraldès croit que, pour obtenir la guérison, il faut amener l'arrêt absolu du cours du sang et faire la compression totale. Comment alors expliquer les guérisons spontanées survenues alors que la compression faite pendant peu de temps, était déjà abandonnée depuis plusieurs jours.

M. Giraldès a dit que la guérison survenant après quelques heures, ruine la théorie de Bellingham, puisqu'on ne peut admettre que la quantité de sang qui passe par l'anévrysme puisse fournir la quantité de fibrine nécessaire à la réplétion du sac. Je ne vois pas en quoi la guérison, survenant en quelques heures, puisse démontrer l'impossibilité de la guérison par la compression incomplète de l'artère.

Il faut, dit M. Giraldès, la compression totale, mais il y a nombre de circonstances dans lesquelles on est obligé de renoncer à cette compression totale par suite de la douleur éprouvée par le malade.

La lente formation de caillots fibrineux, l'établissement simultané de la circulation collatérale, tel est le mécanisme de la guérison, et, dans certains anévrysmes, on suit pas à pas, en même temps que la solidification de la poche, le développement des artères collatérales.

M. Léon Le Fort. Je ne crois pas que les raisons données par M. Trélat puissent modifier nos opinions sur la non certitude de la théorie de Bellingham. Dès 1865, et par conséquent bien avant MM. Murray et Mapother, j'ai montré, dans l'article Anévrysme du *Dictionnaire encyclopédique*, que la solidification de quelques anévrysmes, en une ou deux heures, renverse tout l'échafaudage de cette théorie. Je ne veux pas rééditer verbalement ce que j'ai écrit, mais appuyer brièvement ce que vient de dire M. Giraldès. Pour qu'un anévrysme puisse se solidifier en une heure par la formation de caillots exclusivement fibrineux, il faudrait que toute la fibrine de tout le sang du corps fût rassemblée dans l'anévrysme, et dans quelque cas toute la fibrine du sang, fibrine hydratée, ne suffirait pas à remplir la poche. Il faudrait donc que tout le sang du corps eût passé dans l'anévrysme, précisément alors que la compression a pour but de réduire la quantité normale du sang qui passe dans l'artère.

Que se passe-t-il donc? Le sang que la compression fait stagner dans la poche se coagule, l'anévrisme durcit, mais conserve son volume. Puis, la partie liquide du caillot se sépare, rentre dans le vaisseau. La partie solide du caillot, fibrine et globules reste dans la poche, et alors deux choses se passent. Ou bien le sac revient sur lui-même, suit le retrait du caillot, celui-ci se durcit, se transforme peu à peu en caillot solide et la guérison arrive ; ou bien le sac ne revient pas sur lui-même ; le caillot, par suite de la disparition du sérum, ne suffit plus à remplir la poche et ne fait que diminuer sa capacité; alors, le sang rentre de nouveau dans l'anévrysme, les battements reparaissent et il semble qu'il y a récidive complète, insuccès absolu. Il n'en est pourtant pas tout à fait ainsi. Qu'on fasse une seconde tentative de compression, les mêmes phénomènes se

passeront dans le sac partiellement comblé par la première tentative; qu'on en fasse une troisième, une quatrième, et l'on arrivera à remplir tout le sac, on arrivera à une guérison définitive. Il ne faut donc pas se décourager trop vite et ne pas oublier que la compression totale et intermittente est la meilleure méthode thérapeutique à employer dans le traitement des anévrysmes.

M. GIRALDÈS. Il s'agit d'une question de physiologie; c'est du mode de guérison des tumeurs anévrysmales traitées par la compression. Si je suis, comme le dit M. Trélat, impressionné par des faits exceptionnels, il faut avouer que ces faits sont des exceptions fréquentes, car il est loin d'être rare de voir des anévrysmes se guérir en une ou plusieurs heures. Si la théorie de Bellingham est vraie, tous les cas de ligature devraient échouer, car la circulation, dans ces cas, est interrompue brusquement, et il ne peut se former que des caillots passifs.

La guérison, dit M. Trélat, coïncide avec le rétablissement de la circulation; n'a-t-on pas vu cependant de nombreux anévrysmes récidiver par le rétablissement de la circulation collatérale.

En 1845, j'avais admis la théorie de Bellingham et j'avais rendu compte dans le journal de Malgaigne des faits publiés; mais, plus tard, quand j'ai vu des anévrysmes guéris en quelques heures, j'ai été obligé de conclure autrement.

M. TRÉLAT. Personne n'est en désaccord sur la nature des objets renfermés dans un anévrysme guéri. Là où le désaccord commence, c'est sur le mécanisme de la production du caillot. Que la théorie de Bellingham soit vraie ou fausse, cela change-t-il quelque chose au résultat? Non, mais cela change quelque chose au traitement. Il faut que des caillots se forment dans la tumeur; la compression peut avoir et a pour résultat de favoriser le dépôt des caillots fibrineux, dût-elle ne pas réussir à amener une guérison, elle peut du moins la favoriser en comblant une partie du sac.

RAPPORT ORAL

SUR LA THÈSE DE M. STOPIN, INTITULÉE :

Traitement de l'Anévrysme poplité par la flexion de la jambe sur la cuisse

Par M. LIÉGEOIS.

Cette thèse est un recueil très-consciencieusement fait des observations publiées jusqu'à ce jour sur la matière. Mais je dois dire de suite, qu'après la lecture très-attentive que j'en ai faite, je diffère radicalement de l'auteur au point de vue de la valeur qu'il paraît accorder à la méthode de la flexion dans le traitement des anévrysmes poplités.

Quoique sobre de conclusions générales, M. Stopin dit quelque part que cette méthode doit occuper, parmi celles qui sont le plus en faveur, la compression digitale et la ligature, le premier rang. J'espère vous démontrer, avec les observations même de cet auteur, que la flexion est loin d'être supérieure à la compression digitale.

Dans son premier chapitre, M. Stopin s'occupe de la question historique. Je ne m'y arrêterais pas si je n'avais à rappeler le nom d'un collègue qui a été oublié par la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question. Je veux parler de Lenoir. Il est bien certain, comme le dit M. Stopin, que c'est Lenoir, le premier, qui fit usage de la flexion de la jambe sur un sujet atteint d'un anévrysme poplité, et qui avait été traité pendant un mois par la compression indirecte. Sa tentative, il est vrai, échoua, mais elle fut poursuivie pendant un mois. Seulement, Lenoir n'employa que la demi-flexion, et non la flexion totale ou graduelle, ou intermittente, comme elle a été mise en usage depuis. Mais si Lenoir a la priorité de l'emploi de la méthode pour les anévrysmes poplités, la priorité du premier succès appartient à Maunoir. Ce que l'ont peut appeler la priorité scientifique revient à Hart. C'est Hart en effet qui appela surtout l'attention des chirurgiens sur les services que pouvait rendre cette méthode.

La communication à la Société de chirurgie, faite en 1863, ne fut pas sans doute sans influence sur la propagation de l'idée, en France, car cet auteur la présentait alors sous un jour tellement favorable qu'il dut nécessairement entraîner un certain nombre de chirurgiens à son emploi. Hart signalait en effet douze succès; il rappelait, à la vérité, un insuccès de Fergusson; mais celui-ci n'avait employé la flexion dans un cas que comme moyen, en quelque sorte, accessoire.

Le nombre d'observations relevées par M. Stopin est de 49. Presque toutes sont empruntées à la chirurgie anglaise, à l'exception de 8 seulement, appartenant à MM. Maunoir (de Genève), Piachaud (de Genève), Sistach (2), Denucé, Verneuil, Estevenet, Lenoir.

L'auteur examine successivement les cas de succès et les cas d'insuccès.

Pour les premiers, il les divise en trois catégories.

1° *Cas où la flexion seule a été employée.* — Cette catégorie comprend 7 observations. L'âge des sujets était de 30 à 40 ans; un seul malade avait 61 ans.

Le volume de l'anévrysme n'était près très-considérable; un seul avait le volume du poing; les autres avaient celui d'un citron, d'une orange, d'un œuf de poule, d'une noix.

Les anévrysmes auxquels on avait à faire siégeaient sur les divers points du losange poplité, en haut, au milieu, en bas.

Tous, à l'exception de deux ne présentaient plus de battements quand la flexion était faite; et, pour ces deux cas exceptionnels, les battements étaient très-faibles.

Ces 7 malades ont guéri sans récidives, la flexion ayant duré 3 jours, 5 jours, 6 jours, 15 jours, 18 jours.

Enfin, dans tous les cas, on employa la flexion continue. Elle n'a pas été constamment portée au même degré, mais l'échelle de variation fut trop faible pour rentrer dans ce que l'on appelle la flexion graduelle.

2° *Cas où la flexion a été employée, certaines autres méthodes de traitement ayant échoué.* — Cette catégorie comprend 4 faits seulement. 2 sont dignes d'être rappelés: l'un de Spence, dans lequel il s'agit d'un sujet qui, après avoir subi la ligature de l'artère fémorale, puis la compression directe de l'anévrysme, puis la compression indirecte pendant 6 mois, guérit après 5 jours de traitement par la flexion. L'autre est de Johnson, dans lequel 6 jours de flexion guérirent là où 3 mois de compression avaient été inutiles. Les 4 sujets de cette catégorie possédaient des anévrysmes de dimensions moyennes : celles d'une orange, d'un œuf de poule.

3° *Cas où la flexion a été employée concurremment avec d'autres procédés.* — Cette catégorie comprend 15 sujets. Il est toutefois difficile ici de faire la part de la flexion dans les succès obtenus. Une seule de ces observations doit certainement, sinon entièrement, mais en très-grande partie, appartenir à cette méthode, c'est celle de M. Verneuil. Il s'agissait d'un sujet chez lequel la compression indirecte de l'artère fémorale, puis la compression indirecte renouvelée, avaient été faites sans succès. De plus, à la suite de ces tentatives, une escharre s'était formée sous la pelote d'un compresseur. M. Verneuil ayant fait l'examen des urines, reconnut que le sujet était diabétique. Un traitement approprié fut suivi par le malade, et quand celui-ci parut guéri de son diabète, le chirurgien entreprit la flexion forcée. La flexion étant très-douloureuse, fut faite d'une façon intermittente seulement, une demi-heure chaque jour. L'anévrysme s'améliora; mais comme il persistait encore quelques battements en un point, M. Verneuil fit usage, concurremment avec la flexion, d'abord de la compression indirecte avec un coussin conique appliqué sur la partie supérieure de l'artère poplitée, ensuite de la compression directe de l'anévrysme, puis des linges pliés en deux dans le creux poplité. La guérison ne fut obtenue, à la vérité, qu'après un traitement par la flexion de 2 mois 1/2; mais cette observation est des plus intéresssantes en ce qu'elle montre comment, avec de la persévérance, on peut arriver à la guérison d'anévrysmes en réalité des plus rebelles.

Chez les 15 sujets de cette catégorie, la moitié au moins possédaient des anévrysmes d'assez grosses dimensions, celle du poing (Verneuil), d'un œuf de dinde, d'un œuf d'oie.

Les insuccès sont au nombre de 23. Les uns sont dus à ce que la flexion ayant été tolérée, a été inefficace (3 cas). Les autres à ce que la flexion n'a pu être tolérée par suite de la douleur qu'elle avait provoquée. Ces sujets durent être, pour cette raison, traités par la compression ou la ligature de l'artère fémorale.

Dans les cas où la flexion a été intolérée, cas qui sont au nombre de 9, la flexion a été généralement forcée; mais dans un (Lyon), elle ne dépasssait pas l'angle droit. On peut toutefois se demander si, dans la plupart de ces cas, on avait essayé la flexion graduelle ou intermittente, le succès ne s'en serait pas suivi. Enfin, un certain nombre d'insuccès se sont traduits par des accidents survenus après l'emploi de la méthode. On trouve sept fois la rupture du sac et une fois son inflammation. Comme quelques-unes de ces observations peuvent être sujettes à contestations, je demande la permission de les résumer brièvement.

1° OBS. DE ROOKE. — L'anévrysme poplité avait 12 centimètres en hauteur, 17 en travers. La flexion fut faite pendant 15 jours; il n'y eut qu'une amélioration. Un mois de compression parut amener la guérison, et tout à coup le membre se tuméfie, devient insensible. Il fallut amputer « en raison de l'énorme gonflement du genou, de l'accroissement rapide du volume de la tumeur, de l'extrême distension du tégument à la partie inférieure du membre, du froid glacial et de l'insensibilité des orteils et de l'état pitoyable du patient. » Il y a tout lieu de croire que, dans ce cas, une rupture s'est effectuée. Ce fait n'est pas, il est vrai, indiqué dans les détails de l'autopsie; il est dit seulement qu'on trouva un liquide foncé dans les tissus. A la vérité on pourrait attribuer à la compression faite après la flexion ce résultat, mais remarquons, qu'après la compression d'une artère dans les cas d'anévrysme, la rupture du sac a été signalée très-rarement. Aussi, dans le relevé de Malgaigne, sur 108 anévrysmes fémoraux ou fémoro-poplités, cette circonstance n'est indiquée qu'une fois; et dans 108 cas d'anévrysmes poplités, elle n'est pas signalée.

2° OBS. DE SISTACH. — L'anévrysme avait le volume du'une noix. La flextion de la jambe fut faite à angle aigu pendant 5 jours, puis la compression indirecte de l'artère fémorale pendant 48 heures à l'aide de compresses graduées et d'un bandage qui maintenait de plus la jambe dans la flexion. Celle-ci fut suspendue, puis reprise. Alors les douleurs devinrent tellement vives que le malade enleva son bandage. Bientôt la tumeur prit un volume considérable, la circonférence du genou augmenta notablement. La douleur s'exaspéra. Une ecchymose survint au creux poplité. Ligature de la fémorale, érysipèle de la plaie, hémorrhagies consécutives, gangrène humide suivirent. Mort. A l'autopsie, on trouva 100 grammes de sang sous l'aponévrose.

3° et 4° OBS. DE PAGET ET DE MOORE. — Ces deux observations sont différemment interprétées par les auteurs; pour les uns, la rupture du sac aurait précédé la flexion; pour les autres, elle aurait été consécutive. Nous les rapporterons telles qu'elles sont consignées dans les *Archives* (année 1859, t. II). « Voici, dit l'auteur d'une revue, deux observations qui démontrent que la méthode de la flexion a aussi ses dangers. »

Le malade de M. Moore portait un anévrysme poplité d'un volume énorme. On mit le genou dans la flexion forcée; l'anévrysme s'ouvrit dans l'articulation; mais on parvint heureusement à sauver le malade par la ligature de l'artère fémorale.

Chez le sujet, âgé de 30 ans (homme robuste) traité de la même manière par M. Paget, l'anévrysme datait de 5 semaines, mais il était très-volumineux. A la suite de la flexion du genou, l'anévrysme augmenta rapidement de dimensions; il devint très-douloureux; le tissu cellulaire s'infiltra beaucoup. M. Paget se décida, après quelques jours, à lier l'artère fémorale. Il paraît qu'il craignait, sans en être sûr, que l'anévrysme ne fût rompu. Les suites immédiates de l'opération furent d'ailleurs très-favorables.

5° OBS. DE FAYRER. — L'anévrysme avait le volume d'un œuf de canard. La jambe fut fléchie avec douceur. Un quart d'heure après, les douleurs furent tellement vives que le malade enleva lui-même les bandes. Survint bientôt un gonflement diffus dans le jarret. « L'anévrysme, dit l'auteur, paraît avoir éclaté. » Ligature de la fémorale; gangrène, amputation de la cuisse.

6° OBS. DE LANE. — L'anévrysme avait le volume d'une noix de coco; 5 jours de flexion furent faits; 3 jours après survinrent de la douleur et du gonflement du genou. Le sac de l'artère semblait être rompu. Ligature de la fémorale. Guérison.

7° OBS. DE BERKELT. — La compression a été faite pendant 14 jours; la tumeur fut réduite à la grosseur d'une petite bulle et avait acquis une grande dureté; on eut alors recours à la flexion qu'on abandonna ensuite pour revenir à la compression, mais l'anévrysme se rompit et on lia la fémorale.

8° OBS. DE CRAMPTON (Infiltration du sac). — La tumeur avait 19 centimètres 1/2 verticalement. On fit la flexion graduelle, il y eut peu d'amélioration. Une eschare apparut de 1 pouce de large. On employa la compression indirecte sur l'artère fémorale, puis la compression digitale. Pendant l'emploi de ces moyens, l'eschare du jarret se sépara et mit à découvert un caillot noir qui remplissait le sac. Celui-ci s'enflamma, la guérison s'en suivit néanmoins.

Ainsi donc, s'il est dans ces huit observations quelques doutes qui paraissent planer sur l'influence qu'a exercée la flexion sur ces accidents, il en est bon nombre où cette influence a été incontestable. La méthode de la flexion n'est pas, par conséquent, aussi innocente que le pensait Hart et que le pense encore aujourd'ui un certain nombre de chirurgiens. A ces observations désavantageuses à la méthode, j'en ajouterai encore une autre, celle d'Estevenet. A la suite de la flexion l'anévrysme était en voie d'amélioration quand le chirurgien pratiqua la maluxation, une eschare se forma au creux poplité, elle fut suivie d'une hémorrhagie mortelle. On peut toute fois se demander si, dans cette observation, la maluxation de la tumeur n'a pas été pour quelque chose dans ce fâcheux résultat.

Peut-on trouver la cause de ces insuccès? Est-ce dans l'âge des sujets? ceux-ci avaient de 30 à 50 ans, un seul avait 58 ans. Le volume de la tumeur paraît avoir une importance plus grande, car sur dix-huit observations où le volume est relaté, on trouve dix anévrysmes supérieurs aux dimensions du poing.

Il est difficile de dire, en raison de la brièveté de la plupart des observations recueillies par M. Stopin, si l'état liquide ou solide de la tumeur a eu sur ces insuccès une influence certaine. Dans quatre cas la tumeur était molle, compressible, réductible, dans trois cas elle parut contenir des dépôts de fibrine.

Un élément dont on doit tenir grand compte dans ces insuccès, est l'état granulo-calcaire des artères. Cette lésion a été signalée sept fois dans les observations. Il est toutefois difficile de dire le rôle qu'elle a pu jouer dans ces cas.

Disons enfin que dans cette catégorie de malades qui n'ont pas guéri par la flexion, les battements de l'anévrysme disparaissaient sous l'influence de cette position donnée aux membres; seulement ce genre de considération a été passé sous silence dans un certain nombre d'observations.

En somme, les contre indications les plus probables de la méthode sont, comme le pense M. Stopin, la douleur vive produite par la flexion modérée, un volume considérable de l'anévrysme, la dégénérescence granulo-calcaire du système artériel.

On voit d'après ce que nous venons de dire, que la méthode de la flexion est loin d'être aussi efficace que le promettaient les premiers succès annoncés par Hart, puisque en consultant les observations consignées par M. Stopin, le nombre des succès est de 55 p. 100 et non de 92 p. 100 (d'après Hart 12 succès, 1 insuccès).

Voyons maintenant, si la compression digitale est inférieure dans ses résultats à la flexion. Pour juger cette question, j'ai détaché du tableau des anévrysmes de M. Richet (*Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*), les anévrysmes poplités traités par la compression digitale. Ceux-ci sont au nombre de 31. J'ajouterai à ces cas, ceux qui ont été présentés depuis la publication de ce tableau (1864), à la Société de chirurgie par MM. Demarquay, Legouest (2 cas), Désormeaux, Houel, Vanzetti; ce qui constitue un total de 37 cas. Or sur ces 37 cas je trouve 26 succès, par conséquent 70 p. 100, chiffre supérieur à 55 p. 100 se rapportant à la flexion.

De plus, je ne trouve dans ces 37 cas que trois accidents : deux fois eschares (Bourgeret, Désormaux), une fois gangrène de la jambe survenue un mois après la solidification de la tumeur (Verneuil). La compression digitale paraît donc être plus sûre dans ses résultats que la flexion.

Je me suis demandé, aussi, si la flexion ne nuisait pas à l'emploi des autres méthodes une fois qu'elle aurait échoué. Relevant les observations consignées dans la thèse de M. Stopin, je trouve que sur vingt-trois observations d'insuccès; quinze fois on a fait la ligature de l'artère fémorale, la compression ayant échoué huit fois, à la suite de la ligature il y a eu 12 guérisons, 3 morts, 3 amputations; les 3 amputés ont guéri.

Après l'insuccès de la flexion la compression n'a réussi que cinq fois sur treize sujets. Enfin, dans un cas il y a eu un abcès du mollet, suivi de mort, survenu après la flexion et la compression avec des fils métalliques (Trob); dans un autre cas, une injection de perchlorure de fer a été faite dans l'anévrysme et fut suivie de mort, après la compression indirecte et la flexion (Lenoir).

L'observation suivante, recueillie cette semaine dans le service de M. Richet montrera cependant qu'en se mettant dans la condition que je viens de signaler, certains anévrysmes poplités résistent à l'emploi successif de la compression digitale et de la flexion, et sans qu'on puisse en découvrir la raison, même entre les mains des chirurgiens les plus habiles.

Il y a donc tout lieu de demander d'après cela, si la flexion n'aggrave pas les anévrysmes dans les cas où elle ne réussit pas, de manière à diminuer les chances de la compression digitale ou mécanique. Pour mon compte, d'après ces résultats, je suis tout disposé à croire que, quand il n'y a pas d'indications spéciales qui exigent l'intervention d'une méthode donnée, c'est à la compression digitale qu'on doit recourir tout d'abord, la flexion ne devant venir qu'après.

Observation prise dans le service de M. Richet et recueillie par M. Domange, interne du service.

Le nommé C..., âgé de 30 ans, de bonne constitution, est entré à l'hôpital des Cliniques le 29 juin. Cet homme a fait la campagne du Mexique, attaché au train des équipages. Il montait peu à cheval, il n'a eu ni blessures, ni maladies. De retour chez lui il se fit berger, dans un pays peu montagneux, et ne se fatigua pas beaucoup par la marche.

Vers la fin de l'année 1868, il s'aperçut qu'il portait au creux du jarret une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, et n'y fit que peu attention; cette tumeur, dit-il, disparut pendant un certain temps pour ne se montrer de nouveau que vers la fin de janvier 1869, époque à partir de laquelle elle grossit progressivement Cet homme entre à l'hôpital des Cliniques le 29 juin, et l'on constate alors l'état suivant :

Le creux poplité est rempli par une tumeur de la grosseur du poing, et qui fait une saillie manifeste à l'intérieur. Elle semble occuper surtout la partie inférieure du losange poplité. La peau qui la recouvre est très-mobile, sans changement si ce n'est qu'elle est plus colorée que les parties voisines. La fluctuation est des plus évidentes. La main appliquée sur la tumeur constate un soulèvement en masse, et un mouvement d'expansion isochrone avec le pouls de l'artère fémorale. Ces mouvements disparaissent par la compression de l'artère au pli de l'aine, en même temps que la tumeur diminue manifestement de volume; la compression ayant cessé la tumeur reprend son volume primitif, non brusquement, mais par saccades. L'oreille appliquée sur elle perçoit un bruit de souffle continu avec renforcement au moment de la systole. La température de la jambe malade est de 1 degré supérieure à celle du membre sain. Il y a un œdème assez marqué au-dessous de la tumeur, œdème qui augmente par la station debout.

Le malade éprouve des fourmillements, des élancements douloureux dans le mollet, devenant intolérables pendant la marche. Pas d'épanchement dans l'articulation du genou.

Le 6 juillet, à huit heures du matin, on commence la compression digitale au pli de l'aine, elle est maintenue d'une façon continue jusqu'à dix heures du soir. A ce moment la tumeur est dure, elle a perdu sa fluctuation, elle n'est plus le siége ni de mouvements d'expansion, ni de bruits de souffle. On applique le compresseur de Signorini pendant deux jours, la guérison semble se maintenir.

Le 9 au matin, on constate un léger soulèvement de la tumeur, pas de bruit de souffle.

Le 10, le mouvement d'expansion et le bruit de souffle ont reparu, l'un et l'autre ont augmenté jusqu'au 15 juillet.

Alors on fait la flexion graduelle de la jambe sur la cuisse, au moyen de deux courroies fixées d'une part, à une guêtre qui entoure le pied et d'autre part, à un caleçon entourant le bassin et la racine de la cuisse.

La flexion est augmentée graduellement jusqu'au 22 juillet. Dès le 18 juillet, les battements et le souffle avaient disparu, mais le malade supportant facilement la flexion, elle est maintenue jusqu'au 22. A la levée de l'appareil, on ne perçoit plus à la périphérie de la tumeur que quelques battements, qui sont rapportées à des artères collatérales. Pendant toute la durée de ce traitement, le malade ne s'est plaint que de la compression exercée sur la crête du tibia par la courroie de la guêtre, et n'a accusé aucune douleur dans le genou. Quand la guêtre fut enlevée, par mesure de prudence, M. Richet crut devoir continuer la flexion, mais seulement avec une simple courroie qui embrassait la cuisse et la jambe; cette courroie ayant été mal supportée, le premier appareil fut remis. A cette époque seulement le malade se plaint de douleurs dans la jointure, mais de douleurs qu'il supporte facilement.

Le 27 juillet, les battements sont revenus dans la tumeur ainsi que le bruit de souffle. M. Richet enlève l'appareil, et l'on constate l'absence de caillots dans la poche. On voit à l'œil nu le mouvement d'expansion assez prononcé, les battements sous la main ainsi que le souffle paraissaient avoir la même intensité que le premier jour. L'appareil pour maintenir la flexion est resté en place douze jours. 28 juillet, le malade n'a pas souffert depuis la levée de l'appareil. M. Richet se dispose à faire la ligature de la fémorale à la partie moyenne (1).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Léon Le Fort.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

151. Delmont (Charles). Des varices des membres inférieurs.
152. Lesguillons (Jules). Des varices qui se développent sous l'influence de la grossesse.
153. Gariel (Jules), Étude sur la gangrène du poumon.
154. Bourgeois de Mercey (Albert). Des lésions traumatiques des vaisseaux rétro-pelviens.
155. Hoheb (Carlos). De la fièvre puerpérale.
156. Nieszkowski. Essai sur l'emploi thérapeutique de l'iodoforme considéré comme cicatrisant et anesthésique local.
157. Habran (Jules). De la bile et de l'hématoïdine dans les kystes hydatiques.
158. Zablocki (Gustave). De l'épiplocèle traumatique considéré surtout au point de vue du traitement.

(1) La ligature pratiquée depuis a été suivie de la mort du malade.

— A céder, après 3, 6 ou 12 mois de collaboration, une excellente position médicale à Paris. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

Traité de la folie névropathique (*Vulgo hystérique*), par le docteur J. Moreau (de Tours). 1 vol. In-18 de xxiv, 208 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Note sur l'absorption cutanée dans le bain, par le docteur Bloch, médecin à Plombières. In-8. — Prix, 75 c.

Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon. Tome VIII[e], 1868 (avril à décembre). In-8 de 360 pages. (152 de mémoires et 208 de comptes rendus). — Prix, 5 francs.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MEDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES.

La question de la conservation et de l'amélioration des vins est d'un intérêt hygiénique trop général, pour que nous ne croyons devoir mettre nos lecteurs au courant de la nouvelle phase pratique dans laquelle elle vient d'entrer. Il en est peu d'entre eux, sans doute, qui ne soient déjà au courant des premières recherches de M. Pasteur sur ce sujet. On se rappelle qu'en 1864 ce savant chimiste a démontré que les maladies des vins étaient occasionnées par la présence et le développement de parasites microscopiques; qu'en 1865 il a reconnu qu'il suffisait de porter le vin à une température de 55 degrés environ, ne fût-ce que pendant quelques instants, pour détruire la vitalité des germes de ces parasites et leurs fonctions de reproduction. Il résultait logiquement de ces faits que, par un chauffage préalable, on pourrait préserver les vins de toute altération ultérieure. Les objections et les critiques n'ont pas manqué contre cette proposition. L'expérience seule pouvait prononcer. Une commission fut instituée parmi les syndics des vins de Paris, à l'effet de procéder à une dégustation comparative des vins chauffés et des vins non chauffés, en présence de MM. Dumas, Pasteur et Lapparent, directeur des constructions navales, président de la commission. Voici quelles sont les conclusions générales du rapport rédigé par la commission :

« Il est impossible de nier l'immense résultat obtenu par le chauffage sur les vins en bouteilles, au point de vue de leur conservation.

« Le temps écoulé depuis le chauffage ne permet plus aucun doute sur son efficacité. Son effet est surtout incontestablement préventif; il détruit les germes des maladies auxquelles les vins sont généralement sujets, sans pour cela nuire au développement de leurs qualités.

« Tous les vins chauffés sont bons; il n'y a d'altération ni dans leur goût ni dans leur couleur; leur limpidité est parfaite; ils sont, en conséquence, dans toutes les conditions désirables pour donner satisfaction aux consommateurs.

« Le procédé est parfaitement pratique et peu coûteux, surtout appliqué sur de grandes quantités. »

M. Pasteur, en déposant ce rapport sur le bureau de l'Académie des sciences, et après avoir fait ressortir l'avenir immense que les résultats de cette expertise assurent à la pratique du chauffage préalable, en tout ce qui concerne le commerce et l'élevage des vins, a appelé particulièrement l'attention sur ce fait, résultant encore du rapport de la commission, que, dans la construction et l'emploi des appareils de chauffage en grand, il est indispensable de réaliser les conditions de chauffage en bouteilles, c'est-à-dire d'éviter autant que possible le contact de l'air.

Académie des sciences. — Le chloral a été l'objet de nouvelles recherches de la part de M. Demarquay, qui en a exposé les résultats dans une note communiquée à l'Académie des sciences. Voici le résultat de ces recherches, qui ont été faites avec le concours de M. Follet, qui s'est assuré préalablement de la pureté de cette substance. Les expériences ont été faites sur des lapins. M. Demarquay a injecté dans le tissu cellulaire de ces animaux depuis 20 centigrammes jusqu'à 1gr20, sans avoir amené la mort d'aucun d'eux; tous, après 15 à 30 minutes, sont tombés dans une résolution complète, comme s'ils se fussent profondément endormis. La durée de ce sommeil a été de 2 à 3 heures, et, quels que fussent la résolution musculaire et l'affaiblissement de ces animaux, ils se sont tous réveillés, et le lendemain ils se portaient à merveille.

En examinant attentivement les animaux endormis par le chloral, voici ce que l'on a constaté : Les muqueuses oculaires et palpébrales sont injectées. Les oreilles se vascularisent. Si l'on interroge la sensibilité pendant tout le temps de l'expérience, on constate une exaltation de cette faculté. Le pouls devient extrêmement fréquent. Sous l'influence d'une haute dose, la température animale baisse d'un demi-degré à 1 degré. Si l'on ouvre tout vivants les animaux mis en expérience, on constate une congestion des viscères abdominaux. Les vaisseaux du mésentère sont turgescents, les muqueuses sont injectées. Le système nerveux central, le cerveau, le cervelet et la moelle épinière, ainsi que les membranes, sont fortement injectés. Les muscles sont très-vasculaires. Le sang artériel a paru prendre une légère teinte violette.

On se rappelle que, d'après l'opinion émise par M. Liebreich, l'agent dont il s'agit ayant la propriété de se décomposer au contact d'une lessive alcaline, il devait se décomposer dans le sang, et que le chloroforme résultant de cette décomposition produisait les phénomènes observés. Telle n'est pas l'opinion de M. Demarquay, qui pense que le chloral est éliminé par les voies respiratoires. Ce qui lui fait rejeter la manière de voir de M. Liebreich, notamment, c'est ce résultat de ses expériences, qui lui ont révélé dans le chloral une action hypéresthésique très-prononcée, bien différente de l'action anesthésique du chloroforme. Il y a encore bien des points à éclaircir dans l'étude de ce corps, et bien des questions physiologiques à étudier. Ce qui semblerait ressortir le plus nettement jusqu'à présent de cette sorte d'expérience, serait l'action résolutive énergique du chloral sur les muscles, et son action hypnotique rapide.

Dr BROCHIN.

HOPITAL MILITAIRE DU CAMP DE CHALONS

M. SONRIER, médecin en chef.

Des accidents de la foudre. — Autopsie.

Dans une brochure que nous avons publiée tout récemment sur les plaies d'armes à feu par le fusil Chassepot, nous rappelions que si le camp de Chalons est l'école des batailles, il est aussi l'école du médecin militaire. En effet, les accidents y sont aussi nombreux que curieux à étudier : lésions déterminées par le fusil à aiguille à l'école normale de tir ; membres enlevés par l'explosion des canons de la batterie d'expérience; asphyxie produite par des éboulements de terre dans les carrières du génie ; chute des hauteurs de meules de foin en construction au train des équipages; fractures fréquentes observées dans la cavalerie ; membres broyés par le passage des roues de voitures sur le chemin de fer américain ou par les caissons. Telles sont, en général, les principales causes des lésions que nous observons; et pour que rien ne manque à la variété des blessures, parfois un incendie amène dans nos salles des lésions graves, ou bien l'explosion d'une poudrière remplit notre amphithéâtre des débris informes carbonisés de trop nombreuses victimes ; enfin, et comme si ce n'était pas assez de calamités terrestres, il faut encore que le feu du ciel vienne apporter son contingent de cadavres.

Nous ne parlons pas des suicidés.

La foudre qui sillonne avec fracas la nue est toujours un sujet d'épouvante pour les populations, qui ne voient dans ces lignes de feu écrites sur le ciel en courroux qu'un châtiment de la colère divine.

C'est en vain que vous épuiserez votre éloquence à démontrer, par des faits irréfutables, que la foudre, non seulement ne respecte pas le temple du Seigneur, mais frappe de préférence l'airain sacré qui sonne pour conjurer l'orage ; que Franklin, par l'invention du paratonnerre, a arraché au ciel le sceptre de sa vengeance ; que le physicien peut, dans son cabinet, reproduire tous les mystérieux phénomènes de la foudre, le préjugé persiste d'autant plus enraciné dans les convictions populaires qu'il est plus absurde.

Les auteurs qui ont écrit sur la foudre sont nombreux ; citer les noms d'Arago, de Boudin, tous les traités de physique, de météorologie, d'hygiène, articles épars et recueils de médecine civile et militaire, c'est indiquer combien cette question inépuisable est intéressante à étudier.

Le vendredi 7 mai dernier, à sept heures et demie du soir, un gros orage, apporté par un vent impétueux du sud-ouest, et annoncé par de bruyants coups de tonnerre, venait fondre sur le camp de Châlons et inaugurer tristement la première campagne.

L'armée, disséminée dans la plaine, rentre en toute hâte pour chercher un abri dans ses maisons de toile. Au moment où le centre orageux passait au-dessus du 11e bataillon de chasseurs à pied, à l'extrémité est des baraques, il pleuvait à torrents; la foudre éclate et tombe sur la tente mouillée du capitaine Lacroix.

Il ne faut pas croire que l'action du fluide soit restée concentrée sur le point foudroyé, non : dans ses capricieuses irradiations, son influence s'est fait sentir sur les tentes voisines, dans un rayon de 8 à 10 mètres. Un lieutenant et son ordonnance ont été violemment séparés, éblouis par mille étincelles, et ont ressenti comme une vive commotion à la nuque.

Un autre officier, éloigné de 12 mètres, au nord-est, sous le vent de l'orage, s'est senti soulevé tout d'une pièce sans éprouver aucun mal.

Aucun cri n'est sorti de la tente foudroyée ; un silence funèbre plane sur cette demeure. L'ordonnance, marchant sur la pointe du pied, dans la crainte d'éveiller son capitaine, est venue vers neuf heures du soir, et a eu bien soin de reboucler sans bruit la porte de la tente.

Le lendemain, à quatre heures et demie, ses pieds heurtent le corps de son maître, étendu en travers de l'entrée.

Le cadavre est dans le décubitus dorsal, la face tournée vers le ciel, la main droite crispée, tenant un bougeoir métallique, intact, serré convulsivement contre sa poitrine. Une douce sérénité, répandue sur sa figure, semble déjà l'illuminer d'une béatitude céleste. Sa montre, brisée, s'est arrêtée à sept heures cinquante-trois minutes, et a marqué, en même temps, par les derniers battements, les dernières pulsations du cœur.

La tente de campement, habitée par le capitaine Lacroix, est elliptique, à raies bleues et blanches, surmontée d'un faîtage fixé à son extrémité par deux montants en bois, par un boulon en fer sous lequel est une garniture de cuir. A l'intérieur se trouve un fusil de chasse enveloppé de serge et un sabre d'uniforme suspendus au montant le plus éloigné du capitaine.

D'après la disposition des traces circulaires imprimées sur le sol et la position du cadavre, il est à peu près certain que le capitaine était debout derrière la porte qui regarde au nord, c'est-à-dire du côté opposé à la face frappée par l'orage, qu'il était coiffé de son képi et le coude droit appuyé sur le montant de son lit en fer.

En effet, sa coiffure est complétement brulée, le fil de fer de l'intérieur fondu à l'endroit de sa soudure, tous les galons effiloqués, les boutons de la fausse jugulaire désargentés.

Vaste brûlure du côté droit de la face. Le boîtier de la montre, qui était dans le gilet (côté droit), présente une trace de fusion de un demi-millimètre de diamètre. Le porte-monnaie, qui est du même côté dans la poche du pantalon n'est pas atteint. Après avoir enlevé les vêtements, on constate que la brûlure se répand sur l'épaule, contourne le bras et s'arrête au coude; mais nous reviendrons sur ces lésions importantes.

Sur le montant du lit en fer qui servait d'appui au capitaine, on trouve sept à huit petites traces de fusion.

Maintenant, à l'extérieur de la tente, des traces du passage de la foudre qui brise les boucles en fer et les projette à une distance de vingt-trois pas.

Or, d'après ces données, il est maintenant facile de suivre, par l'empreinte que le fluide laisse sur les objets frappés, le trajet qu'il a parcouru.

Le fluide frappe le boulon est, lacère le cuir; puis, de cette déchirure, il fait une ligne large de 12 à 15 millimètres, continue pendant 60 centimètres sur une lanière droite jusqu'à la hauteur de la porte de la tente. Arrivé là, il change subitement de direction, attiré par la boucle métallique, par le képy du capitaine en contact avec un lit en fer; s'incurve presque à angle droit, par un trajet rectiligne de couleur roussâtre, pour aboutir à la boucle supérieure, qu'il projette au loin et pénètre dans la tente, par un trou, déchirée de 6 centimètres de long sur 3 de large, en dispersant les débris de toile réduits à l'état pulvérulent.

Tout se réunit donc fatalement pour dévier la foudre de sa direction première.

Le capitaine se trouve constituer la tige conductrice interrompue partant du boulon pour aboutir au réservoir commun. Et la preuve que les choses ont dû se passer ainsi, c'est que le courant électrique n'a suivi que le côté droit du corps en contact avec le lit en fer ; nous dirons plus, c'est que les brûlures ne dépassaient pas le coude, qui, appuyé sur le montant du lit, permet au fluide de s'écouler librement dans le sol sans endommager le porte-monnaie ni les bottes.

Nous avons dit que la mort avait dû être instantanée ; en effet, il est facile de constater, à l'ouverture du cadavre, que la vie est incompatible avec des lésions aussi graves.

L'autopsie est pratiquée, trente-six heures après l'accident, en présence de tout le personnel médical. Température moyenne, 15°.

Homme de 48 ans, constitution athlétique, musculature puissante, rigidité cadavérique complète.

La face est livide, violacée; expression de douce résignation. Un peu de sang artériel (15 grammes), s'est écoulé par l'oreille droite.

Au milieu du front, plaie contuse ayant exactement la forme et les dimensions d'une boucle de tente. Rien donc d'étonnant qu'après avoir frappé les os du crâne elle ait rebondi à 23 pas de là où elle a été retrouvée, à moins de supposer, avec Arago, que l'élasticité de la vapeur d'eau produite par la foudre suffit pour projeter les corps au loin.

Sur le côté de la tête et de la face, on remarque une brûlure qui s'étend au cou, se répand dans une largeur de 15 centimètres, sur tout le moignon de l'épaule, se rétrécit (3 centimètres), contourne en spirale la partie antérieure du bras pour se porter en arrière, et s'épuiser en fondant ses nuances vers la hauteur du coude.

Dans tous les points parcourus par la matière fulminante, surtout au bras, où son action est plus concentrée, la peau est parcheminée, brunâtre, carbonisée dans toute son épaisseur ainsi que le tissu cellulaire sous-jacent (brûlure au 4e degré).

Vers le tiers moyen de la cuisse droite, contusion avec ecchymose.

Cavité crânienne. — Sang noir et diffluent répandu dans la cavité arachnoïdienne, au niveau de la portion écailleuse du temporal droit, provenant sans doute de la rupture de quelques vaisseaux. La sub-

tance cérébrale présente, à la surface des incisions, un sablé très-fin de sang noir. Sur la face antérieure du rocher, on avait d'abord cru à une disjonction (fêlure)? Mais un examen plus complet, par des traits de scie en divers sens, dans l'oreille moyenne, n'a pas confirmé ces prévisions.

Cependant nous avons constaté une déchirure centrale de la membrane du tympan dont les bords sont projetés dans l'oreille moyenne avec les osselets de l'ouïe disjoints. Hémorrhagie rutilante remplissant ces cavités et les cellules mastoïdiennes.

Nous pensons que cet accident est produit plutôt par l'expansion énorme des gaz que par la détonation de la foudre.

Cavité thoracique. — Hyperémie des poumons volumineux gorgés de sang noir ruisselant en abondance sur les tranches de section, mais crépitant et surnageant sur l'eau.

Les cavités droites du cœur sont remplies par un coagulum volumineux, noir et diffluent; état de vacuité du ventricule gauche.

Cavité abdominale. — Foie de consistance normale, fortement coloré en rouge foncé.

Rien de spécial à signaler dans les autres organes.

De ces lésions multiples et profondes dans des organes aussi importants; de la diffluence extrême du sang qui ruisselle de toutes parts, nous croyons pouvoir déduire que la mort a dû être instantanée. Voici, s'il nous était permis de mieux affirmer notre conviction, l'ordre de succession des phénomènes morbides.

Commotion cérébrale au 3e degré. Abolition des mouvements respiratoires, asphyxie immédiate; en un seul mot, la vie s'est arrêtée et le cœur a cessé de battre à sept heures cinquante-trois minutes, en même temps que la montre brisée trouvée sur le capitaine.

Le cadavre, déposé à notre amphithéâtre le lendemain, à huit heures du matin, a surtout attiré notre attention par sa chaleur, qu'il conserve et, par une rigidité cadavérique que les plus grands efforts ne parvienne pas à briser.

Quinze heures après la mort, la température du corps du capitaine, constatée au moyen d'un thermomètre très-sensible introduit dans l'urètre, est de 23°5;

Tandis que celle d'un phthisique, mort en même temps, n'est que de 17°;

Vingt heures après la mort du capitaine, 23°3 (rigidité très-prononcée);

Vingt heures après la mort du phthisique, 17° (pas de rigidité);

Vingt-quatre heures après la mort du capitaine, 21°3;

Vingt-quatre heures après la mort du phthisique, 16°7;

Trente-six heures après la mort du capitaine, 15°8;

Trente-six heures après, phthisique inhumé (rigidité persistante; les membres thoraciques seuls ont pu être fléchis).

Soixante heures après la mort du capitaine, 12°7.

La température moyenne extérieure était de 12°.

La rigidité existe encore, mais moins forte. Pas la plus légère trace de putréfaction; vergetures abondantes sillonnant les parties déclives du tronc.

Quelques jours après cet accident, le tonnerre tombe sur la brasserie Dreher, et nous souvenant alors que l'année dernière le poste télégraphique militaire avait été frappé, nous nous sommes demandé si le camp de Châlons ne serait pas plus exposé aux coups de la foudre que les pays limitrophes, surtout depuis que les troupes y sont installées?

Certes, plus que personne, nous sommes disposé à nous entourer de la plus grande réserve en matière d'interprétation des accidents de la foudre et à n'admettre que des hypothèses revêtues d'un caractère de probabilité rationnelle.

Cependant, devant l'évidence des faits, nous nous sommes demandé si le camp, avec ses vastes plaines, découvertes et complétement déboisées, par conséquent dépourvues de cette infinité de conducteurs qui soutirent dans le sol l'électricité atmosphérique, ne se trouve pas dans des conditions qui favorisent les décharge de l'électricité.

« Ce serait, dit Arago, une grande découverte dans la physique du globe que la preuve d'une liaison intime entre la nature géologique des terrains et le nombre ou la force des orages. »

Le docteur Riolacci (1) dit que les orages sont assez fréquents dans cette région, on en compte, en moyenne, 24 ou 25 par an; presque tous ont lieu en été.

Le docteur Boudin, qu'on retrouve toujours dans toutes ces questions de la foudre, ne constate, dans la période de 1835 à 1863, que vingt et une personnes tuées roides pour le département de la Marne, ou 1 sur 18,357 habitants, tandis que, dans la Lozère, on en compte 46, ou 1 sur 2,986 habitants.

Il est vrai de dire que la Manche et presque tous les départements limitrophes n'en comptent que 6, ou 1 foudroyé sur 78,570 habitants.

Ce chiffre de 21, qui place la Marne au 11°40 dans l'ordre de classement, représente une moyenne relative qui comprend tout le département. Il s'agit de savoir si les plaines où est assis le camp sont plus souvent frappées depuis son installation.

Nous nous sommes renseigné de tous côtés dans les villages voisins, nous avons consulté les habitants de Mourmelon-le-Grand, mais les souvenirs sont vagues, incomplets. On parle bien de quelques accidents, mais il est impossible d'établir aucune statistique.

Cependant, d'une manière générale, on s'accorde à dire, qu'avant l'installation du camp, on parlait rarement de la foudre.

Ces données insuffisantes ne pouvaient nous contenter; nous avons voulu des faits bien constatés, assez nombreux pour donner à nos hypothèses une certaine valeur scientifique. Voici ces faits par ordre de date :

1° C'est le docteur Guiches, actuellement médecin-major au 9e de ligne, qui nous écrit qu'au mois de juillet 1860, entre huit et neuf heures du soir, il fut, à la hauteur de la 2e division, à l'emplacement du capitaine foudroyé, terrassé par la foudre;

2° Le 14 mai 1862, à neuf heures du soir, le courrier qui fait le service des dépêches entre Suippes et Châlons fut atteint par le feu du ciel, près de la ferme du Piémont. Son cheval seul reste paralysé;

3° En 1865, le premier juin, à quatre heures du soir, la foudre tombe dans l'intérieur de l'hôpital, sur un orme, en face du bureau du comptable. Le fluide parcourt en spirale le tronc de l'arbre, dont il enlève l'écorce, sans atteindre les infirmiers qui se trouvaient à quelques pas;

4° On nous apprend que le 14 juillet 1866, à cinq heures du matin, le tonnerre frappe deux peupliers qui se trouvent près de la ferme de Saint-Hilaire, à 4 kilomètres du camp;

5° Le 16 juillet 1866, à trois heures du soir, un artilleur de la garde est frappé, dans une cuisine, près du moulin à vent, rive droite du Cheneu, et reste paralysé pendant plus d'une année;

6° En 1868, le 17 juillet, à neuf heures du matin, le poste télégraphique du camp reçoit une décharge qui brise en partie ses instruments;

7° Le plus terrible de tous ces accidents, c'est la mort du capitaine Lacroix, qui a été pour nous l'occasion de ces recherches;

8° Le même jour, le fluide électrique frappe le poteau du télégraphe situé près des docks du campement;

9° Enfin, comme si la foudre voulait affirmer nos hypothèses par de nouveaux faits, nous venons d'apprendre (27 mai, trois heures du soir), que le pavillon nord-est de la brasserie Dreher, à Mourmelon-le-Grand, vient d'être frappé par fulguration.

Nous allons maintenant donner, dans ces conclusions générales, l'expression condensée de ces propositions, qui se sont si bien affirmées dans notre esprit que nous n'hésitons pas à plier notre conviction devant des faits aussi authentiques :

1° Dans ces vastes plaines de la Champagne, où les grands courants d'air se précipitent avec la rapidité prodigieuse de l'ouragan, toute éminence placée dans la sphère d'action d'un nuage orageux, comme la tente surmontée de son boulon en fer, est très-exposée aux coups de la foudre;

2° Ce qui contribue encore à augmenter les accidents, c'est que, dans ces plaines stériles, trop maigres pour nourrir des arbres de haute futaie, l'electricité, ne trouvant pas, dans ces bons conducteurs, d'écoulement facile vers le sol, existe à une tension extrême qui favorise les décharges disruptives de la foudre;

3° Ajoutons enfin que cette masse de métaux, fusils armés de leurs baïonnettes, sabres, lances, la pointe en l'air, canons, outils du génie, chemins de fer, fils télégraphiques, autant d'objets qui attirent le fluide, expliquent cette prédilection de la foudre pour le camp.

D'après ces considérations, nous croyons qu'il est de notre devoir, au sujet des accidents de fulguration qui tendent à se multiplier au camp, d'appeler sérieusement l'attention de l'autorité et de l'engager à prendre quelques mesures prophylactiques, que nous résumerions dans les propositions suivantes :

1° Eviter, quand on est surpris en pleine campagne, de courir contre le vent pour chercher un abri sous un arbre. Mieux vaudrait se coucher en plein air ou s'accroupir sous la tourmente; 2° se tenir dans l'intérieur de sa tente, plus près de la face sud, loin de tout objet métallique, lit en fer, fusils, etc.; 3° s'enrouler dans une couverture de laine et ne garder sur soi aucun objet d'or, d'argent, ni porte-monnaie; 4° remplacer la tente elliptique, avec ses mille pignons surmontés de boulons pointus en fer, qui nous semblent autant d'appareils destinés à appeler la foudre, par la tente conique qui, avec son chapeau en forme de champignon et en bois, a beaucoup moins d'action sur le fluide électrique; 5° multiplier les plantations de grands arbres dans le triple but : 1° de protéger, par cet écran de verdure, les tentes contre la violence des vents; 2° de conserver à ce sol calciné et à l'air ambiant, desséché par l'irradiation solaire, le peu d'humidité qui favorise les échanges électriques; 3° d'établir par ces paratonerres naturels un écoulement continu du fluide toujours suspendu comme une menace sur le camp;

6° Enfin, et c'est par là que nous terminons, élever de distance en distance des paratonerres sur le front de bandière d'où vient le vent dominant, sur les phares, par exemple, qui sont en fer, et sur plusieurs points intermédiaires. Placer au-dessus des arbres les plus élevés des tiges de bois terminées par des cônes de zinc, dépense insignifiante, mais si bien justifiée, surtout depuis que les accidents signalés semblent devenir plus fréquents.

Le camp, armé de cette manière, serait certainement à l'abri des coups de la foudre.

(1) *Le Camp de Châlons*, page 213.

HOPITAL DE PAIMPOL. — M. Le Coniot

Tumeur cancéreuse enkystée de la cuisse droite pesant 7 kilogs

ABLATION. — GUÉRISON EN VINGT-SIX JOURS

L'opération dont je viens vous entretenir me semble mériter une place dans votre journal, tant à cause de l'intérêt qu'offrent ses proportions, qu'à cause de celui qui ressort de l'erreur de diagnostic à laquelle on peut être conduit, même après une ponction exploratrice quand il s'agit de certaines tumeurs (1).

(1) Ainsi l'on aurait pu prendre cette tumeur pour un kyste contenant un liquide analogue à celui sorti par la canule du trocart.

Le 25 février dernier, le nommé P... du canton de Paimpol, département des Côtes-du-Nord, âgé de 51 ans, vint me consulter pour une tumeur siégeant aux parties supérieures interne, externe et antérieure de la cuisse; son apparition remontait à plusieurs années; voici le résultat du premier examen de ce malade :

État général satisfaisant malgré l'amaigrissement très-marqué; pas d'œdème du membre, mais engourdissement prononcé; la tumeur mesure 40 centimètres dans le sens vertical et 48 dans le sens transversal, en prenant comme points de départ ceux où elle vient se confondre avec le membre, dont l'épaisseur n'est pas comprise dans ces mesures. La pointe la plus élevée se trouve à 4 centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure; la partie inférieure et médiane est distante de 13 centimètres du bord supérieur de la rotule, tandis que le point le plus inférieur et interne fait saillie à 16 centimètres de l'interligne articulaire fémoro-tibial.

La peau, quoique amincie, d'un rouge vineux à sa partie antéro-externe, n'est adhérente qu'à certains points où l'on sent une espèce de fluctuation; tandis qu'en la pinçant ailleurs, elle glisse sur la tumeur, offrant, ici, une sensation de tissu en voie de ramollissement, là, celle d'un tissu plus résistant; plusieurs lobes paraissent constituer cette masse complexe.

Pour éclairer le diagnostic, un trocart explorateur est introduit dans un point ramolli; il donne issue à un liquide onctueux, filant, légèrement ambré. Désirant diminuer un peu la tension si grande de la peau, je remplaçai ce trocart par un autre plus volumineux, et je fis sortir environ 250 grammes de ce liquide; la pointe de l'instrument promenée dans la tumeur ne rencontrait pas de résistance autre que celle de quelques brides légères cédant aisément.

Je conclus à l'extirpation de la masse entière dont le développement vers l'abdomen menaçait de prochains accidents; d'autre part, l'état des téguments imposait une prompte intervention, sous peine de voir éclater aussi de ce côté des complications graves.

Le malade s'en retourne décidé à l'opération; mais on l'effraye sur ses conséquences, et ce n'est qu'un mois plus tard, en présence des désordres survenus, qu'on lui conseille l'ablation comme ressource extrême, *non sans l'avoir préalablement engagé à régler ses affaires tant spirituelles que temporelles.*

Je revois le malade; la peau ulcérée par places, offre en d'autres endroits des tâches noirâtres, et un amincissement considérable sur une longue bande livide, s'étendant de haut en bas et de dehors en dedans dans les trois quarts de la tumeur, la tension est extrême, on ne peut plisser la peau en la pinçant; le malade est très-amaigri, le teint est jaunâtre, quelques ganglions cruraux sont plus développés, le membre est devenu douloureux, le malade est très-inquiet.

Je dois ajouter que le point ou fut pratiquée la ponction exploratrice était cicatrisé, et qu'il n'y avait rien à noter de ce côté.

Nouvelle exploration; le trocart, plongé dans un autre point de la tumeur, laisse échapper encore le liquide précité, seulement cette fois, il entraîne quelques grumeaux blancs. N'ayant pas une habitude assez grande des études histologiques, j'ai préféré m'abstenir de recourir au microscope plutôt que m'égarer, d'autant plus que comme résultat, il n'y avait pas à balancer. La résistance aux mouvements du trocart était celle que donnerait un caillot sanguin provenant d'une saignée.

L'ablation, plus urgente que jamais, est pratiquée le 5 avril à l'hôpital de Paimpol, avec l'aide de mon père, médecin de cette ville, de M. Frojé fils, de Saint-Brieuc, ex-médecin de la marine; de M. Charles Le Moal, pharmacien et d'un aide aussi complaisant qu'intelligent, M. Ruellan, qui sans être médecin n'est pas étranger aux études médicales.

Le malade fut chloroformé; 10 grammes de chloroforme sont versés dans un cornet, un peu plus grand que celui en usage dans la marine, et, pour éviter de disséquer dans une boutonnière trop tendue, je pratiquai une incision courbe vers le quart supérieur de la tumeur, à l'endroit d'où partait la bande quasi phacélée, que je compris entre deux incisions obliques se réunissant à la partie inférieure et interne.

Voici les temps de l'opération :

1° Dissection du lambeau externe pour permettre de manœuvrer plus aisément.

2° Dissection du lambeau supérieur, afin de pouvoir dégager le kyste et le mobiliser quand on arrivera sur la gaine des vaisseaux fémoraux.

3° Dissection du lambeau interne, en laissant la bande de peau malade adhérente à la tumeur; mais, vu le volume et la tension de cette dernière, je me décide à la vider en partie pour agir avec plus de sécurité dans le voisinage des vaisseaux, et n'être pas marqué par elle.

4° Ablation de la tumeur.

Elle contient : 1° une substance se fondant sous les doigts et rappelant la substance cérébrale par le mélange de couches grises et de couches blanches; 2° des masses brunes ressemblant à des caillots sanguins; 3° une espèce de tissu hépatique, puis divers autres, curieux seulement par la diversité de leur aspect; au point où les muscles de la région antérieure et superficielle de la cuisse rencontrent la tumeur, ils viennent s'y perdre comme les fils d'un métier, se perdent dans la trame d'un tissu; le vaste externe et le tenseur du fascia lata refoulés et comprimés font corps avec l'aponévrose d'enveloppe.

Afin d'éviter toute perte de temps, le manche du scalpel remplace la lame partout ou le tissu cellulaire permet son emploi; j'ai vu les bons résultats de ce *modus faciendi*, entre les mains de M. le médecin en chef, J. Rochard, quand j'étais dans son service, et je ne puis que le recommander. Au bout de onze minutes la tumeur était enlevée ainsi que les ganglions malades, quatre petites artérioles musculaires étaient liées, l'écoulement du sang avait été insignifiant, la place était nette; nous réveillâmes le patient et nous laissâmes à nu cette vaste plaie, au milieu de laquelle on voyait la gaine des vaisseaux, tandis qu'à sa partie supérieure vers la fossette inguinale externe, le péritoine doublé du fascia propria soutient seul les intestins qui le dépriment.

Après avoir épongé la plaie avec de l'eau tiède pendant plus d'une demi-heure et avoir donné un peu de bouillon chaud et de vin au malade, la circulation étant bien rétablie, le malade réchauffé, aucune perte de sang ne montrant de vaisseaux ouverts, M. Frojé pro-

cède à la réunion au moyen de la suture entortillée; seulement, le lambeau supérieur se trouvant trop large par suite de la perte de substance provenant de la lanière enlevée, j'y pratique un pli en pinçant la peau en travers, et j'enlève le surplus pour éviter des clapiers.

Pansements à l'eau-de-vie. — Alimentation substantielle; alcoolatine d'aconit et opium.

Le malade sort guéri le vingt-sixième jour.

Le 24 mai le malade vient me voir à Tréguier; j'ouvre un petit abcès qui s'est formé à la cuisse au-dessous de la cicatrice, et j'ai présenté le sujet à un de nos confrères les plus éminents, à M. Le Duc qui devrait livrer à la publicité ses belles observations sur l'emploi des caustiques en chirurgie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 21 mai. — Présidence de M. le docteur Lagneau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le professeur Cortèse, membre du conseil de santé de l'armée italienne, qui déclare se porter candidat à une place de membre correspondant de la Société de médecine de Paris, et adresse à l'appui de sa candidature :

Un relevé de ses titres et travaux scientifiques, et les ouvrages suivants :

1° *Sui Comitati di soccorso ai feriti e malati in guerra*; broch. in-8.

2° *Ulteriori ragguagli sulle perdite dell'esercito italiano nella campagna del 1866*; broch. in-8.

3° *Malattie ed imperfezioni che ingagliano la coscrizione militare nel regno d'Italia; messi et provedimenti atti a prevenirle*; 1 vol. in-8.

4° *Delle imperfezioni superstiti alle ferite ed alle malattie contratte in campagna*; 1 vol. in-8.

5° *Guido teorico-pratico del medico militare in campagna*; 2 vol. in-8.

6° *Sui progressi della chirurgia conservatrice nelle ferite articolari per arma da fuoco*; broch. in-8.

7° *Sovra un anomalia riscontrata nei nervi ottici di un pesce*; broch. in-4.

8° *Osservazioni e riflessioni sul funicolo ombilicale del feto umano*; broch. in-4.

La correspondance imprimée comprend en outre :

Revue d'hydrologie médicale française et étrangère; 30 avril 1869.

Un mémoire de M. Géry père, couronné par la Société de médecine de Bordeaux, intitulée : *Caractères qui établissent la viabilité chez les nouveau-nés au point de vue de la médecine légale*; 1 vol. in-8.

M. Blachez. A propos du procès-verbal, j'insisterai sur le fait de la statistique de la mortalité des femmes en couches, c'est que cette mortalité dans les hôpitaux se trouve accrue de bien des cas graves observés en ville : dystocie, accidents puerpéraux; dès qu'un de ces accidents se présente chez des accouchées, en traitement chez les sages-femmes, celles-ci envoient les malades à l'hôpital. Ces faits rendent les statistiques inexactes.

M. Charrier. En effet, toutes les femmes atteintes de dystocie, de rupture du vagin, de l'utérus, etc., sont apportées aux hôpitaux.

M. Boinet. Il est certain que les statistiques basées sur les accouchements faits par les sages-femmes ont cet inconvénient. La statistique utile est celle des femmes accouchées chez elles par les médecins des bureaux de bienfaisance; les femmes de cette catégorie n'entrent pas volontiers à l'hôpital.

M. Charrier. La mortalité de ces femmes accouchées à domicile est de 1 sur 140, ainsi que je l'ai indiqué dans mon rapport.

M. Lunier. Il faudrait, pour qu'une statistique fût exacte, suivre jusqu'à la fin les femmes accouchées en ville.

M. Géry père, fait une analyse de son mémoire sur la viabilité des nouveau-nés.

Invité par M. le président à faire l'exposé du mémoire qu'il vient de présenter, M. Géry commence par rendre hommage à la Société de médecine de Bordeaux, et dit que la question mise au concours est d'un grand intérêt, surtout pour les médecins de province. A Paris où chaque partie des sciences médicales a des représentants éminents, les études spéciales sont moins indispensables; mais en province il n'en est pas ainsi, le médecin d'une petite localité, peut tout aussi bien que celui de la ville être appelé par l'autorité judiciaire, et être chargé d'une expertise médico-légale, qui devra dans un cas d'infanticide, ou de contestation civile au sujet de l'hérédité, établir : 1° si l'enfant mort était un nouveau-né; 2° s'il était viable; et 3° s'il est né mort, ou s'il n'a péri qu'après avoir vécu un certain temps.

Ces notions paraissent à l'auteur du mémoire n'être pas suffisamment connues, et beaucoup de médecins croient, avec les gens du monde, que dans les cas où un enfant survit, même quelques minutes seulement, à sa mère morte en lui donnant le jour, ou peu de temps après que l'héritage maternel est de plein droit dévolu au mari, père de l'enfant, il n'en est pas toujours ainsi, et c'est là une cause fréquente de contestations entre les familles.

La viabilité de l'enfant est la question capitale dans les cas de cette nature; il importe donc au médecin, et surtout au médecin éloigné des grands centres, de bien connaître cette question.

Pour qu'un nouveau-né soit viable, il faut d'abord que la grossesse de la mère soit arrivée au terme de six mois, temps rigoureusement indispensable pour que l'enfant ait acquis la maturité nécessaire pour la vie extra-utérine; mais il ne suffit pas, comme on le croit communément, qu'il ait donné quelques signes de vie, par de légers mouvements, par de faibles inspirations, qu'il ait même poussé quelques petits cris, qu'on ait senti des battements du cœur, aucun de ces signes n'a de valeur absolue par lui-même, il faut la réunion de tous, et que chacun d'eux soit bien établi; il est absolument nécessaire que des signes positifs établissent que la vie est entière, soutenue et susceptible de durée.

C'est par la couleur rosée et la chaleur de la peau, par la liberté et la plénitude de la respiration, par les cris aigus et soutenus, réunis aux mouvements du cœur et des membres et à leur persistance qu'on peut reconnaître et constater la viabilité de l'enfant naissant.

Pour qu'il jouisse de ses droits civils, il ne suffit pas que l'enfant soit né vivant, il faut qu'il soit né viable. En matière de successibilité, on ne doit faire aucune différence entre l'enfant mort-né et l'enfant qui naît pour mourir; c'est ce qu'exprime avec justesse et concision l'épigraphe du mémoire de M. Géry « *idem est non nasci et non posse vivere.* »

L'auteur s'étant étendu davantage sur le premier chapitre de son mémoire, analyse rapidement les quatre autres, il dit ce qu'on doit entendre par nouveau-né, et fait remarquer qui si la *viabilité* est d'une plus haute importance en matière civile qu'au criminel, l'état de nouveau-né est dans le dernier cas la question capitale, non pour l'établissement du fait en lui-même; mais pour l'application de la peine.

Le chapitre troisième est consacré aux renseignements fournis par le corps de l'enfant mort.

Ici encore, et soit devant la jurisprudence criminelle, soit devant la jurisprudence civile, il faut d'après l'état du corps établir si l'enfant était né viable, oui ou non, et pour cela déterminer autant que possible l'âge utérin du fœtus.

On aura à examiner le développement général du corps, le poids de l'enfant, sa taille, le degré d'ossification, l'état de la peau.

A ce chapitre se rattache une question de la plus haute importance en matière criminelle, à savoir si l'enfant est né vivant; l'examen du corps, ainsi que nous venons de le dire, fournit des données qui ne sont pas à négliger; mais ce n'est que par l'autopsie qu'on peut en avoir de positives; dans la position des organes de la circulation et de la respiration, et surtout dans les épreuves docimasiques des poumons; sans négliger toutefois un signe précieux, découvert par Béclard en 1819, le degré de développement du point osseux épiphysaire des fémurs.

Le chapitre quatrième est consacré aux signes fournis par la persistance de la circulation et l'état du sang.

Ce chapitre est fort intéressant, et par les faits qui s'y rapportent, et par les observations qui y sont relatées; ainsi on voit dans certains cas d'infanticide, des signes positifs établir que l'enfant avait vécu bien qu'il n'eût pas respiré, les auteurs de médecine légale ont constaté ce fait, qui a surtout été mis en lumière par M. Devergie; et nous tenons d'autant plus à le citer, qu'il a sur ce point été combattu par un professeur de médecine légale du plus grand mérite, mais enclin à la partialité, le célèbre et regretté Casper, qui se refusait à reconnaître que des ecchymoses autour des blessures sont un signe incontestable que l'enfant a vécu, puisque le sang vivant possède seul la propriété de coagulation.

C'est aussi dans ce chapitre que sont reproduites des observations très-intéressantes d'enfants mort-nés en apparence, enfouis sous terre et retirés vivants après plusieurs heures. L'une de ces observations, personnelle à l'auteur, nous intéresse d'autant plus qu'elle retrace les tribulations d'un confrère de Paris, qui touché de compassion, et cédant aux prières d'une famille honorable, emporta le corps d'un enfant né mort, pour le conserver dans l'esprit de vin, et le rapporta vivant quelques heures après.

Le cinquième et dernier chapitre est consacré au résumé des signes propres à établir que l'enfant est né vivant; et, sur ce point, apparaît au premier rang la docimasie hydrostatique, au sujet de laquelle l'auteur trouve occasion de rendre hommage et de payer un tribut de reconnaissance au professeur de médecine légale de la Faculté de Paris, M. Tardieu, pour ses études si complètes et l'exposition si nette et si pratique qu'il sait en faire, études que M. Géry a été heureux de prendre pour guide dans son travail.

C'est à ce chapitre que se rapporte plus particulièrement un des signes indiqués dans le chapitre de la viabilité, *le cri de l'enfant*, et l'auteur constate que tous les légistes s'accordent à demander comme signe caractéristique, non pas quelques faibles vagissements; mais le cri plein, entier, qui, selon la loi prussienne, constitue la voix claire, et pour la constatation duquel les anciens législateurs demandaient : *Vox audita inter quatuor parietes domus.*

En matière criminelle, il ne suffit pas d'établir que l'enfant est né vivant, il faut encore, autant que possible, déterminer *combien de temps il a vécu*; et, malgré qu'au premier abord il paraisse très-difficile de répondre à cette question, on arrive au contraire à le faire avec assez de précision, en tenant compte des changements anatomiques survenus dans l'état de certaines parties du corps de l'enfant, telles que les poumons, la peau, l'appareil ombilical, les ouvertures fœtales, l'état de l'estomac et le degré de développement du point osseux épiphysaire des fémurs.

A propos des changements qui surviennent dans l'appareil ombilical après la naissance, M. Géry cite avec éloges les études si consciencieuses et si intéressantes de M. Lorain sur ce sujet, et dit d'après lui que ce n'est pas dans la dessication du cordon, mais bien dans les *modifications vitales de l'ombilic et des vaisseaux ombilicaux intra-abdominaux* que le médecin légiste doit chercher ses preuves; et à ce sujet M. Géry dit que, fort de son expérience, il a bien de la peine à admettre, avec quelques auteurs, que la chute du cordon puisse avoir lieu le deuxième jour. Sur 1,200 cas, M. Géry a vu un assez grand nombre de chutes tardives, du huitième et du neuvième jour, mais jamais avant le quatrième.

Le point d'ossification de l'extrémité inférieure des fémurs fournit ici une indication précieuse et positive; de 1 à 4 millimètres de diamètre chez l'enfant à terme, dès qu'il dépasse 5 ou 6 millimètres dans son plus grand diamètre, on est en droit d'en conclure que l'enfant a vécu plusieurs jours après sa naissance. L'auteur ne cite que pour mémoire quelques autres signes qui, bien que généralement indiqués, n'ont pas de valeur réelle, tels que l'état des ongles et des cheveux, la présence du méconium dans le gros intestin et de l'urine dans la vessie ou l'état de vacuité de ces organes, etc.

M. Boinet. Un fait qui m'a frappé dans ce que vient de nous dire M. Géry, c'est, qu'au point de vue de l'hérédité, l'enfant qui n'a vécu que vingt-quatre heures n'est pas considéré comme capable d'hériter, tandis que, pour la criminalité, l'enfant a vécu lorsqu'on a pu entendre le cri vaginal. Je crois la loi trop sévère; je crois que toutes les fois qu'un enfant a vécu, il est apte à succéder, quand bien même il ne serait pas viable, tels sont les hydrorachis, les hydrocéphales, etc. Lorsqu'il s'agit d'un crime, on recherche seulement si l'enfant a respiré; cette circonstance suffit, tandis que pour hériter, on exige trois, quatre jours et plus de vie.

M. le Président. La discussion sur les maternités étant encore pendante, la discussion sur la viabilité des nouveaux-nés sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. le Président, après lecture de la lettre de M. le professeur Cortèse, nomme, pour examiner les titres de ce candidat, une commission composée de MM. Perrin, Leudet et Antonin Martin, rapporteur.

M. Perrin. Je crois que la discussion sur les maternités peut être close, mais je serais désolé qu'une déclaration solennelle de notre Société ne vînt pas s'ajouter à celles qui ont été faites par d'autres sociétés savantes. Je demande donc que la discussion de nos trois séances soit résumée dans un procès-verbal assez court, saisissant pour tous, et que la *Gazette des hôpitaux* publie ce résumé, dépourvu de toute espèce de reproche à qui que ce soit, l'assistance publique ayant, comme les médecins, fait son devoir dans la question des maternités.

M. Lunier. J'approuve cette motion, et je demanderai qu'une commission soit chargée de ce rapport, qui serait tiré à part dans un journal de médecine.

M. le Président. MM. Blachez, Boinet, Briquet, Perrin et Charrier sont nommés membres de cette commission, qui choisira son rapporteur. La discussion est close jusqu'à la présentation de ce rapport.

M. Duroziez lit trois observations nouvelles de rétrécissement de la valvule tricuspide.

La 1re a trait à une femme de 30 ans, C... (service de M. Bucquoy, Hôtel-Dieu, 27 octobre 1868) aphasique, paralytique et atteinte de gangrène de la jambe gauche. Cette femme présentait des signes d'insuffisance et de rétrécissement des valvules mitrale et tricuspide. Cette dernière est épaissie, son orifice rétréci, de manière à n'admettre qu'un doigt. L'orifice de la valvule mitrale ne laisse passer qu'une plume d'oie. Le cerveau présentait une cavité au niveau de l'insula et de la 3e circonvolution cérébrale gauche; le lobe moyen gauche et la partie gauche de la protubérance sont atrophiés; ces lésions expliquent l'aphasie et la paralysie. Le sphacèle est le résultat d'embolies. La malade semble avoir eu plusieurs attaques de rhumatisme.

Une seconde malade, âgée de 34 ans. B... (service de M. Frémy, Hôtel-Dieu, 18 mars 1869), présentait, avec un cœur hypertrophié, un récissement considérable de la vavule mitrale, un rétrécissement avec insuffisance de l'orifice aortique; enfin un rétrécissement avec insuffisance de la tricuspide.

Une autre, âgée de 23 ans, T... (service de M. Bucquoy, Hôtel-Dieu, 30 octobre 1868) offrait également une hypertrophie très-prononcée du cœur avec rétrécissement de la mitrale et de la tricuspide; les sigmoïdes aortiques étaient blanches et épaissies.

D'après M. Duroziez, ces lésions sont plus fréquentes chez les femmes; sur 13 cas, 11 appartiennent à des femmes. On ne saurait en donner une explication satisfaisante.

M. Duroziez lit en outre deux observations d'endocardite : l'une consécutive à un empoisonnement par le phosphore chez un homme d'environ 60 ans; l'autre, chez un malade jeune encore, et consécutivement à une rougeole compliquée de broncho-pneumonie.

M. Duroziez termine sa lecture par l'exposé d'un nouveau procédé d'examen nécropsique du cœur, l'examen sous l'eau :

« On détache le cœur; on fait une incision sur le coté externe de la veine cave supérieure et de la veine cave inférieure; l'oreillette droite est ainsi largement ouverte, et l'on a ainsi respecté le trou ovale et la valvule d'Eustache.— On réunit les ouvertures des veines pulmonaires, de manière à ouvrir largemment l'oreillette gauche.

On donne un coup de ciseau à la pointe de chacun des ventricules, et introduisant un doigt de chaque main dans l'ouverture du ventricule droit, on déchire la paroi de celui-ci; de même pour le ventricule gauche.

« Nous trouvons, ajoute M. Duroziez, à cette manière d'ouvrir les ventricules, un avantage, celui de ne pas intéresser les muscles des tendons, ni les tendons eux-mêmes, la déchirure passant toujours en dehors de ceux-ci.

« Nous débarrassons avec soin les cavités des caillots qu'elles peuvent contenir, de manière à ce que les valvules puissent jouer librement.

« Nous plongeons alors le cœur dans un seau plein d'eau, et, par des mouvements alternatifs d'ascension et de descente, nous faisons jouer les valvules comme elles jouent sous l'influence du sang.

« Nous examinons les vavules auriculo-ventriculaires du côté des oreillettes, et nous voyons, si ces vavules sont saines, les valves venir s'accoler et boucher hermétiquement les orifices. Si les valves laissent entre elles des trous, nous apercevons ceux-ci avec la plus grande facilité.

« Nous remplissons alors d'eau les artères, et nous voyons si elles gardent l'eau absolument. Presque toujours saine, l'artère pulmonaire garde l'eau indéfiniment. Les sigmoïdes aortiques laissent fuir l'eau pourvu qu'il y ait le moindre petit trou.

« Puis nous observons ces orifices pulmonaire et aortique du côté des ventricules, les artères étant plongées dans l'eau et les ventricules étant maintenus hors de l'eau; nous pressons sur l'eau.

« Lorsqu'il y a le moindre intervalle entre les sigmoïdes, on voit à chaque pression un jet d'eau s'élancer, et on a le spectacle de la rentrée du sang, pour ainsi dire, dans le ventricule, lorsqu'il y a insuffisance aortique.

« Sans doute ce procédé laisse encore beaucoup de *desiderata*. Un cœur ainsi mutilé et mort ne ressemble guère au cœur vivant et intact; c'est à l'oreille à faire le reste, à remplir la lacune.

M. Blachez. J'attribue une grande valeur au procédé de M. Duroziez; néanmoins je ferai observer que si l'examen sous l'eau peut être concluant pour les valvules sygmoïdes, aortiques et pulmonaires, qui ferment complétement leurs orifices quand elles sont à l'état sain, il n'en est plus de même des valvules auriculo-ventriculaires qui sont bien loin de fermer hermétiquement, même lorsqu'elles sont saines. Aussi, si pour les premières, l'épreuve est concluante lorsqu'elles laissent passer l'eau, je ne saurais en dire autant des secondes; pour celles-ci, l'épreuve n'a plus la même importance.

M. Duroziez. Je ne donne pas ce procédé comme irréprochable.

Je crois qu'il peut être très-utile de voir fonctionner le cœur dans l'eau pour l'examen de certains cas pathologiques.

M. LE PRÉSIDENT. Personne ne demandant plus la parole, la discussion est close.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : Dr ANTONIN MARTIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le *Bulletin hebdomadaire des causes de décès*, publié par les soins de la préfecture de la Seine, donne, pour la semaine du 29 août au 4 septembre, le chiffre total de 890 décès. Voici sur ce total, d'où sont défalqués les décès produits par des maladies chroniques, la part qui revient à chacune des maladies aiguës qui figurent sur le Bulletin : Variole 13, scarlatine 8, rougeole 7, fièvre typhoïde 20, érysipèle 4, bronchite 24, pneumonie 32, diarrhée 49, dyssenterie 5, choléra 4, angine couenneuse 5, croup 4, affections puerpérales 7. D'où l'on voit que les maladies les plus meurtrières de cette semaine ont été, comme dans la semaine précédente, les diarrhées, les pneumonies et bronchites et la fièvre typhoïde. Le même Bulletin pour Londres (semaine du 22 au 28 août) donne les chiffres considérables de 195 décès par diarrhée et de 143 décès par scarlatine. Les décès par autres maladies donnent des proportions qui varient peu de celles de Paris.

— *Laboratoire d'anthropologie.* — M. Broca a fondé, dans un local affecté à l'École de médecine (École pratique, pavillon du Musée Dupuytren), un laboratoire d'anthropologie que M. le ministre de l'instruction publique a bien voulu classer parmi les laboratoires des hautes études, et subventionner comme tel. M. Hamy, membre de la Société d'anthropologie, a été nommé préparateur. On a réuni dans ce laboratoire, ouvert à tous les savants, tous les instruments nécessaires aux travaux anthropologiques, ainsi que la plupart des ouvrages et des atlas de crânologie et d'anatomie comparée.

Les éléments des travaux pratiques du laboratoire sont nombreux; pour l'homme, il aura à sa disposition tous les sujets provenant des hôpitaux et offrant quelque intérêt spécial. En outre, on compte faire une étude complète des hommes qui composent les tirailleurs algériens. Les individus de race lointaine qui sont parfois amenés à Paris, ainsi que tous ceux qui offrent quelques particularités anatomiques, pourront être observés et décrits avec rigueur. Ainsi l'anatomie comparée des races humaines pourra être révisée entièrement.

Quant aux rapports morphologiques des hommes et des primates, déjà le laboratoire en a fait l'objet de travaux importants.

Une fois par semaine (le jeudi à deux heures), le préparateur du laboratoire, M. Hamy, démontrera l'usage et la manœuvre des divers instruments.

— On aime à voir les témoignages de respect et de reconnaissance rendus par les corps savants de tous pays aux savants illustres qui ont mérité par leurs travaux cette sorte d'adoption cosmopolite. Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, M. Élie de Beaumont, secrétaire perpétuel, a donné lecture d'un télégramme qui lui a été adressé de Moscou, au nom du second congrès des naturalistes russes. Le congrès, à l'occasion de l'anniversaire séculaire de la naissance de Cuvier, a fait savoir à l'Académie qu'il a voulu rappeler d'une manière spéciale les immenses services rendus à l'histoire naturelle par l'illustre savant français.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1869

159. Stojan (Démétrée). Essai sur le diagnostic médical en général.

160. Jacquier (Alfred). Du diabète traumatique.

161. Lefèvre (Auguste). Étude hygiénique sur les moyens d'approvisionnement, de conservation et de distribution de l'eau d'alimentation à bord des navires de la marine impériale.

162. Couillard-Labonnote. Du torticolis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. Le premier demi-volume du tome deuxième de la 1re série vient de paraître. Il contient les principaux articles suivants : Lavement, par M. Brochin ; Lavoirs, par M. Beaugrand ; Leucocyte, par M. Ch. Robin; Leucocytémie, par M. Isambert; Leucorrhée, par M. Courty. Divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau; de botanique, par MM. Baillon, De Seynes et Planchon; la biographie et la bibliographie, par MM. Beaugrand et Chereau. — Prix du demi-volume, 6 francs.

Étude sur les déformations du bassin chez les cyphotiques, au point de vue de l'accouchement, par le docteur G. CHANTREUIL, interne lauréat des hôpitaux, membre de la société anatomique. — 1 vol. in-8 de 170 pages, avec figures. — Prix, 3 francs.

Eaux minérales de Saint-Nectaire, par le docteur DUMAS-AUBERGIER, avec itinéraire et description des environs, topographie et géologie, par le professeur Lecoq. — 1 vol in-12 avec figures. — Prix 3 fr.

De la nature des virus dans les maladies contagieuses, *Résumé des découvertes les plus modernes*, notamment de celles de M. le docteur HALLIER, professeur à l'Université d'Iéna, par Auguste ZUNDEL, vétérinaire à Mulhouse. In-8. — Prix, 1 fr. 25.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

N° 108. — JEUDI 16 SEPTEMBRE 1869. 42e ANNÉE. JEUDI 16 SEPTEMBRE 1869. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Sur la demande de M. J. Guérin, qui désire ne répondre à l'argumentation de M. Depaul que sur texte, l'Académie a sursis à la suite de la discussion sur la vaccine. M. Chassaignac, incidemment, et à l'occasion de cette discussion, a rappelé dans une courte note, l'un des premiers faits de syphilis vaccinale qui ont appelé l'attention des médecins sur cette question; fait qui a été observé et recueilli dans son service de Lariboisière en 1863. Ce fait, important sans doute, perd malheureusement beaucoup de sa valeur au point de vue de la question en litige, faute de renseignements sur l'état du sujet vaccinifère et sur l'origine réelle de l'infection.

L'Académie a entendu ensuite deux rapports : le premier, de M. Gosselin, sur un travail de M. le docteur Dechaux, relatif à la grande question chirurgicale de la conservation des membres atteints de traumatismes plus ou moins graves; le second, de M. Devilliers, sur un mémoire de M. Martinelli relatif à la grossesse et à l'accouchement.

Convaincu que dans bien des cas où les chirurgiens se croient autorisés à proposer le sacrifice d'un membre, on pourrait, par l'expectation seule et avec des pansements bien faits, parvenir à les conserver, M. Dechaux cite à l'appui un assez grand nombre de faits de sa pratique, dans lesquels il a été assez heureux pour conserver des membres atteints de graves désordres.

M. le rapporteur, en approuvant la conduite de M. Dechaux, a fait remarquer avec raison que ce médecin était loin d'être seul de son avis, comme il semble le croire, et que beaucoup de chirurgiens aujourd'hui dirigent tous leurs efforts vers le même but, reconnaissant, comme lui, que leurs prédécesseurs désespéraient trop vite dans les grandes lésions traumatiques des membres. Mais où sont les limites de la chirurgie opérante et de la chirurgie expectante? La question se pose pour chaque espèce ou chaque fait particulier.

M. Devilliers, après la lecture de son rapport, a gardé sa place à la tribune pour lire un travail qui a trait à la question de l'hygiène des nourrissons. On se rappelle que la commission des nourrissons a proposé un projet de règlement destiné à être mis sous les yeux de l'administration. M. Devilliers, tout en donnant son adhésion aux dispositions principales de ce règlement, trouvant toutefois que le rapport de la commission ne répondait pas complétement au *desiratum* de l'administration, s'est proposé, dans cette lecture, de combler les lacunes qu'il a cru voir dans ce rapport, et de compléter, par des amendements et des additions, le système de réglementation adopté par l'Académie.

Nous avons sous les yeux le projet amendé et additionné par M. Devilliers, libellé en 57 articles, et ne tenant pas moins de 12 pages d'impression in-8°, sans compter les modèles de carnet et les instructions hygiéniques pour les nourrices, etc. On sait qu'une commission mixte d'administrateurs et de médecins, faisant partie pour la plupart de l'Académie, est chargée d'un travail semblable. Tout cela fait bien des règlements, et quand on songe qu'ils ne sont tous qu'un replâtrage ou une reconfection plus ou moins rajeunie de vieux règlements depuis longtemps tombés en désuétude, par négligence ou par impuissance, on se demande si c'est bien là la boune voie et le véritable moyen d'arriver au but si désirable que l'on se propose.

Dr BROCHIN.

SAINTE-ANNE (bureau central d'examen).—M. MAGNAN.

Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses ; alcoolisme. — Alcool et absinthe. — Épilepsie absinthique.

(Leçons recueillies par M. LANGLET, interne des hôpitaux de Paris.)

(SUITE ET FIN)

Voyons maintenant comment, dans chaque sens, se développent ces phénomènes. Pour l'ouïe, les premières sensations sont des bourdonnements, des sifflements, des tintements, des bruits de cloche dont le malade fait quelquefois un glas funèbre; puis ce sont des bruits confus, des craquements, des tumultes, des émeutes, la fusillade; plus tard des cris de détresse, des voix confuses, des voix distinctes, celles des amis, des parents; puis encore des injures, des menaces, des accusations nettement formulées, etc., les hallucinations de l'ouïe les plus distinctes.

Pour la vision, les accidents se présentent de la même manière; la vue se trouble, s'obscurcit, avec des éblouissements; il survient des étincelles, des flammes, des couleurs variées, des ombres, des objets tremblottants, des fantômes; puis confusément des incendies, des précipices, des batailles. Dans quelques cas, le malade voit d'abord une tache sombre, noirâtre, à contours diffus, puis à limites distinctes avec des prolongements qui deviennent des pattes, une tête, pour former un animal, un rat, un chat, un lion, etc., des sergents de ville, des gendarmes, des assassins, etc. Vous avez là quelques-uns des troubles si multipliés de la vue qui s'imposent aux alcooliques.

Les perversions, les illusions, les hallucinations sont moins nombreuses et moins variées pour les sens du goût et de l'odorât, mais néanmoins l'alcoolique n'échappe ni aux odeurs, ni aux saveurs à caractères désagréables.

La sensibilité générale avec ses différents modes d'anesthésie et d'hypéresthésie, fournit aussi son contingent de sensations pénibles, et fréquemment ses troubles s'associent à ceux des autres sens. C'est ainsi que certains alcooliques sentent et voient des animaux pénétrer et ramper entre chair et peau ; ou bien ils sont entourés par des fils de fer qui les enlacent, les serrent, les oppressent; ils passent leur temps à dérouler ces cercles métalliques sans cesse renaissants ; ou bien encore, ils aperçoivent une partie de leur corps rongé par les vers, ils les secouent, s'efforçent au milieu de la plus vive anxiété de les détacher et de les jeter à terre. Je n'insiste point pour vous dépeindre les angoisses de ces malheureux; chaque alcoolique, du reste, va se présenter à vous, avec ses tribulations, et vous pourrez aisément compléter l'énumération un peu rapide que je fais de ces symptômes.

Je ne m'arrêterai point aujourd'hui à certains troubles qui se passent du côté de la digestion, de la vie de nutrition ; je vous dirai toutefois relativement à l'état des urines que d'après nos expériences physiologiques, et surtout d'après nos recherches cliniques, la présence de l'albumine dans les urines, doit être considérée comme un fait très-rare dans l'alcoolisme aigu.

Les phénomènes qui se passent du côté de la motilité sont fort remarquables; le frémissement de tout le corps, la trémulation générale, le tremblement convulsif de tous les muscles de la face, le tremblement des mains et des jambes ne se montrent à ce degré que dans l'alcoolisme aigu seulement. Il n'est pas nécessaire pour les constater de solliciter du malade certains mouvements, certaines attitudes exigeant un peu plus de sûreté, et plus favorables par conséquent à l'appréciation du désordre. Il suffit des mouvements les plus simples, pour mettre en évidence l'intensité des troubles moteurs. Si le malade vous saisit, vous sentez ses doigts presser d'une façon irrégulière, tantôt la main serre convulsivement, d'autres fois il arrive une sorte de détente. Dès qu'il essaye de parler, au milieu du frémissement musculaire, on aperçoit de petites saccades convulsives qui rendent la face grimaçante. Quand les bras sont étendus, en outre du tremblement en masse, de petites secousses irrégulières, inégales, se montrent dans la plupart des muscles; par places, les tendons se soulèvent brusquement et en appliquant la main, on ne tarde pas à sentir des soubresauts très-irréguliers.

Aux yeux de la plupart des médecins, ces lésions si considérables de la motilité sont l'acheminement nécessaire vers les accidents convulsifs épileptiques. D'après eux, par conséquent, la crise d'épilepsie se montrerait comme dernier terme des désordres musculaires dans l'alcoolisme, et serait toujours l'indice d'un état grave. Il n'en est pas ainsi, messieurs, l'attaque d'épilepsie n'est pas dans la folie alcoolique aiguë, l'expression la plus élevée du trouble moteur; c'est un accident indépendant des autres phénomènes. Certains malades, en effet, présentent quelquefois un tremblement d'une effroyable intensité, et cependant, ils n'offrent point d'épilepsie ; d'autres, au contraire, n'ont presque pas de tremblement, et vous les voyez surpris tout à coup par des attaques. Ces faits ne vous étonnent plus aujourd'hui, vous en connaissez l'explication.

L'alcool, chez l'homme comme chez les animaux, est incapable à lui tout seul de provoquer l'épilepsie, il donne lieu à du tremblement, quelquefois même à des petites convulsions cloniques, irrégulières, mais c'est tout. Quand, d'autre part, les attaques épileptiques surviennent, vous ne manquez pas de trouver un agent différent de l'alcool qui les a provoquées, et cet agent est habituellement l'absinthe.

L'épilepsie est donc, je le répète, un phénomène surajouté qui ne peut pas être considéré comme la manifestation la plus élevée de l'alcoolisme aigu.

Parmi les malades que vous examinerez, aujourd'hui, se trouve un homme âgé de 41 ans, porteur aux Halles, qui après des excès répétés de vin et d'eau-de-vie, s'était adonné plus particulièrement à l'absinthe. Il avait eu jusqu'ici du tremblement et quelques hallucinations, lorsqu'il y a trois jours, il a été pris subitement aux Halles d'une attaque d'épilepsie, il est tombé tout à coup sans connaissance; la figure était grimaçante, d'abord très-pâle, elle est devenue violacée, les lèvres se sont couvertes d'écume, les bras et les jambes présentaient des secousses convulsives; au bout d'un instant, le malade s'est relevé tout hébété; quelques heures plus tard, il est devenu violent, il se disait poursuivi par des assassins, il voyait des animaux autour de lui. Il est entré depuis hier au bureau d'examen, le délire continue avec les hallucinations effrayantes, mais un point sur lequel je tiens à fixer votre attention, c'est l'état de la motilité; vous trouverez un tremblement des mains assez considérable, sans doute, mais néanmoins n'ayant rien d'exagéré, moins étendu même dans les cas d'alcoolisme aigu de moyenne intensité; il n'y a donc pas eu de progression successive des troubles moteurs aboutissant à l'attaque épileptique; celle-ci est venu s'ajouter pour un instant aux phénomènes ordinaires, mais sans exercer, ni avant ni après, une influence appréciable sur la motilité.

Je pourrais vous faire le récit d'un bon nombre d'observations analogues, recueillies par M. Bouchereau et par moi, mais elles n'apporteraient point d'éclaircissements nouveaux à la question qui nous occupe. Toutefois, je tiens à vous rappeler un fait que j'ai eu l'occasion d'observer à Bicêtre et dans lequel l'homme se donne en quelque sorte comme sujet d'expérience, pour servir à bien démontrer l'action spéciale de l'absinthe.

Cl... (Louis), âgé de 32 ans, entre à Bicêtre le 31 octobre 1863. Cet homme d'une santé excellente, reste sobre jusqu'au commencement de 1861, époque, où il devient marchand de vin. Il contracte à ce moment l'habitude de boire, il prend d'abord du vin et de l'eau-de-vie, puis un peu d'absinthe.

Les phénomènes alcooliques ne tardent pas à paraître, il survient aussi parfois des vertiges. Dans le courant de 1863, Cl... pour se donner des forces use plus largement de liqueur d'absinthe; les vertiges deviennent plus fréquents et à quelques jours d'intervalle, il survient deux crises avec perte subite de connaissance, chute, face grimaçante, convulsions des bras et des jambes, écume sanguinolente aux lèvres et morsure de la langue. L'une des crises à lieu à l'église pendant la cérémonie d'un enterrement, l'autre survient dans un escalier ; dans les deux cas, elles se présentent d'une façon inopinée.

Un délire avec hallucinations effrayantes agite bientôt le malade et provoque sa séquestration à Bicêtre ; il arrive le 31 octobre 63, présentant les symptômes d'un accès d'alcoolisme aigu. Il se rétablit assez rapidement; au bout d'un mois on le laisse sortir.

De retour chez lui, il ne tarde pas à reprendre ses habitudes; d'autre part, les accidents alcooliques ne se font pas attendre. Plus tard, à la suite de nouveaux abus d'absinthe, il survient une attaque épileptique semblable aux précédentes.

Le malade est ramené, le 28 avril 1864, à Bicêtre, où il reste, pour se rétablir, jusqu'au commencement de juin. Sorti pour la deuxième fois, il renonce pendant quelque temps à l'absinthe, mais il recommence, au bout de peu de jours, à boire du vin et de l'eau-de-vie. Le sommeil devient mauvais, des hallucinations se montrent avec leur caractère pénible ; l'appétit est perdu; des flots de pituite sont rendus le matin, et les membres deviennent tremblants. Cet état dure deux mois, mais C... se trouvant plus faible, a recours encore une fois à sa liqueur favorite. L'absinthe provoque bientôt de nouvelles crises d'épilepsie. C... rentre à Bicêtre une troisième fois, le 5 décembre 1864. Au moment de son entrée, il portait encore à la langue des traces de morsures, témoignage éclatant de sa dernière crise.

Telle est cette observation, pour ne pas dire cette expérience. Le sujet est un homme vigoureux, vierge, jusque-là, de tout accident alcoolique et de tout phénomène convulsif. Il commence par des excès de vin et d'eau-de-vie et devient alcoolique; puis il s'adonne à l'absinthe, il devient épileptique.

Avec le premier séjour à l'Asile, les accidents disparaissent. Une fois sorti, il recommence à boire ; les accidents alcooliques arrivent d'abord ; il prend de l'absinthe, nouvelle attaque d'épilepsie. Séjour à l'hôpital, cessation des accidents. Pour la troisième fois, excès de vin et d'eau-de-vie, alcoolisme ; excès d'absinthe, attaques épileptiques qui s'ajoutent. Séjour à l'hôpital et sobriété, cessation des accidents.

L'effet peut-il être plus intimement lié à la cause? Ne pouvons-nous pas dédoubler l'empoisonnement, faire la part de l'alcool, faire la part de l'absinthe?

L'épilepsie absinthique ne saurait être plus nettement démontrée. Combien ces attaques épileptiques, toujours en rapport avec l'agent déterminé qui les produit, sont différentes au point de vue de leur nature, de celles qui accompagnent l'alcoolisme chronique! Dans ce dernier cas, qu'arrive-t-il?

Un malade présente des accidents épileptiques ou épileptiformes, il entre à l'hôpital, et pendant toute la durée de son séjour, on peut être témoin, à plusieurs reprises, d'attaques semblables aux premières sous l'influence des causes les plus diverses, quelquefois même sans causes appréciables, absolument comme chez les malades atteints de certaines lésions cérébrales.

L'alcoolisme chronique se trouve, en effet, dans des conditions analogues; son système cérébro-spinal a subi des altérations profondes et persistantes.

La cause première réside tout entière dans l'état de l'organisme, conditions bien opposées à celles de l'empoisonnement par l'absinthe, dans laquelle la seule cause est le poison.

Quel est le pronostic de l'alcoolisme aigu?

Il serait difficile de nous faire une idée juste de la gravité de l'alcoolisme aigu, d'après les statistiques de la plupart des médecins, et plus particulièrement d'après les statistiques anglaises et américaines. Il y a entre ces documents des écarts tellement considérables que toute comparaison devient impossible. Aussi croyons-nous plus utile et d'un intérêt plus pratique de borner nos recherches aux observations recueillies à Paris, qui nous permettent une appréciation plus exacte de tous les éléments du problème.

En 1852, M. Delasiauve (1), vivement frappé de la gravité de certains cas de *delirium tremens*, publia, sur ce sujet, un excellent travail dans lequel se trouve un tableau fidèle du *delirium tremens* suraigu.

Quoique les observations ne portent que sur un petit nombre de faits choisis parmi les plus graves, on y trouve néanmoins la preuve d'une mortalité assez considérable.

Nous allons puiser, dans la thèse du docteur Contesse (2), des documents nombreux et d'autant plus précieux qu'ils pourront de tous points être comparés à ceux que nous obtiendrons ici.

Sur 5,238 malades atteints de délires variés, entrés à Bicêtre, du 1er août 1855 au 1er avril 1862, M. Contesse a trouvé 1,000 alcooliques, parmi lesquels 30 cas de mort dans les 34 premiers jours après l'arrivée à l'Asile; mais l'auteur, comprenant luimême combien cette durée de 34 jours devenait défectueuse par sa longueur, a ajouté un tableau indicatif des décès, jour par jour, à partir de l'entrée. De cette manière nous pouvons, en n'embrassant que les 5 premiers jours, connaître le chiffre qui se rapporte rationnellement à l'alcoolisme aigu. Après le 5e jour, en effet, les alcooliques aigus ne meurent pas, à proprement parler, de l'intoxication elle-même, mais bien plutôt d'une de ses complications.

Sur les 30 décès, nous en trouvons 21 pour les 5 premiers jours; il en reste donc 9 seulement à répartir entre les 29 jours sur les 34.

Ces résultats, que je tenais à vous signaler, montrent suffisamment par eux-mêmes l'existence du danger, surtout dans la période aiguë, c'est-à-dire au moment où l'économie tout entière est encore sous le coup de l'imprégnation toxique.

Mais parmi les 1,000 malades, les alcooliques aigus et les chroniques sont indistinctement englobés. Il est indispensable néanmoins de les séparer, car les 21 décès dans les 5 premiers jours, ne se rapportent évidemment qu'à des cas d'alcoolisme aigu.

Nous avons pu déterminer ce rapport en nous basant sur nos propres relevés, que je vais vous soumettre, et nous pensons pouvoir avancer que, sur les 1,000 alcooliques, 260 environ étaient atteints d'alcoolisme aigu, ce qui nous donnerait une proportion de 8 décès pour 100.

Vous savez, messieurs, pourquoi je compare, sans la moindre restriction, les relevés statistiques de Bicêtre, à ceux du bureau d'examen, c'est que nous opérons ainsi sur des éléments analogues.

Nos malades du bureau d'examen ne sont autres, en majeure partie, que les malades qui, autrefois, étaient amenés à Bicêtre; nous nous trouvons, par conséquent, dans des conditions identiques. Les alcooliques parisiens de 1862 ne diffèrent pas, que je sache, des alcooliques parisiens de 1867.

Depuis le début de l'organisation nouvelle du service des aliénés de la Seine, 1er mai 1867, jusqu'à ce moment, fin d'avril 1869, nous avons compté, M. Bouchereau et moi, sur nos 4,866 entrées, 231 malades atteints d'alcoolisme aigu, et 662 d'alcoolisme chronique ou suraigu, en tout 893, sur lesquels nous avons perdu, dans les 5 premiers jours, 3 malades seulement; ou, plus exactement, et en laissant de côté les alcooliques chroniques, 3 décès sur 231 cas d'alcoolisme aigu, ce qui nous donne 1.30 pour 100 au bureau d'examen, au lieu de 8 pour 100 que l'on obtenait à Bicêtre, je pourrais même dire que nous obtenions à Bicêtre; car, vous le savez, les malades arrivaient habituellement l'après-midi, et les premiers soins étaient donnés par l'interne.

Les malades qui mouraient le premier jour étaient donc soignés par nous. Les résultats obtenus par M. Bouchereau sont à peu près analogues à ceux de M. Contesse et aux miens.

Comment donc expliquer cette différence qui se traduit par 8 pour 100, Bicêtre; 1.30 pour 100, bureau d'examen, avec les mêmes malades, les mêmes médecins? Je puis encore ajouter que notre traitement pharmaceutique du bureau d'examen ne s'éloigne guère de celui que nous prescrivions à Bicêtre. Vous le voyez, messieurs, il y a là un X... inconnu; c'est de cette inconnue que je vais vous parler.

Quand un alcoolique aigu arrivait à Bicêtre, que faisait-on?

Il était violent, dangereux pour lui-même, dangereux pour l'entourage. La première indication à remplir était de le protéger contre lui-même et de l'empêcher d'être nuisible aux autres.

La camisole était le remède. Cet engin bien appliqué avait pour résultat d'exercer une certaine gêne dans les mouvements thoraciques, surtout vers la base; mais là n'était qu'un faible danger.

L'alcoolique aigu, même camisolé, continue ses violences, heurte, tout autour de lui, se blesse et exige d'autres précautions.

Le lit est tout prêt pour le recevoir. On l'y place d'autant plus volontiers que ces malades ayant toujours un certain état fébrile, il paraît nécessaire de les coucher.

L'alcoolique aigu ne reste au lit qu'à une condition, c'est qu'on l'y maintienne; on est donc amené à l'y fixer.

Fixation au lit, c'est la mort de l'alcoolique. Vous allez le comprendre.

Le malade est étendu sur le lit; la camisole est serrée; les bras, entre-croisés en avant, sont ramenés à l'aide des manches, de chaque côté du thorax, et sont solidement appliqués à la poitrine. C'est là un excellent moyen d'immobiliser la partie inférieure de la cage thoracique, d'empêcher le jeu de toutes les fausses côtes et des deux ou trois dernières côtes.

A la partie supérieure de la camisole se trouvent deux anneaux qui répondent à la région sous-claviculaire; des liens passant dans ces anneaux sont fixés en bas et en arrière, à l'extrémité supérieure du lit, et pour que le malade ne glisse point, que sa tête soit bien reposée, on pousse l'oreiller entre les liens qui passent dessous et la tête qui s'applique en dessus, de sorte que toute la partie antérieure et supérieure de la camisole se trouve fortement tendue sur les parties correspondantes du thorax, qu'elle immobilise.

Dès que la poitrine est ainsi resserrée en haut et en bas, le diaphragme se met en mouvement et la respiration abdominale vient suppléer, jusqu'à un certain point, à l'imperfection de la respiration thoracique.

Mais l'alcoolique ayant les jambes libres, se sentant mal à l'aise, fait des efforts incessants pour se détacher et sortir du lit. Naturellement, on doit l'en empêcher. Les jambes sont étendues, rapprochées, et les pieds, munis d'entraves, sont fixés à l'extrémité du lit.

Résultat: tension des muscles des parois abdominales qui viennent singulièrement gêner le bon vouloir du diaphragme. Ce n'est pas tout, de larges alèzes, placées en travers, sur le ventre et les jambes, sont fixées de chaque côté du lit.

Ainsi garrotté, l'alcoolique aigu crie d'abord, vocifère. Son visage devient pourpre, ses yeux s'injectent; les jugulaires, saillantes, ont de la peine à se désemplir; toute l'extrémité céphalique se congestionne; le visage devient bouffi, luisant; le cou se gonfle, fait quelquefois saillie en bourrelet, au-dessus du bord rigide de la camisole qui l'étrangle. Dans un état d'angoisse inexprimable, le malheureux patient se débat, fait des efforts surhumains jusqu'à ce que, dans un état de demi-asphyxie, épuisé, et toujours sous l'influence active du poison, il tombe dans un état complet de résolution.

La mort arrive quelquefois presque subitement; d'autres fois, la face devient livide, le corps se couvre d'une sueur visqueuse froide. Des évacuations involontaires se produisent; le pouls est petit, tremblottant, dépressible, avec des soubresauts tendineux; il survient de petits mouvements fibrillaires dans tous les muscles; peu à peu la respiration s'embarrasse, toutes les fonctions s'arrêtent insensiblement; le malade s'éteint sans bruit.

Tels sont les cas graves. Quand le malade résiste, assez souvent il tombe dans un sommeil semi-comateux; l'état de résolution dans lequel il se trouve amène une détente de tout l'organisme; la respiration et la circulation, quoique gênées, se rétablissent un peu. Des sueurs profuses couvrent le corps, et après un nombre d'heures très-variables, le malade se réveille, accablé, quelquefois tranquille, d'autres fois conservant une excitation qui se traduit par des paroles incohérentes, des faibles cris, et par des efforts que l'épuisement rend impuissants.

Examinons maintenant comment nous pouvons, au bureau d'examen, remplir cette première indication, protéger le malade contre lui-même et empêcher les actes nuisibles à l'entourage.

Je suis d'autant plus à l'aise pour vous en parler que le premier mérite revient tout entier à l'administration qui, par son organisation première, a su mettre entre nos mains les moyens d'action nécessaire pour arriver à un bon résultat.

Quand l'alcoolique est dans un état d'agitation extrême, nous le plaçons dans un maillot que nous avons substitué à la camisole. Ce maillot, de drap en hiver, de toile en été, s'adapte exactement sur la surface du corps, sans exercer de pression en aucun point. Les bras restent pendants et sont maintenus dans cette position à l'aide de poches latérales dans lesquelles entrent les mains; celles-ci sont retenues par la manche elle-même, fixée à son tour sur la partie du maillot qui sert de pantalon. Nous employons pour les femmes cette même forme de maillot en y ajoutant une jupe.

Je vais vous présenter un alcoolique agité, et vous verrez que, grâce à la position des bras maintenus le long des parois du maillot, à l'inverse de ce qui arrive avec la camisole, la respiration se fait d'autant plus aisément que l'agitation est plus grande.

Dans quelques cas, le maillot et la présence d'un gardien ne suffisent pas pour éviter les accidents. Nous plaçons alors le malade dans une vaste cellule à aération facile, recouverte sur les parois d'une couche assez épaisse de crin que maintient une forte toile à voile très-tendue et bien vernie sur sa face extérieure. A terre, se trouvent deux paillassons supperposés recouvrant tout le plancher, le premier s'étendant d'une seule pièce sur toute la surface,

Le deuxième, composé de plusieurs parties que l'on change dès qu'elles viennent à être souillées.

Dans un coin, se trouve un vase en caoutchouc. A terre est un matelas recouvert de draps et de couvertures avec un traversin et un oreiller.

Le gardien se tient devant la porte, et, par un petit judas, se rend compte de ce qui se passe.

Voilà la première indication remplie; l'alcoolique peut se livrer aux mouvements les plus désordonnés, aux violences les plus vives; rien n'est à craindre.

Toutes les fonctions s'exécutent régulièrement; et plus son activité est grande, plus vite aussi le poison s'élimine par les sueurs et la respiration.

Ceci me conduit à vous parler de la deuxième indication: faciliter l'élimination du poison.

C'est ici que nous mettons à profit les connaissances acquises dans nos études physiologiques.

Nous savons que l'acool ne se transforme pas, qu'il sort à l'état d'alcool, et que le danger passera d'autant plus vite que l'élimination sera plus rapide et plus complète.

La soif est vive en général; il faut la satisfaire, inonder en quelque sorte l'alcoolique de boissons aqueuses, délayantes ou légèrement apéritives. La limonade citrique, la tisane de chiendent légèrement nitrée, la tisane d'orge avec un peu de crème de tartre, sont plus habituellement employées. Dans ces conditions, s'il ne survient pas de complication, le poison ne tarde pas à être expulsé par les poumons, les reins et la peau.

Mais à cette période d'effervescence, de surexcitation nerveuse succède une dernière phase à physionomie tout à fait différente; c'est le collapsus, l'épuisement nerveux; une prostration très-grande d'où l'on tire quelquefois le malade avec les plus grandes peines.

Cet état, auquel il faut songer, donne matière à une troisième indication:

Relever les forces.

Nous avons recours aux toniques, plus particulièrement au quinquina, et de préférence à l'extrait, mais dont nous usons largement.

Nous faisons prendre du bouillon, des potages, du jus de viande et de la viande même dès qu'il peut la supporter; enfin, il est bon de donner un peu de vin.

En résumé: 1° protéger le malade; 2° éliminer le poison; 3° relever les forces, telles sont les indications qui se présentent ordinairement dans l'alcoolisme aigu.

Parmi les moyens simples de remplir ces indications dont je viens de vous parler; vous avez sans doute remarqué qu'il n'a été question ni d'opium, ni de digitale, ni de chloroforme, ni de diète alcoolique, ni de saignées, etc.

Si les résultats fâcheux obtenus avec ces différentes médications ne suffisaient pas pour les faire repousser, ce que nous savons aujourd'hui de l'alcoolisme aigu, nous engagerait à les proscrire d'une façon presque absolue, sauf de très-rares exceptions qui puiseraient elles-mêmes leur source dans la présence de complications tout à fait spéciales.

(1) *D'une forme grave de* delirium tremens, DELASIAUVE, *Revue médicale française et étrangère*, 30 avril 1852.

(2) *Etudes sur l'alcoolisme et sur l'étiologie de la paralysie générale*, Contesse, 1862

CLINIQUE OCULAIRE. — M. DESMARRES fils.

Extraction linéaire des cataractes.

Par le Dr XAVIER GALEZOWSKI, chef de clinique.

Au moment où la chirurgie fait des progrès rapides et merveilleux, et où des résultats de plus en plus éclatants placent cette partie de l'art médical au rang des plus satisfaisantes, il est du plus grand intérêt de connaître et d'apprécier les progrès que l'opération de la cataracte a accomplis dans ces dernières années.

Au nombre de ces perfectionnements, il faut signaler l'abandon de la méthode opératoire par abaissement, méthode dont les résultats funestes ne pouvaient jamais être prévus ni prévenus.

Aujourd'hui, personne n'a de doute que toutes les formes de cataractes ne doivent être opérées que par extraction, les unes par l'extraction à lambeau ordinaire, les autres par l'extraction linéaire, ou ce qui peut être à juste titre appelé, d'après Critchett, l'extraction à la curette (1).

On connaît les différents procédés opératoires qui ont été introduits en pratique sous le nom d'extraction linéaire. M. Desmarres père a

(1) L'anteur de l'article sur le *Cours d'opér tions oculaires, de M. Desmarres fils* (*Gazette des Hôvitaux*, 1865, n° 14), nous paraît se méprendre de tout en tout, quand il écrit que, pour les cataractes moll s, le procédé de la keratotomie supérieure est le seul applicable. C'est au contraire, la seule méthode qui, d'après M. Desmarres, ne doit pas être appliquée pour les cataractes molles.

fait d'abord l'extraction avec la curette quand il s'agissait de retirer un noyau flottant ou une cataracte ramollie; quelquefois, il excisait en même temps l'iris quand cette membrane faisait hernie dans la plaie. M. Græf a généralisé le procédé linéaire, et sa *Méthode modifiée de l'extraction linéaire* consiste à faire toujours l'iridectomie, à laisser quelques semaines s'écouler jusqu'à guérison complète et à pratiquer alors l'extraction ordinaire ou linéaire. Enfin, la dernière modification, la plus rationnelle et qui fut imaginée un peu par tout le monde est celle qui réduit les deux opérations, exigeant plusieurs semaines, en une seule qui n'exige qu'une courte et unique séance. Ce procédé consiste en deux points principaux : on pratique d'abord l'iridectomie; puis, séance tenante, on ouvre la capsule et on enlève successivement, au moyen d'une curette, le noyau et toutes les couches corticales, morceau par morceau, jusqu'à complète ablation de la cartaracte. Pour atteindre ce but, M. Schuft a proposé une série de curettes plus ou moins grandes et à bords relevés, destinées à enlever le noyau et les débris. Mais l'introdution de la curette de Schuft en arrière de la lentille est très-difficile, à cause précisément de son diamètre exagéré et du relief de ses bords, qui en font une sorte de petite casserolle ; d'autre part, elle pourrait déchirer la membrane hyaloïdienne, luxer le cristallin et le faire tomber dans le corps vitré. C'est pour obvier à ces inconvénients, que M. Critchett a eu l'idée heureuse de modifier cet instrument de telle façon qu'il puisse facilement glisser entre la membrane hyaloïdienne et la lentille sans la déplacer, et qu'il puisse en même temps amener au dehors la totalité ou du moins le noyau de la cataracte. La curette de Critchett est composée d'une mince plaque métallique à bords émoussés partout, excepté en avant, où elle se relève sensiblement, et est recourbée en avant, à angle aigu, ce qui lui permet de glisser facilement dans les couches corticales, audessous du noyau.

M. Desmarres fils a fait, dans ces derniers temps une modification au procédé d'extraction linéaire, qui présente incontestablement, dans certains cas, des avantages au point de vue du résultat prompt et définitif de l'opération. Après avoir déchiré la capsule, il appuie avec la curette sur le bord du cristallin voisin de la plaie, et comme le cristallin a la forme sphérique ou ellipsoïde, il s'ensuit nécessairement que pendant qu'on appuie sur un de ses bords, le bord opposé doit se relever et exécuter une demi-rotation suivant l'axe de la lentille ; sa face antérieure devient postérieure, et la postérieure antérieure. Au moment même où cette culbute s'accomplit, la cataracte. Il suffit alors de tirer en avant et vers la plaie pour que la cataracte tout entière arrive avec la curette dans la plaie. Evitette est glissée plus profondément, et s'engage complétement derrière demment il faut que la plaie de la cornée soit suffisamment grande pour laisser sortir le cristallin tout entier avec ses couches corticales. L'année dernière, M. Desmarres fils a pratiqué cette opération huit fois, et toujours avec un plein succès.

Voici, du reste, le relevé statistique des opérations de cataracte pratiquées par M. Desmarres fils, dans sa clinique, depuis le 7 février 1864 jusqu'aujourd'hui :

Sur le nombre de 205 cataractes opérées, l'extraction à lambeau a été exécutée 112 fois, et l'extraction linéaire 93 fois. Ce dernier chiffre se décompose de la manière suivante : l'extraction avec excision de l'iris, 12 fois ; extraction avec luxation du cristallin, 8 fois. Tous les autres ont été opérés par l'extraction linéaire ordinaire. Le succès de cette opération a été relativement satisfaisant, car il n'y a eu qu'une seule fois à déplorer la perte totale de l'œil par un phlegmon. Les iritis et les exsudations papillaires consécutives ont été observés 12 fois ; mais on a pu, dans ces cas, rétablir la vue en pratiquant, dans un temps plus ou moins éloigné, l'iridorrhexis.

Pour juger avec quelle rapidité une guérison complète de la cataracte peut être obtenue à l'aide de l'extraction linéaire ou à la curette, je vais rappeler un fait tout récent :

M. L..., âgé de 34 ans, domestique à l'archevêché de Paris, fut atteint d'une cataracte molle, à gauche, complète. Il nous raconte qu'il y a douze ans il a commencé à voir une mouche noire devant cet œil ; puis, cette mouche s'est transformée en un brouillard qui devint de plus en plus épais; enfin, il y a deux ans, la vue s'est complétement éteinte dans cet œil, et, actuellement, il ne peut que distinguer le jour de la nuit. Les phosphènes existaient, preuve que la rétine était saine. L'autre œil est normal, et il n'y a aucune trace d'opacité. En se fondant sur le diagnostic de la nature de la cataracte, il était tout naturel d'appliquer à ce cas la méthode d'extraction linéaire ; c'est à cette opération que M. Desmarres fils a eu recours, le 2 février de l'année courante. Le malade étant couché, ses paupières relevées avec les élévateurs, M. Desmarres ayant fixé préalablement l'œil du malade avec une pince à érigne, il a fait une incision de 5 millimètres au bord externe de la cornée, sans vider l'humeur aqueuse ; puis, avec un kystitome, il a déchiré la capsule. Introduisant ensuite la curette dans la chambre postérieure et appuyant légèrement sur le cristallin ramolli, il a chassé, pour ainsi dire, la cataracte ramollie, avec le courant de l'humeur aqueuse, à travers la plaie de la cornée ; après quoi la pupille est devenue tout à fait noire, et le malade a pu compter facilement les doigts. Cette opération rapidement terminée, les yeux ont été fermés avec les bandelettes de taffetas d'Angleterre, comme cela est préconisé par M. Desmarres père. Le lendemain, la réunion de la plaie était obtenue par première intention, et il n'y avait qu'une légère suffusion dans la cornée, près de la plaie, comme cela arrive habituellement dans ces cas. Le malade sort de la clinique vingt-quatre heures après l'opération, mais on lui fait instiller les gouttes d'atropine (1). Aujourd'hui le malade est complétement guéri ; il compte les doigts, et peut voir très-distinctement avec les lunettes à cataracte.

Cette observation est instructive à plusieurs points de vue. Elle nous montre combien il est important de poser un diagnostic exact de la nature de la cataracte. Cela permet au chirurgien de faire une très-petite incision dans la cornée, et d'assurer la réunion par première intention. Un second enseignement qu'on pourrait tirer de cette observation est celui-ci : qu'il n'est pas nécessaire d'ériger en système que l'excision de l'iris doit être appliquée dans tous les cas d'extraction linéaire de la cataracte, comme cela est enseigné par quelques chirurgiens. Il est impardonnable de sacrifier l'iris inutilement, là où il peut et doit rester.

(1) Dans la crainte d'une inflammation de l'iris.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 14 septembre 1869. — Présidence de M. Bouchardat

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un travail de M. le docteur Pasturel, intitulé : *Plan d'une histoire médicale et anthropologique du département du Tarn.* (Commission : MM. Broca, Chatin et Bergeron.)

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1868 dans les départements de Seine-et-Marne et Lot-et-Garonne.

3° Un rapport final de M. le docteur Tintellier sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1868 et 69 dans la commune de Saint-Georges et Montreaux-les-Provins. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : une lettre de M. le docteur Marturé, accompagnant l'envoi d'un rapport sur les eaux thermales de Baréges. (Commission des eaux minérales.)

M. Cerise présente, de la part de M. Scipione Giordano, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Turin, une brochure en italien, intitulée : *De l'écoulement involontaire de l'urine dans la fistule genito-urinaire.*

M. Larrey présente : 1° de la part de M. le docteur Coindet, le tome III° de l'ouvrage intitulé : *Le Mexique au point de vue médico-chirurgical;* 2° de la part de M. le docteur Paul Reis, une brochure intitulée ; *Etude sur Broussais et sur son œuvre.*

LECTURE

Syphilis vaccinale. — M. Chassaignac lit la note suivante :

Sans prendre une part directe aux débats, je viens insister sur un document que je crois de nature à dissiper les incertitudes exprimées par plusieurs de nos collègues.

Le premier exemple de syphilis vaccinale qui ait été constaté dans les hôpitaux de Paris, date de 1863. Il est, par conséquent, de beaucoup antérieur à la plupart des faits qui ont été mentionnés dans la discussion.

Ce fait, considéré comme démontrant l'existence réelle de la syphilis vaccinale ou de la syphilis par vaccination, est d'une précision et d'une authenticité décisives. Il a eu pour témoin le personnel médical d'un des grands hôpitaux de Paris, et à deux reprises successives pendant l'évolution des accidents syphilitiques vaccinaux, une société parfaitement compétente en ce genre de questions.

Un enfant âgé de deux ans, qui avait été allaité par sa mère et dont le père et la mère sont intacts de toute affection syphilitique, fut apporté dans mon service à Lariboisière le 18 août 1863. Cet enfant avait été vacciné à la mairie de Montmartre sept semaines auparavant, le 27 juin 1863. Dès le troisième jour, la première éruption vaccinale s'est montrée; les pustules sont arrivées à suppuration vers le 9 juin. Elles ont séché ; les croûtes sont tombées le quinzième jour, et les cicatrices paraissaient définitives.

Quelques jours après, trois des cicatrices vaccinales étaient remplacées par des ulcérations qui ont suppuré, se sont agrandies, ont pris les dimensions d'une pièce de 50 centimes, se sont recouvertes d'une croûte épaisse à la périphérie, mince au centre. Ces ulcérations étaient indolentes et reposaient sur une base indurée. Les ganglions de l'aisselle sont engorgés, ainsi que les ganglions cervicaux. Sur l'oreille droite on aperçoit une papule cuivrée, recouverte de petites squames grisâtres d'un aspect tout à fait caractéristique. Sur la poitrine, l'abdomen et le dos, apparaît une éruption présentant un léger relief d'une coloration rouge, cuivrée en certains endroits, surtout à la partie supérieure de la poitrine.

La Société de chirurgie, par ses membres les plus compétents en cette matière, reconnut sans hésitation, et affirma positivement l'existence d'une syphilis vaccinale.

Afin d'éviter tout prétexte à contestation, l'enfant ne fut soumis à aucun traitement jusqu'à une deuxième présentation, qui eut lieu à huit jours de date. Dans cette seconde séance, les affirmations de mes collègues furent encore plus décisives et plus circonstanciées. Les plaques cuivrées, qui huit jours auparavant commençaient à apparaître, étaient, le 27 septembre, tout à fait caractéristiques.

Les médecins anglais firent prendre le dessin colorié du petit syphilitique. M. le docteur Druitt présenta à la Société obstétricale de Londres les dessins pris le 19 septembre, c'est-à-dire douze semaines après la vaccination.

M. Chassaignac fait passer ces dessins sous les yeux de ses collègues.

RAPPORTS

Conservation des membres. — M. Gosselin, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Legouest, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Dechaux (de Montluçon), intitulé : *De la conservation des membres dans les cas désespérés.*

Le 17 novembre dernier, dit M. le rapporteur, M. le docteur Dechaux (de Montluçon), adressait à l'Académie un travail dont l'objet était de démontrer, que dans bien des cas où le chirurgien se croirait autorisé à proposer le sacrifice d'un membre, on peut, avec de la patience et des pansements bien faits, arriver à conserver ce membre, et qu'en conséquence, il ne faut pas trop se hâter de pratiquer les opérations.

M. Dechaux développe cette pensée avec une insistance qui fait penser qu'il se croit seul de son avis, et qu'il croit émettre sur ce sujet des vérités nouvelles. Il se fait illusion. Beaucoup de chirurgiens depuis une trentaine d'années ont reconnu, comme lui, que leurs prédécesseurs désespéraient trop vite dans les grandes lésions traumatiques des membres. Cette opinion a été développée dans des thèses, des articles de journaux et des monographies.

Nous devons donc considérer le travail de M. Dechaux comme destiné bien plus à confirmer une opinion reçue qu'à émettre une vérité nouvelle. Voici quels sont les résultats auxquels il est arrivé.

L'auteur rapporte 37 faits dans lesquels il a dû la guérison à l'expectation et à des pansements consistant en lavages fréquents avec l'eau-de-vie camphrée et en applications d'une poudre antiseptique, composée de charbon, quinquina, camphre et benjoin. Parmi ces 37 cas, 36 seulement ont trait à des lésions traumatiques. Dans les autres, il s'agit de gangrène spontanée, d'anthrax, de phlegmons diffus. Parmi les 36 lésions traumatiques, 25 appartenaient aux membres supérieurs; elles sont surtout des exemples d'écrasement de la main ou des doigts. L'auteur a bien dû amputer quelques doigts qui ne tenaient plus ou qui étaient gangrenés, mais il s'est attaché à conserver le pouce seul ou conjointement avec le petit doigt, et tous les malades ont guéri, en conservant des appendices dont ils pouvaient se servir. Parmi les lésions traumatiques du membre inférieur (au nombre de 11), on trouve 4 écrasements du pied, 2 fractures compliquées de la cuisse, que l'auteur a pu mener à bonne fin.

Ce travail, dit M. le rapporteur, apporte, comme on le voit, des documents en faveur de la chirurgie conservatrice. Mais il ne soulève pas un point difficile de la question, les limites de la chirurgie conservatrice, savoir quelles sont les lésions pour lesquelles les résultats de l'amputation sont préférables à ceux de l'expectation. Il est très-difficile de dire quels sont ces cas. La difficulté existe beaucoup plus pour le membre inférieur que pour le supérieur. Tant qu'il s'agit de la main et de l'avant-bras, à moins de gangrène générale consécutive, il est presque toujours indiqué de conserver. Quand il s'agit de la jambe et de la cuisse, le problème se complique, et les raisons pour et contre se multiplient.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser une lettre de remercîments à M. Dechaux; 2° de déposer son travail dans les archives. (Adopté.)

Grossesse et accouchement. — M. Devilliers, au nom d'une commission composée de MM. Jacquemier, Sappey et Devilliers, lit un rapport sur un travail de M. Martinelli, médecin à Batignolles, ayant pour titre : *Considérations anatomo-physiologiques et pratiques sur la grosessse et l'accouchement.*

Les recherches de M. Martinelli portent tout spécialement sur le rôle des symphyses du bassin et des muscles accessoires dans le mécanisme de l'accouchement. L'auteur étudie les modifications que subissent, pendant les progrès de la grossesse, les tissus des symphyses pelviennes, et il n'y voit, ni une infiltration séreuse, ni un état fluxionnaire, ni un ramollissement proprement dit; mais il croit qu'ils éprouvent une transformation passagère, convertissant en grande partie leur trame fibreuse en tissu dartoïque, condition nouvelle qui permet un faible degré de mobilité. Les articulations ainsi disposées peuvent subir une certaine déduction sous l'influence de l'action des muscles du bassin, de l'abdomen et des cuisses.

M. Martinelli distingue des muscles abdominaux du pubis, qui sont : les muscles droits antérieurs de l'abdomen, rejetés un peu latéralement par l'écartement de la ligne blanche; les grands obliques, petits obliques et transverses, muscles dont la partie inférieure, en se contractant, exerce une action en haut, en avant et en dehors, sur les deux pubis. La partie moyenne de ces muscles concourt à l'écartement de la ligne blanche. Leur partie supérieure, en se combinant avec le diaphragme, déprime de haut en bas la convexité de l'abdomen, et la fait proéminer davantage dans la région ombilicale, de manière à remplir l'office d'une poulie de renvoi sur laquelle s'appuieraient les contractions des fibres inférieures pour opérer la diduction sur chacun des pubis.

Pendant les mouvements d'abduction et d'élévation des muscles abdominaux, les muscles rachidiens postérieurs augmentent, par leur contraction, la saillie sacro-vertébrale, et tendent à porter le pubis en arrière et en bas ; de là, deux mouvements en sens inverse produisant une torsion au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Le tiraillement des ligaments, qui en est la conséquence, explique les douleurs de reins que l'on soulage en soulevant la région sacrée, ce qui relâche les muscles spinaux.

Les abducteurs fémoraux des pubis, muscles pectiné et abducteurs de la cuisse, exercent une action très-efficace, surtout quand le travail est difficile. Ils se combinent avec les abducteurs abdominaux, et c'est à eux qu'il faut rapporter les ruptures des ligaments pubiens cités par les auteurs. Cette deuxième série des muscles remplace les abducteurs abdominaux, lorsque la tête du fœtus est engagée dans l'excavation du bassin. On augmente l'action des abducteurs fémoraux du pubis en engageant la femme à faire des efforts d'adduction des cuisses, en même temps que l'on maintient celles-ci écartées.

A l'action des muscles précités, il faut ajouter celle de la portion réfléchie du psoas-iliaque qui, en s'exerçant en dehors et en arrière, concourt à l'accommodation du bassin pour le passage du fœtus.

M. le rapporteur rejette la base de la théorie de l'auteur, qui supposerait dans l'articulation pubienne un degré de mobilité constituant un état morbide dans l'espèce humaine. De plus, il ne trouve rien de nouveau dans les applications pratiques que M. Martinelli a cru devoir tirer de sa théorie; puis il ajoute que l'on doit savoir gré à cet honorable praticien d'avoir su, au milieu des occupations d'une clientèle nombreuse, consacrer de longues heures à la science. En conséquence, il conclut en proposant d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur, et de déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

— L'ordre du jour appelait la suite de la discusion sur la vaccine, mais M. J. Guérin. désirant ne répondre aux discours de M. Depaul qu'après leur publication dans le *Bulletin,* demande l'ajournement de la discussion.

Plusieurs discussions étant pendantes, notamment sur l'hygiène des nourrissons, M. le président donne la parole à M. Devilliers, inscrit pour cette discussion.

Discussion sur l'hygiène des nourrissons. — M. Devilliers donne lecture d'un projet d'amendement et additions au règlement proposé par la commission des nourrissons. Trouvant que le projet de règlement rédigé par la commission est insuffisant et ne répond pas de tous points aux graves intérêts qui sont en causes et aux questions posées par l'administration, M. Devilliers a rédigé un nouveau projet amendé et additionné, qu'il met sous les yeux de l'Académie, et qu'il discute et commente article par article, dans un travail écrit très-étendu dont il ne nous a pas été possible de prendre connaissance, le manuscrit n'ayant pas été apporté au secrétariat.

M. Blot exprime le regret que M. Devilliers n'ait pas fait connaître plus tôt son travail et n'ait pas communiqué son projet de règlement à la commission avant de le lire à l'Académie. Quant aux idées

nouvelles que M. Devilliers croit avoir émises dans ce mémoire, il me semble, ajoute M. Blot, qu'elles sont toutes renfermées dans le travail de la commission. M. Devilliers formule un reproche que je ne puis accepter. Il prétend que nous n'avons pas répondu au vœu du ministre. Quel était ce vœu? D'être éclairé sur le travail de M. Monot. Or il me semble que nous avons répondu complétement à son désir sur ce point. Je ne puis donc accepter le reproche de M. Devilliers. J'aurais encore bien des objections à faire à mon collègue, mais l'Académie comprendra que je ne puis pas entrer dans de longs détails aujourd'hui. Nous reviendrons du reste sur ce sujet.

M. DEVILLIERS. Je n'ai pas dit que la commission n'avait pas répondu au vœu du ministre, mais bien qu'elle n'avait pas répondu d'une manière complète à ce que demandait le ministre. Je crois, en effet, qu'il y a quelque chose de plus à faire que ce qu'a fait la commission, et c'est là ce qui m'a poussé à m'engager dans ce travail. Mais autrement, j'accepte entièrement ce qu'a fait la commission; seulement, je le répète, je crois qu'il y a quelque chose de plus à faire.

M. BOUDET. Je regrette que le rapport de la commission n'ait pas traité la question à un point de vue plus général et plus élevé. M. Blot, en effet, ne parle dans son rapport que du travail de M. Monot. C'est là une question pour ainsi dire incidente. J'aurais voulu qu'on ne s'occupât pas seulement de la question au point de vue des nourrices et des nourrissons, mais de l'accroissement de la population. On a institué, il est vrai, une commission de onze membres, et une enquête a été suivie avec le plus grand soin. Mais celle-ci n'a point été communiquée à l'Académie. Dix ou douze mémoires envoyés à la commission ont subi le même sort, et cependant l'Académie se trouve dans la nécessité, en présence d'une commission officielle qu'elle doit éclairer, de rechercher avec soin tous les documents relatifs à une question d'un ordre aussi élevé.

M. BLOT. J'ai déjà répondu à ces objections au sein de la commission. L'Académie, en demandant un second rapport à la suite du premier, a prouvé qu'elle attachait à cette question toute l'importance qu'elle mérite. D'ailleurs, ajoute M. Blot, je ne suis pas phraséologiste. S'il s'agit de chercher à parer aux inconvénients reconnus par la commission, je suis tout prêt à me donner toute la peine nécessaire; mais quant à verser des larmes et des fleurs sur les tombes de ces nouveau-nés, j'avoue que je suis complétement incompétent. On a voulu des chiffres, je les ai donnés; on a voulu des renseignements auxquels on ne pût rien objecter, on les a obtenus. Quel était enfin le but du rapport? C'était d'obtenir la nomination d'une commission médicale et administrative, capable de réglementer. Ce but a été atteint. Je crois donc avoir répondu aux vœux de la commission.

M. J. GUÉRIN Tous les membres de la commission sont intéressés à avoir un rapport détaillé. Pour moi, je trouve le rapport de M. Blot parfaitement suffisant, en ce sens qu'il peut servir de point de départ à la discussion. Le ministre sera, je pense, suffisamment éclairé par cette discussion même qui suivra le rapport. Seulement je demande, en présence d'une question aussi grave, qu'on laisse chacun apporter ses documents comme complément du rapport.

M. BLOT partage complétement l'opinion de M. Guérin.

M. DEVILLIERS demande qu'en ce qui concerne son travail, on ne le considère que comme un simple élément à ajouter au rapport. C'est un travail, ajoute M. Devilliers, pourvu de documents puisés dans différentes administrations; et c'est pourquoi il le croit de quelque utilité.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre des travaux publics d'Italie a décidé que tous les membres qui viendraient de l'étranger prendre part au Congrès médical international de Florence, qui s'ouvre le 20 courant, jouiront de billets entièrement gratis sur les chemins de fer pour leur retour. Le voyage sur les voies ferrées d'Italie sera ainsi réduit de moitié, ce qui ne peut manquer de rendre le concours des étrangers plus nombreux.

— Le maire de la commune d'Iwug, située dans le département du Nord, à 10 kilomètres de Cambrai, et dont la population est de 3,800 habitants, venant de perdre les deux médecins qui la desservaient, demande un docteur, qui deviendrait le médecin des pauvres et aurait un traitement de 600 francs affecté à ce titre.

S'adresser au maire de la commune.

— Bonne clientèle à quinze lieues de Paris (chemin de fer). 1re année, recettes : 5,000 francs.

S'adresser pour renseignements, à Paris, chez M. le docteur Rivals, 78, boulevard du Prince-Eugène, de midi à une heure.

— La *Gazette médicale de Strasbourg* nous apprend la mort regrettable du docteur Th. Bœckel, enlevé à l'affection de sa famille et de ses amis après une longue et cruelle maladie, âgé de 67 ans. C'était un des plus dignes confrères, homme de bien, médecin charitable, éprouvé par de longues et graves souffrances.

Erratum. — Dans le numéro de mardi dernier (HOPITAL DE PAIMPOL), *lisez* M. Leconiat *au lieu de* M. Leconiot.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Étude sur Broussais et son œuvre, par le docteur Paul REIS, chevalier de la Légion d'honneur, etc., 1 vol. in-8. — Prix. 3 fr.

Réflexions sur les facultés et fonctions encore mal connues de certaines parties du système nerveux, par le docteur DOQUIN DE SAINT-PREUX, chevalier de la Légion d'honneur. In-8. — Prix : 2 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes.

Une visite, faite un peu au pied levé, dans quelques-uns des principaux services des hôpitaux du centre de Paris, nous a laissé cette impression générale, que l'état sanitaire est généralement satisfaisant, qu'aucune maladie aiguë ne prédomine d'une manière notable et que rien n'indique ni un état épidémique, ni une constitution médicale spéciale bien tranchée. Il est aisé d'en juger, d'une part, directement par le petit nombre et par la diversité des affections aiguës, et, d'autre part, indirectement par le grand nombre de malades atteints d'affections chroniques, et particulièrement de phthisiques, qui occupent les lits laissés vacants par suite du faible mouvement des maladies aiguës. Parmi ces dernières, nous avons remarqué particulièrement quelques pneumonies et pleurésies, et un certain nombre de fièvres typhoïdes, qui paraissent n'avoir commencé à se manifester que depuis peu de temps. Les quelques malades que nous avons vu nous ont paru présenter la forme adynamique ; chez quelques-uns, nous avons cru voir quelques signes d'ataxie.

Si nous rapprochons ces faits de la statistique hebdomadaire des décès publiée par les soins de l'administration municipale, pour les quatre derniers septenaires, nous voyons que les causes de décès les plus fréquemment constatées sont, en effet, les pneumonies et les bronchites, la fièvre typhoïde et les diarrhées ; viennent ensuite, dans l'ordre de fréquence, les fièvres éruptives, variole, scarlatine et rougeole. Nous trouvons, en outre, sur la fièvre typhoïde une légère augmentation graduelle. (Le *Bulletin des décès* du 8 au 14 août indiquait 11 décès pour fièvre typhoïde ; celui du 15 au 21, 12 ; du 22 au 28, 17; du 29 août au 4 septembre, 20.)

Il sera intéressant, en rapprochant les chiffres des décès constatés en ville du mouvement des hôpitaux pendant le cours des trois derniers mois, de rechercher quelle a pu être l'influence des vississitudes atmosphériques de cette période estivale sur les oscillations de la mortalité et la prédominance plus ou moins marquée de certaines affections. La commission des maladies régnantes ne manquera probablement pas de nous fournir les éléments de ce travail, si elle ne le fait elle-même, lors de la reprise prochaine de ses travaux.

En attendant, nous croyons qu'il ne sera pas sans intérêt de mettre sous les yeux de nos lecteurs un rapide aperçu du rapport trimestriel présenté à la Société impériale de médecine de Lyon, sur les maladies qui ont régné dans cette ville pendant l'été 1869.

Le rapprochement que nous pourrons avoir à faire ultérieurement entre les maladies régnantes de Lyon et celles de Paris, pour la même période, aura d'autant plus d'intérêt que les conditions de la constitution atmosphérique, ont été, à bien peu de chose près, les mêmes. A Lyon, comme à Paris, le mois de juin a été signalé par un abaissement notable et constant de la température, très-inférieure à la moyenne habituelle de cette époque de l'année et à celle du mois précédent ; le mois de juillet, par une température très-élevée; le mois d'août, par de grandes oscillations de froid et de chaud; et enfin la période toute entière par une sécheresse remarquable.

Or, voici d'après le rapport de la commission des maladies régnantes de la Société de médecine de Lyon, quelle a été pour cette période la constitution médicale.

La constitution médicale de l'été (mois de juin, juillet et août) serait restée empreinte du caractère catarrhal de l'hiver et du printemps, mais avec une tendance de plus en plus prononcée à céder le pas à l'élément saburral et infectieux, lequel est devenu et est demeuré dominant tout le mois d'août. Les fièvres catarrhales, les bronchites, les pneumonies, les rhumatismes articulaires aigus, les angines, ont affecté une notable fréquence pendant la première moitié du trimestre. Apparues en juin, et s'accentuant chaque jour d'avantage, les maladies abdominales ont rempli l'autre moitié du trimestre, se substituant peu à peu aux localisations morbides aiguës, qui précédemment se faisaient par les voies respiratoires.

Parmi les signes du temps et de la constitution médicale régnante, le rapport de la commission mentionne un nombre relativement considérable d'affections cérébrales aiguës, de celles surtout appartenant à cette forme d'aliénation mentale que caractérise un délire violent et sans fièvre, et qui a été désignée par M. Baillarger sous le nom de folie ou manie congestive. Leur plus grande fréquence appartient à la première moitié du trimestre, et presque toutes sont terminées par la mort.

La tendance aux congestions a encore été signalée, soit sur l'appareil utéro-ovarique, soit sur les muqueuses de l'appareil respiratoire, chez les phthisiques.

En résumé, il n'y a eu à Lyon, dit la commission, ni épidémie, ni menace d'épidémie ; les maladies aiguës ont été peu nombreuses, et en général d'une gravité fort discrète, spécialement en juillet. Pour résumer d'un mot son opinion sur la constitution médicale du trimestre, la commission constate qu'elle a coïncidé avec un état sanitaire satisfaisant.

Ajoutons que, dans un bulletin postérieur à ce rapport, le *Lyon médical* du 12 septembre, auquel nous faisons ces emprunts, annonce que l'élément infectieux paraît dominer aujourd'hui, accusé par le nombre croissant des fièvres typhoïdes, des dysenteries et des fièvres intermittentes. Il signale encore, parmi les maladies actuellement dominantes, les rhumatismes aigus; toujours quelques rougeoles; peu d'autres fièvres éruptives.

Traitement de la tumeur lacrymale.

La *Gazette des Hôpitaux* du 13 juillet dernier, rapportant le nouveau procédé imaginé par M. le professeur Richet pour le traitement de la tumeur lacrymale, exprimait l'opinion qu'il faudrait un temps sans doute assez long pour savoir quelle serait l'efficacité définitive de ce moyen. M. le docteur V. Deneffe, professeur à l'Université de Gand et l'un de nos anciens collaborateurs, nous écrit, à cette occasion, pour nous dire qu'il est en mesure de nous faire connaître immédiatement le résultat du traitement institué par M. Richet, en même temps qu'il nous donne des renseignements détaillés sur cette opération. Nous croyons devoir reproduire textuellement la lettre de M. Deneffe :

« En 1864, M. le docteur Libbrecht, de Gand, me fit part d'un procédé qu'il venait d'employer avec succès sur une jeune homme atteint de tumeur lacrymale.

« Voici en quoi il consistait. Mon honorable ami faisait, à l'exemple de Bowman, l'incision de l'un ou l'autre conduit lacrymal, puis il introduisait dans le canal un clou d'argent, dont la tête était aplatie, et le corps cylindrique et plein. Le but poursuivi par M. Libbrecht était de maintenir une dilatation permanente et de rétablir ainsi la circulation lacrymale.

« L'idée me semblait si rationnelle, que je me hâtai d'employer le même procédé, et je n'eus qu'à m'en féliciter.

« Dans les cas de rétrécissement simple sans inflammation catarrhale du sac et du canal nasal, nous avons obtenu tous les deux et en un temps rapide (de un à trois mois) des guérisons qui se sont maintenues. Deux ou trois fois dans le cours du traitement, nous remplacions le clou par un autre d'un calibre supérieur.

« Je déclare que dans l'immense majorité des cas, le clou n'occasionne aucune douleur et peut être supporté pendant des mois sans déranger le malade.

« Je dis l'immense majorité des cas, car je veux laisser place à l'exception, toujours possible en chirurgie. Mais sur plus de cent opérations qui ont été exécutées, tant par le docteur Libbrecht que par moi, nous n'avons rencontré qu'un seul cas où la malade souffrit si fortement de la présence du clou, qu'il fallut l'ôter. Je le replaçai quelques jours après, et il fut alors bien supporté.

« De l'application du clou dans les cas de rétrécissement du canal nasal à son application dans les cas de catarrhe des voies lacrymales il n'y a qu'un pas, et nous le franchissons rapidement. Mais ici nous avons poursuivi un autre but. Ou bien le catarrhe était simple, sans complication de rétrécissement, ou bien il s'accompagnait d'une atrésie plus ou moins grande du canal. Dans le premier cas, nous introduisîmes dans le canal un clou d'argent destiné à servir de conducteur à des liquides médicamenteux, que le malade instillait de temps en temps dans le grand angle de l'œil.

« Dans le second cas, non-seulement le clou devait servir de conducteur à des liquides médicamenteux, mais encore dilater d'une façon permanente la portion rétrécie du canal.

« M. Libbrecht modifiant le clou primitif, le creusa de trois rainures superficielles, s'étendant de la tête à la pointe. Elles étaient destinées à faciliter la pénétration des larmes et du médicament jusqu'au fond du canal nasal.

« J'ai employé avec succès le clou à rainures superficielles, mais j'ai toujours été frappé d'une chose, c'est que les liquides médicamenteux cheminaient malaisément le long de ces sillons. A diverses reprises, je les fis approfondir, — sans en être pourtant bien satisfait. Il y avait là une imperfection manifeste, à laquelle M. Libbrecht cherchait à remédier au moyen de cet artifice. On disait au malade de faire une grande inspiration nasale au moment où l'on déposait le liquide médicamenteux dans le grand angle de l'œil. Je lui faisais en même temps cligner fortement les paupières, et sous l'influence de cette double action le liquide était chassé dans le canal. Mais soit que l'entrée de celui-ci fût oblitérée par des mucosités, soit que le malade fût maladroit ou négligent, ce procédé laissait souvent à désirer.

« Je remplaçai les sillons dont le clou était creusé par une gouttière unique, profonde, courant sur toute sa longueur.

« Au lieu d'un clou plein ou à peu près, c'était pour ainsi dire un canal, une canule, mais largement ouverte sur le côté. Cela me réussit un peu mieux. Mais les clous de M. Libbrecht et les miens présentaient un inconvénient, dont tous mes malades se plaignaient. Les liquides médicamenteux, constitués par des solutions de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc, à la dose de 25 à 50 centigrammes pour 15 grammes d'eau, sont très-irritants. Or, toutes les fois qu'on les déposait dans le grand angle de l'œil, ils y produisaient une assez vive douleur. Cette petite opération devant se renouveler plusieurs fois par jour et pendant plusieurs semaines, les malades la redoutaient, et ce n'était pas sans raison. Voici comment je suis parvenu à faire disparaître cet inconvénient: Grâce à l'habileté de M. Glitschka, fabricant d'instruments de chirurgie à Gand, j'ai pu obtenir des clous d'argent ou de platine. Ces clous mesurent 4 centimètres et demi. Leur diamètre varie de 1/4, 1/2 à 1 millimètre, et même au delà. La partie inférieure est pleine dans l'espace de 5 à 6 millimètres, afin de donner quelque solidité à la tige au moment de son introduction dans le canal nasal. Dans les 2 centimètres et demi qui font suite, le clou est creusé d'une gouttière profonde, bien ouverte. Cette gouttière se prolonge dans la partie supérieure du clou, mais là elle est fermée. La gouttière devient un canal. Le clou se termine supérieurement par une petite cupule arrondie large de 4 à 5 millimètres, profonde de 3 à 4. Au fond de la cupule se trouve une petite ouverture, qui la fait communiquer avec le canal et la gouttière dont la tige du clou se trouve creusée.

« Depuis quatre mois, j'ai appliqué ce clou à cinq malades atteints de catarrhe et de rétrécissement des voies lacrymales. Les faits dont j'ai été témoin me paraissent dignes d'être soumis à l'examen de mes honorables confrères.

« Ce clou est d'une introduction facile, il est bien supporté par le malade et il présente sur ceux dont nous nous servions autrefois de précieux avantages.

« Non-seulement il permet d'établir une dilatation permanente qu'on peut rendre progressive, mais il facilite surtout l'introduction des liquides médicamenteux dans les voies lacrymales. Tandis qu'avec les clous anciens, le médicament devait être déposé dans le grand angle de l'œil, le nouveau modèle supprime ce temps toujours douloureux.

« Au moyen d'un petit pinceau, le malade dépose dans la cupule du clou une goutte du liquide médicamenteux, et aussitôt cette goutte disparaît ; elle est entraînée dans l'intérieur du canal. J'avais cru d'abord que c'était sous l'influence des seuls mouvements inspiratoires que la goutte se trouvait ainsi attirée. Je ne doute pas que la respiration n'ait une part dans ce phénomène, mais je me suis aperçu qu'il s'accomplit aussi en dehors du canal nasal. Si, tenant le clou entre les doigts, vous déposez une goutte d'eau dans la cupule, elle y reste adhérente ; renversez le clou, elle ne tombe pas. Vous pouvez répéter cette expérience plusieurs fois. Mais si vous avez soin de mouiller les parois du canal et de la gouttière qui parcourent le clou, les choses changent, et la goutte que vous déposez dans la cupule s'échappe immédiatement dans le canal. Il en est de même quand le clou est placé dans les voies lacrymales. La goutte médicamenteuse placée dans la cupule ne s'en écarte pas tout d'abord; il faut, pour l'entraîner, de puissantes inspirations ; mais, quelques minutes après, quand les parois du clou sont bien lubrifiées, la goutte disparaît d'elle-même sans que l'inspiration doive y contribuer.

« La capillarité me paraît agir ici plus puissamment que l'inspiration.

« J'ai constaté un autre avantage qui me paraît digne d'être signalé aussi. On sait que les liquides muco-purulents sécrétés par les voies lacrymales se déversent plus souvent dans l'œil que dans le nez du malade, que le contact de ces matières irritantes provoquent des conjonctivites et des kératites très-rebelles. J'ai constaté que, chez les malades qui portent mon clou,

les liquides muco-purulents remontent dans le canal dont il est creusé, et s'échappent à l'extérieur par la cupule. Or, cette partie supérieure du clou s'appuyant sur la paupière supérieure, c'est sur elle qu'on retrouve les croûtes résultant de la concrétion du muco-pus.

« Ces matières sont éliminées d'une façon continue. En s'écoulant ainsi, le pus pourrait se dessécher dans la cupule et l'oblitérer. Pour obvier à cet inconvénient, j'engage mes malades à laver de temps en temps le grand angle de l'œil et la capule avec une infusion chaude de feuilles de mauve, à faire enlever, avec une épingle, les croûtes accumulées à la partie supérieure du clou. Enfin, en cas de nécessité, une des personnes qui entourent le malade peut nettoyer l'intérieur du clou avec un de ces petits fils d'argent qui servent à déboucher les canules de la seringue de Pavaz, ou, mieux encore, avec une fine aiguille. Par l'emploi de ces petits moyens, j'entretiens la libre circulation des liquides à travers le clou.

« Une fois par semaine, les malades viennent me voir ; j'enlève le clou et le nettoie.

« C'est parce que les liquides qui remplissent le canal s'échappent si facilement à travers le clou que, dans les cas de dacryocistite aiguë, je ne ponctionne plus le sac à travers la peau : j'incise le conduit lacrymal supérieur ; je pose le clou, et le soulagement est immédiat.

« Les principaux avantages de ce clou sont donc :

« 1° D'établir une dilatation permanente et progressive. Ici la dilatation est réelle ; telle que l'entend M. Richet, elle est fictive. Mon honorable collègue ne dit-il pas : Ainsi les larmes ne « trouvent aucune difficulté à pénétrer à travers cette tête et à « glisser le long du clou, qui doit ne pas remplir exactement le « canal nasal. »

« Il est clair que s'il le remplissait exactement, les larmes ne sauraient plus filtrer entre lui et les parois du canal. Mais s'il ne le remplit pas exactement, comment peut-il le dilater?

« C'est pour échapper à cette difficulté que le clou doit être creusé d'une gouttière. Alors il peut être assez volumineux pour remplir le canal et écarter ses parois, pour produire, en un mot, une dilatation réelle :

« 2° De faire pénétrer dans l'intérieur du canal nasal et du sac lacrymal des liquides médicamenteux qui n'ont plus besoin d'être mis en contact avec l'œil ;

« 3° De s'opposer à la rétention des liquides sécrétés, et de les enlever des voies lacrymales sans les mettre en contact avec le globe oculaire.

« Le traitement que je préconise n'a pas la prétention de se substituer à celui de Bowman. Je rends hommage au traitement imaginé par le chirurgien anglais. Au moyen du cathétérisme et d'injection, de nitrate d'argent dans le canal nasal, j'ai réussi à guérir rapidement des rétrécissements et des catarrhes des voies lacrymales. Mais dans les cas assez fréquents où le malade ne peut nous visiter que de loin en loin, le cathétérisme et les injections ne pouvant se faire d'une façon régulière, l'on ne peut en attendre beaucoup de succès. Dans ce cas, la dilatation permanente, unie aux instillations de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc dans les voies lacrymales, conduira sûrement et rapidement à la guérison. »

Laryngotomie pour l'extraction de polypes du larynx.

L'observation de laryngotomie pratiquée pour l'extraction d'un polype du larynx, que nous avons publiée dans le numéro du 7 septembre a provoqué, de la part de M. le docteur Moura, les quelques réflexions suivantes qu'il nous communique dans le but, dit-il, de premunir les praticiens contre la séduction dangereuse d'un succès dont l'opérateur peut, à bon droit d'ailleurs, être fier. « Il n'est personne, dit M. Moura, qui ne reconnaisse que l'instrument tranchant ne soit le signe de l'impuissance de la médecine, en tant que traitement médical ; une opération sanglante, une laryngotomie surtout, ne saurait donc être qu'un moyen extrême, un *ultima ratio* de traitement. Tout le monde est d'accord à ce sujet.

« J'ai lu et relu l'observation dont il s'agit. Eh bien, je peux assurer à mon confrère, M. le docteur Krishaber, que le polype sus-glottique qu'il a enlevé par *voie artificielle* était dans des conditions très-favorables pour être extirpé par *voie naturelle*, c'est-à-dire à l'aide du *serre-nœud laryngien*. La persistance qu'il a mise d'ailleurs lui-même à essayer de l'extraire au moyen de pinces, de polypotomes plus ou moins mauvais entre des mains novices, est une preuve indiscutable de la conviction intuitive qu'il avait de la *possibilité* de cette extraction.

« J'espère que ceux qui seraient tentés d'imiter, dans de semblables circonstances, l'exemple de notre confrère, réfléchiront auparavant à la grave responsabilité qu'entraîne toute ouverture pratiquée dans le conduit laryngo-trachéal, ceci soit dit sans porter atteinte aucune au savoir et au talent de M. le docteur Krishaber. »

— Nous n'avons pas cru devoir communiquer la lettre de M. le docteur Moura à M. Krishaber, qui n'aurait probablement pas eu d'autres réponse à faire que celle qui se présentera tout naturellement à l'esprit de tous ceux qui auront lu attentivement son observation ; savoir : que M. Krishaber n'a pu méconnaître le principe parfaitement juste que rappelle M. Moura, et que s'il ne s'y est pas conformé dans cette circonstance, c'est parce qu'il avait constaté l'impossibilité d'agir autrement. M. Moura, il est vrai, conteste ce dernier point. Mais nul n'est meilleur juge des difficultés d'une opération que celui qui l'exécute. Or, si M. Krishaber ne s'est décidé à faire l'ablation par les voies artificielles qu'après soixante-cinq jours d'essais réitérés et infructueux, il a montré assurément par là qu'il n'entendait pas méconnaître le principe que M. Moura cherche avec raison à faire prévaloir, et que ce n'est qu'à titre exceptionnel, et pour les cas seulement où il serait impossible d'agir autrement, qu'il préconise le procédé qui lui a donné un si beau résultat.

Dr Brochin.

DE L'ACTION DES COURANTS ÉLECTRIQUES CONTINUS

DANS LE TRAITEMENT DE LA CHORÉE

Par le docteur Onimus

En rapportant quelques observations de chorée traitée par les courants continus, notre but n'est pas seulement d'indiquer un traitement qui, jusqu'à présent, nous a toujours réussi, mais surtout de montrer par ces différents cas combien la direction des courants a une grande influence, et en même temps combien l'action thérapeutique de tel ou tel traitement peut aider à mieux connaître la nature de la maladie.

Hiffelsheim, Remack, Benedikt, etc., ont relaté des faits de guérison de chorée par l'emploi du galvanisme ; mais les indications données par ces auteurs sont, en général, peu précises. Benedikt dit seulement qu'il emploie des courants assez faibles, et qu'il les applique directement sur la moëlle ; il n'indique ni la durée de l'électrisation, ni surtout la direction des courants. Quant à l'application des courants d'induction dans cette affection, ils sont rejetés par tous les médecins qui se sont occupés d'électro-thérapeutique.

Le premier cas de chorée que nous avons eu l'occasion de traiter est le suivant :

Mlle L..., âgée de 19 ans, ouvrière dans la chapellerie, a été prise pour la première fois, au mois d'octobre 1864, de phénomènes choréiques. Cette affection s'est prolongée très-violemment pendant tout l'hiver. Les règles, qui apparaissaient régulièrement depuis un an, cessèrent en même temps, et ne revinrent qu'au printemps, lorsque la chorée eut disparu.

En automne, la chorée reparut très-forte et ne dura que quinze jours. Mais après cette seconde atteinte, la malade éprouva des douleurs musculaires et articulaires, même pendant l'été qui suivit. La chorée revint en hiver, dura quelques jours et disparut tout d'un coup.

Enfin, la quatrième attaque a été la plus forte et la plus persistante ; elle a commencé au mois d'octobre 1867, et s'est prolongée jusqu'au mois de février 1868, époque à laquelle nous vîmes la malade. Les mouvements choréiques avaient existé au début dans tous les membres, mais ils s'étaient bientôt localisés dans le bras droit et dans la jambe droite. Le mouvement pour le bras consistait dans un soulèvement brusque de l'avant-bras et surtout dans des mouvements incoordonnés du pouce et de l'index. Dans la jambe, les extenseurs étaient affectés, et le pied se trouvait soulevé et dévié en dehors à chaque instant.

La malade avait déjà subi plusieurs traitements : elle avait pris du bromure de potassium, des bains sulfureux (40 bains), des toniques, etc. Avant de commencer le traitement électrique, nous lui fîmes prendre pendant dix jours 30 grammes de bromure de potassium, sans obtenir le moindre résultat. Nous essayâmes alors l'emploi des courants continus, et pour électriser en même temps toutes les parties affectées, nous plaçâmes un des pôles dans la main droite et l'autre sur le pied droit. Croyant fermement que le courant descendant ou centrifuge devait être employé dans ce cas, car il est calmant, nous mettions dans la main le pôle positif et près du pied le pôle négatif. Nous avions ainsi un courant allant du bras à la jambe, et par conséquent ascendant pour le bras seulement, et descendant pour la moëlle et la jambe. Au bout de quatre séances, le bras était complétement guéri, et les mouvements choréiques n'existaient plus que dans la jambe. Les séances suivantes nous mettions un pôle sur la partie lombaire de la moëlle et l'autre sur les nerfs sciatiques, et comme nous étions toujours persuadé que nous devions agir avec le courant qui, d'après nos recherches, diminuait et empêchait même les actions reflexes, nous nous servions constamment d'un courant descendant. Au bout de six séances de ce mode d'électrisation, ne voyant aucun changement, et comparant ce résultat peu satisfaisant avec le succès que nous avions obtenu du côté du bras, où nous avions été obligé d'employer un courant ascendant, nous fîmes passer sur le nerf sciatique un courant ascendant, et, fait remarquable, au bout de deux séances, la jambe fut également complétement guérie. La malade reprit son travail, et, depuis cette époque, la guérison s'est maintenue.

Les courants employés étaient de force moyenne et le minimum d'application de 15 minutes. En moyenne, la durée de l'électrisation était de 25 à 30 minutes.

Ce qui, à notre avis, rend cette observation instructive, c'est que nous avions été conduit par des idées purement théoriques, à employer dans le commencement du traitement un procédé défectueux, ou tout au moins moins efficace. Croyant, avec la plupart des médecins, que dans la chorée il fallait chercher à modérer les centres nerveux, nous avions employé avec persistance un courant descendant, qui a la propriété d'empêcher ou tout au moins de diminuer les actions reflexes.

Le hasard presque nous a forcé à reconnaître notre erreur, et nous avons pu constater ainsi que le courant qui agissait avec le plus de succès dans la chorée était celui qui, au contraire, augmentait l'excitabilité de la moëlle.

Nous ne pouvons pas discuter toutes les conséquences de ce fait, mais nous en rapprocherons le traitement préconisé par Trousseau dans la chorée, qui consiste dans l'emploi de la strychnine. N'est-il pas remarquable, en effet, que le médicament qui excite le plus les centres nerveux et le courant électrique qui possède également cette propriété soient les agents les plus efficaces dans le traitement de la chorée? Cette analogie d'action des courants ascendants et de la strychnine, est en même temps une preuve de la justesse des conclusions que l'expérimentation sur les animaux nous avait fait admettre, c'est-à-dire que le courant ascendant est un excitant des centres nerveux.

L'observation suivante nous montre peut-être d'une manière très-nette cette différence d'action des courants ascendants et des courants descendants.

Mlle C..., âgée de 11 ans, est atteinte de chorée depuis deux ans et demi. Pas de maladie antérieure. Pas de rhumatisme. Les mouvements choréiques, au lieu d'apparaître en automne ou en hiver, comme c'est la règle, apparaissent en printemps et cessent en automne. La première attaque choréique a eu lieu au commencement du mois de février 1867, et elle s'est prolongée jusqu'à la fin du mois d'août. La seconde attaque a eu lieu à la fin du mois de février 1868, et a également duré tout l'été. La dernière, enfin, a commencé au mois d'avril 1869. La malade a été traitée successivement par les bains sulfureux, le bromure de potassium, l'arsenic, l'hydrothérapie.

Les mouvements choréiques existent très-forts dans tous les membres, mais ils sont plus prononcés dans les membres du côté droit ; la marche est très-difficile et ne peut être longtemps prolongée ; la parole est embarrassée, et quelquefois même impossible, etc.

A la première séance d'électrisation, nous appliquâmes un courant de 20 éléments Renak sur la colonne vertébrale ; durée, 15 minutes. Courant ascendant. L'état reste le même pendant l'électrisation et après l'électrisation.

Il y a, vers le soir, un peu plus d'agitation.

Le surlendemain, pendant la seconde séance, les mouvements choréiques se calment au moment de l'électrisation ; mais ils paraissent plus prononcés aussitôt après, et la malade pendant toute la soirée est très-agitée, plus agitée même qu'avant le traitement. La nuit est bonne, et le lendemain matin la malade est très-calme ; les mouvements choréiques ont beaucoup diminué, la marche devient plus facile, la parole plus aisée.

Pendant la troisième séance, les mouvements choréiques sont fort peu prononcés, mais ils reviennent très-énergiques quelques heures après l'électrisation, et disparaissent de nouveau le lendemain matin. La mère elle-même fait la remarque qu'après chaque séance sa fille paraît plus agitée, mais que, l'agitation passée, elle paraît presque guérie.

Pendant la quatrième séance, nous employâmes un courant descendant, appliqué également sur la colonne vertébrale. Pas ou presque pas de mouvements choréiques pendant la séance ; la malade est calme le restant de la journée, mais le lendemain l'état est moins bon.

Cinquième séance : courant ascendant. Absence de mouvements choréiques pendant l'électrisation ; mais, quelques heures après, les mouvements choréiques reparaissent dans tous les membres, et augmentent encore d'énergie le lendemain.

A partir de ce moment, nous employâmes de nouveau le courant ascendant ; 25 éléments ; durée : 20 à 25 minutes. Au bout de sept séances d'électrisation de ce genre, la malade est rétablie ; il n'y a plus que très-rarement quelques soubresauts musculaires, mais les mouvements sont coordonnés, la marche est facile et la parole est complétement revenue. L'agitation qui suivait l'application des courants ascendants n'existe plus, et l'enfant reste calme pendant et après l'électrisation.

Dans l'observation suivante, nous avons également constaté une sorte de recrudescence quelques heures après l'application d'un courant ascendant ; mais le lendemain, l'état de la malade était beaucoup amélioré, et la guérison dans ce cas fut très-rapide, malgré l'intensité de la maladie.

Mlle F..., âgée de 16 ans, blanchisseuse, a été prise d'une frayeur très-grande pendant l'époque de ses règles. Les menstrues ont été supprimées immédiatement et n'ont pas reparu depuis.

Quelques jours après surviennent des étouffements, des crises nerveuses, et tous les symptômes qui caractérisent l'hystérie. Les symptômes disparaissent peu à peu, mais deux mois après surviennent des douleurs dans les deux genoux et des mouvements incoordonnés de tous les membres. En même temps, la malade ne peut plus marcher que très-difficilement et a la jambe embarrassée.

Ces phénomènes augmentent de jour en jour, et lorsque nous commençâmes le traitement par le courant continu, la malade ne pouvait plus saisir aucun objet ; elle laisse tomber ceux qu'on lui met entre les mains. Tous les muscles de la face présentent des contractions irrégulières ; les lèvres remuent constamment ; la langue est projetée subitement en avant ; toute la tête est par moment entraînée à droite et à gauche. Les muscles de l'épaule et du bras accentuent les mouvements les plus irréguliers. Les membres inférieurs sont moins affectés.

Première séance : électrisation de la moëlle avec courant ascendant de 10 éléments ; durée, 15 minutes. Pas d'effet appréciable.

Deuxième séance : Même application. Le soir, un peu plus d'excitation ; mais, le lendemain, l'état général est meilleur.

A la troisième séance, nous augmentons l'intensité du courant, et, quelques heures après, tous les symptômes paraissent aggravés ; la marche devient impossible ; la parole, qui était très-embarrassée, est presque éteinte. Le sommeil arriva plus tard que les autres jours ; mais, le lendemain, tous ces symptômes avaient disparu en grande partie. Nous continuâmes, malgré cela, le même traitement. L'excitation fut très-faible et de courte durée après la quatrième séance. Le cinquième jour, la parole et la marche étaient complétement rétablies, les mouvements moins violents, et au bout de 12 séances, la guérison fut complète.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Ordenstein, l'ob-

servation suivante, qui est très-intéressante, surtout comme concordance du rhumatisme articulaire et de la chorée.

Mlle G. S..., âgée de 10 ans, sans maladie antérieure, d'une très-forte constitution et née de parents parfaitement sains, fut prise, le 4 juin 1868, d'un rhumatisme articulaire. L'affection débuta par le poignet de la main droite et s'étendit rapidement dans plusieurs autres articulations; les deux épaules et les deux genoux furent pris, mais l'arthrite la plus douloureuse et la plus opiniâtre fut celle de l'articulation tibio-tarsienne, du côté droit.

Au bout de huit jours, apparurent des phénomènes cardiaques très-prononcés; souffle très-rude, mais superficiel au premier temps; fièvre très-vive, inappétence, etc. Traitement: sulfate de quinine.

Tous ces phénomène s'amendèrent; mais, à leur déclin, le 22 juin, apparut le premier symptôme choréique, consistant dans des mouvements de projection de la langue et dans de légères grimaces de la figure. Les muscles de la face, du côté droit surtout, étaient le siége de contractions involontaires et incoordonnées. A ces symptômes, vinrent s'ajouter très-rapidement des mouvements choréiques de tous les membres. La marche devient impossible; l'enfant ne peut plus porter les aliments à la bouche; elle ne peut ni donner la main ni saisir un objet. Les membres supérieurs, et principalement le bras droit, sont incessamment portés dans tous les sens. Les douleurs articulaires ont complétement disparu, mais le souffle cardiaque persiste. C'est dans ces conditions que M. le docteur d'Ordenstein nous prie d'employer les courants continus pour le traitement de la chorée. Nous appliquâmes un courant de 15 éléments Renak (courant ascendant), sur la colonne vertébrale, et également pendant quelques minutes sur le bras droit. Au bout de la troisième séance, l'enfant put marcher et se servir plus facilement de ses mains. Au bout de sept séances, c'est-à-dire dix jours après le commencement du traitement, l'enfant était rétablie; il ne lui restait qu'une faible inclinaison de la tête, du côté gauche, simulant un léger torticolis, et qui disparut bientôt. La guérison s'est complétement maintenue, et il n'y a eu aucune récidive.

A côté de ces cas de chorée, où le courant ascendant est d'un emploi si efficace, nous croyons utile de résumer une autre observation où cette influence est complétement différente. Plusieurs médecins avaient cru d'abord reconnaître, dans ce cas, les symptômes de la chorée; et non-seulement un examen plus complet et plus long fit reconnaître que l'affection était tout autre; mais, en même temps, l'action des courants continus a été, dans ce cas, tellement opposée à celle qu'on obtient dans la chorée, qu'on pourrait presque croire qu'ils constituent un moyen de diagnostic.

Chez un enfant âgé de 12 ans, l'affection consistait dans des crises qui survenaient toutes les dix minutes à peu près. Dans ce moment, l'enfant agitait tous ses membres et se roulait sur le plancher; puis, au bout d'un instant, l'accès se terminait par une roideur complète de tous les membres. M. le professeur Sée considéra la plupart de ces phénomènes comme dus à une cause hystérique, et la plupart des autres médicaments ayant déjà été employés sans succès, il conseilla l'électrisation avec les courants continus. La guérison fut complète au bout de quinze séances; mais le fait sur lequel nous voulons appeler l'attention est le suivant: nous avions commencé par appliquer un courant descendant sur la moelle, ce qui nous donnait de très-bons résultats. A la cinquième séance, nous nous trompons de pôles, et par conséquent, au lieu d'un courant descendant, nous électrisâmes la moelle avec un courant ascendant. Aussitôt, ce qui n'est jamais arrivé avec les courants descendants, l'enfant fut pris d'une crise violente. La crise passée, nous employons encore le même courant, et immédiatement une nouvelle crise a lieu. Nous apercevant alors de notre erreur, nous appliquons des courants descendants, et le malade reste calme pendant tout le temps de l'électrisation, et de plus, les crises ne réapparaissent que quelques heures après la séance.

On voit, par ces faits, combien chaque affection demande un mode d'emploi différent des courants électriques, et combien, dans les applications d'électrothérapie, il est avant tout nécessaire d'être bien fixé sur le diagnostic et sur les actions propres de chaque courant.

MIXTURE CONTRE LA CARIE DENTAIRE

Par le docteur Magitot

Notre honorable confrère public, dans le *Répertoire de pharmacie*, la formule suivante:

Chloroforme	3
Laudanum	2
Teinture de benjoin	10

Mélangez.

On place, dans la cavité de la dent cariée, un morceau de coton imbibé de ce mélange, et l'on renouvelle cette application jusqu'à ce que l'insensibilité soit obtenue. Ce résultat atteint, on peut obturer définitivement la cavité.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 4 août 1869. — Présidence de M. Verneuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend:

Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le dernier fascicule du *Traité de diagnostic chirurgical* de Foucher, par M. Després.

Discussion sur le procès-verbal.

M. Chassaignac. Dans la dernière séance, M. Giraldès a cru pouvoir affirmer que la compression digitale ne pouvait guère être continuée par un même aide au-delà de dix minutes. Je crois devoir rappeler à la Société que je lui ai présenté jadis un malade guéri d'un anévrysme poplité par la compression digitale. Or, l'aide qui s'était chargé de la compression avait pu la continuer pendant plus d'une heure, grâce à un artifice que je mis en usage. Il consiste à faire appliquer sur les doigts de l'aide un sac rempli de plomb de chasse, sac dont on peut augmenter ou diminuer facilement le poids.

M. Giraldès. Lorsqu'il s'agit de compression incomplète, je crois qu'un aide peut comprimer aussi longtemps que le dit M. Chassaignac; mais nous n'avons parlé que de la compression totale, et celle-ci, je le répète, ne peut être exécutée complétement, sûrement, efficacement au-delà de dix minutes.

M. Chassaignac. Je ne puis savoir ce qui se passait dans l'anévrysme, mais ce que je puis affirmer, c'est que, dans ce cas, nous arrêtions complétement les battements dans toutes les artères placées au dessous du sac, et je crois pouvoir avancer que la compression devait être totale, bien que continuée longtemps, grâce au secours du sac de plomb.

COMMUNICATION

Sur les lésions de la coxalgie à son début. — M. Guéniot. Les occasions d'étudier les lésions anatomiques de la coxalgie, dans sa période initiale, se présentent assez rarement pour qu'il y ait un véritable intérêt à n'en perdre aucune. C'est pourquoi je m'empresse de mettre sous les yeux de la Société une pièce pathologique de ce genre. L'observation en a été recueillie par mon interne, M. J. Renaut, qui a en même temps figuré, dans un très beau dessin, les principaux détails de la lésion.

Coxalgie au début; abcès péri-articulaire sans communication avec l'article. Mort par rougeole compliquée de croup. — Arm... (Valentine), âgée de six ans et demi, entre le 6 juin 1869, dans le service de M. le docteur Guéniot, à l'hospice des Enfants-Assistés.

Cette enfant, bien conformée, et forte pour son âge, se plaignait d'avoir reçu en jouant avec ses compagnes, un violent coup de pied dans l'aine droite. Elle ne pouvait marcher, ni même s'appuyer sur le membre correspondant pendant la station debout. Les mouvements communiqués à l'articulation coxo-fémorale, bien que très-douloureux et fort redoutés par la malade, ne donnaient lieu à aucune crépitation intra-articulaire, et l'on ne trouvait au palper aucun empâtement, ni aucune tuméfaction anormale. Le diagnostic, *arthrite coxo-fémorale subaiguë, de cause inconnue*, fut porté en conséquence de ces symptômes. Il n'était en effet nullement certain que l'enfant eût été blessée comme elle le prétendait, et la région de l'aine n'offrait aucune trace de violence.

Au bout de peu de jours, cette petite fille fut prise de rougeole, et le 13 juin, elle passa dans le service de médecine. Elle y mourut du croup, de pneumonie et de gangrènes multiples, le 23 du même mois, après avoir été trachéotomisée le 20. Pendant ce temps, la douleur de la hanche avait paru incomplétement cesser d'abord, pour reprendre ensuite, dans les deux ou trois derniers jours de la maladie, une intensité nouvelle.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, outre de nombreux désordres du côté de l'appareil respiratoire, présenta, au point de vue chirurgical, les particularités suivantes: les régions de l'aine et de la hanche étant disséquées couche par couche, on découvrit sous le psoas, dans la bourse séreuse qui sépare la face profonde de ce muscle de l'articulation de la hanche, une collection purulente parfaitement limitée, close de toutes parts et ne communiquant pas avec l'article. L'abcès contenait environ 30 grammes de pus jaune verdâtre, grumeleux et de consistance de lait caillé. La capsule articulaire fut ensuite découverte; elle était entourée d'un tissu jaune, gélatiniforme, infiltré de sérosité et englobant dans sa masse les nombreux tendons qui s'insèrent à ce niveau. Après l'incision de la capsule, il ne s'écoula aucun liquide, et l'on constata que la tête fémorale et le cotyle étaient en contact parfait; il fallut un effort assez énergique pour obtenir leur séparation, qui s'effectua avec bruit. La cavité articulaire était donc bien vide; mais la séreuse était colorée en rouge ou en orangé pâle, avec une vive injection arborisée, dans presque toute son étendue. Les cartilages d'encroûtement de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde avaient perdu leur couleur bleu-translucide pour devenir d'un jaune ocreux, pâle mat, nuancé par place de rose très-pâle. Leur surface était restée néanmoins brillante et lisse. Le bourrelet synovial et graisseux qui s'observe normalement à l'union de la tête et du col dans les 2/3 antéro-internes, était devenu d'un rouge carminé très-vif. Le ligament rond et le bourrelet graisseux du cotyle étaient également injectés. Enfin, des concrétions pelliculaires, sorte de pseudo-membranes très-délicates, s'observaient sur la partie intra-capsulaire du col, surtout au niveau du cul-de-sac inférieur de la synoviale.

A la partie postérieure du col du fémur, on voyait un point de l'os dénudé et érodé formant une petite ulcération elliptique de 5 millimètres de longueur sur 4 millimètres de largeur. C'était la seule lésion osseuse existant dans le squelette de la région. Le cotyle ne portait aucune érosion semblable.

Voici maintenant quelles sont les altérations que M. J. Renaut a rencontrées dans la constitution histologique du cartilage de la tête du fémur.

Le tissu cartilagineux était devenu cassant et friable, et il était difficile d'y faire des coupes égales et minces. Les couches les plus superficielles du cartilage d'encroûtement étaient le siége d'une désorganisation avancée. On ne voyait plus, sur les préparations, aucune trace de capsules cartilagineuses, et la substance fondamentale, devenue finement granuleuse, était creusée d'espaces irréguliers, remplis de gouttelettes graisseuses. Au-dessous de cette couche complétement détruite le cartilage était également très-malade, mais les chondroplastes étaient conservés; seulement, la majeure partie de leurs éléments cellulaires avait disparu, et ni l'acide picrique ni le carmin ne pouvaient déceler dans la capsule cartilagineuse le noyau et la masse de protoplasma qu'elle contient normalement. Les granulations graisseuses avaient pris la place de ces éléments, et gorgeaient la cavité capsulaire dépourvue de noyau. Dans les couches les plus profondes, enfin, la lésion était beaucoup moins accentuée; l'on observait seulement une très-forte proportion de granulations graisseuses dans le protoplasma qui entoure le noyau de la cellule cartilagineuse. La substance fondamentale commençait également à devenir granuleuse. On voit donc qu'il s'agit ici d'une dégénérescence granulo-graisseuse des éléments cellulaires du cartilage, dégénérescence qui atteint son maximum d'intensité à la périphérie, et qui n'est encore qu'à son début dans les couches profondes.

Presque en même temps que le fait précédent était soumis à notre observation, un autre cas du même genre (mais à une période moins avancée encore des lésions) se produisait dans le service de mon collègue, M. Parrot. En voici l'observation abrégée, que je dois à l'obligeance de M. Roque, externe du service, ainsi qu'un dessin qui a été très-exactement fait par M. Renaut.

Armande A..., âgée de 7 ans, est entrée le 10 juin 1869 à l'hospice des Enfants-Assistés. Le lendemain, je crus m'apercevoir qu'elle boitait un peu du côté gauche; mais la marche restait assez facile pour que la religieuse du service ne reconnût rien d'anormal, et je n'insistai pas. Cependant, quelques jours plus tard, je m'assurai qu'il existait bien réellement une claudication très-légère, et c'est le membre gauche qui me parut être affecté.

La mère de l'enfant n'a jamais remarqué que celle-ci boitât. Avant son entrée à l'hospice, le 9 juin, la petite malade ne pouvait, il est vrai, que difficilement se tenir debout; mais cet état fut attribué aux privations qu'elle avait subies pendant un séjour de deux mois chez une tante. A l'hospice, elle ne se plaignit jamais de la hanche. Pendant plusieurs jours elle est restée dans la division des filles, jouant et courant comme ses compagnes, jusqu'au 17 juin, où elle fut atteinte d'une angine grave. Dix jours après elle succomba, et M. Parrot constata l'existence de tubercules dans les poumons.

A l'autopsie, les deux articulations coxo-fémorales furent examinées avec soin. Tandis qu'à droite le cartilage de la tête du fémur était d'un blanc bleuâtre normal et offrait une surface lisse très-brillante; à gauche, au contraire, il présentait une teinte jaune ocreux uniforme et paraissait moins translucide. C'était, d'ailleurs, la seule différence constatable à l'œil nu entre le côté sain et le côté malade. Mais à l'examen microscopique on trouva, dans le cartilage fémoral gauche, les mêmes lésions que celles du fait précédent, c'est-à-dire une dégénérescence granulo-graisseuse des éléments cellulaires du cartilage; dégénérescence surtout avancée dans les couches les plus superficielles.

Dans les deux cas que je viens de rapporter, on voit que la maladie articulaire était tout à fait à son début. C'est à peine si, dans le second, elle se traduisait pendant la vie par une claudication légère et probablement intermittente. Cependant, déjà le revêtement cartilagineux de la tête fémorale offrait des lésions semblables à celles qui caractérisent la période initiale de la coxalgie. Ces altérations du cartilage sont, en effet, identiques à celles que M. Paquet a observées et qu'il a décrites avec beaucoup de soin dans son *Etude sur les tumeurs blanches* (thèse; Paris, 1867). Il me paraît donc probable que les deux faits dont il s'agit appartiennent réellement à cette sorte d'affection articulaire.

On peut se demander si, dans le premier cas, les lésions de l'article ne seraient pas la conséquence de l'abcès développé dans la bourse séreuse du psoas. Mais si l'on considère, d'une part, que cette poche purulente ne communiquait pas avec l'articulation, et que, d'autre part, le tissu osseux était altéré et dénudé en un point, on sera plutôt enclin à considérer les deux affections comme ayant une origine contemporaine et, vraisemblablement aussi, une cause commune.

Ce qu'il importe encore de remarquer, c'est, dans la première observation, la généralité des lésions qui, même à cette période peu avancée, affectent tout à la fois le cartilage, la synoviale et le tissu osseux. Dans le second cas, au contraire, un seul élément articulaire est intéressé, et c'est le tissu cartilagineux.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. Guersant. Le malade que je vous présente a subi, à l'âge de 11 ans, l'amputation partielle du pied par la méthode de M. Lisfranc. L'avant-pied avait été écrasé; je fis l'opération le lendemain de l'accident, le 18 mai 1846.

Les faits se passaient à l'hôpital des Enfants-malades. Il n'y eut aucun accident, et l'enfant sortit guéri le 8 juillet. Il y a donc 23 ans que l'amputation a été faite; vous pouvez constater le parfait état du moignon. Le malade s'est toujours bien servi de son pied et peut faire sans fatigue de très-longues marches.

M. Demarquay a eu l'occasion d'amputer au milieu du tarse, et il a obtenu des résultats parfaits, bien que les idées admises à cette époque fissent redouter des inconvénients ultérieurs.

M. Chassaignac appelle également l'attention sur ce point et montre combien l'on avait exagéré les craintes sous le rapport des résultats éloignés de la méthode.

M. Léon Le Fort présente à la Société un malade atteint depuis deux ans d'une tumeur de la région fessière, présentant des battements obscurs et un bruit de souffle très-marqué; il demande l'avis de ses collègues sur le diagnostic, car il hésite entre une tumeur maligne très-vasculaire, ou un anévrysme de la région fessière. Le toucher rectal fait constater à M. Guérin l'existence d'une tumeur intra-pelvienne, ce qui doit faire penser à une tumeur fibro-plastique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. Guérin présente un cristallin atteint de cataracte capsulaire, recueilli à l'autopsie d'un vieillard.

M. Perrin. Les opacités cristallines débutent souvent par les couches corticales, et consistent dans une prolifération cellulaire dans la couche épithéliale qui double la capsule. Il est probable qu'on a affaire ici à un cas semblable.

M. Giraud-Teulon se range à l'opinion de M. Perrin; le microscope seul pourrait décider s'il s'agit d'une cataracte vraiment capsulaire, ou d'un opacité de la couche épithéliale, ou d'un exsudat inflammatoire sur la couche externe de la capsule. Dans tous les cas, au point de vue chirurgical, il y aurait à extraire la capsule.

M. VERNEUIL rappelle que c'est à Broca que l'on doit d'avoir établi, par le microscope, le siége des opacités capsulaires.

M. GUÉRIN. Je reconnais que dans l'état où elle se trouve, la pièce ne peut entraîner la conviction; elle a macéré, a été maniée à plusieurs reprises et a perdu son aspect primitif. A la loupe, on pouvait apercevoir une opacité allant des procès ciliaires au cristallin. Au-dessus de l'humeur de Morgagni opaque, on pouvait apercevoir le cristalloïde également opaque. L'autre cataracte a été disséquée et sera présentée à la Société anatomique après avoir été soumise à l'examen de MM. Robin et Ranvier.

M. F. GUYON montre à la Société un corps étranger qu'il a extrait de la vessie; le corps étranger est une tige d'oignon, longue de 15 centimètres; elle est incrustée de phosphate calcaire. Le malade était dans un état d'ivresse lorsqu'il introduisit ce corps étranger, qui se brisa et qui resta en partie dans la vessie. Six semaines après, le 15 juillet, il se présenta à l'hôpital Necker. Ce malade avait été lithotritié autrefois, et affirmait qu'il était de nouveau atteint de la pierre. L'exploration ne donnait d'autre sensation que celle d'une colonne charnue incrustée. La vessie ne contenait que 60 à 80 grammes de liquide; le malade souffrait en urinant, urinait fréquemment, à peu près aussi souvent la nuit que le jour.

Le 21 juillet, premier essai de lithotritie; bien que la capacité de la vessie n'ait pas été augmentée, un corps étranger fut immédiatement saisi; le rapprochement des mors du lithotriteur fut extrêmement facile et ne donna lieu à aucune sensation d'éclat. Les cuillers contenaient une notable quantité de phosphate calcaire et une petite membrane de la largeur de l'ongle. Examinée, cette singulière production fut reconnue de nature végétale. Le malade fit alors des aveux. Prévenu dès lors, je cherchai sans succès, le 26, à saisir le corps étranger; la vessie était toujours aussi intolérante.

Le 4 août, nouvelle tentative, suivie de succès. En effet, après avoir placé le lithoriteur de telle façon que le bas-fond de la vessie fût aussi déprimé autant que possible, l'instrument étant ouvert et son ouverture regardant en haut, des successions vives et répétées furent imprimées au bassin. Je m'aperçus, en rapprochant les mors de l'instrument, que le corps étranger était saisi. Je me gardai cette fois de serrer à fond afin d'éviter de l'écraser, et je pus facilement amener à l'extérieur le corps étranger que voici.

Le malade a quitté l'hôpital le surlendemain; la cessation absolue des douleurs permet de penser que le corps étranger tout entier a été enlevé. D'ailleurs, la vessie jusque-là si intolérante, recevait 130 grammes de liquide; ce qui a permis de faire de grands lavages et des explorations complètes.

Ce corps étranger est intéressant par la singularité de son choix; mais au point de vue opératoire, l'absence de sensation met bien en relief l'utilité du procédé opératoire suivi. Ce procédé, fort recommandé par M. Nélaton pour la lithotritie, dans laquelle il rend les plus grands services, était évidemment celui qui permettait le mieux de saisir le corps étranger. Aller à sa rencontre sans avoir de sensation était chose bien difficile, et qui d'ailleurs ne nous réussit nullement dans la seconde séance. Le procédé indirect, qui consiste à faire venir le corps à saisir vers l'instrument, au lieu de conduire l'instrument vers lui, était évidemment indiqué.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— On nous annonce la mort du docteur J. Barralier, décédé à Luchon, le 26 aout, des suites d'une suppuration des côtes (affection des os). M. Barrallier, connu par d'utiles publications, s'était particulièrement distingué par son dévouement pendant les épidémies de 1854 et 1865, à Toulon.

— Bonne clientèle à quinze lieues de Paris (chemin de fer). 1re année, recettes : 5,000 francs.

S'adresser pour renseignements, à Paris, chez M. le docteur Rivals, 78, boulevard du Prince-Eugène, de midi à une heure.

— A céder, après 3, 6 ou 12 mois de collaboration, une excellente position médicale à Paris. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Traité de pathologie interne et de thérapeutique, par F. DE NIÉMEYER, professeur de pathologie et de clinique médicale à l'université de Tubingue. Traduction exécutée sous la direction de l'auteur sur la septième et dernière édition de l'ouvrage allemand, considérablement modifié et augmenté d'environ 250 pages in-8°. Seule traduction de la dernière édition allemande. — 2 vol. in-8° de 960 pages chacun. Prix : 20 fr. (Ouvrage terminé.)

Leçons cliniques sur les maladies du cœur, professées à l'Hôtel-Dieu de Paris, par J. BUCQUOY, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — 1 vol. grand in-8° avec figures. Prix : 2 fr. 50.

Des arthropathies consécutives à l'ataxie locomotrice progressive, par le docteur Benjamin BALL, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — In-8°. Prix : 1 fr. 50.

Vaccine et variole. Nouvelle étude expérimentale sur la question de l'identité de ces deux affections. Étude faite, au nom de la Société des sciences médicales de Lyon, par une commission composée de MM. Bondet, Chauveau, Delore, Dupuis, Gailleton, Horand, Lortet, P. Meynet et Viennois. Rapport par MM. Chauveau, Viennois et Meynet. — 1 vol. in-8. Prix : 3 fr. 50.

De la taille périnéale chez l'homme, par le docteur MOHAMMED DOURRY. — Grand in-8 avec planches. Prix : 2 fr. 50.

De l'éléphantiasis des Arabes, par le docteur MOHAMMED BEY. — Grand in-8 avec planches. Prix : 3 francs.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

De quelques phénomènes météorologiques, et de leurs effets sur l'organisme.

Un tremblement de terre vient de se faire sentir tout récemment (le 1er septembre), à Batna, province de Constantine. Ce tremblement de terre a été précédé, accompagné et suivi de phénomènes, de divers ordres, physiques et physiologiques, que M. le docteur E. Ollivier a rapportés avec détail dans une lettre écrite de Batna sous la date du 6 septembre, et dont M. le docteur Guyon a donné connaissance à l'Académie des sciences dans la séance du 13. Voici quelques-uns des détails que nous extrayons de cette lettre, pensant qu'ils ne seront pas sans quelque intérêt pour nos lecteurs :

« Depuis quelques jours, bien que le thermomètre, à l'ombre, ne dépassât pas 32 degrés centigrades, le ciel, couvert d'épais *cumulus*, nous rendait très-pénible une chaleur écrasante, sans rapport avec cette température bénigne et inaccoutumée, mais tenant à un état électrique très-accentué.

« Les derniers jours du mois d'août avaient été tous orageux, avec un vent très-sauteur, et chaque jour un gros orage imminent avait avorté.

« Le 1er septembre, comme tous les jours suivants, jusqu'à aujourd'hui, l'atmosphère était singulière, et son impression oppressive. J'étais pénétré par un profond sentiment d'inquiétude et de crainte, et, malgré moi, j'observais, me tenant en garde, instruit, par l'expérience, de cet état nerveux. A quatre heures trente minutes, un orage se mit à gronder ; une pluie, peu forte, fut promptement chassée par un vent soufflant en bourrasques violentes. à ce point que le ciel, alors tout couvert d'épais *nimbus*, d'un noir violet superbe, produisant de forts éclairs pourpres, d'une grande dimension et très-vifs, fut éclairci en moins de vingt minutes.

« Je croyais tout terminé ; mais, à sept heures trente minutes, deux nuages noirs et très-denses, nous vinrent couvrir, suivant la direction du sud-ouest, par grand calme, et restant immobiles. Deux ou trois éclairs brillèrent, et l'on entendit deux sourds roulements de tonnerre...

« Il était huit heures quinze minutes juste lorsque nous fûmes soulevés violemment, à deux reprises, au premier étage d'une maison en pierres que j'habite, par un tremblement de terre imprimant au sol, pendant trois à quatre secondes, avec un bruit caractéristique, que j'avais déjà perçu dans le tremblement de terre d'El-Arrouch en 1856, un mouvement ondulatoire très-sec, avec trépidation.

« La commotion, généralement ressentie, a été du nord-ouest au sud-est. Elle a donné lieu à un phénomène que nous ne saurions passer sous silence. Un enfant de dix-huit mois, celui d'un de mes amis, s'endormait près de sa mère : à la secousse, il s'est jeté sur elle, l'enlaçant de ses petits bras, inquiet, criant, pleurant, affolé... On eut toute la peine du monde à lui faire lâcher les vêtements auxquels il se tenait convulsivement cramponné.

« Aux casernes, qui ont trois étages, les soldats ont poussé des exclamations et fait un tumulte que j'ai entendu de chez moi, à plus de 100 mètres, de la fenêtre près de laquelle je m'étais précipité. Heureusement que, ni là, ni dans la ville, aucun malheur n'a été à déplorer, et que la population en a été quitte pour des frayeurs bien justifiées et des maisons lézardées, mais non, toutefois, sans quelque appréhension d'un réveil du fléau.

« Moi-même, j'ose à peine croire à une tranquillité parfaite, car un phénomène que j'observe depuis plusieurs jours, et qui peut avoir son importance dans notre position, c'est que, dans l'amphithéâtre formé par les montagnes dominant notre plateau (1100 mètres au-dessus du niveau de la mer, et dont Batna forme le centre), le vent, dans l'espace de deux heures, passe par toutes les aires de la rose, du sud au nord. La plaine est couverte de trombes de poussière se succédant, sur le sol, à des intervalles de 10 à 15 mètres au plus. A leur base, le mouvement giratoire semble très-énergique : elles emportent des plumes, du papier, des feuilles et autres débris végétaux, à de grandes élévations. Trois ou quatre de ces colonnes de poussière, observées dans différentes directions, avaient une largeur d'un mètre à deux, et semblaient se confondre avec les nuages, à quelques centaines de mètres de hauteur. »

— Pendant que nous rapportions les effets de foudre constatés par M. le docteur Sonrier au camp de Châlons, la *Gazette médicale de Strasbourg* publiait, de son côté, la relation médicale d'un accident accasionné par la foudre, le 13 juillet dernier, au pont du Rhin, par M. le professeur Tourdes. Il pourra être intéressant de rapprocher ces deux relations, pour en tirer quelques déductions instructives sur les effets de la foudre. C'est ce que nous ferons dans un des prochains numéros. B.

HOTEL-DIEU. — M. LAUGIER.

Emploi des agents élastiques dans le traitement des fractures

(Par M. A. DUBREUIL.)

Si le diagnostic de la grande majorité des fractures laisse aujourd'hui peu à désirer, il faut bien reconnaître que leur thérapeutique est encore l'objet de nombreux *desiderata*. Dans quelques-unes, entre autres, maintenir les fragments dans un contact exact et obtenir une consolidation, osseuse passe pour chose d'une extrême difficulté. De ce nombre sont les fractures transversales de la rotule et de l'olécrâne. Si ce défaut de réunion ne constituait qu'un vice morphologique, il ne constituerait qu'un mince inconvénient ; mais il est loin d'en être ainsi, et, surtout pour la première de ces solutions de continuité, il entraîne de graves conséquences. Le malade est exposé à des chutes fréquentes, perd une grande partie de sa force, et l'on se rappelle le blessé cité par Malgaigne, lequel portait sans effort un poids de 600 kilogrammes avant l'accident, et ne pouvait ensuite, en raison de la consolidation vicieuse de sa fracture, en soulever que 200.

Pas n'est besoin d'insister plus longtemps pour faire ressortir toute l'importance qu'il y a à obtenir une consolidation osseuse ou tout au moins une réunion fibreuse par un tissu intermédiaire aussi court que possible.

Énumérer tous les appareils proposés serait aussi fastidieux qu'inutile. Je rappellerai seulement que quelques chirurgiens en sont venus à un mode de traitement qui, s'il est en général assez facilement supporté par les malades de nos hôpitaux, à sensibilité le plus souvent obtuse, l'est au contraire très-difficilement par les blessés moins endurants que l'on a à traiter dans la pratique civile, je veux parler des griffes de Malgaigne. Je me souviendrai toujours d'un médecin atteint d'une fracture de la rotule, à qui on les avait appliquées. Il ne les garda plus de cinq minutes, et déclara qu'il aimait mieux boiter sa vie durant que se soumettre à pareille torture. Ce n'est pas le seul inconvénient de cet appareil, qui est en somme tres-peu employé.

D'autres praticiens, fatigués de lutter vainement contre les muscles qui écartent les fragments, se résignent à n'employer uniquement que la position sans aucun bandage, et Jarjavay ne traitait jamais autrement les fractures de la rotule.

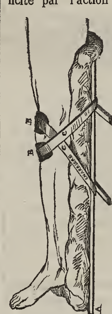
Le professeur Laugier a eu l'heureuse idée de mettre à profit la puissance élastique du caoutchouc pour combattre et dominer l'action des muscles, et cet appareil jouit d'une efficacité dont pourraient au besoin se convaincre les incrédules en venant voir, dans son service, deux malades soumis dans ce ce moment à son application.

Voici comment est disposé l'appareil en question : le membre blessé repose sur une attelle recouverte d'un coussin, étendue du talon à la fesse et placée de façon que l'extrémité podale soit plus élevée que la portion fessière.

Sur cette attelle, et perpendiculairement à sa longueur, sont placées au niveau du jarret, deux baguettes dépassant l'attelle de chaque côté et éloignées l'une de l'autre d'une dizaine de centimètres à peu près, baguettes destinées à fixer les anneaux de caoutchouc.

Sur les fragments de la rotule, on moule deux morceaux de gutta-percha ; puis, lorsque la gutta-percha a acquis la solidité suffisante, on rapproche les fragments, et on place, en les introduisant du côté du pied, les anneaux de gomme élastique, qui embrassent à la fois le membre et l'attelle. Ces anneaux, qui sont plats, sont plus larges dans la portion qui doit correspondre à la rotule, plus étroits dans celle qui est placée sous le creux poplité. L'un est appliqué sur le fragment supérieur et fixé sur la baguette inférieure ; l'autre, appliqué sur le fragment inférieur, est tenu par la baguette supérieure. Ils sont ainsi croisés, et, en raison de leur élasticité, agissent d'une façon très-active, sans jamais déterminer aucune douleur.

On a, dans le service du professeur Laugier, une série d'anneaux, suivant que la tendance des fragments à l'écartement est plus ou moins prononcée. Dans quelques cas, on peut se dispenser d'agir sur le fragment inférieur, qui n'est nullement sollicité par l'action musculaire. Du reste, la planche ci-jointe donne une idée très-nette de cet appareil, qui a depuis longtemps fait ses preuves entre les mains du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.



A côté de celui-là, je rappellerai l'appareil employé par le professeur Laugier pour la fracture de l'olécrâne, fondé aussi sur l'emploi des agents élastiques. Voici en quelques mots sa composition et la manière de l'appliquer.

L'avant-bras est placé dans l'extension et recouvert de doloires, depuis la main jusqu'au-dessous de la fracture. On place sur le fragment supérieur, préalablement rapproché de l'inférieur, une compresse longuette que l'on maintient par quelques circulaires ; puis on continue les doloires jusqu'à la partie moyenne du bras. Sur la région antérieure du membre, on met alors une attelle convenablement matelassée, s'étendant du milieu du bras au milieu de l'avant-bras, et munie, un peu au-dessous de sa partie moyenne, d'une petite tige de fer de trois ou quatre centimètres perpendiculaire au plan de l'attelle et saillante en avant. Le chirurgien passe ensuite l'anneau élastique, qu'il applique sur le fragment de l'olécrâne, tandis qu'il le fixe sur la tige en fer. Il ne reste plus qu'à assujettir l'attelle, en haut et en bas, par quelques tours de bande.

Simplicité, innocuité, efficacité, tels sont les avantages distinctifs des appareils que je viens de signaler, avantages plus que suffisants pour leur mériter, dans la pratique, une place qu'on est étonné de ne pas leur voir occuper quand on a pu constater les résultats qu'ils procurent.

HOPITAL CIVIL DE BREST. — M. TH. CARADEC.

Amputation sus-malléolaire

D'après le procédé elliptique de M. le professeur Marcellin DUVAL.

La valeur de l'amputation sus-malléolaire a été longtemps discutée par les chirurgiens : les uns l'ont beaucoup préconisée ; les autres l'ont vivement combattue. Aujourd'hui, grâce au perfectionnement de la méthode, grâce à celui des moyens prothétiques, le doute et l'hésitation n'ont guère raison d'être, et le nombre de ses partisans augmente de jour en jour.

La Société de chirurgie, à laquelle incombe l'importante mission de diriger le progrès de l'art qui la concerne, et qui s'en acquitte, il convient de le dire, avec un grand talent et une activité des plus louables, a mis, cette année, au concours, cette intéressante question, sous le programme suivant :

« De la valeur relative des amputations sous-astragalienne, tibio-tarsienne et sus-malléolaire. »

En attendant l'issue de ce concours, je crois qu'il est opportun et utile d'appeler l'attention de ceux qui vont entrer en lice, sur un procédé qu'il m'a été donné de mettre récemment en pratique, dans mon service des femmes à l'hôpital civil, et dont j'ai pu constater et faire constater par beaucoup de mes confrères toute la supériorité, ainsi que le magnifique résultat. Mon collègue M. le docteur de Léséleuc, l'a exécuté cinq fois avant moi, avec un plein succès, daus le service des hommes, et c'est à bon droit qu'il en a revendiqué, dans la *Tribune médicale* (numéro du 24 janvier 1869), la priorité pour notre trop modeste maître, le professeur Marcellin Duval, ancien directeur du service de santé de la marine.

Cet éminent chirurgien est, en effet, le premier qui ait pratiqué l'amputation sus-malléolaire d'après le mode opératoire dont d'autres ont cru être les inventeurs. Ce mode est consigné dans le texte qui accompagne son *Atlas d'anatomie descriptive et de médecine opératoire*, publié en 1853, et présenté en juin 1853 à l'Académie des sciences, pour le concours des prix de chirurgie.

On trouve, à la planche A, figure 22, de cet atlas, un dessin représentant la forme *elliptique* du plan de section ; et l'on voit, à la partie postérieure, *l'extrémité inférieure du tendon d'Achille.*

L'opération fut faite, pour la première fois, par M. Duval, à l'hôpital du bagne de Brest, le 23 juin 1849, en présence des professeurs et d'un grand nombre de chirurgiens : les suites en furent des plus heureuses.

M. le docteur Gallerand, aujourd'hui professeur de clinique

chirurgicale à l'Ecole de médecine navale de Brest, a décrit le procédé dans une thèse soutenue devant la Faculté de Montpellier, le 1er décembre 1855, et intitulée : « De la méthode oblique-elliptique dans les amputations et de quelques-unes de ses applications. » Des figures représentant divers moignons sont annexées à ce travail. Déjà, à cette époque, M. Duval avait pratiqué, devant l'Ecole de Brest, cinq amputations sus-malléolaires, suivies de succès, comme la sixième, exécutée par M. Gallerand, devant la même Ecole, le 17 février 1855.

Le docteur Nielly, alors médecin de première classe, a écrit une thèse sur un sujet analogue : *Étude sur l'amputation : méthodes et procédés* (Montpellier, 16 avril 1856). On y trouve également des dessins, de moignons d'amputés sus-malléolaires, faits d'après nature, comme les dessins insérés dans la thèse du docteur Gallerand.

Ainsi donc, les dates précises que je viens de citer permettent de restituer à son véritable auteur le *procédé elliptique* de l'amputation sus-malléolaire. Au docteur Duval revient, sans conteste, le mérite d'avoir, avant tout autre, conçu et mis en pratique l'idée-mère, si heureuse, de la conservation de *tout le tendon d'Achille* dans la partie postérieure de l'ellipse (espèce de lambeau postérieur), et d'en avoir démontré péremptoirement tous les avantages. C'est sous son nom, dorénavant, que cette excellente méthode devrait être inscrite dans la science : SUUM CUIQUE. En effet, le docteur Voillemier, auquel on l'a rapportée, ne l'a appliquée que le 29 juillet 1858 ; et encore, d'après un procédé *par transfixion*, procédé dont l'exécution et le résultat laissent souvent à désirer, malgré toute l'habileté de l'opérateur. L'amputé de M. Voillemier a été présenté à la Société de chirurgie par le regrettable Laborie; le 23 novembre 1859; mais le procédé n'a été décrit qu'en 1862 (clinique chirurgicale). Je m'empresse d'ajouter que, dans ce cas particulier, on a constaté un résultat très-satisfaisant.

Quant au procédé elliptique de M. le docteur Guyon (*Gazette des Hôpitaux* du 7 novembre 1868), il offre une telle similitude avec celui de M. Duval, que le docteur De Léséleuc a réclamé la priorité, comme je l'ai déjà dit, en faveur du chirurgien de Brest. Après avoir lu attentivement la description de l'opération du docteur Guyon, je suis fondé à penser que le procédé de M. Duval conduit au but, d'une manière plus facile, plus correcte et plus sûre.

Voici maintenant la relation du cas qui a nécessité l'amputation dont je vais parler :

Le 30 mars 1869 entre dans mon servce, à la salle Sainte-Anne, Marie R..., âgée de 10 ans.

C'est une enfant au teint brun, un peu coloré ; sa constitution paraît bonne. Sa physionomie, amaigrie, est intelligente ; son sourire gracieux appelle l'intérêt. Elle répond très-nettement aux questions qu'on lui adresse : ainsi, elle raconte qu'il y plus de six mois, son pied gauche s'est tourné en courant, et qu'elle a reçu dans son village, pour cette entorse, les soins d'un rebouteur, qui l'a soumise à des manipulations et tractions très-douloureuses.

Un gonflement considérable du pied survient à la suite de ces déplorables manœuvres, et bientôt après se déclare une inflammation grave de la région postéro-externe du coude-pied, suivie d'abcès avec suppuration abondante. Bref, on se décide à diriger la petite R... sur l'hôpital civil de Brest.

A son entrée, je constate une tuméfaction manifeste de la face dorsale du pied, et surtout du coude-pied, dont la circonférence mesure 2 centimètres de plus que du côté sain. A 15 millimètres au-dessous du sommet de la malléole externe, on aperçoit un orifice fistuleux, qui donne issue à une notable quantité de pus séro-sanguignolent. En introduisant un stylet, par cet orifice, on reconnaît que les téguments, dont la rougeur est vive, sont décollés dans une grande étendue, et que les os sont dénudés et ramollis. Les lésions osseuses paraissent avoir leur siége à l'astragale et au calcaneum, ce qu'a démontré, plus tard, l'examen du pied. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont douloureux, surtout quand on porte le pied en dehors.

Amaigrissement ; mouvement fébrile, le soir ; peau brûlante et sèche ; température de +38 degrés au thermomètre placé dans l'aisselle. Pouls faible, accéléré, au-dessus de 100. Appétit peu prononcé ; langue nette, humide ; pas de diarrhée. Pas de toux ; aucune matité thoracique, bruit respiratoire normal.

En présence d'un état semblable et après m'être convaincu, pendant une observation de plusieurs semaines, que l'emploi des divers moyens thérapeutiques usités en pareil cas était impuissant à guérir des altérations osseuses aussi graves, et que rien ne s'opposait au sacrifice du membre, je me détermine à pratiquer l'amputation.

Le 21 avril 1869, avant d'opérer, je marque d'un petit trait à l'encre l'endroit où les os doivent être sciés : c'est là que je prends, avec un ruban métrique, la circonférence du membre. La circonférence étant de 18 centimètres, le rayon est de 3 centimètres, auxquels j'ajoute 3 centimètres, en prévision de la rétraction des parties molles.

Je porte alors, *verticalement*, sur la partie antérieure et médiane de la jambe, le ruban métrique dont le chef initial répond à l'endroit de la section future des os : je m'arrête à 6 centimètres au-dessous, et j'indique ce point par un petit trait à l'encre C'est là que se trouvera l'extrémité antérieure et supérieure de l'ellipse. Je marque aussitôt par un trait *transversal* son extrémité inférieure et postérieure, qui est située sur la limite de la face postérieure du talon et de sa face plantaire. Je remonte, en arrondissant un peu d'abord la ligne commencée ; puis, je la conduis, obliquement d'arrière en avant sur la malléole externe ; arrivé à la face antérienre de la jambe, je décris une courbe à *concavité inférieure*, qui constitue l'extrémité *supérieure* de l'ellipse ; je descends obliquement d'avant en arrière sur la malléole interne, et je rejoins la ligne transversale primitive, après avoir un peu arrondi la partie inférieure de la ligne oblique interne.

Comme l'enseigne M. Duval, il n'est pas indispensable de tracer préalablement l'ellipse au crayon ou à l'encre ; mais, il ajoute avec raison, qu'en prenant cette précaution, qui demande à peine une minute, on fait marcher l'instrument rapidement, sans aucune hésitation ; et qu'on n'a pas à craindre de commettre des écarts dont l'opérateur le plus habile peut se rendre coupable.

La petite malade est alors couchée et placée convenablement sur le lit à opération.

Deux aides me suffisent, du moins pour l'opération considérée en elle-même : l'un d'eux tient la jambe, l'autre le pied.

Je prie un de mes collègues de se charger du chloroforme.

Je me place *en dedans* de la jambe, qui est portée dans la rotation *en dedans*, de façon à me permettre de découvrir sa face postéro-externe.

Je prends alors un scalpel à lame courte, un peu forte, à tranchant convexe, et qui me servira pendant toute l'opération, que je commence *en arrière* et *en bas*, sur la ligne transversale indiquée ci-dessus. La marche de l'instrument est d'ailleurs identique à celle qu'a suivie la plume : rien de plus simple, par conséquent.

L'aide, chargé de tenir le pied, lui imprime doucement un mouvement de rotation de dedans en dehors, et présente successivement au scalpel les divers points de la peau, qui est divisée, *d'un seul trait*, et dans toute son épaisseur, sur le pourtour du membre.

L'aide élève alors le pied, et je coupe le tendon d'Achille, *aussi bas que possible*, et à son insertion au calcanéum.

Je donne quelques coups de scalpel dans la couche cellulo-adipeuse, située au devant du tendon ; et je me hâte de porter l'instrument sur les parties latérales, puis sur la face antérieure de la jambe, pour disséquer rapidement la peau, qui est relevée à mesure, et retroussée dès qu'il y a possibilité.

Je forme alors un petit lambeau musculo-vasculaire antérieur à l'aide de deux incisions longitudinales, l'une *interne*, l'autre *externe*, réunies par une incision *transversale*.

L'interne longe le bord antérieur du tibia et n'intéresse que l'aponévrose ; l'externe suit la partie antérieure du péroné et divise les insertions de l'extenseur commun des orteils et de l'extenseur propre du gros orteil. L'incision transversale coupe les trois muscles de la région jambière antérieure, les vaisseaux tibiaux antérieurs et leur nerf satellite. Deux ou trois coups de scalpel détachent du ligament interrosseux ce lambeau, qui n'a que 3 centimètres de long, et qui ne modifie en rien la configuration générale de l'ellipse. Il est aussitôt relevé, et *je lie, avec la plus grande facilité, la tibiale inférieure* (1).

Je m'occupe alors du grand lambeau musculo-vasculaire postérieur que je taille d'une manière analogue. L'incision longitudinale *interne* rase en arrière le bord interne du tibia et la face postérieure de cet os ; l'*externe* longe la partie postérieure du péroné, et détruit les insertions du court péronier latéral. L'incision *transversale* faite *aussi bas que possible*, divise les deux péroniers latéraux (qui là sont postérieurs), le long fléchisseur du gros orteil, le fléchisseur commun des orteils, le jambier postérieur, les vaisseaux péroniers, les vaisseaux tibiaux postérieurs et leur nerf satellite. Je détache de bas en haut la face profonde de ce lambeau, dont la longueur est de 6 centimètres environ, et j'ai bien soin de couper les insertions au péroné, du long fléchisseur du gros orteil.

La tibiale postérieure est liée immédiatement. La péronière, ou plutôt la branche péronière, ne donne pas de sang.

On passe le rétracteur, et les os sont sciés d'après les règles habituelles.

L'opérée a perdu très-peu de sang. Je ramène en avant la partie postéro-inférieure de l'ellipse, qui vient s'appliquer sur le plan de section comme une sorte de lambeau, et que des bandelettes de diachylon maintiennent facilement. L'affrontement s'opère très-bien. Pansement simple : linge fin fenêtré trempé dans la glycérine, charpie, etc.

Levée de l'appareil le troisième jour. Réaction modérée. Tout se passe régulièrement, à part une bronchite dont le traitement ordinaire fait justice.

La ligature de la tibiale antérieure tombe le huitième jour ; celle de la tibiale postérieure, le neuvième jour.

La plaie devient vermeille, et la cicatrisation marche avec rapidité ; elle est complète le vingtième jour.

La cicatrice, située à la partie inférieure et un peu antérieure, est ferme et solide : les os sont parfaitement recouverts et protégés par la présence du *tendon d'Achille*, des muscles compris dans le lambeau postérieur, ou de leurs tendons, et par les téguments de la partie postérieure du talon : ce qui permet d'exercer une forte pression sur le moignon sans causer la moindre douleur.

Il est évident que l'opérée pourrait marcher en appuyant le moignon sur l'appareil prothétique (une bottine, par exemple).

Au moment où je termine ce travail, j'ai sous les yeux, dans la cour de l'hôpital, la petite R..., et je constate avec plaisir que non-seulement elle marche facilement, mais qu'elle saute et danse avec ses jennes compagnes et court avec agilité. Elle est munie d'un appareil basé sur les mêmes principes que celui de Martin, et d'un prix très-modique (45 francs). Au bout de quelques jours d'exercice, elle s'en servait parfaitement.

Les avantages du *procédé elliptique* de M. le professeur Marcellin Duval me paraissent incontestables et de toute évidence ; les voici sommairement :

1° *Facilité*, *simplicité* d'exécution ; *régularité* du résultat ;

2° *Sécurité* absolue à l'endroit de l'hémorrhagie primitive ou secondaire. En effet, on arrive très-aisément, pendant ou après l'opération, à *lier* les artères contenues dans les lambeaux, et quelle que soit la rétraction de ces vaisseaux, on ne perd qu'une minime quantité de sang ; considération fort importante à l'égard d'organismes souvent épuisés par une maladie chronique, par une suppuration abondante, ou frappés par un traumatisme très-grave. Cette sécurité ne peut être la même dans les procédés *par transfixion*, lesquels sont dangereux entre des mains inexpérimentées, parce qu'on marche à l'aveugle, tandis que dans celui ou ceux de M. Duval, on va toujours *du connu à l'inconnu*.

3° Toutes chances possibles pour être à l'abri de la gangrène, et pour assurer au moignon la plus grande somme de vitalité, en raison de la conservation de la peau, des muscles, des artères, des nerfs, etc. ; de telle sorte que la partie inférieure de la jambe est, pour ainsi dire, *désossée*.

4° *Cicatrisation* au moins aussi rapide, pour ne pas dire plus, que par les autres modes opératoires. On a vu que ma petite amputée était guérie au *vingtième jour*. Or je doute beaucoup qu'en agissant autrement la guérison eût été obtenue aussi promptement ;

5° *Cicatrice placée*, soit à la partie inférieure, soit à la partie antéro-inférieure, soit même tout à fait en avant. Il suffit, pour obtenir ces divers résultats, de ramener plus ou moins d'arrière en avant l'espèce de lambeau postérieur que présente l'ellipse.

6° Enfin, *moignon* parfaitement *matelassé*, ne redoutant aucune pression, et pouvant se prêter à l'emploi des divers moyens prothétiques, notamment (chose essentielle), de ceux *à bon marché*, ce qui permet, Dieu merci, au pauvre comme au riche, de bénéficier des grands avantages de l'amputation sus-malléolaire.

Hommage et reconaissance sont donc bien légitimement dus à M. le professeur Marcellin Duval, pour son ingénieux et précieux procédé, qui a reçu une *trentaine de fois* la sanction de la pratique, et qui fait partie d'une série de procédés dérivant de sa méthode *oblique elliptique*, bien différente de celle de Soupart (1).

Cette méthode est appicable et a été appliquée, non-seulement à la jambe, mais à la cuisse (un grand nombre de fois), mais encore au membre supérieur et à l'*épaule*.

M. le docteur Maréchal, médecin de première classe de la marine, a fait ressortir, dans son excellente thèse, les avantages du procédé de M. Duval pour la désarticulation scapulo-humérale. Nous savons d'ailleurs qu'il y a déjà plusieurs annés M. Duval a démontré plusieurs fois, et fait répéter, *à Clamart*, ses divers procédés devant M. le doteur Péan, M. le docteur B. Anger, alors prosecteurs des hôpitaux, et leurs nombreux élèves. — Il en a été de même en 1869, devant M. le docteur Spillmann, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; M. le docteur Dubreuil, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux, et de plusieurs internes distingués, entre autres MM. Hybord, Hubert et Laugier.

Pulsse M. Duval exhumer bientôt de ses cartons les autres richesses qu'ils renferment ! car ce savant et bienveillant maître me permettra de lui dire : *Mérite oblige ;* et un médecin de la valeur de M. Marcellin Duval ne saurait priver plus longtemps la science du fruit de ses nombreux et intéressants travaux.

ESQUISSE HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR L'ORIGINE DE LA SYPHILIS EN EUROPE.

(Résumé d'un mémoire lu à l'Académie de médecine)

Par M. AUZIAS-TURENNE.

La syphilis, après avoir pris terre en Espagne, fit explosion en 1495 sous les murs de Naples, qu'assiégeaient les Français et que défendaient les Italiens et les Espagnols.

Marcel de Cumes, son premier historien, parle du point de départ de cette maladie, aux organes sexuels et de pustules répandues consécutivement sur le corps ; mais il ne mentionne point la contagion, il fait intervenir une influence céleste. Ce fut là une opinion commune de son temps. Plus tard, Frascator exprima poétiquement la même pensée.

---

(1) Dans l'amputation de la jambe, au lieu d'élection, M. Duval taille un petit lambeau analogue, qui comprend le jambier ou tibial antérieur, l'extenseur commun des orteils, le long péronier latéral et la tibiale antérieure. Les difficultés inhérentes à la ligature de cette artère, qui ont été signalées par tous les auteurs classiques et que j'ai rencontrées moi-même, disparaissent complétement. J'ai vu plusieurs fois la lier pendant ou après l'opération, avec autant de facilité que dans l'amputation sus-malléolaire.

(1) V. *Texte de l'Atlas d'anatomie et de médecine opératoire*, et les thèses déjà citées de MM. Gallerand et Nielly, médecin de l'hôpital de Brest, membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux et de Société médico-chirurgicale de Paris.

On est peu d'accord sur les circonstances premières ou étiologiques de l'apparition de la syphilis en Europe.

Voici quatre versions principales, entre lesquelles il faut discerner, choisir la vérité :

1° La syphilis de Naples était une épidémie de morve;

2° Elle consistait en une recrudescence ou dans un mélange de maladies anciennes et connues;

3° La syphilis est née spontanément en Italie;

4° Enfin, elle est venue d'Amérique.

Première opinion : *Identité avec la morve.* — Les principaux partisans de cette opinion sont : Van Helmont, MM. Ricord et Beau.

Leurs argumets se déduisent : 1° d'une ressemblance entre la syphilis et la morve; 2° de la première manifestation historique de la morve qui aurait eu lieu à Naples, sur les chevaux, pendant que la syphilis apparaissait sur les hommes.

On leur répond que :

1° A part son intensité, la syphilis n'a pas cessé d'être partout et toujours la même;

2° La ressemblance des deux maladies étant fort importante, il est généralement possible d'établir le diagnostic différentiel et de la morve et de la syphilis;

3° Nulle part on n'a constaté qu'en passant d'une espèce animale à une autre, l'une de ces maladies se soit transformée en l'autre;

4° La morve n'atteint pas autant d'hommes que la syphilis, *mais* elle frappe ses victimes plus sûrement, plus promptement, plus terriblement;

5° Enfin, Végèce et Absyrte paraissent avoir décrit la morve dans les IVe et VIIe siècles.

Deuxième opinion : *Recrudescence et mélange de maladies anciennes et connues.* Cullerier Ier, Lagneau père, et la plupart des adeptes de l'école physiologique, ont été les fauteurs principaux de cette opinion.

Ils arguent qu'on *retrouve* les symptômes épars de la syphilis dans les auteurs anciens qui en auraient méconnu la solidarité ou la connexion, *c'est-à-dire* qu'ils auraient ignoré la liaison de ces symptômes et leurs rapports avec une seule et même maladie.

Mais les symptômes allégués appartiennent à d'autre maladies, et *notamment* à la lèpre tuberculeuse.

Quant à la connexion des symptômes (qu'on prétend *si difficile* à établir), elle n'a pas *échappé* au jugement grossier des sauvages de l'Amérique.

Don Calmet *confond* la syphilis avec la maladie de Job, parce qu'il y avait dans cette dernière, fort *ressemblante* à la lèpre, des ulcères et des douleurs.

La symptomatologie différentielle de la syphilis et des autres maladies pustulo ou tuberculo-ulcéreuses est au moins aussi facile à formuler que celle du choléra indien et celle du choléra *nostras*.

Enfin, des symptômes épars, sans cause une et spécifique, ne doivent pas être artificiellement rassemblés pour constituer la syphilis.

Troisième opinion : *Naissance spontanée.*— Cette manière de voir, exprimée par Marcel, Fracastor et par d'autres, est surtout maintenue par Sanchez et par plusieurs Allemands. On *l'appuie* sur des conjectures et l'on *n'invoque* en sa faveur qu'une symptomatologie confuse.

Mais partout où la syphilis a été récemment importée, cette maladie a bientôt acquis la violence et la notoriété de l'épidémie du XVe siècle.

Rien de semblable ne s'est passé en Amérique relativement à la syphilis. *Conséquemment*, nous ne l'y avons pas transportée. Elle y *régnait* donc avant la conquête.

Quatrième opinion : *Origine américaine.* — Cette dernière opinion est la première en importance; elle est vraie à l'exclusion des autres.

Astruc en est le principal, le plus glorieux soutien.

Il existe en sa faveur des preuves *historiques*, des preuves *n osologiques* et des preuves *philologiques*.

Les preuves *historiques* sont, entre autres, le témoignage précis, sincère, éclairé d'Oviédo, celui de Thevet, dont la science moderne a établi la justesse et les détails circonstanciés fournis par Roderic Dias.

On peut suivre la maladie chronologiquement et géographiquement depuis son départ des Indes, dans son passage à travers l'Espagne, à son arrivée en Italie, puis en France, et à sa dispersion dans le monde.

Les preuves *nosologiques consistent* :

1° Dans la généralisation et dans la bénignité de la maladie constatées aux Indes occidentales à l'époque de leur découverte;

2° Dans sa marche en Europe *d'abord* insidieuse, *puis* vive et terrible, et enfin suivie d'une graduelle décroissance.

Les preuves *philologiques* sont :

1° Tous les noms de la maladie et de ses symptômes retrouvés dans le dictionnaire caraïbe et dans le vocabulaire des Indiens, à l'exclusion de ceux des maladies que nous avons exportées en Amérique;

2° Les noms modernes de la maladie empruntés des noms des peuples dont chacun croyait la tenir; les Espagnols seuls l'ayant appelée *la maladie des Indiens*.

Pendant plusieurs siècles on voit reparaître et disparaître les mêmes idées, la même médication.

Le mercure, sans cesse ballotté, ne triomphe définitivement jamais, même parmi les savants. Dans aucun temps, dans aucun pays, il ne devient populaire. Loin de là, il inspire partout et toujours une juste aversion au peuple.

Il faut donc porter ses vues ailleurs; il faut attendre l'œuvre du temps, qui met chaque chose à sa place.

Conclusion générale.

La syphilis est venue d'Amérique.

Il faut renoncer, comme méthode générale, à la thérapeutique traditionnelle de cette maladie par le mercure.

C'est le mal qui doit devenir son propre remède et son préservatif.

PARALYSIE A LA SUITE DE LA ROUGEOLE

Par M. le docteur Larivière (de Cambrai).

Dans les premiers jours d'avril, je reçus à ma consultation un enfant d'environ un an, encore d'assez belle apparence, mais complétement paralysé des membres inférieurs. Les parents avaient commencé à s'apercevoir que l'enfant ne pouvait plus se tenir sur ses jambes une dizaine de jours après l'apparition de l'éruption variolique, survenue au commencement de février. L'enfant était bien portant, bien constitué avant cette maladie, et il était déjà très-ferme sur ses jambes. Je prescrivis les toniques et les reconstituants sous toutes les formes, et en particulier les bains salés et les bains aromatiques. Les parents habitant la campagne, on ne pouvait songer à l'électricité. Je n'ai plus revu cet enfant, mais j'ai appris, il y a quinze jours, qu'il avait eu divers accidents : fièvre avec perte d'appétit, éruption croûteuse, ophthalmie, etc. Au milieu de toutes ces traverses, on n'avait pu appliquer le traitement que j'avais conseillé, et la paralysie persistait.

Quand je lus, dans le numéro du 7 janvier de la *Gazette*, l'article de M. Bergeron, j'avoue que je ne croyais pas si rares les exemples enregistrés de paralysie à la suite de la rougeole. Cet accident me paraissait si bien rentrer dans la catégorie des désordres laissés après elle par cette maladie, qui semble la plus bénigne des fièvres éruptives, que je ne songeais pas à m'en étonner. Ces désordres, en effet, sont tous marqués de ce caractère dominant, défaut ou diminution d'action vitale : atonie générale persistante, gangrène, paralysie partielle ou généralisée, voilà, avec les localisations congestives et subinflammatoires des différents organes, les principales lésions consécutives à la rougeole. Ce n'est que par l'emploi des toniques et des reconstituants, surtout par l'aération, que l'on triomphe de ces états chroniques.

Pour la paralysie en particulier, je suis persuadé que si tous les faits étaient recueillis, les exemples en seraient nombreux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 4 juin 1869. — Présidence de M. Lagneau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre par laquelle M. le sénateur préfet de la Seine demande la visite de huit employés de son administration, à l'effet de constater s'ils sont en état de continuer leur service.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Revue médicale de Toulouse*, mai 1869;

2° *Sud médical*, mai et juin 1869;

3° *Marseille médical*, mai 1869;

4° *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.*

M. Géry. A propos du procès-verbal, je ferai observer que dans mon mémoire je n'ai pas dit ce que croit M. Boinet. Lorsqu'il s'agit de succession, la loi exige que la viabilité soit établie, elle veut que tous les signes soient réunis, mais il n'est pas nécessaire que l'enfant ait vécu 3 ou 4 jours pour être déclaré viable.

En médecine criminelle, ce n'est plus la viabilité de l'enfant et le temps qu'il aurait vécu dont il s'agit, la question est de savoir s'il est *nouveau-né*. Car aux termes de la loi criminelle, si l'on tue un enfant dont l'âge n'excède pas la limite assignée au titre de nouveau-né (et cette limite n'est pas fixée par la chute du cordon), le crime devient un infanticide que la loi qualifie d'assassinat, et entraine la peine de mort, tandis que le meurtre d'un enfant qui n'est plus nouveau-né entraine la peine des travaux forcés.

Quant aux lésions entraînant la non-viabilité, « l'anencéphalie se reconnaît à première vue; » l'hydrocéphale, sans être une cause de non-viabilité, est souvent une cause de dystocie et de mort pour le fœtus; l'hydrorachis à la région cervicale est une cause de non-viabilité; de même l'absence du rectum, mais non son occlusion.

M. Giraldès offre à la Société le 5e fascicule terminant le 1er volume de ses *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*. M. Giraldès appelle l'attention de la Société sur le chapitre des résections du genou. « J'ai cherché, dit M. Giraldès, à faire ressortir la valeur de ces résections, en suivant les malades longtemps après leur opération; les résultats ont été satisfaisants. J'ai indiqué les circonstances dans lesquelles on peut tenter ces résections, qui ne sont pas toujours praticables. Elles ont l'avantage de laisser au malade l'usage d'un membre toujours préférable à un membre artificiel, mais leur mortalité égale, et parfois surpasse celle de l'amputation de la cuisse. Après avoir indiqué les conditions qui rendent la résection nécessaire et praticable, j'indique celles qui en assurent le succès. Ainsi le membre ne pourra servir, il restera stationnaire dans son accroissement lorsque la résection aura dépassé le cartilage interépiphysaire. »

M. le Président remercie M. Giraldès au nom de la Société.

M. Boinet. Ce qui m'a frappé dans le rapport de M. Géry, c'est ce fait, que des enfants qui avaient vécu, 3, 4 et même 12 jours, n'étaient pas déclarés viables, au point de vue de l'hérédité, parce qu'ils avaient une maladie, un vice de conformation regardé comme obstacle à la viabilité. Il peut se faire que pendant les 5 ou 6 jours cet enfant soit mort d'une autre maladie intercurrente. J'admets néanmoins qu'on reconnaisse comme non viable un enfant atteint d'une lésion immédiatement incompatible avec la vie. Mais il est des cas douteux sur lesquels des experts, appelés par la loi à se prononcer, auraient peut-être du mal à se mettre d'accord.

M. Giraldès. La loi dit : Est apte à succéder tout enfant né viable, c'est-à-dire qui présente les conditions organiques nécessaires pour vivre. Ici les médecins sont partagés d'opinion. Un médecin légiste, par exemple, a considéré les imperforations anales comme un obstacle à la viabilité. Les imperforations anales, les hydrocéphales, les hydrorachis, d'une manière très-générale, ne sont pas des causes de non-viabilité. L'hydrorachis à la région médio-lombaire ne s'oppose pas à la vie. Je connais beaucoup de *spina bifida* qui ont vécu longtemps ou qui vivent encore; il en est de même pour les hydrocéphales.

M. Géry père. Je connais un hydrocéphale âgé de 50 ans. M. Boinet fait une erreur de mots entre *nouveau-né* et *viable*. La distinction pour la criminalité s'applique au nouveau-né.

Pour M. Tardieu, le nouveau-né est l'enfant qui vient de naître, ou qui est tout près de l'instant de sa naissance. Un enfant qui aurait dépassé un certain nombre de jours ne serait pas un nouveau-né. Quant à la viabilité, l'autopsie seule, dans les cas douteux, permettra de constater si la lésion rendait la viabilité impossible.

M. Boinet. Je demanderai à M. Géry jusqu'à quelle époque un enfant est nouveau-né.

M. Géry. La cour de cassation laisse cette appréciation aux tribunaux; elle n'accepte pas pour base de délimitation un phénomène variable, tel que la chute du cordon. La loi civile restreint ce titre à 3 jours, la cour de cassation à 4, 5 et 6 jours, sans terme fixe.

M. Mottet. La loi, sévère sur la légitimité, a été large sur la viabilité. La loi s'en rapporte aux experts, mais les médecins légistes l'ont interprétée chacun à leur point de vue. Les jurisconsultes ont dit : Tout enfant né bien conformé est né viable, ne vécût-il que 24 heures, et même 3, 4, 5 et 6 heures. Quant aux monstres, Collard de Martigny, d'accord avec Geoffroy Saint-Hilaire, admet comme viable l'enfant qui a l'essentiel de la figure humaine.

La loi laisse tout à l'appréciation des médecins pour les hydrorachis, les imperforations anales, etc., alors même que l'enfant aurait vécu quelques jours.

La cour de Bordeaux a déclaré que l'enfant est né *viable*, lorsqu'il est né vivant, à terme, et bien conformé, alors même que la mort serait survenue peu d'instants après la naissance, dans un état apoplectique apparent, si rien ne prouve que cet état apoplectique a été le résultat d'un vice de conformation, qui aurait nécessairement occasionné la mort.

Je crois qu'il est dangereux de restreindre la loi; il faut lui laisser toute sa largeur pour ne pas à son tour se trouver restreint et embarrassé dans une expertise.

M. Géry dit qu'il faut faire la preuve que l'enfant pouvait vivre, qu'il n'était pas porteur de lésions internes qui l'eussent empêché de vivre, telles, par exemple, des ulcérations intestinales.

M. Briquet. Quelle est l'importance du mot nouveau-né? Y a-t-il plus d'avantage à l'employer que de dire tout simplement qu'un enfant a vécu 1, 2 ou 3 jours?

M. Géry. Le mot nouveau-né a une très-grande importance, surtout en médecine criminelle, pour établir la pénalité.

M. Briquet. Je ne vois pas l'utilité de ce terme de nouveau-né.

M. Géry. Un enfant a été tué par sa mère peu de temps après sa naissance; on le retrouve quelques jours plus tard encore; il importe de savoir au juste s'il est nouveau-né, s'il a vécu. Cette expression est utile quand rien ne peut justifier de la date précise de la naissance, et que l'état des organes peut seul répondre sur le nombre de jours vécus par l'enfant. Or, le nombre n'est pas facile à déterminer exactement à un jour près sur un cadavre, en dehors de la constatation légale de la naissance.

M. Mottet m'a fait dire, d'une manière absolue, que la loi demande la preuve que l'enfant pouvait vivre. On ne peut jamais le déterminer exactement, on ne peut que fournir des probabilités d'après la bonne conformation, la position des organes. Un enfant pourrait être viable quand même il n'aurait pas vécu; de même un enfant qui a vécu quelques jours peut n'avoir pas été viable.

M. Giraldès. Il s'agit de médecine légale, par conséquent il faut dire des choses précises. Je n'accepte pas, comme M. Géry, qu'un encéphalocèle, un enfant dépourvu de rectum, ne soit pas viable; il ne faut pas sur de simples mots affirmer une question aussi grave.

M. Géry. Je n'ai posé cette question qu'au point de vue des probabilités.

M. le Président. La discussion sur la viabilité des nouveau-nés sera reportée à la prochaine séance.

M. Léon Gros lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Tissier. La discussion de ce rapport aura également lieu dans la prochaine séance.

Une commission de 5 membres, composée de MM. Boinet, Mottet, Léon Gros, Léon Labbé et Giraldès, aura à se prononcer sur les candidatures de MM. Tissier, Foville et Delpeuch.

M. Antonin Martin lit son rapport sur la candidature de M. le professeur Cortèse.

Il sera voté sur le rapport dans la prochaine séance, conformément à l'art. 11, titre III des statuts.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : Antonin Martin.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 12 au 18 septembre, donne les chiffres suivants :

Variole, 8. — Scarlatine, 7. — Rougeole, 8. — Fièvre typhoïde, 10. — Typhus, ». — Érysipèle, 7. — Bronchite, 39. — Pneumonie, 42. — Diarrhée, 40. — Dyssenterie, 7. — Choléra, 6. — Angine couenneuse, 2. — Croup, 7. — Affections puerpérales, 10. — Autres causes, 643. — Total : 836.

Celui de Londres donne les chiffres suivants :

Variole, 5. — Scarlatine, 179. — Rougeole, 38. — Fièvre typhoïde, 40. — Typhus, 12. — Érysipèle, 4. — Bronchite, 79. — Pneumonie, 54. — Diarrhée, 185. — Dyssenterie, 3. — Choléra, 8. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 8. — Affections puerpérales, 12. — Autres causes, 966. — Total : 1,601.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Busschaërt (Pierre-Guillaume), médecin major de 1re classe à Lyon, chevalier du 8 octobre 1852, vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — Sont chargés des fonctions de chef des travaux au laboratoire de physiologie générale du Muséum d'histoire naturelle :

Pour la physiologie : M. le docteur Moreau;

Pour l'histologie : M. Balbiani;

Pour la chimie : M. Gréhant.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Lebel (Achille), licencié ès sciences physiques, préparateur de chimie générale au Collége impérial de France, est nommé préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Bouchardat, appelé à d'autres fonctions.

M. Gariel (Charles-Marie), agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé préparateur de physique près la même Faculté, en remplacement de M. Morin, décédé.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Alengrin (Joseph-Henri), est nommé aide d'anatomie près la Faculté de médecine de Montpellier pour deux années, à partir du 1er novembre 1869.

M. Guillaud (Jean-Alexandre), est nommé aide de botanique près la Faculté de médecine de Montpellier pour trois ans, à partir du 1er novembre 1869.

— M. Sicard, institué agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier, par arrêté du 24 juin dernier, est autorisé à entrer en exercice à dater du 1er novembre 1869.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Vignard (Edmond-Louis-Joseph), docteur en médecine, suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur d'accouchements à ladite École, en remplacement de M. Henri, décédé.

M. Mahot (Maurice-François), docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Vignard, appelé à d'autres fonctions.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. de Fleury (Armand), docteur en médecine, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur de thérapeutique et matière médicale à la même École, en remplacement de M. Jeannel, démissionnaire.

— Des nouvelles du Sénégal, à la date du 1er septembre, nous apprennent que l'épidémie qui a ravagé le Natiaga et le Diombokho règne encore dans cette dernière contrée; elle a disparu de Médine à Bakel, et dans le bas du fleuve l'état sanitaire est satisfaisant. A Gorée, Dakar et à Rufisque, l'épidémie a complétement cessé.

A Saint-Louis, la mortalité, qui avait été de 122 décès depuis le 1er jusqu'au 17 août, a tout à fait disparu depuis le 18.

— La Société de médecine légale, au moment d'entrer en vacances, a mis à l'étude les sujets suivants :

1° De l'empoisonnement par l'huile de croton tiglium. — Rapporteurs, MM. Hallet et Mayet.

2° Des applications à la médecine légale de la photographie, du dessin et des divers procédés de mensuration (examen de la rétine des individus qui ont péri de mort violente). — Rapporteur, M. Vernois.

3° De la résistance des nouveau-nés à l'asphyxie et à la suffocation. — Rapporteur, M. Tenneson.

4° Du tatouage. — Rapporteur, M. P. Horteloup.

De plus, MM. Devergie, Mayet, Mialhe, Raynal et Roucher, sont chargés d'étudier, à l'aide d'expériences nouvelles, toutes les questions qui se rattachent à l'empoisonnement par le phosphore.

Enfin, une commission permanente, composée de douze membres, est instituée pour répondre d'urgence, dans l'intervalle des séances, à toutes les demandes d'avis qui peuvent être adressées à la Société sur des questions médico-légales nécessitant une prompte solution.

— Le bureau de bienfaisance de Strasbourg vient d'ajouter aux moyens thérapeutiques mis à la disposition de ses médecins une nouvelle série de ressources destinées principalement aux convalescents. Par lettre du 26 août, il avertit les médecins chargés de l'assistance à domicile des indigents malades, que désormais ils pourront distribuer aux convalescents ayant besoin d'être fortifiés par une bonne nourriture, des bons de soupe et de viande.

Cette mesure déchargera l'hôpital du traitement d'un certain nombre d'indigents, qui trop souvent ne se décident à s'y faire admettre qu'à l'entrée de la convalescence, dans le seul but d'être plus convenablement nourris que ne le permettait chez eux le défaut de ressources à la fin d'une maladie plus ou moins longue. Elle forme un digne complément aux différentes ressources dont peuvent déjà disposer les médecins des pauvres. (*Gazette médicale de Strasbourg.*)

— La commune d'Iwuy, située dans le département du Nord, à 10 kilomètres de Cambrai, et dont la population est de 3,800 habitants, venant de perdre les deux médecins qui la desservaient, demande un docteur, qui deviendrait le médecin des pauvres et aurait un traitement de 600 francs affecté à ce titre.

S'adresser au maire de la commune.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

Nouvelles considérations sur la périostite phlegmoneuse et ses modes de terminaison, par le docteur Eug. Bœckel, professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg. — Br. in-8° de 48 pages : Prix : 1 franc.

De l'assainissement des décès et des convois funèbres de la ville de Paris, par P.-J. Suquet, docteur en médecine. — Gr. in-8 46 pages. — Prix : 50 c.

Quelques considérations sur les tumeurs du cervelet, par le docteur J.-F. Macabiau, ancien élève des hôpitaux de Paris. — In-8°, 136 pages et 10 tableaux synoptiques d'observations de tumeurs du cervelet. Prix : 2 fr. 50.

L'hydrothérapie expliquée et mise à la portée de tous, guide des malades aux établissement hydrothérapiques, par le docteur Maigrot, directeur de l'établissement de Saint-Dizier. — 1 vol. in-8. — Prix, 1 fr. 25.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur la vaccine nous paraît devoir être bien près de son terme. Il ne resterait, suivant nous, qu'à la résumer, ce qui ne sera pas, du reste, le plus aisé de la besogne. M. J. Guérin a répondu hier au dernier discours de M. Depaul. Le luxe de démonstration que M. Depaul avait employé dans la troisième partie de son argumentation semblait devoir rendre la réplique difficile à M. Guérin. Nous étions, quant à nous, assez rassuré sur son compte; et tous ceux qui ont pu l'entendre hier, ont dû partager notre quiétude à cet égard. M. Guérin a ajouté aux avantages de la situation qu'il s'était faite dès le début de la discussion, ceux d'une grande modération dans le langage. Il avait déjà, en faveur de la thèse qu'il a soutenue avec tant de talent, l'assentiment de la plupart des orateurs qui sont intervenus dans l'intervalle des deux argumentations principales. Il a pu, en maintenant toutes ses propositions, celles notamment qui ont trait à la question de la syphilis vaccinale, les étayer sur les nouveaux documents apportés par M. Bouchardat à la tribune, dans l'une des précédentes séances, les faits si intéressants consignés dans la thèse de M. le docteur Bourdais, déjà citée ici.

Dans cette même séance, M. Bonnafont a apporté aussi un nouvel appoint à la somme déjà si importante d'arguments contre la syphilis vaccinale : dans une lettre qu'il adresse de Lorient à l'Académie, il informe ses collègues que, dans l'opinion des médecins de cette ville, on s'est trop hâté de tirer des conclusions des faits du Morbihan. Il annonce, en outre, l'insuccès d'une tentative de vaccination par le vaccin animal.

De tous ces faits accumulés, il ressort un doute profond sur le véritable caractère ou plutôt sur l'origine réelle des prétendus accidents syphilitiques mis sur le compte de l'inoculation vaccinale. De deux choses l'une : ou les accidents en question ne sont point de nature syphilitique, et il faut s'attacher alors à déterminer leur véritable nature et à en rechercher ailleurs la source; ou ils sont réellement syphilitiques, et dans ce cas la bénignité de leurs suites est telle qu'ils ne justifient point l'alarme qu'ils ont causée. Il y a là, comme on l'a dit récemment au sujet d'un incident historique qui a longtemps occupé le monde savant, un mystère profond à pénétrer. Mais dans un cas comme dans l'autre, l'argument que ces faits ont fourni en faveur de la substitution du vaccin animal au vaccin humain, se trouverait singulièrement affaibli; en admettant même, ce qui reste à démontrer et ce que M. J. Guérin persiste à contester, que le vaccin animal préserve à l'égal du vaccin jennérien. De quelque côté qu'on se retourne, il paraît difficile de soutenir la campagne entreprise contre la vaccine humaine. C'est ce qu'on verra mieux plus tard.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES CLINIQUES

M. LÉON LABBÉ (suppléant de M. le professeur RICHET).

Adénite inguinale suppurée.—Péritonite par propagation. Érysipèle. — Mort.

La propagation au péritoine de l'inflammation développée primitivement dans les ganglions inguinaux est un fait assez rare. Le hasard m'ayant permis d'en recueillir deux cas en 1864, je les communiquai à la Société de chirurgie (*De la propagation de l'inflammation au péritoine, à la suite des adénites inguinales.* Mémoires de la Société de chirurgie, t. VI, 1865), après les avoir rapprochés de ceux observés par M. Guyot et par M. Broca (*Considérations sur la péritonite par propagation*. Thèse de Jules Guyot, 1856). Aujourd'hui, un nouvel exemple de cette rare et si terrible complication d'une affection ordinairement bénigne, a été soumis à mon observation dans le service que je dirige actuellement à l'hôpital des Cliniques. Voici l'observation :

M..., 22 ans, garçon d'hôtel, entré le 18 août. Ce jeune homme est d'une bonne et forte constitution; tempérament sanguin; il n'a jamais éprouvé de maladies. Depuis un mois, les ganglions de l'aine, du côté gauche, sont plus volumineux qu'à l'état normal. Il a été soumis, par le docteur Thévenet, à l'usage de l'iodure de potassium.

Il présente, à son entrée à l'hôpital des Cliniques, une tumeur au niveau de l'arcade crurale gauche, un peu en dehors des vaisseaux fémoraux. Celle-ci est un peu moins volumineuse qu'un œuf de poule. Elle a débuté par du gonflement, devenu de plus en plus considérable, avec douleur, accompagnée depuis quelques jours d'élancements. La marche est devenue pénible. Il existe un léger empâtement de la région avec coloration à la peau. La tumeur paraît du reste superficielle et nettement circonscrite. Elle est notablement dure au toucher dans tout son pourtour; mais au centre la peau est plus amincie, et il existe un point fluctuant.

Il existait manifestement une adénite. L'examen du membre inférieur ne révèle aucune lésion, pas la moindre écorchure; les organes génitaux n'offrent de traces ni de chancre, ni de blennorrhagie; mais il existe, sous le prépuce, une légère rougeur de nature herpétique, à laquelle doit, selon toute apparence, se rattacher l'inflammation ganglionnaire. La région anale n'offre aucune lésion.

Le malade, entré le mercredi 18 août, fut mis au repos au lit. On appliqua des cataplasmes sur l'aine. Le jeudi, même traitement. Le vendredi matin 20 août, incision pratiquée perpendiculairement à l'arcade de Fallope. Il s'écoula un peu de pus mêlé à une assez notable quantité de sang. Une mèche, destinée à écarter les lèvres de la plaie est appliquée; un cataplasme chaud la recouvre. Trois heures environ après, un écoulemtnt de sang se manifeste. La plaie est lavée à l'eau froide; le sang s'arrête; application de cataplasmes froids. Rien de nouveau jusqu'au lendemain matin, samedi. Dans l'après-midi, 21 août, le sang recommence de couler après le retour à l'emploi des cataplasmes chauds. Des rondelles d'amadou entourées de charpie, destinées à arrêter l'hémorrhagie, sont maintenues à l'aide d'un spica.

Le soir, le malade se plaint d'être trop serré. Le bandage, dit-il, lui occasionne des douleurs abdominales. Le bandage est retiré. Il est bon de noter que celui-ci n'était que modérément serré. Le soir même, il survint quelques nausées, de la douleur de tête et de la fièvre.

Comme le malade n'avait pas eu de garderobes depuis plusieurs jours, il lui est prescrit le soir même un lavement purgatif. Dans la nuit, il a des selles; mais, en outre, surviennent deux vomissements de matières d'un vert poracé. Les selles avaient la même coloration. La possibilité du développement d'une péritonite liée à l'inflammation des ganglions est indiquée.

Aspect de la plaie. — Le dimanche matin 22 août, la plaie offre un assez mauvais aspect, et sur les bords paraît une rougeur érysipélateuse. Le ventre est sensible dans la région ombilicale gauche; il n'est point ballonné. La langue, recouverte d'un épais enduit, est rouge à la pointe et sur les bords. Le pouls est fréquent. Un large cataplasme est appliqué sur l'abdomen. Dans la journée et la nuit, surviennent des vomissements verdâtres qui se répètent quatre ou cinq fois. Le malade ne prend que du bouillon froid, qu'il rejette avec les vomissements.

Lundi matin 23 août, la rougeur autour de la plaie a augmenté d'étendue et d'intensité. Le ventre est devenu plus sensible, toujours sans ballonnement; mais le facies commence à s'altérer. L'état général est le même que la veille. Prescription d'une potion et d'un infusion de thé au rhum. Le thé est pris avec de la glace, ce qui paraît modérer les vomissements; en effet, il n'en a que deux dans l'après-midi. Mais le mardi matin le ventre est devenu sensible dans toute son étendue, et légèrement ballonné. L'érysipèle s'est un peu étendu; le faciès a revêtu le masque complet des affections abdominales aiguës; la langue est sèche, rouge à la pointe, la soif vive, le pouls petit et fréquent. Tout dénotait bien manifestement une péritonite, déjà indiquée, depuis le début des accidents, par la nature des vomissements. La douleur modérée donnait lieu de croire qu'il s'agissait d'une péritonite subaiguë. Continuation de la potion; du bouillon pour nourriture; onction d'onguent napolitain belladoné, avec cataplasmes sur le ventre. Il faut noter, à partir de ce jour, la cessation des vomissements.

Le mercredi 25 août, la tympanite se prononce davantage; le malade éprouve de la difficulté dans la miction, sans que l'on soit obligé de recourir au cathéthérisme. L'érysipèle gagne en étendue. Le diaphragme reste immobile, et la respiration est manifestement thoracique. L'état général ne s'aggrave pas de délire. Le jeudi 26 août, il semble s'être déjà produit une amélioration légère dans l'état général; le pouls est moins fréquent, la respiration meilleure, la langue légèrement humide. Le malade demande des aliments et prend du bouillon avec plaisir; mais les accidents locaux ne se sont pas amendés. La plaie offre une coloration grisâtre. Application de collodion sur la partie occupée par l'érysipèle.

L'amélioration n'est qu'apparente et momentanée; car, dans la nuit, les symptômes généraux reprennent une intensité nouvelle. Il survient, de plus, une épistaxie rebelle, qu'on arrête avec peine. Le malade est très-affaibli; ses traits s'étirent de plus en plus. Vendredi matin 27 août, la tympanite est très-prononcée; la respiration est anxieuse, fréquente; le pouls, filiforme, est à 130. L'auscultation de la poitrine dénote de l'engoument pulmonaire, surtout prononcé à gauche, où est appliqué un vésicatoire. En même temps l'abdomen est recouvert d'une couche de collodion.

Dans la journée survint un peu d'agitation, du *subdelirium*, qui apparaît ainsi pour la première fois depuis le début des accidents, et la mort a lieu le samedi, 28 août, à quatre heures du matin.

Autopsie, trente heures après la mort :

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une certaine quantité de sérosité jaunâtre. Les intestins sont très-distendus, comme avant la mort. A la surface du grand épiploon, et dans l'intervalle des anses intestinales, existent des fausses membranes ayant l'apparence de pus concret. Celles-ci recouvrent encore le foie et la rate. Il existe, en outre une notable quantité de sérosité purulente.

Le grand épiploon est notablement injecté; le reste du péritoine l'est par places.

Quant aux ganglions, ils offraient l'aspect suivant : les ganglions de l'aine étaient rouges, congestionnés, tuméfiés, avaient tendance à faire hernie au dehors de la plaie cutanée. En décollant le péritoine de la fosse iliaque et du petit bassin, on trouve la chaîne des ganglions lombo-sacrés notablement hypertrophiée, enflammée, et leur section révéla l'existence, dans leur intérieur, de petits foyers purulents. Le tissu cellulaire environnant les ganglions était peu modifié dans son aspect.

Les poumons étaient légèrement engoués à leur base. Les autres organes étaient sains.

Rien, dans la marche de la maladie à son début, ne pouvait faire prévoir la complication qui a déterminé la mort du malade. Dans ce cas, comme dans la plupart de ceux qui ont été rappelés jusqu'à ce jour, le début de l'affection a été insidieux; les phénomènes caractérisant la péritonite étaient en quelque sorte atténués, et le souvenir des faits que j'avais vus, bien plus que la netteté des symptômes, m'ont permis d'indiquer de bonne heure la nature des accidents qui se développaient sous nos yeux.

Chez notre malade, le ventre a été peu douloureux, la tympanite n'a été bien marquée que quelques jours après le début des accidents; quelquefois la douleur fera défaut jusqu'au dernier moment. Chez un des malades dont nous avons rapporté l'histoire en 1865, on avait dû rester dans le doute jusqu'à la mort du malade, puisque chez lui le ventre n'avait jamais été douloureux, ni spontanément, ni à la pression, et cependant, à l'autopsie, on trouva les lésions types de la péritonite, en même temps que le gonflement, la congestion et même la suppuration des ganglions inguinaux et des ganglions iliaques.

Ainsi, dans un certain nombre de cas, le diagnostic de cette complication sera assez difficile. Cependant, si à la suite d'une adénite inguinale il survient un gonflement iliaque et une douleur manifeste dans la fosse iliaque, on poura penser que l'inflammation a gagné les ganglions de cette région; si en même temps, ou peu après, surviennent des nausées, des vomissements, de la petitesse du pouls, un certain degré de météorisme, on songera à l'existence d'une péritonite ayant pour origine la propagation de l'inflammation ganglionnaire et péri-ganglionnaire au péritoine.

Nous devons noter que, dans le fait actuel, comme dans deux des cas observés par M. Broca, il y a eu développement simultané d'une péritonite et d'un érysipèle.

Rappelons enfin que les faits de cette nature doivent, dans une certaine mesure, faire modifier le pronostic, généralement très-peu grave, des adénites inguinales.

Abcès du foie consécutif à une fièvre typhoïde. Guérison. Deuxième abcès un an après. Nouvelle guérison.

Par M. le docteur DELAIRE, d'Amiens (1).

La nommée Ursuline M..., cuisinière, âgée de 34 ans, grande et forte, beaucoup d'embonpoint, tempérament lymphatique, teint assez coloré, n'offre aucun antécédent héréditaire fâcheux. Elle a toujours joui elle-même d'une bonne santé jusqu'en décembre 1866. A cette époque, elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde assez grave. Après un mois de maladie, la convalescence s'était bien établie. Ursuline mangeait un peu; elle se levait quelques heures par jour et commençait à se promener dans sa chambre, quand, vers le 15 janvier 1867, sans cause appréciable, la fièvre se ralluma, accompagnée d'une douleur à la région hépatique. Les jours suivants, je sentis le foie déborder les fausses côtes et s'étendre peu à peu dans la cavité abdominale. Au vingtième jour, il descendait au-dessous du plan de l'ombilic et formait une voussure très-prononcée. Douleur spontanée; douleur surtout très-vive au palper. Décubitus dorsal seul possible. L'ensemble des phénomènes morbides me faisait soupçonner une collection purulente dans le lobe droit du foie. Mais l'épaisseur des parois du ventre que la fièvre typhoïde n'avait pas fait disparaître m'empêcha d'en percevoir d'une manière évidente le signe physique dans la fluctuation. L'œdème sous-cutané, qui annonce les suppurations profondes des membres, me faisait aussi défaut. N'ayant donc qu'une certitude morale de la présence de l'abcès, et me trouvant en présence d'accidents généraux graves, qui me donnaient de grandes inquiétudes pour la vie de la malade, je me demandai s'il y avait lieu d'intervenir chirurgicalement, quand soudain, une nouvelle douleur de côté, bien plus violente que la première, ayant son siége sous le sein droit; une toux sèche, quinteuse; une anhélation et une anxiété excessives, attirèrent mon attention du côté de la poitrine, respectée jusque-là par la maladie. La matité et l'ægo-

(1) Cette observation a été lue à la Société médicale d'Amiens.

phonie occupant la moitié du thorax, me firent comprendre que le pus avait fusé dans la plèvre. Après quarante-huit heures de tortures, Ursuline rendit, en suffoquant, des flots de matières purulentes très-âcres, de couleur verdacée. Cette vomique se répéta plusieurs fois. La voussure hépatique s'affaissa assez brusquement. L'auscultation révélait alors un souffle amphorique, du gargouillement, du tintement métallique; en un mot, une caverne énorme à la base du poumon droit.

M. le docteur Alexandre voulut bien venir constater ce cas, qui me paraissait fort intéressant. Mais alors, il ne conservait pas plus que moi l'espoir de sauver la malade, tant étaient grands les désordres pulmonaires. Cependant l'expectoration diminua peu à peu, ainsi que la caverne. De même le foie reprit sa place. Après quatre mois de maladie, Ursuline, parfaitement rétablie, reprenait ses occupations.

Pour ne pas scinder le récit de l'évolution de cette grave affection, je n'ai rien dit du traitement. Comme on le pense bien, il a été varié : antiphlogistiques au début, autant que l'état de la convalescente pouvait le permettre; vésicatoires, cataplasmes, etc.; puis toniques de toutes sortes : quinquina, fer, huile de foie de morue, bonne alimentation, et finalement l'air de la campagne. Tels sont, en résumé, les principaux moyens employés, suivant les périodes de la maladie. Mais la nature, dont les ressources puissantes m'ont rempli d'admiration, a eu la plus large part dans l'issue heureuse de celle-ci. En effet, pendant près d'un an, Ursuline a joui d'une santé florissante. Elle a même vu son embonpoint augmenter d'une manière notable.

Les souffrances passées étaient oubliées, quand, le 15 février 1868, apparut à l'hypocondre droit une nouvelle douleur, accompagnée d'un léger embarras gastrique, de quelques frissons erratiques, un peu de fièvre (80 pulsations), et par-dessus tout, une appréhension facile à comprendre. La première fois que je fus appelé, le foie ne débordait pas les fausses côtes. Je prescrivis d'abord un éméto-cathartique. Les jours suivants, les frissons révélant une certaine périodicité, j'administrai le sulfate de quinine. Le calme se fit pendant quinze jours; mais alors la douleur reparut plus forte. Le foie prit du côté du ventre un développement qui continua, malgré les émissions sanguines, les larges vésicatoires, la diète, etc. Toutefois, la réaction fébrile était peu intense; rarement le pouls s'éleva au-dessus de 100 pulsations. Pas d'ictère. Pas de douleur à l'épaule.

10 mars. Le foie déborde les côtes de quatre travers de doigt. Bientôt il arrive, comme il y a un an, au plan de l'ombilic. Voussure très-prononcée; pas de rougeur à la peau. Le palper, la percussion, excitent une douleur vive. Mêmes difficultés qu'autrefois pour percevoir la fluctuation.

Diagnostiquant, grâce au cortége de tous les autres symptômes, et surtout aux commémoratifs, un nouvel abcès du foie, suite d'hépatite, je résolus, afin d'éviter les graves complications d'une rupture dans le thorax, ou quelque autre organe important, de frayer un passage au pus à travers les parois abdominales. Mais avant d'agir, j'ai voulu partager la responsabilité de cette opération avec un confrère. M. le docteur Coulon, appelé en consultation, fut de mon avis. Alors, séance tenante, nous fîmes une application de la pâte de Vienne à la partie la plus déclive de la tumeur.

Le 11 au matin. Nouvelle application, après avoir enlevé l'eschare. Le soir, même opération. La matité a dépassé le plan de l'ombilic de deux travers de doigt. Redoublement dans les symptômes généraux.

Le 12 au matin. Matité sur tout le côté droit, y compris la fosse iliaque. Rougeur à la peau dans le flanc de ce côté. La voussure, plus considérable, comprend maintenant toute cette moitié du ventre. Elle a pour limites : en dedans, la ligne blanche; en bas, la crête de l'os coxal et le pubis; en haut, les côtes paraissent soulevées, mais la matité ne monte guère plus qu'à l'état normal. Comme la malade ne peut exécuter aucun mouvement, je ne puis pas explorer la partie postérieure. Nouvelle application du caustique. A midi, même opération. Malgré les 3 à 4 centimètres de profondeur de la plaie, je vois bien que je ne suis pas encore arrivé au péritoine; le tissu adipeux formant une couche très-épaisse. Je m'aperçois que le pus a fusé. On constate de la fluctuation à 2 ou 3 centimètres de la plaie faite par le caustique. Le soir, la fluctuation est plus prononcée encore; il y a de l'œdème sous-cutané et une phlyctène à fond noirâtre est apparue. La rupture est si imminente, qu'il me paraît inutile de faire une ponction avec le bistouri. Elle a lieu, en effet, quelques instants après, et donne issue à un pus abondant, mal lié, grumeleux. Par l'ouverture, qui siége au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, j'introduis une sonde cannelée; elle se dirige à travers un large trajet fistuleux de dehors en dedans, un peu de haut en bas et d'arrière en avant; je ne suis arrêté qu'après l'avoir enfoncée jusqu'au pavillon. Faisant alors saillir la pointe de l'instrument, on voit qu'elle arrive à environ 1 centimètre et demi de la symphise du pubis. Le pus sort de l'abdomen, probablement par l'ouverture interne du canal inguinal.

Que s'est-il passé? Ma conviction est que l'abcès a contracté des adhérences avec le péritoine pariétal, que le pus a fusé entre ce feuillet et les aponévroses de cette région, jusqu'à l'ouverture interne du canal inguinal. Alors, devenu sous-cutané et suivant toujours la voie qui lui offrait le moins de résistance, il rétrograde et se fait jour à travers la peau, comme je viens de le dire. Je dois noter que jamais il n'y a eu trace de péritonite.

Le 13 au matin, la malade se trouve soulagée; les cataplasmes, dont on faisait usage depuis longtemps, ont dû être renouvelés souvent, à cause de l'abondance de la suppuration, qui a inondé les matelas malgré les précautions prises. Je suis frappé de l'aspect du pus, qui est *onctueux, bistre, évidemment coloré par la bile.*

Le 15, et pendant un mois, la santé générale s'est améliorée. La malade mange, et les fonctions s'exécutent bien. Le pus, très-abondant les premiers jours, diminue, mais il conserve les caractères assignés plus haut : *onctuosité, coloration bistrée, etc.* La voussure s'est affaissée; sub-matité, seulement de la région costo-coxal.

15 avril au 15 mai. Le pus prend l'aspect d'un pus de bonne nature; il devient blanc, crémeux. Sa quantité a bien diminué. Le stylet s'enfonce toujours à la même profondeur. Convaincu que le trajet fournit seul maintenant à la suppuration, et qu'il forme une sorte de clapier, je pratique une courte ouverture à son extrémité interne et je passe un séton pour maintenir les deux ouvertures béantes et développer des bourgeons charnus. Tout le pus s'écoule toujours par l'ouverture externe.

15 mai au 15 juin. Après avoir laissé la mèche dix jours dans la plaie, je la retirai et attendis, me contentant de toujours maintenir les deux ouvertures béantes.

15 juin. Rien n'avance. La peau et le tissu cellulo-adipeux sous-cutané forment un pont au-dessus du trajet fistuleux; pas trace de réunion. J'incise largement pour panser à ciel ouvert. A la suite de cette opération, les choses n'allèrent pas plus vite. La grande perte de substance, dans les parties profondes, empêche l'affrontement des lèvres de la plaie. Malgré les pansements à la charpie sèche, à l'alcool, malgré les cautérisations au nitrate d'argent, les badigeonnages à la teinture d'iode, etc., force me fut d'attendre la guérison complète, presque trois mois. Au lieu d'une cicatrisation allant du fond de la plaie vers la superficie, il a fallu qu'une peau nouvelle, continuant celle des lèvres de la plaie, gagnant petit à petit en profondeur, finisse par aller adhérer au fond même de celle-ci, ce qui m'a donné une cicatrice très-enfoncée.

15 septembre. Santé générale très-bonne. L'auscultation et la percussion démontrent que les poumons fonctionnent très-bien et ne conservent aucune trace des désordres d'autrefois. Le foie ne déborde plus les côtes et ne remonte pas au-dessus de son niveau naturel. La cicatrice résultant des cautérisations faites à égale distance des côtes et de la crête iliaque, siége maintenant au niveau de la fosse iliaque externe tellement l'abcès avait dû emprunter aux régions voisines pour constituer la voussure indiquée plus haut. Je ne parlerai plus de la cicatrice, conséquence de l'incision du trajet fibrineux, que pour dire qu'elle mesure à peu près 10 centimètres de longueur, et qu'elle est sujette à des intertrigos à cause de son enfoncement. N'était la nécessité où elle se trouve de marcher encore un peu penchée sur le côté droit, U... serait comme avant sa *terrible maladie.*

J'ai dit *terrible maladie*. En effet, deux fois cette malade a eu une hépatite suivie d'abcès, et deux fois elle a guéri. Cependant les abcès du foie sont très-rares dans nos pays, plus rares encore les guérisons. Louis, cité par Valleix, s'exprime ainsi : « Un fait bien remarquable, et qui semble indiquer, dans les abcès du foie, une affection extrêmement grave, et qui ne guérit pas... » Valleix ajoute : « Ce qui confirme l'opinon de M. Louis, c'est que toutes les fois que, pendant la vie, on a pu constater l'existence d'une hépatite très-intense et qu'on a pu supposer l'existence d'un abcès, la terminaison a été fatale. » Cependant, Valleix lui-même, Mérat, etc., admettent la possibilité de la guérison. Grisolle dit en avoir observé un cas. J'ai feuilleté divers ouvrages et recueils périodiques; on n'y trouve guère de guérison d'abcès du foie. Pour la *Gazette des Hôpitaux*, par exemple, dans une période de douze années, on ne voit la guérison que dans un seul cas traité par le docteur Bobins en 1866. Quant à moi, ni pendant mes études médicales dans les hôpitaux d'Amiens et de Paris, ni dans ma pratique, je n'avais observé d'abcès du foie. J'ajouterai maintenant que parmi les rares guérisons citées par les auteurs, celle dont je viens de retracer le tableau en abrégé, est de toutes la plus remarquable; car, je le répète, il s'agit ici d'une double guérison d'abcès du foie.

Etudes psychologiques. — Ce que c'est que l'aphasie.

Par M. le docteur JUDÉE.

Toutes les opinions qui ont été émises jusque dans ces derniers temps sur l'aphasie, je ne veux, bien entendu, parler que de ce genre d'aphasie connu maintenant plus spécialement sous le nom d'*amnésie*, peuvent se résumer dans les deux suivantes : la première consiste à penser qu'elle est le résultat de troubles intellectuels; la seconde, soutenue pour la première fois par M. le docteur Gairdner, croit que ces troubles peuvent quelquefois l'accompagner, mais qu'ils ne sont nullement nécessaires à sa production, que là ne gît pas le mal, mais bien plutôt dans l'impossibilité de rendre sa pensée par un mot; c'est aussi ma manière de voir, et je vais essayer d'expliquer, en quelques mots, par quelle série d'idées j'ai été conduit à m'y rallier.

Bien que, malgré un travail opiniâtre, mes recherches psychologiques sur les *sens* soient loin d'être terminées, dès aujourd'hui, je me crois en devoir de dire qu'il n'existe réellement que trois sens : le sens de l'ouïe, celui des signes et images, autrement dit de la vue, et enfin le sens du toucher; ceux du goût et de l'olfaction ne devant être considérés que comme des dépendances de celui du toucher.

Ces mêmes recherches m'ont encore conduit à découvrir que chacun de ces sens avait à sa disposition une mémoire lui appartenant en propre; que, chez l'homme, cette mémoire, pour le sens de l'ouïe et de la vue seulement, devait être dédoublée en deux autres : une première nous mettant à même d'apprécier dans son espèce la sensation à laquelle nous sommes soumis, et une autre nous permettant d'en conserver le souvenir de manière à ce qu'en cas de besoin nous puissions nous en servir pour exprimer ce que nous éprouvons. Ainsi quand nous entendons un son et que nous voulons nous en rendre compte, nous avons recours à un genre de mémoire qui n'a rien à voir avec celle qui donne la possibilité d'émettre le même son; de même, lorsqu'en voyant, par exemple, la lettre A, nous disons : ceci est la lettre A, nous faisons usage d'une mémoire complètement différente de celle qui nous permet, en l'absence de la susdite lettre, de la tracer sur un morceau de papier. Le sens du toucher et ses dérivés ne possèdent, au contraire, que la première de ces mémoires, car nous pouvons, en sentant l'odeur de la rose, affirmer que cette odeur est bien celle de la rose; mais il nous est de toute impossibilité de créer par nous-mêmes cette odeur, comme nous sommes à même de le faire pour le son, ou bien pour la représentation d'une image.

Dans certains cas, les deux espèces de mémoires communes au sens auditif et à celui des signes et images, et sans l'intervention desquelles desquelles la production ultérieure de la parole me paraît chose tout à fait impossible à expliquer, pourraient venir à manquer à la fois, et l'homme serait réduit, par cela même, à un état inférieur à celui de la bête; dans d'autres cas, la seconde ferait seule défaut, et alors il ne serait qu'aphasique, c'est-à-dire qu'ayant perdu ce *trait d'union*, dont parle M. Gairdner, qui lui permettait de rendre sa pensée, soit par des mots, soit par des gestes ou signes, il se trouverait dans l'incapacité la plus complète d'exprimer ce qu'il ressentirait : ça ne serait donc pas la faculté d'*exprimer sa pensée par la parole*, qu'en définitive il faudrait localiser, *si cela est jamais possible*, dans une partie du cerveau comme l'ont voulu ou le veulent encore plusieurs médecins, la plupart très-connus, et dont je trouve inutile de citer ici les noms, mais bien la *mémoire*, et encore une variété toute spéciale de mémoire, ainsi que je viens d'essayer de le démontrer.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que les personnes qui n'ont pas d'idées bien arrêtées encore sur ce qu'il faut entendre, en psychologie sous le nom de mémoire, et je crois que M. le docteur Bourillon, qui a lu, il y a déjà un certain temps, à la Société médicale de Paris, une observation très-intéressante d'aphasie, est de ce nombre, sans s'en rendre probablement nullement compte, établissent déjà parfaitement cette distinction. Pour s'en convaincre, il suffirait de lire, dans la *Gazette des Hôpitaux* de cette époque l'observation de ce médecin, dont je me bornerai à citer textuellement cette phrase : « *Quoiqu'elle comprenne* (il s'agit de la malade qui fait le sujet de son observation) *manifestement ce qu'on lui dit, elle est privée absolument de tout moyen d'exprimer sa pensée, même par un signe.* »

En se reportant à tout ce que j'ai dit précédemment, que veut dire ceci, sinon que la malade du docteur Bourillon avait perdu la mémoire qui lui permettait de correspondre avec le monde extérieur, mais nullement celle qui pouvait la mettre à même de se rendre compte de ses sensations; de sorte que le médecin, poussé uniquement par un examen attentif des faits, sans s'en douter, a été conduit, grâce à son esprit remarquable d'observation, à admettre ce à quoi je ne suis arrivé qu'après de longues et pénibles recherches.

Je ne pousse pas, pour aujourd'hui, plus loin mes reflexions sur ce sujet, à peu près certain de les voir goûter par fort peu de *penseurs*, mais j'ai espoir en l'avenir et crois que lorsque nos connaissances psychologiques seront plus avancées qu'elles ne le sont, il n'en sera probablement plus ainsi, et qu'alors on conviendra que si je me suis un peu éloigné de la vérité, je m'en suis beaucoup moins écarté que tous mes illustres devanciers, auxquels, du reste, leur position dans le monde ne doit pas laisser beaucoup de temps pour *rêver* sur de semblables sujets.

ÉPILEPSIE SURVENUE SUBITEMENT

SANS CAUSE APPRÉCIABLE, CHEZ UN INDIVIDU BIEN PORTANT JUSQU'ALORS

Par M. Ern. BRIAND, élève des hôpitaux, ex-interne provisoire.

Le 24 avril 1869 est entré, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bourdon, un nommé C... (Louis-Pierre), âgé de 16 ans, apprenti jardinier.

Dans ses antécédents, on ne trouve aucune explication des accidents épileptiques qui l'amènent à l'hôpital. Jusqu'à l'âge de 14 ans, sa santé est parfaite. Ni convulsions, ni vertiges. La nuit, il n'a pas d'incontinence d'urine, et le réveil du matin ne s'accompagne ni de pesanteur de tête, ni de stupeur.

Dans sa famille, personne n'a jamais été atteint, non-seulement du mal caduc, mais même d'une autre affection nerveuse : hystérie, chorée, etc., d'une diathèse quelconque qui pût héréditairement rendre compte de sa maladie. Le père a, dans quelques circonstances seulement, éprouvé des attaques de rhumatisme.

Ainsi Pierre-Louis C... est né de parents sains, et jusqu'à 14 ans il jouit d'une excellente santé.

A cette époque, il se promenait dans une rue, quand tout d'un coup il est violemment heurté par une voiture; sa main gauche est prise dans la roue et écrasée.

On le porte à l'Enfant-Jésus, où il est soigné, et au bout de trois mois, il sort guéri, mais infirme. L'indicateur avait été arraché; tous les autres doigts, surtout le petit doigt, sont déformés.

Dans cet état, il retourne chez lui et peut reprendre son travail.

Une année après environ, tout d'un coup, sans cause appréciable, au milieu de ses jeux, il sent un frisson le parcourir; il est pris de vertige et tombe.

Perte de connaissance, écume à la bouche, convulsions, etc.: tous les symptômes de l'attaque épileptique apparaissent. Elle dure un quart d'heure. De nombreux accès surviennent; à peine si entre chaque accès il a dix minutes de repos.

Il rentre à l'Enfant-Jésus, où il est traité par les douches froides; une par jour. Pendant quinze jours, les attaques continuent avec la même énergie. Au bout d'un mois, l'état s'améliore et le calme reparait.

De retour chez lui, pendant trois mois aucune attaque.

Vers le milieu d'avril 1869, les attaques se renouvellent aussi subitement et aussi violemment que la première fois.

Le 24, il entre dans le service de M. Bourdon, à la Charité.

Jusqu'au 10 mai, les attaques continuent régulièrement, lui laissant à peine dix minutes de repos dans leur intervalle. Comme précédemment, chaque accès dure à peu près un quart d'heure.

Il est soumis au traitement par le bromure de potassium dès le jour de son entrée à l'hôpital.

Le 10 mai, les attaques cessent.

Le 17, voici dans quel état nous le voyons :

Il a sa connaissance entière; cependant l'intelligence est obtuse. Le visage est pâle et amaigri ; la physionomie est un peu hébétée. Il éprouve une grande difficulté à parler; il peut, mais péniblement, faire exécuter à la langue tous ses mouvements. Elle paraît un peu gonflée. Il y a une faiblesse générale de tous les membres, surtout du côté gauche; toutefois, la sensibilité et la motilité sont conservées partout.

Cette observation nous montre l'épilepsie survenant subitement chez un individu jouissant jusqu'alors de la plus parfaite santé, n'ayant aucun antécédent dans sa famille.

L'étiologie de l'épilepsie est peu connue, et la plupart des médecins avouent même que les recherches microscopiques les plus délicates ne nous donnent que des renseignements négatifs sur les conditions organiques du développement de cette maladie.

L'expérimentation seule peut nettement établir ce qu'est l'épilepsie et nous donner d'utiles enseignements sur son étiologie.

Or, les remarquables recherches de M. Brown-Sequard à ce sujet nous apprennent que chez les cobayes, l'épilepsie est produite :

« 1° Par la section complète ou presque incomplète d'une moitié latérale de la moelle ;

« 2° Par la lésion transversale simultanée des cordons postérieurs, et d'une partie des cordons latéraux ;

« 3° Par la section transversale, soit des deux cordons postérieurs, soit des deux cordons latéraux, soit enfin des cordons antérieurs seuls ;

« 4° Par une section transversale complète ;

« 5° Par une simple piqûre. »

Bien plus, une simple lésion de la moelle, depuis la 7e ou 8e vertèbre dorsale jusqu'à la 2e ou 3e lombaire, produit constamment l'épilepsie.

M. Brown-Sequard nous apprend encore que, chez les cobayes, des lésions du membre postérieur intéressant le sciatique donnent lieu à de semblables accidents.

Jamais il n'a trouvé d'épilepsie, excepté chez ceux qui ont subi les lésions indiquées ou chez leurs descendants.

Ajoutons que l'attaque spontanée est toujours apparue quelques mois après l'expérimentation. Plusieurs fois il a provoqué l'attaque en irritant cette partie de la face qu'il appelle : *zone épileptogène.*

En présence de ces faits, ne doit-on pas considérer l'épilepsie non comme une entité morbide, mais comme un symptôme? Ne peut-on pas dire que désormais sa place est dans la séméiologie?

En un mot, l'attaque épileptique n'est autre chose que le produit d'une action reflexe.

Le haut mal résulterait de lésions constantes, et l'épilepsie accidentelle et transitoire serait produite, sinon par une lésion, du moins par une irritation passagère.

Ne sait-on pas depuis longtemps, comme le remarque Menière, qu'à la suite de lésions de l'appareil auditif, principalement des lésions des canaux demi-circulaires, on observe souvent chez les enfants des troubles cérébraux *dits apoplexiformes*, qui ne sont en réalité qu'une des formes de l'épilepsie.

M. Leuret, dans les *Archives de médecine* (année 1843), constate que, dans son service à Bicêtre, un certain nombre d'épileptiques n'ont jamais eu dans leurs antécédents rien qui pût expliquer le développement de leur maladie.

Quelques-uns se rappelaient avoir fait des chutes et éprouvé de violentes contusions.

Dans l'observation que je rapporte, je sais que l'épilepsie a débuté spontanément assez longtemps après l'accident.

Néanmoins, si la lésion de la main n'a pu, chez Louis C..., déterminer l'épilepsie, comme la lésion des membres postérieurs intéressant le sciatique chez les cobayes de Brown-Sequard, ne peut-on pas supposer qu'elle a eu une certaine influence prédisposante sur le développement de la maladie?

En tout cas, cette observation est intéressante en ce qu'elle montre l'épilepsie survenant subitement chez un individu bien portant jusqu'alors, et n'ayant dans ses antécédents rien qui puisse expliquer le développement de cette maladie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 21 septembre 1869. — Présidence de M. Bouchardat

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet une brochure de M. le docteur Fervini, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi l'année dernière dans la régence de Tunis.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

L'Académie reçoit : 1° deux lettres, l'une de M. Depaul, l'autre de M. Blot, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance; 2° un rapport de M. le docteur Finance, sur le service médical de l'hôpital militaire thermal de Bourbonne-les-Bains, pendant l'année 1868. (Commission des eaux minérales.)

M. Larrey présente : 1° de la part de M. le docteur Brassac, médecin de la marine, une brochure intitulée : *Essai sur l'éléphantiasis des Grecs* ; 2° de la part de M. le docteur Buez, une notice sur les eaux minérales lithinées de Martigny-les-Bains.

M. Bouchardat présente, de la part de M. le docteur Gustave Lebon, un *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires.*

M. le Président annonce à l'Académie que MM. les docteurs Mirault (d'Angers) et Lecadre (du Havre), membres correspondants, assistent à la séance.

M. le Président annonce ensuite la mort de M. le docteur Roux (de Brignolles), membre correspondant.

M. le Secrétaire annuel donne lecture d'une lettre de M. Bonnafont, qui fait connaître que M. le docteur Lediberder, médecin de l'hôpital civil de Lorient, a employé récemment, sur six enfants, du vaccin de génisse envoyé par M. Henri Royer. Le résultat a été nul. Quelques temps après, les mêmes enfants, vaccinés avec du vaccin jennérien, ont eu des pustules magnifiques. M. Bonnafont ajoute, relativement à la syphilis vaccinale, que, dans l'opinion de M. Lediberder et d'autres médecins de Lorient, on s'est un peu trop hâté de tirer des conclusions des faits du Morbihan.

La parole est à M. Guérin, pour la suite de la discussion sur la vaccine.

Discussion sur la vaccine animale.

M. J. Guérin, après avoir exprimé à l'Académie le regret qu'il a d'être obligé de répondre à un collègue absent, croit devoir se décider, malgré l'absence de M. Depaul, à prendre la parole pour ne pas manquer à l'attente de l'Académie.

Depuis le moment où a recommencé cette discussion, M. Guérin se félicite de pouvoir, grâce au concours d'un grand nombre de confrères, se prévaloir de nouveaux arguments. J'ai en effet, dit-il, rencontré beaucoup d'assentiments, et aujourd'hui, parmi mes adversaires, il ne reste plus guère que M. Depaul qui continue à mon égard son système de dénégations. Je pourrais répondre à M. Depaul sur le même ton, mais je crois qu'il est de mon intérêt et de celui de l'Académie de m'en abstenir, et de me renfermer dans une discussion purement scientifique.

Depuis la lecture du rapport de M. Depaul à l'Académie, la discussion a pris une grande extension. De quoi s'agissait-il en effet à son début? d'une commission nommée pour porter un jugement sur la vaccine animale. Au sein même de la commission, j'avais déjà fait des objections et démontré l'insuffisance d'un pareil programme. Jusque-là la discussion ne devait porter que sur une expérimentation du vaccin nouveau comparativement au vaccin ancien. Après avoir examiné de plus près la question et m'être bien convaincu de son importance, j'ai vu qu'il y avait d'abord à résoudre deux grands problèmes : 1° à savoir si le vaccin jennérien avait dégénéré; 2° à savoir s'il s'était rendu coupable d'alliance mauvaise, c'est-à-dire si on devait lui attribuer la production d'accidents syphilitiques concomittents. Or, le rapport était tout à fait insuffisant pour répondre à ces deux questions, que je vais de nouveau traiter et examiner, en répondant aux nouvelles objections que m'a opposées M. Depaul.

Quel est le but où tend cette discussion? C'est de savoir si le vaccin animal doit ou non remplacer le vaccin jennérien. Telle est la question en litige. Or cette question comprend quatre points principaux, que tous nos collègues qui ont pris la parole dans cette discussion ont successivement examinés. Voici ces quatre points :

1° Dégénérescence du vaccin jennérien ;

2° Syphilis vaccinale ;

3° Comparaison des caractères respectifs des deux virus;

4° Comparaison de leurs vertus prophylactiques.

Je viens donc, en me servant des arguments et des objections de mes collègues, donner une opinion définitive sur ces différents points.

1° *Dégénérescence du vaccin.* Sur ce premier point, un seul contradicteur me reste, c'est M. Depaul. En effet, tous les orateurs qui ont pris la parole sur ce sujet, MM. Hérard, Marrotte, Bonnafont, Bouchardat, sont parfaitement d'accord pour admettre la non-dégénérescence du vaccin. M. Depaul allègue que tous les praticiens sont d'accord pour admettre un certain degré de dégénérescence du vaccin. Notre collègue a aussi prétendu que j'avais moi-même soutenu cette opinion, et pour le prouver, il a eu recours à des discours prononcés à deux ans d'intervalle. J'ai, en effet, posé autrefois cette question : La vaccine jennérienne a-t-elle dégénéré? Il faudrait, dis-je, faire une enquête. Cette enquête est faite aujourd'hui, et il est bien prouvé qu'il y a une persistance de la vaccine dans ses propriétés, non-seulement de préservation, mais même de manifestations. Il est bien certain que, loin de dégénérer, ce même virus *cultivé* peut, au contraire, être vivifié; il peut varier, mais non dégénérer. M. Marrotte a soutenu cette thèse, et c'est avec raison qu'il a comparé, dans son argumentation, ce vaccin aux graines végétales. La solution sur ce point est donc que le vaccin est susceptible de varier, mais qu'on peut le vivifier.

M. Depaul a pris mes assertions pour des faux-fuyants. Il n'y a pas là de faux-fuyants; du reste, j'ai reçu de tous pays des lettres de confrères qui m'apportent de nouvelles adhésions, et qui prouvent d'une manière irréfutable que cette vérité est aujourd'hui partout reconnue. (Ici M. Guérin donne lecture de plusieurs passages de quelques-uncs de ces lettres à l'appui.) Il y a, reprend M. Guérin, à côté de la non-dégénérescence du vaccin, un autre fait consacré aussi par l'opinion de tous les pays, par l'opinion générale des médecins, et dont tout le monde convient, c'est la défaillance du vaccin. C'est là un fait que j'ai toujours reconnu et contre lequel je me suis efforcé d'apporter un remède, en proposant ce que j'ai appelé *la culture de la vaccine.* M. Depaul a prétendu que la culture de la vaccine n'était pas de mon invention. Notre collègue a confondu avec le *choix* du vaccin, et il a prétendu que cette proposition de ma part était une preuve de déchéance du vaccin. Cela ne prouve uniquement que sa défaillance que, je le répète, j'ai toujours admise.

2° *Syphilis vaccinale.* — J'arrive au second point, qui est capital de la question ; je veux parler de la discussion relative à la syphilis vaccinale. L'Académie m'excusera, en raison de l'importance de cette question, d'entrer ici dans quelques développements.

On a cherché à me mettre en contradiction avec moi-même, quand on a dit que j'avais accepté la syphilis vaccinale, et qu'aujourd'hui je la repoussais. J'ai dit : Il y a pour moi une *présomption* de l'existence de la syphilis vaccinale ; mais quand on examine de près la question, on voit que tous les faits allégués en faveur de l'opinion de l'existence de la syphilis vaccinale ne tendent pas à disparaître. Dans tous les cas, cela ne conduit qu'à des suppositions; et alors même qu'on arriverait à prouver l'existence de la syphilis vaccinale, cela n'impliquerait pas qu'on dût l'attribuer au vaccin ; on pourrait tout au plus l'attribuer à la vaccination, mais non au vaccin proprement dit. On pourrait donc, jusqu'à un certain point, admettre l'existence de la syphilis vaccinale ; mais ce qu'il faudrait prouver, c'est que c'est le vaccin qui en est la source et l'agent de transmission. J'ai du reste, pour moi, sur ce point, bien des assentiments et des opinions favorables; et, parmi ces dernières, j'en prendrai une qui ne paraîtra pas suspecte à M. Depaul, celle de M. Blot, à laquelle, pour cela, j'accorde une faveur toute particulière. M. Blot, après la discussion, résume son opinion en ces termes : « Jusqu'ici il n'y a aucun ordre de faits capables de prouver l'existence de la syphilis vaccinale. » M. Depaul m'a fait à ce sujet de nouvelles objections en disant que j'attribuais à l'opinion de M. Blot des théories qu'elle ne renfermait pas. Je n'ai jamais prêté à M. Blot d'autres théories que celles qu'il a exprimées, ni d'autre opinion que celle qu'il a émise et que je viens de citer. M. Blot pense, en effet, que jamais la syphilis vaccinale ne s'est montrée à la suite de l'inoculation du vaccin pur. Reste à savoir ce que l'on entend par virus pur.

J'arrive à la question du Morbihan, aux 127 cas de syphilis vaccinale observés par MM. Depaul et Henri Roger. Ces 127 cas sont basés sur un diagnostic faux, et ne sont qu'une erreur. Je prétends le prouver. Je commence par déclarer que je crois à l'existence d'un état morbide indéterminé qui accompagne la vaccine, mais je nie que ces accidents que l'on a remarqués à la suite de ces vaccinations soient en rien syphilitiques. De quoi s'agit-il? De 127 sujets inoculés par des sages-femmes et des médecins chez lesquels on a prétendu remarquer des accidents syphilitiques. Un seul mot me suffira pour prouver ce que j'avance; c'est que ces 127 cas ont guéri sans le moindre traitement. Comment est-il possible de ne pas voir là autre chose que la syphilis?

M. Fouquet, membre correspondant de l'Académie, qui fut appelé à juger ces faits, a écrit qu'il ne les regardait pas comme syphilitiques; mais, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que, en même temps que, dans cette partie du département, ces accidents étaient observés et regardés par ces messieurs comme syphilitiques, on en observait, dans des régions voisines, d'absolument semblables, inconnus jusqu'alors, et qu'on n'a jamais pensé à considérer comme syphilitiques ; et, enfin, dans une troisième partie du département, ces mêmes accidents ont encore existé et passé complétement inaperçus. M. Guérin, outre plusieurs lettres écrites dans le même sens, cite à l'appui de son opinion une thèse de M. le docteur Bourdais, qui a eu pour objet l'examen de 70 des malades du Morbihan, considérés comme syphilitiques. Quiconque, ajoute M. Guérin, a lu cette thèse, ne peut plus avoir le moindre doute sur la valeur de ces accidents, et l'opinion de M. Bourdais est d'autant plus péremptoire qu'il s'était proposé en partant de démontrer l'existence de la syphilis vaccinale. D'un autre côté, cette thèse prouve une fois de plus qu'il faut croire à l'existence d'une maladie concomitante de la vaccine, mais non à la syphilis vaccinale.

Je crois ne plus mériter ce reproche, que m'adresse M. Depaul, de ne pas parler comme lui le langage des faits ; car il me semble que ce sont bien là des faits que M. Depaul lui-même aura bien de la peine à réfuter. M. Bourdais s'est, en outre, enquis, lui aussi, des vaccinifères. Il a trouvé que c'étaient deux enfants vaccinés avec deux plaques. L'un n'a pas tardé à montrer de la rougeur et du gonflement au bras, tandis que chez l'autre on n'a rien observé. Sur soixante-dix cas, l'auteur déclare qu'aucun n'est arrivé à suivre un traitement sérieux, et ils ont tous guéri. C'est là un fait qui a bien son importance pour la discussion. Les commissaires s'en sont donc rapportés trop vite à ce qu'on leur a dit, et ils n'ont pas pu voir de syphilis.

M. Roger. Je demande pardon à M. Guérin, mais nous avons vu les accidents secondaires de la syphilis. Il ne faut donc pas dire que nous n'avons rien vu.

M. Guérin. Je n'ai pas prétendu que vous n'ayez rien vu ; j'ai dit seulement que vous vous êtes satisfaits trop facilement, en acceptant des *on dit* pour des faits. Il n'y a pas de syphilis sans chancres ; vous n'avez pas vu les chancres, donc vous n'avez pu rien conclure. Vous êtes arrivés trop tard sur les lieux pour rien affirmer par vous-mêmes.

M. Roger. M. Guérin prétend que nous sommes arrivés trop tard trois mois après ; alors qu'il s'en rapporte à M. Bourdais, qui est arrivé un an après nous.

M. Guérin. Je prétends qu'il y a une lacune dans votre observation, et que vous n'avez pas été suffisamment renseignés.

D'ailleurs, quel argument voulez-vous opposer à celui-ci : à savoir que les enfants ont guéri sans traitement. La syphilis guérit elle ainsi? En outre, ces cent vingt-sept cas, pris pour la syphilis vaccinale, étaient contemporains de faits absolument semblables, et non considérés comme syphilitiques.

Après avoir répondu à toutes les objections qu'on pouvait me faire au sujet des accidents syphilitiques observés dans le Morbihan, j'arrive à la question de la syphilis vaccinale considérée au point de vue général.

J'ai dit que les faits du Morbihan se présentaient avec d'autres caractères que ceux de la syphilis, ce qui est démontré à mes yeux par ces trois circonstances : guérison sans traitement, pas de contagion ultérieure, absence d'accidents tertiaires. Voyons les faits qui ont été produits depuis. M'opposera-t-on le fait de M. Alphonse Guérin? Je m'en rapporte à cet égard à ceux d'entre vous qui l'ont vu et qui ont été sur ce point en *désaccord unanime* avec notre collègue. On a rappelé les faits de M. Bourguet, ceux de M. Mordret (du Mans), de M. Lalagade (d'Albi). Mais ces faits sont tous analogues à ceux du Morbihan. M. Bourguet lui-même avoue que ces faits ne sont pas propres à démontrer la syphilis vaccinale. Dans ceux de M. Lalagade, on ne peut voir autre chose que des exemples de pemphygus, qui régnait épidémiquement à cette époque.

La conclusion de tout cela, c'est que, quand on ne s'en rapporte qu'à des caractères physiques, à des traces éloignées, à des cicatrices, on a de grandes chances de se tromper. Et puisque des hommes de la valeur de ceux que je viens de citer s'y sont trompés, on a le droit de se montrer exigeant en fait de preuves. Il n'y en aurait qu'une décisive, et elle manque dans presque tous les cas, comme vous l'a fait remarquer M. Ricord, c'est l'état des vaccini-

fères. N'en a-t-il pas été ainsi, encore, dans le fait que vous a rappelé M. Chassaignac dans la dernière séance? C'est toujours la même chose, c'est la tête qui manque.

Reste un dernier ordre de faits à examiner. M. Depaul a parlé des expériences de M. Delzenne. Dans 55 expériences, on a cherché sciemment à introduire la syphilis vaccinale, sans résultat. Or, quand dans 55 cas on a inoculé sans rien produire, c'est plus concluant encore que l'absence de renseignements sur le vaccinifère. Nous avions jusqu'à présent la syphilis vaccinale sans le vaccinifère, ici nous avons le vaccinifère sans la syphilis. M. Depaul se voyant batte sur ce point, s'est retranché derrière ce fait, qu'il se pourrait bien que les résultats négatifs des expériences de M. Delzenne tinssent à ce qu'il a agi en quelque sorte au milieu d'une atmosphère syphilitique, c'est-à-dire sur des personnes plus ou moins anciennement atteintes de syphilis, et devenues par cela même indemnes par rapport à de nouvelles inoculations.

Je ne puis m'empêcher de revenir encore une fois, avant d'en finir avec la syphilis, sur les faits du Morbihan. On a vu, par les citations que j'ai empruntées à la thèse de M. Bourdais, que tous les enfants atteints de cette prétendue syphilis vaccinale avaient guéri. Cela voudrait-il dire que les enfants ainsi syphilisés ne s'en porteraient que mieux? Il faudrait en venir alors à syphiliser tous les enfants. Toujours est-il, si l'on persiste à voir la syphilis dans les accidents qu'ont présentés tous ces enfants, que cette syphilis, ainsi contractée, ne serait guère à redouter.

Je me résume : Qu'est-ce que la vaccine? Pour moi, le vaccin jennérien est le cow-pox, c'est-à-dire la variole spontanée des animaux, greffé sur l'organisme humain, c'est le cow-pox *humanisé* par le transport de bras à bras. Pour M. Depaul, le vaccin n'est que la variole transportée de l'homme aux animaux, et repris ensuite sur ceux-ci par la vaccination. J'ai dit que la vaccine jennérienne était le produit de la variole spontanée des animaux, modifié par le fait même de son transport daus l'organisme humain; c'est, en quelque sorte, comme un accouplement de virus animal et de virus humain.

M. Bouchardat m'a opposé, à ce sujet, un argument *officinal*. Il a cru que j'assimilais cette combinaison à celle de deux substances formant un sel. Je n'ai rien dit de semblable. J'ai dit que le vaccin humain était le résultat d'une mise en rapport d'éléments différents procédant l'un de la vache, l'autre de l'homme lui-même.

Quant au vaccin animal, produit du transport de la variole de l'homme à la vache, entretenu par des transports successifs de vache à vache, pour être repris et reporté de nouveau sur l'homme, j'ai cherché à en faire la comparaison avec le vaccin jennérien, et de cette comparaison, il est résulté que ce sont là deux virus qui diffèrent par leurs caractères comme par leur marche et leur évolution.

Restait à examiner cette dernière et quatrième proposition, celle de la propriété prophylactique du vaccin animal. Tous les orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion (M. Depaul excepté, bien entendu), ont émis cette conclusion, que le vaccin animal n'a pas dit son dernier mot. Il n'y a donc pas de preuves définitives en sa faveur, il n'y a, tout au plus, que des présomptions tandis que le vaccin jennérien n'a pas à faire ses preuves ; il les a faites depuis longtemps. Est-il possible, dès lors, de conclure qu'il y a lieu de remplacer, dans la pratique, le vaccin jennérien par le vaccin animal? La prudence et la science s'opposent également à une pareille initiative. L'Académie ne peut pas sanctionner une semblable hardiesse.

Quant à la question de la syphilis vaccinale, sans nier absolument sa possibilité, je dis que la nature syphilitique des accidents constatés n'est pas prouvée. Il y a lieu d'étudier la question et de chercher si, par la vaccination, on n'aurait pas introduit dans l'économie un principe virulent autre que la syphilis et qui n'aurait que quelque ressemblance avec elle sans en avoir la gravité.

En résumé, je maintiens toutes les propositions de ma précédente argumentation. (Marques nombreuses d'approbation et applaudissements.)

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Ministère de la guerre.* — En vertu d'une décision ministérielle du 21 juin 1869, un concours doit s'ouvrir à Paris, au mois de novembre 1869, pour des nominations de médecins-majors de 2e classe à un certain nombre d'emplois de médecin traitant dans les hôpitaux militaires (spécialités médicale et chirurgale).

Ceux des candidats qui ont déjà adressé au ministre des demandes à l'effet d'être autorisés à prendre part à ce concours, ainsi que ceux qui sont dans l'intention de solliciter la même autorisation avant le 10 octobre, terme de rigueur, sont prévenus que le concours dont il s'agit s'ouvrira, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris, le 3 novembre 1869.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Des accidents fébriles qu'on remarque chez les hystériques, par M. le docteur GAGEY.— 1 vol. in-8°, 1869. Prix : 1 fr. 50.

Considérations sur la physionomie et les altérations qu'elle subit dans les maladies, par M. le docteur LAGRANGE. — 1 vol. in-8°. 1869. Prix : 2 fr. 50.

Des anévrysmes de l'aorte abdominale, par M. le docteur SALLÉ (J.-V.). — 1 vol. in-8°. 1869. Prix : 2 fr. 50.

De l'étranglement des hernies crurales par l'anneau crural, par M. le docteur BAX. — 1 vol. in-8°. 1869. Prix : 2 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques.

La méthode de traitement des accidents syphilitiques consécutifs par les injections hypodermiques, dont nos lecteurs ont vu se dérouler sous leurs yeux les phases principales, tend de plus en plus à s'introduire dans la pratique. Depuis les intéressantes communications de M. le docteur A. Martin à la Société de médecine de Paris et de M. le docteur Liégeois à la Société de chirurgie, de nouveaux faits se sont produits, de nouvelles formules ont été proposées. Voici quelques nouveaux renseignements sur cet intéressant sujet de thérapeutique que nous trouvons dans la Revue syphiliographique que M. A. Martin rédige avec tant de succès dans les *Archives générales de médecine*.

Depuis sa commmunication à la Société de médecine, M. A. Martin a pu appliquer sa méthode dans 8 cas nouveaux ; voici, en quelques mots, les résultats qu'il a obtenus :

Dans 6 cas de syphilis secondaire, datant de trois à six mois, la guérison de l'état local a été obtenue par une moyenne de 6 injections ; l'injection n'a jamais déterminé d'accident; la douleur a été supportable avec la solution ordinaire ; elle est devenue nulle depuis que, à l'exemple de MM. Lewin et Liégeois, M. Martin a ajouté une petite quantité de morphine à cette solution (1/2 centigr. de chlorhydrate de morphine pour la dose de 2 centigrammes de bi-iodure de mercure et de potassium, qu'il injecte habituellement). Il y a eu des récidives dans deux cas ; la guérison de ces récidives a exigé 5 injections dans un cas et 9 dans l'autre.

Dans un cas de périostose gommeuse de la clavicule chez un malade atteint de syphilis depuis trois ans, notre confrère a obtenu la disparition complète de la lésion après 23 injections pratiquées aux environs de la petite tumeur. La guérison ne s'est point démentie.

Dans le dernier cas, il s'agissait d'un ecthyma superficiel chez un malade atteint de syphilis depuis dix ans. Cet ecthyma, qui occupait presque toute la partie antérieure de la cuisse droite, existait depuis quatre ou cinq ans. Sous l'influence de l'iodure de potassium, il disparaissait en partie et il se reproduisait dès qu'on cessait le traitement. M. Martin a pratiqué, dans ce cas, 12 injections. Lorsque le malade, que ses affaires appelaient en province, a quitté Paris, les croûtes de l'ecthyma étaient tombées, et les taches rouge sombre qui caractérisent cette affection avaient, sinon complétement disparu, au moins pali d'une manière très-notable.

M. Martin nous apprend que des expériences sont faites en ce moment avec sa formule à l'hôpital Saint-Antoine. Nous les suivrons, et nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats qu'elles auront donnés.

Bien que la solution employée par M. A. Martin puisse être considérée comme un progrès, au point de vue de la douleur et des phénomènes d'irritation, qui sont manifestement moindres que ceux qui ont été constatés à la suite des injections de sublimé ou de calomel, on a pu voir cependant qu'elle n'est point entièrement inoffensive. M. le docteur Bricheteau, qui s'est aussi occupé de ce point de pratique, a proposé, dans une communication faite à la Société de thérapeutique, une formule nouvelle, que voici :

Iodure double de mercure et de sodium. . .	1gr50
Eau distillée.	100 gr.

chaque gramme de solution contenant 1 centigramme de sel mercuriel.

L'iodure double de mercure et de sodium aurait, paraît-il, sur l'iodure de mercure et de potassium, l'avantage de ne produire aucune irritation sur les tissus.

Les quelques essais que M. Bricheteau a tentés, n'ont pu être suivis assez longtemps pour qu'il lui ait été possible de rien conclure par rapport à leur efficacité. Mais il se croit fondé à affirmer que ce liquide, introduit sous la peau, n'a déterminé aucun accident.

C'est une nouvelle expérience à faire.

— Nous ne quitterons pas ce sujet sans résumer ici l'appréciation générale que M. le docteur A. Martin fait de la méthode des injections hypodermiques, et la balance qu'il établit entre ses avantages et ses inconvénients.

A l'actif de la médication, M. Martin inscrit : 1° la rapidité et la facilité de l'application ; 2° la précision du dosage ; l'avantage d'une absorption immédiate et totale des médicaments mercuriels, si mal absorbés ou si mal supportés quelquefois, par l'estomac et le tube digestif. Cette méthode, ajoute M. Martin, permet, dans les cas graves, de combattre plus rapidement des accidents qui pourraient offrir du danger (1); elle n'a d'action fâcheuse sur aucune des grandes fonctions de l'économie ; elle semble, au contraire, leur imprimer une certaine activité.

M. Martin considère ces faits comme définitivement acquis ; il n'en est pas de même, à ses yeux, de certains autres avantages énumérés par les expérimentateurs et qui lui semblent beaucoup plus discutables. Ainsi, il ne croit pas qu'il soit prouvé que cette méthode mette plus que les autres modes de traitement à l'abri de la salivation ; il ne pense pas non plus que les malades ainsi traités soient moins exposés aux récidives. Il y a d'ailleurs à s'entendre sur cette question des récidives et sur le sens réel qu'il faudrait attacher au mot lui-même. C'est là un point de doctrine syphiliographique qui demanderait des développements dans lesquels il ne nous est pas possible d'entrer en ce moment. Ils pourront trouver leur place ailleurs.

Au passif de cette méthode, M. Martin inscrit en première ligne la douleur résultant de l'injection, douleur quelquefois très-vive et qui, dans quelques cas, a une certaine persistance ; en seconde ligne (peut-être eût-il fallu transposer cet ordre), les lésions locales que déterminent quelquefois les injections hypodermiques, escarrhes, abcès, phlegmons. Ici M. Martin fait remarquer que si M. Liégeois a pu soustraire la plupart de ses malades aux chances de ces accidents, si souvent constatés par les expérimentateurs qui l'ont précédé dans cette voie, c'est grâce à la quantité relativement très-faible (2 milligrammes) de sublimé qu'il injecte. Ce grave inconvénient serait, paraît-il, plus sûrement évité encore par le bi-iodure de mercure et de sodium de M. Bricheteau, qui n'est point caustique.

En résumé, la méthode de traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de préparations mercurielles, d'après M. Martin, a produit déjà des résultats incontestables ; elle possède un certain nombre d'avantages sur le traitement hydrargyrique interne, et les accidents locaux qu'elle a déterminés, dans quelques cas, tiennent bien plus à l'inexpérience et aux tâtonnements dans le choix de la préparation injectée et dans les doses, qu'à la méthode elle-même.

— Nous n'ajouterons qu'un mot à cette appréciation si compétente, c'est pour recommander aux praticiens qui voudront appliquer cette méthode, toute la prudence qu'elle réclame, à raison de l'extrême activité qu'ont les agents introduits dans l'économie. Déjà quelques accidents généraux ont été signalés, qui ne peuvent manifestement être mis que sur le compte d'une quantité toxique de sublimé. Qu'on n'oublie pas les accidents graves qu'ont produit les injections hypodermiques d'atropine et qui ont failli compromettre un instant une méthode appelée à rendre de grands services.

(1) Cette rapidité d'action peut, en effet, dans quelques circonstances graves et urgentes, être d'un inappréciable avantage ; tel serait, par exemple, le cas d'une de ces affections syphilitiques du larynx, qui réclament souvent une intervention aussi prompte qu'active. En parcourant hier les salles du service de la clinique de l'Hôtel-Dieu, M. Ball, chargé de ce service en qualité d'agrégé suppléant, nous a fait voir un malade entré depuis peu de jours pour une affection du larynx, consistant en une légère tuméfaction avec spasme de la glotte. Le malade ayant eu dans le temps des accidents syphilitiques, qui donnent lieu de présumer que cette affection laryngienne procède de cette origine, M. Ball se proposait de soumettre ce malade à un traitement spécifique. Mais les accidents ont marché avec une telle rapidité, et en quelques heures l'asphyxie est devenue tellement imminente, qu'on a dû procéder probablement dans le courant de la journée à la trachéotomie. C'eût été certainement là le cas, si l'on n'avait été si à court de temps, de recourir à la méthode des injections hypodermiques. Nous reviendrons probablement sur ce malade.

Rétrécissement spasmodique de l'œsophage.

Nous avons vu, dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu, un malade atteint de rétrécissement spasmodique de l'œsophage. Ce rétrécissement n'est pas permanent, ce qui est le caractère essentiel de sa nature spasmodique ; il ne se manifeste qu'à des intervalles assez éloignés, et le plus habituellement à la suite de vomissements auxquels le malade est sujet, et qui attestent un trouble fonctionnel de l'estomac auquel le spasme œsophagien paraît manifestement lié. Ce spasme, toutes les fois qu'il se manifeste, cède au simple cathétérisme. L'introduction d'une sonde œsophagienne a à peu près constamment suffi jusqu'à présent pour le faire momentanément cesser. Suffira-t-il, pour le guérir complétement ? Faudra-t-il recourir au procédé de dilatation forcée qui a si bien réussi dans le cas que M. Broca a rapporté récemment à la Société de chirurgie (*Gazette des hôp.* n° du 7 août 1869) ? C'est ce que nous ne saurions dire encore. C'est un fait à suivre. Il s'en faut d'ailleurs que tous les cas de rétrécissements spasmodiques de l'œsophage se ressemblent, qu'ils procèdent tous des mêmes causes, qu'ils présentent la même marche et qu'ils cèdent aux mêmes moyens. Il est des rétrécissements spasmodiques essentiels, il en est de symptomatiques

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de l'alimentation dans ses rapports avec la physiologie, la pathologie et la thérapeutique

Par M. le docteur Jules Cyr (1).

Dans la remarquable préface de son *Traité d'hygiène alimentaire*, M. le professeur Fonssagrives se plaît à remémorer l'importance capitale que les anciens attachaient au régime alimentaire comme élément de la thérapeutique, et il se prend à regretter de voir l'école moderne négliger ces précieuses ressources que nous avons cependant sous la main. Le fait est vrai, sans doute ; on peut l'expliquer par ce besoin de précision, d'exactitude que notre époque impose fatalement à l'esprit. En thérapeutique comme en hygiène, comme en clinique, on veut marcher, non pas à l'aventure, mais sur un terrain éclairé par l'observation scientifique; or, on avance lentement dans cette voie.

Néanmoins, depuis quelques années, on semble revenir sur ce dédain presque systématique que beaucoup infligeaient à la thérapeutique alimentaire. Certes, M. Fonssagrives n'a pas peu contribué à renouer la chaîne, un instant interrompue, entre l'observation pure des anciens et les données exactes de la science ; c'est avec justice qu'il exprime l'espoir de voir les études diététiques « constituer le lien naturel entre l'hygiène et la thérapeutique, dont la fusion étroite deviendra l'une des caractéristiques fécondes de la médecine de ce siècle. »

Aussi est-ce avec une vive satisfaction que nous voyons se multiplier les travaux de cette nature et que nous accueillons l'ouvrage récent de M. le docteur Jules Cyr, ayant pour titre : *Traité de l'alimentation dans ses rapports avec la physiologie, la pathologie et la thérapeutique.*

L'auteur envisage l'alimentation à tous les points de vue et partage son ouvrage en trois parties principales : physiologie, pathologie et thérapeutique. Nous le suivrons rapidement dans ces divisions successives. Tout d'abord M. le docteur Cyr a cru devoir présenter quelques considérations sur la physiologie de la digestion. Cette digression était-elle bien nécessaire? Si l'ouvrage de M. Cyr est destiné aux médecins praticiens, ainsi qu'il semble résulter de la préface, peut-être ces considérations sont-elles inutiles; si, au contraire, elles ont pour but d'instruire les lecteurs étrangers à la science, elles ne sont pas alors assez complètes, car l'auteur étudie simplement l'action des sucs digestifs sur les aliments, en laissant de côté les phénomènes mécaniques.

Dans l'étude des aliments en particulier, M. le docteur Cyr se borne à présenter les faits résulant des travaux des hygiénistes et des chimistes modernes; il suit l'ordre adopté par les auteurs, celui qu'impose l'histoire naturelle : règne animal, règne végétal, etc. Nous reprocherons à cette méthode un certain défaut d'originalité. Sans doute, il y avait là un écueil à éviter; mais il eût été heureux de chercher un peu à sortir des voies tracées, à prendre comme base de classification, non les divisions de l'histoire naturelle, mais le rôle des aliments dans le phénomène de la nutrition. Les aliments, par leur composition chimique, remplissent un but déterminé : pourquoi le médecin ne les envisagerait-il pas à ce point de vue. Peut-être la tâche eût-elle été difficile; mais il y avait là de quoi tenter un esprit entreprenant comme l'est celui de l'auteur; et s'il n'eût pas réussi entièrement, du moins eût-il imprimé à son œuvre son cachet particulier.

M. Cyr a cru devoir exposer rapidement les divers procédés de conservation des substances alimentaires, question des plus intéressantes et au fond peu avancée, en ce qui touche surtout aux substances tirées du règne animal. En quelques pages, le lecteur se fait une idée très-juste des principes sur lesquels repose notre industrie nouvelle, et qui regarde l'hygiéniste comme élément important d'une économie sociale bien entendue.

Après l'étude des éléments eux-mêmes, nous passons à celle de leur répartition, à celle du régime. M. Cyr retrace les célèbres expériences des physiologistes de ce siècle, les Magendie, les Chossat, les Boussingault; il insiste sur la nécessité du régime mixte, sur l'influence de l'azote, ou plutôt des aliments azotés dans la produc-

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils, 1869.

(celui-ci paraît être dans ce cas), ou qui sont déterminés par une action réflexe. Dans le plus grand nombre des cas, le rétrécissement spasmodique de l'œsophage est lié à l'état hystérique, comme dans le fait rapporté par M. Broca, à l'hypochondrie ou à des états névrosiques analogues.

Les symptômes varient, non seulement en raison des divers états morbides concomitents auxquels cette affection est plus ou moins intimement liée, mais encore suivant le point de l'œsophage qu'occupe le rétrécissement.

Voici en quels termes Follin, dans son travail bien connu sur les rétrécissements de l'œsophage, publié en 1853, formule les préceptes relatifs au diagnostic, ou plutôt au mode d'exploration de ces rétrécissements spasmodiques, et à leur traitement.

Le diagnostic du rétrécissement spasmodique de l'œsophage s'établit à l'aide du cathétérisme œsophagien. « Si l'on présume dit-il, l'existence d'un spasme de l'œsophage, on se servira d'une sonde œsophagienne d'un assez gros volume, ou d'un cathéter à boule d'ivoire. L'instrument sera conduit doucement, par la bouche, jusque dans l'œsophage, et dès qu'il arrivera sur le rétrécissement, il devra y rester en place pendant quelques instants. Parfois cette manœuvre a suffi pour faire cesser le spasme, les fibres musculaires se sont relâchés, et l'instrument a pu dès lors franchir l'obstacle qui l'arrêtait. Si, le spasme vaincu, la sonde peut être facilement promenée dans l'œsophage de bas en haut, il n'y aura plus de doute sur l'existence d'un rétrécissement spasmodique. Mais si l'obstacle n'a pu être franchi, si d'ailleurs le rétrécissement existe chez un individu jeune et qui n'a été soumis à aucune des causes qui peuvent amener les rétrécissements organiques, il ne faudra point s'en tenir à un premier examen, le cathétérisme œsophagien devra être renouvelé plusieurs fois avant de prononcer un jugement définitif. »

Le traitement comprend un élément médical et un élément chirurgical. Les antispasmodiques sous toutes les formes, les opiacés, les révulsifs, les réfrigérants, ont été tour à tour employés et ont tous compté des succès. Mais celui qui paraît avoir réussi le plus souvent, est encore le cathétérisme ; on y a été conduit par l'analogie. « On avait remarqué depuis assez longtemps, dit l'auteur que nous citons, que des malades atteints de rétrécissements spasmodiques, pouvaient parfois avaler certains corps volumineux ; d'autre part, dans certains rétrécissements spasmodiques de l'urètre, on pénètre bien plus facilement avec de grosses sondes qu'avec de fines bougies. Ces faits ont dû conduire à proposer l'emploi des cathéters volumineux. » Presque tous les chirurgiens ont eu l'occasion d'examiner et de traiter ainsi des coarctations de ce genre.

On a vu par le fait de M. Broca que la dilatation par le cathéter à olive n'avait point suffi, et qu'il a fallu recourir à la dilatation forcée. Dans le fait de M. Vigla, à en juger par l'amendement survenu dès les premiers jours, sous l'influence du simple cathétérisme avec une sonde d'un certain volume, il y a lieu d'espérer que ce moyen suffira à lui seul pour amener la guérison, ou tout au moins un très-grand soulagement dans l'état du malade.

Anesthésie locale.

L'anesthésie locale, qui peut rendre et qui a rendu déjà de si grands services, a été plus d'une fois compromise par des insuccès qui paraissent ne tenir uniquement qu'à la mauvaise qualité des agents anesthésiques dont on s'est servi. Nous en avons acquis une nouvelle preuve, il y a quelques jours, en voyant M. Léon Labbé, dans l'amphithéâtre de l'hôpital des Cliniques, pratiquer avec succès l'anesthésie locale sur trois malades, dont un jeune garçon et une femme, atteints de durillons ou corps plantaires très-volumineux dont il s'agissait de faire l'extraction, et un jeune homme qui devait subir l'opération de l'ongle incarné par arrachement et excision ; toutes opérations qui eussent été excessivement douloureuses, sans aucun doute, et qui ont été supportées, les deux premières surtout, nous ne dirons pas absolument sans aucune expression de douleur, mais tout au moins avec une sensation douloureuse extrêmement atténuée. Tout le secret de ce succès est en ce que M. Labbé avait pu se procurer de l'éther parfaitement pur.

Dr B.

DES MATERNITÉS

(Mémoire lu à la Société de Médecine de Paris
Par M. le docteur A. Charrier.)

Jusqu'à ces dernières années, les médecins seuls avaient compris toute l'étendue de la responsabilité qui pèse si lourdement sur ceux d'entre eux qui sont chargés du service médical dans les maternités ou dans les salles d'accouchement des grands hôpitaux. Le vénérable professeur Cruveilhier déclarait, en pleine Académie, qu'il avait quitté la place de médecin de la Maternité, parce qu'il ne voulait plus assister au spectacle cruel d'une mortalité fatale, contre laquelle la médecine était désarmée et impuissante.

Maintenant, de nombreuses publications, des discussions publiques, une *agitation*, provoquée par des médecins charitables et convaincus, ont porté le trouble dans le quiétisme administratif. On a tenté alors des modifications partielles, on a cru que l'on pourrait améliorer; *il fallait détruire*. Il ne faut plus d'agglomération de femmes en couches, parce que l'agglomération des nouvelles accouchées engendre forcément, fatalement, le poison puerpéral.

La maternité modèle, élevée dans le jardin de l'hôpital Cochin, a montré, d'une *façon terrible*, l'erreur commise par l'administration. Nulle part, les femmes ne sont mortes en plus grande quantité que dans ce palais, où tout était à souhait : propreté, disposition intérieure, etc..... Il faut, après cet essai, convenir qu'on s'est trompé de route, faire amende honorable et renoncer décidément aux grands hôpitaux d'accouchement, sous quelque forme que ce soit. Il faut des maisonnettes dispersées, et il ne faut plus de grandes maisons hospitalières pour les femmes en couches.

Pendant vingt à vingt-cinq ans, tous les médecins en chef ou internes, qui s'étaient succédé à la Maternité avaient eu à cœur de signaler le mal dans des écrits purement médicaux, le plus souvent dans des thèses inaugurales, dont la conclusion uniforme était : *suppression*, ou tout au moins, *réforme presque radicale du système des maternités*. Au reste, les statistiques publiées en France, en Allemagne, en Angleterre, en Russie, prouvent l'effroyable mortalité des mères et des enfants dans ces établissements ; c'est là un fait général, universel, irréfutable. Or, rien n'est concluant comme une statistique bien faite, contrôlée par une assemblée d'hommes compétents et honnêtes ; c'est ce que l'on trouve *dans le 1er Fascicule de l'année 1866 des Mémoires de la Société de chirurgie, page 114, dans le discours de M. Tarnier*.

Les idées les meilleures mettent longtemps à se frayer un chemin, lorsqu'elles ne sont ni du domaine de la politique, ni des intérêts mercantiles. Aussi, est-ce avec un sentiment de profonde tristesse que nous signalons un espace de vingt-six années écoulées entre les premières manifestations de cet esprit de réformes légitimes et la discussion de l'Académie de médecine.

La proportion est la suivante, dans la mortalité des nouvelles accouchées :

Maternité.	1 sur	19,62
Clientèle de la ville.	1 sur	322,20
Bureau de bienfaisance. . . .	1 sur	142,40

M. Trébuchet, de son côté, est arrivé presque à un chiffre pareil ; dans son travail, il montre que sur 1,000 accouchées dans la clientèle civile, il en meurt 4.

Ces chiffres ne sont-ils pas la condamnation la plus éloquente des hôpitaux d'accouchement, où cette question a été enfin débattue en public.

Il est vrai qu'elle a été traitée, dès-lors, de telle façon que l'opinion de tous les médecins fut définitivement fixée, sur l'utilité, désormais reconnue et incontestable, de réformes hospitalières. L'Académie de médecine aura ce mérite aux yeux des honnêtes gens et des hommes politiques bien avisés d'avoir, en 1858, éclairé d'une façon complète l'opinion publique sur ce point, et mis l'administration à même d'aviser en toute connaissance de cause.

Il suffira de reproduire ici quelques passages empruntés aux discours des médecins très-compétents, la plupart *accoucheurs*, qui ont pris part à cette discussion.

Voici comment s'exprime M. Depaul :

« Il est à peu près inutile de persister dans la même direction, mais il reste encore beaucoup à faire dans une autre voie, dans laquelle on s'est à peine engagé jusqu'à présent, et qui paraît la seule dans laquelle on puisse trouver des résultats satisfaisants.

« Il ressort bien évidemment, de tout ce qu'on sait sur la marche de la fièvre puerpérale, qu'elle se développe presque exclusivement dans les maisons où sont réunies en certain nombre les femmes en couches, et que les cas qui s'observent dans la pratique civile ne sont, en général, qu'une émanation des épidémies d'abord concentrées dans certains hôpitaux ; qu'une fois développé, quelle que soit son origine première, le poison se transmet d'autant plus sûrement et plus fatalement, que le nombre des femmes réunies ensemble est plus considérable. D'un autre côté, puisqu'il est certain que la mort par fièvre puerpérale ne s'observe dans la pratique de la ville que dans des cas rares comparativement à ce qu'elle est dans les maisons spéciales, *n'est-on pas conduit forcément à demander qu'on ne réunisse plus les femmes en couches dans des maisons particulières? Qu'on les dissémine, autant que possible, dans les diverses maisons hospitalières, et, mieux encore, qu'on trouve les moyens de les secourir à domicile!* J'ai la conviction profonde que c'est la seule manière de faire disparaître ou diminuer notablement ces épidémies meurtrières, qui viennent périodiquement porter le deuil dans les familles, et attrister les médecins qui, n'ayant à leur opposer que des médications incertaines, n'interviennent presque constamment que pour confesser leur impuissance. Si le temps me l'avait permis, il ne m'aurait pas été difficile de montrer que ce que je propose est possible à exécuter. » Toute la question est résumée dans cette courte citation. (Séance du 2 mars 1858).

M. Trousseau : « Je n'ajouterai rien sur le traitement. Quand j'entrai dans les hôpitaux, je pris un service de femmes récemment accouchées, et j'en ai toujours eu un depuis.

« Au début, j'étais bien heureux et je perdais peu de malades. Puis, en 1856, quand la Maternité dut être fermée, et que je reçus, pendant deux mois un grand nombre d'accouchées à l'Hôtel-Dieu, je fus aussi malheureux, ou plus encore qu'on l'avait été à la Clinique ou à la Maternité. Je dus confesser qu'il y avait là des conditions particulières, contre lesquelles je ne pouvais rien. (Séance du 23 mars 1858.)

M. Cruveilhier : « Alors donc que la fièvre puerpérale se déclare dans une maison d'accouchements, il n'y a qu'un parti à prendre, c'est celui dont M. Paul Dubois a pris la courageuse initiative : Il faut évacuer l'hôpital et mettre la clef sous la porte.

« Qu'en conclure, messieurs ? *Qu'il faut supprimer les maisons d'accouchements et les remplacer par des secours à domicile*. M. Depaul vous l'a dit, ce serait le meilleur parti à prendre ; toute considération d'avancement pour la science d'instruction pratique pour les élèves, doit céder devant la grande question de l'humanité.

« Ce qu'il y a de certain, c'est que si on conserve les maisons d'accouchements, il faut les organiser de manière que les femmes en couches soient dans des conditions de salubrité telles, que la contagion miasmatique ne puisse les atteindre. L'isolement de chaque femme dans une chambre particulière sera la première de ces conditions(1). » (Séance du 30 mars 1858.)

M. Cruveilhier : « Qu'il me soit permis, en terminant cette communication, d'émettre un vœu qui trouvera, j'en suis sûr, de l'écho chez tous les membres de l'Académie et dans le corps médical tout entier : *Ce vœu, c'est que la discussion sur la fièvre puerpérale pendante en ce moment devant l'Académie, ne reste pas stérile* (2). Si quelques dissidences restent encore parmi nous, sur l'interprétation dogmatique de quelques-uns des éléments morbides dont se compose la fièvre puerpérale, il ne peut pas en exister sur le fait fondamental du caractère éminemment contagieux et miasmatique de la fièvre puerpérale dans les maisons d'accouchements. *Qu'on n'espère pas de diminution dans le chiffre de la mortalité de ces maisons, si les choses se maintiennent dans l'état où elles sont en ce moment.* L'administration des hôpitaux de Paris a tout fait pour l'amélioration de l'hospice d'accouchements ; elle n'a été sourde à aucune réclamation, n'a reculé devant aucun sacrifice ; et pour ma part, je suis heureux de lui en témoigner toute ma reconnaissance. Je le dis, avec toute la conviction de la vérité, il n'y a *qu'un seul parti à prendre* pour prévenir le retour périodique de ces épidémies meurtrières, *c'est la suppression des grands hospices d'accouchements*, c'est leur remplacement par des secours à domicile, *auxquels on pourrait ajouter un certain*

(1) L'expérience a démontré que cela même ne suffisait pas.

(2) Cela était dit en 1858. En 1869, le vœu de M. Cruveilhier n'a pas été accompli.

---

tion du travail, puis en arrive à déterminer le régime propre à chaque âge. A propos de l'allaitement, il n'a pas oublié de traiter avec détail les tentatives récentes de Liébig. Peut-être les conclusions pessimistes, basées sur des expériences précipitées, sont-elles un peu absolues ; en présence de succès réels, obtenus en Allemagne par des expérimentateurs dont le nom fait autorité, y aurait-il lieu de reprendre en France une question si importante ; sans doute, nous ne voudrions à aucun prix conseiller l'usage exclusif des laits artificiels, mais dans nos asiles où l'allaitement maternel est souvent bien difficile, ne pourrait-on suppléer à l'insuffisance du lait de la mère par une préparation, dont le lait de vache serait la base, mais où l'on apporterait des modifications d'après les formules de Liébig ou de Coulier ? On donnerait certainement à l'enfant un aliment plus rationnel que ces soupes, ces bouillies, dont la déplorable influence se traduit par des accidents graves, sinon par la mort.

M. Cyr consacre un long et intéressant chapitre au régime quantitatif ; la statique chimique de l'organisme, les équivalents nutritifs, la ration, l'entretien sont étudiés avec cette précision qu'ont introduit dans leur histoire les Payen, les Boussingault, les Him et tant d'autres ; l'auteur n'ignore pas que la chimie seule ne peut pas trancher ces questions ; il voit qu'à côté des lois indiscutables qui régissent notre organisme, il est aussi des lois physiologiques dont nous constatons les effets sans pouvoir absolument les raisonner ; c'est par une alliance intime de la chimie physiologique et de l'observation que nous arriverons à tracer des règles précises, à modifier le régime alimentaire des ouvriers, des malades, des soldats. Nous ne pouvons entrer ici dans de longs détails, et nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage lui-même ; l'auteur y fait preuve d'une érudition remarquable et a su, grâce à son esprit critique, présenter d'une façon succincte, mais claire et complète, le résultat des travaux modernes.

La deuxième partie de l'ouvrage se divise en trois chapitres : alimentation insuffisante, alimentation surabondante et troubles morbides déterminés par des aliments nuisibles. L'auteur envisage successivement les effets de l'abstinence sur l'individu lui-même, dans ses diverses fonctions, puis ensuite d'une façon plus générale dans son influence sur les populations. Au milieu de notre civilisation avancée, il est bon que l'on sache qu'il y a des individus qui meurent de faim, non pas peut-être avec cet éclat dramatique qui attire la sympathie, mais obscurément, lentement, tués par une alimentation insuffisante, hors de proportion avec la dépense organique ; d'autres, et ceux-là sont des enfants, succombent par suite d'une nourriture qu'ils ne peuvent s'assimiler, ou bien vivent rachitiques, condamnés à une vie misérable, exposés à toutes les chances de maladies, à toutes les infections, à la tuberculose, qui les vaut toutes à elle seule. M. Cyr n'a peut-être pas assez insisté sur ce tableau, que la société doit connaître afin d'y porter remède.

Les progrès de l'hygiène, la police bromatologique mieux faite tendent à faire disparaître les accidents causés par les aliments altérés ou nuisibles ; leur étude n'était pas déplacée dans l'ouvrage de M. le docteur Cyr et se trouve enrichie en particulier des découvertes récentes sur le parasitisme, la trichinose en particulier dont on a fait tant de bruit et qui, au fond, n'a peut être pas causé en France, non plus qu'en Allemagne, ces grands désastres dont on menaçait les populations.

M. le docteur Cyr envisage enfin l'alimentation dans ses rapports avec la thérapeutique, que ce soit comme alimentation proprement dite ou comme alimentation curative ; dans ces recherches, il fait preuve d'une parfaite connaissance des travaux français et étrangers, mais avouons-le, il est un nom que nous regrettons de ne pas voir citer, celui de M. le professeur Fonssagrives ; il semble cependant que les questions des indications diététiques tirées des états morbides, les diètes particulières ou régimes exclusifs ont été traités par cet auteur d'une façon si complète, avec un esprit si clair et si méthodique, que M. Cyr n'aurait pu que gagner à l'étudier, à lui faire quelques emprunts puisqu'il l'a fait pour d'autres auteurs, fort estimables sans doute, peut-être moins autorisés.

En résumé, l'ouvrage de M. le docteur Jules Cyr est un de ceux que l'on lit avec plaisir, car il est intéressant, et qu'après avoir lu on consulte de nouveau, car il est plein de faits exacts, de chiffres, de calculs empruntés aux traités spéciaux, aux mémoires épars dans les divers recueils scientifiques. L'auteur y fait preuve d'une érudition savante et d'un talent d'écrivain qui est loin de nuire à l'ensemble.

Les médecins praticiens, non moins que le public extra-scientifique, y trouveront, les uns des indications fructueuses pour l'exercice de notre art, les autres un ensemble de connaissances que nous désirons voir se vulgariser de plus en plus.

Dr G. Morache.

nombre de petits hospices situés hors de Paris, pouvant admettre douze, quinze, vingt femmes en couches, dans lesquels chaque accouchée pourrait avoir une chambre particulière.

« Je propose donc à l'Académie de soumettre cette grave question à la section d'hygiène... Le rapport de cette commission sera adressé à l'autorité compétente, qui, j'en ai la conviction intime, fera droit à une réclamation aussi légitime, appuyée par l'Académie de médecine tout entière. » (Séance du 6 avril 1858.)

M. Danyau, chirurgien en chef de la Maternité. » La suppression des hôpitaux et des services spéciaux d'accouchements, sur laquelle j'ai cru devoir insister parce que l'idée de cette suppression, qui n'est point nouvelle, ne s'est jamais produite avec autant d'autorité, serait donc très-probablement moins avantageuse aux femmes qu'on ne pense; elle serait fatale à des études que rien ne peut remplacer; elle abaisserait le niveau de l'instruction pratique des médecins, nous ramènerait, en ce qui concerne les sages-femmes, au temps des matrones, et ne serait pas moins fâcheux aux femmes indigentes des villes qu'aux pauvres femmes des campagnes. *Loin de songer à supprimer les hôpitaux d'accouchements, nous sommes d'avis qu'on doit s'occuper sérieusement d'en augmenter le nombre, seul moyen de faire disparaître de trop grandes agglomérations, de rendre les invasions de la fièvre puerpérale plus rares et les épidémies moins graves, tout en multipliaut, ce qui ne serait pas un médiocre avantage, les foyers d'instruction....*

« Paris devrait donc posséder, dans des positions bien choisies, pas trop près les unes des des autres, et aussi loin que possible des hôpitaux ordinaires, *de petites Maternités, en nombre assez considérable pour suffire aux besoins de la population indigente*, avec la moitié seulement des salles occupées.... Si l'une de ces maisons était menacée, les autres seraient réduites à un petit nombre ou tout à fait suspendues, et les femmes dirigées snr une autre...

« Si les ressources actuelles ne peuvent suffire, il faut, quels que doivent être les sacrifices, prendre son parti, d'en créer de nouvelles; car, si on ne s'y décide, il n'y aura plus à choisir qu'entre le maintien de l'état actuel, sur lequel l'expérience a prononcé, et la généralisation des secours à domicile, dont les inconvénients ne sont pas contestables et dont les avantages sont encore douteux. (Séance du 6 avril 1861.)

M. Bouillaud : « J'adopte, presque sans aucune réserve, tout ce qui a été dit, avec tant de sagesse, de prudence et d'autorité, par M. Danyau. » (Séance du 20 avril 1861.)

M. Paul Dubois rappelle les termes d'une proposition, émise en 1856, par la commission départementale de la Seine, et ainsi conçue :

« La commission départementale, considérant que des épidémies de fièvre puerpérale sévissent fréquemment, de la manière la plus désastreuse, sur les femmes admises dans les maisons d'accouchements appartenant à l'administration de l'Assistance publique, etc., émet le vœu que des mesures soient prises pour faire cesser les causes auxquelles peuvent être attribuées les affections épidémiques qui ont leur foyer dans les maisons hospitalières d'accouchements de la Ville de Paris. »

M. Dubois, résumant tout ce qui avait été dit par les précédents orateurs, rappelle qu'il existe trois propositions :

1° Supprimer les maternités, ainsi que MM. Depaul et Cruveilhier en avaient eu la pensée, et que le demande formellement M. Jules Guérin;

2° Les supprimer dans la capitale et en créer de nouvelles dans la banlieue, selon la pensée de M. le docteur Joux;

3° Créer de nouveaux établissements, selon les indications de la science, ou introduire dans ceux qui existent déjà, les améliorations indispensables à leur salubrité, aussi complète et aussi durable que la nature des choses le permet.

Après avoir discuté ces différentes propositions et en avoir montré les inconvénients ou les avantages, M. Dubois ajoute :

« Il n'en faut pas moins reconnaître la nécessité incontestable et pressante de modifier profondément les maternités actuelles. Je demande à l'Académie la permission de lui exposer en peu de mots les modifications essentielles :

« Créer en dehors des hôpitaux ordinaires, ou y annexer sans les confondre, des bâtiments capables de recevoir actuellement environ 6 à 800 femmes en couches. Diviser ces bâtiments en deux corps de logis principaux, etc.

« Cette réforme considérable que je viens d'exposer et les moyens d'exécution qui s'y rapportent ne sont pas nouveaux, je les ai fait connaître, et j'en ai proposé l'application il y a vingt-six ans! » (1)

Nous bornerons là ces citations déjà trop longues. Il ne faut pas vouloir prouver l'évidence; or, il est évident que l'opinion des médecins compétents, est faite relativement à la nécessité de modifier le système des maternités. Il n'est pas moins certain que l'administration est saisie, depuis plusieurs années, de cette question, et qu'elle a manifesté, par ses représentants officiels (Commission municipale de 1856), son désir de faire cesser un état de choses mauvais.

Nous ne nous sommes occupés que du côté moral et sanitaire, mais nous n'aurions pas moins à dire sur les défectuosités du système actuel, au point de vue de la pratique médicale et de l'enseignement.

Il n'est pas contestable que l'enseignement de l'art obstétrical est en souffrance, et tout à fait au-dessous de ce qui se passe dans les grands hôpitaux de l'étranger.

La Maternité est fermée aux étudiants, grave inconvénient. L'hôpital des Cliniques est tout à fait insuffisant, et il n'y a point ailleurs de cliniques.

Sans doute, il existe d'assez nombreux services d'accouchements dans les hôpitaux; et, ici, qu'il nous soit permis de remarquer, en passant, la singulière aberration qui a fait choisir les *hôpitaux*, c'est-à-dire des lieux forcément insalubres, pour y placer des femmes en couches. Mais, il n'y a pas d'enseignement dans ces services, et les seuls élèves qui y sont attachés, c'est-à-d're 1 sur 60 environ, peuvent compléter là leur éducation médicale. Encore faut-il dire que rien n'est disposé pour leur faciliter cette étude.

J'aborde un sujet plus délicat, et que je ne saurais traiter avec trop de prudence.

L'administration est-elle sûre que les élèves préposés aux accouchements, dans ces hôpitaux, soient suffisamment préparés à cette responsabilité par leurs études antérieures? Où auraient-ils appris les accouchements, et d'où viendrait leur expérience?

Les accouchements difficiles sont assimilables aux opérations les plus délicates de la chirurgie. Voilà le point d'où il faut partir. Or, il serait nécessaire de confier à des accoucheurs les services d'accouchements. Un médecin, si instruit qu'il soit, ne peut pas être en état d'entreprendre des opérations de chirurgie ou des accouchements; la spécialité est, ici, aussi évidente que possible, et, n'étaient certaines résistances que l'esprit de corps entretient, il n'est pas douteux que depuis longtemps les médecins des hôpitaux auraient demandé l'adjonction de médecins accoucheurs spéciaux, ainsi que cela existe à l'étranger.

Quel serait le moyen de remédier à un état de choses aussi déplorable? La création de petites maisons d'accouchement, disséminées dans Paris, et bâties dans les quartiers éloignés et salubres, ne recevant qu'un petit nombre de femmes. Ce projet le plus radical, et le plus rationnel de tous, rencontrera peut-être de grandes difficultés à son début. D'abord, se dresse la question budgétaire.

Y aurait-il une mesure transitoire qui permettrait de tout concilier? Nous le croyons. La création de services d'accouchements (services qui existent déjà), et qui seraient mis sous la responsabilité immédiate d'un chirurgien accoucheur, et la nomination d'une sage femme attachée à l'hôpital. Dans ce cas, au moins, un homme de l'art, qui toute sa vie s'est occupé de la même branche de l'art de guérir, serait responsable des faits qui se passeraient dans son service; il ferait face à toutes les difficultés opératoires qui pourraient surgir.

Peut-on, sans l'étudier et sans la pratiquer, savoir une science et un art, au double point de vue pratique et théorique? Évidemment non. Tous les chirurgiens des hôpitaux sont-ils aptes à faire des accouchements? Cela est contestable. Il faudrait qu'ils eussent fait des études spéciales. On ne s'improvise pas du jour au lendemain accoucheur; et, chose singulière, dans les hôpitaux de Paris, où la médecine et la chirurgie tiennent le premier rang, comparées à celles des pays étrangers, les accouchements, seuls, sont relégués bien loin, *et ne sont même pas pratiqués par des hommes spéciaux.* Voyez ce qui se passe à Londres, à Édimbourg, à Dublin, à Vienne, à Wurtzbourg, à Prague, etc... Les accoucheurs sont chefs de service, et dans chaque grand hôpital il existe un service d'accouchements sous la responsabilité d'un homme spécial.

Il suffirait donc, comme mesure transitoire, de confier chaque service d'accouchements à un accoucheur. Les services existent à la Pitié, à Saint-Louis, à Lariboisière, à Beaujon, à Saint-Antoine, à l'Hôtel-Dieu, à Cochin, à Necker.

CONCLUSIONS PRATIQUES

L'institution des grandes maternités est condamnée sans retour. Il n'y a pas de discussion possible sur ce point. On discute seulement sur le genre de réforme qu'il convient d'introduire, au point de vue de l'Assistance publique, dans le mode de secours offerts par la ville de Paris aux femmes pauvres qui ne peuvent pas faire leurs couches dans leur propre domicile. On peut étendre et perfectionner le système des secours à domicile, mais il y a une classe de femmes qui ne peuvent être secourues. Cette classe est très-nombreuse; elle comprend :

1° Les femmes mariées qui ne sont pas aidées par leurs maris, et qui manquent des objets les plus nécessaires et les plus indispensables à la vie;

2° Les filles-mères, si nombreuses à Paris, et qui n'ont pas, à proprement parler, de domicile, puisque presque toutes sont domestiques; or, la plupart du temps, elles n'osent avouer à leurs maîtres leur grossesse, et, d'autre part, le nombre est très-restreint, des maîtres qui sont assez charitables pour assister leur domestique enceinte.

Il ne faut donc pas songer à supprimer complétement les asiles ou lieux de refuge ouverts à ces malheureuses femmes.

Voici ce que nous proposons :

1° La suppression des grandes maternités;

2° La réduction des services d'accouchements dans les hôpitaux, à quelques lits nécessaires pour les femmes qui, étant traitées à l'hôpital y accouchent, et pour celles qui, présentant des difficultés dans l'accouchement (dystocie), rentrent dans la catégorie des grands malades ou des blessés qui doivent subir des opérations très-difficiles. En tout cas, il convient que ces accouchements soient dirigés et pratiqués par un accoucheur, comme cela se pratique à Berlin, à Heidelberg, à Vienne, à Saint-Pétersbourg, etc.

3° La création de maisons, qui seraient disposées pour recevoir des femmes en couches en petit nombre et placées dans des chambres particulières, sous la surveillance d'une sage-femme. Ces maisons, disséminées à travers la ville, suffiraient aux besoins de l'Assistance publique et seraient soumises à l'inspection quotidienne de médecins-accoucheurs spéciaux.

Cette réforme mettrait fin aux grandes et meurtrières épidémies de fièvres puerpérales, qui font périr dans la seule ville de Paris plus de 500 femmes admises dans les hôpitaux. MM. les docteurs Tarnier et Le Fort ont, dans leurs statistiques lues à la Société de chirurgie, prouvé ce que nous avançons.

Si par hasard une épidémie s'annonçait dans une de ces maisons d'arrondissement sur les femmes en couches, on l'éteindrait sur place en fermant la maison, et la fermeture de l'une de ces maisons n'entrainerait aucun embarras dans le service d'accouchements de l'Assistance publique.

On pourrait encore, et ce serait bien plus économique, prendre la mesure que conseillait M. Boinet dans son discours à la Société de chirurgie, à savoir, ouvrir dans chaque maison de secours deux à trois chambres où les femmes iraient accoucher sous la surveillance d'une sage-femme. Ce système tiendrait le milieu entre l'hôpital et les secours à domicile, et aurait le grand avantage de mettre les femmes dans les mêmes conditions hygiéniques que dans la clientèle.

(1) L'autorité qui s'attachait à la parole de M. Paul Dubois a contribué, sans doute, à entraîner l'administration dans la voie des réformes partielles, et des entreprises timides, qui se sont résumées dans la construction de la nouvelle maternité de Cochin. L'expérience a montré que cette réforme était illusoire, et nous ne doutons pas que ce système mixte ne soit, dès à présent, condamné aux yeux mêmes de l'administration.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 18 juin 1869. — Présidence de M. Lagneau.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Un numéro de la *Revue de l'hydrologie médicale française et étrangère,* 30 mai 1869.

2° Une brochure intitulée : *Jahres Bereht des Schwedischen Heilgymnastichen Institutes in Bremen,* par le docteur Axel Sigfrid Ubrich, directeur de l'Institut.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la question de la viabilité des enfants nouveau-nés au point de vue de la médecine légale.

M. CHARRIER. La définition que M. Géry père nous a donnée de l'enfant nouveau-né au point de vue de la médecine légale ne m'a pas paru suffisamment claire, et il me semble nécessaire d'établir d'une manière distincte ce qu'il faut entendre par ce terme de *nouveau-né*. Pourquoi, sans accepter ici les limites un peu trop étendues, pour ce cas particulier, que leur assigne M. Lorain, ne pas adopter celles comprenant le temps qui s'écoule depuis la naissance jusqu'à la chute du cordon ombilical? Cette chute arrive du cinquième au dixième jour au plus tard. Or, quelque variable que soit ce phénomène, il permettrait cependant d'établir quelque chose de moins vague que ce que la loi établit.

M. GÉRY père. Ce que M. Charrier vient de nous dire sur l'utilité de circonscrire la définition de l'enfant *nouveau-né*, en prenant pour limites naturelles le temps qui s'écoule depuis la naissance jusqu'à la chute du cordon ombilical, a également préoccupé les médecins légistes, Olivier d'Angers en particulier. Mais à cela, les législateurs et d'autres médecins légistes, parmi lesquels il faut citer M. Tardieu, ont objecté que du moment que ce phénomène était variable, on ne pouvait le prendre comme base fixe, et que dès lors mieux valait rester dans le vague pour la généralité des cas, laissant chaque cas particulier à l'appréciation des magistrats et des experts; en fait, on considère d'habitude comme nouveau-né l'enfant qui n'a pas vécu au delà de cinq à six jours.

M. CHARRIER. Il est une autre question dont l'appréciation me paraît encore très-difficile, c'est celle de la *viabilité*.

Ainsi, l'imperforation du rectum est rangée parmi les vices de conformation incompatibles avec la vie, et cependant, dans un certain nombre de cas, il est possible d'y remédier, de telle sorte que l'existence de ce vice de conformation laissera le champ libre à l'hypothèse.

L'encéphalocèle est encore une autre cause de non-viabilité, mais son diagnostic n'est pas toujours certain. Je me rappelle qu'étant interne à la Maternité, un enfant vint au monde avec une tumeur volumineuse située au-dessus de la racine du nez. MM. Paul Dubois et Danyau crurent à une encéphalocèle. Une observation attentive et suivie me donnait à penser que nous avions affaire à une tumeur érectile, recouverte par une peau très-épaisse. Je vaccinai l'enfant sur cette tumeur. Malheureusement survint un érysipèle qui entraîna la mort, et à l'autopsie mon diagnostic se trouva justifié.

Ce à quoi je voulais en venir, c'est que dans la question qui nous occupe, il est pour ainsi dire impossible de rien préciser d'une façon absolue.

M. DELASIAUVE. M. Géry m'a surpris, quand il a parlé de la différence de pénalité pour le meurtre de l'enfant nouveau-né et pour celui de l'enfant plus âgé. Le premier entraînant la peine de mort; le second peut n'entraîner que la peine des travaux forcés. J'avoue qu'il y a là pour moi un contre-sens.

M. GÉRY. Je répondrai d'abord à M. Charrier. M. Charrier dit qu'il est difficile d'apprécier la *non-viabilité* d'un enfant nouveau-né, et il nous cite des exemples de vices de conformation réputés incompatibles avec la vie et susceptibles, cependant, d'être modifiés, de telle sorte que la vie persiste pendant un temps plus ou moins long. A ces exemples, je pourrais en ajouter d'autres, et en particulier celui d'un monstre ectromélien venu au monde sans bras et sans jambes, qui n'en a pas moins vécu dix-huit mois. Mais il faut toujours en revenir à la définition que celui-là est viable, apte à vivre, à continuer la vie extra-utérine qui ne présente dans son organisation rien qui puisse l'empêcher de fournir la carrière nouvelle de la vie. Autrement, eût-il vécu quelques jours, il est considéré comme un enfant mort-né. Assurément, on ne contestera pas qu'il y ait des vices de conformation absolument incompatibles avec la vie, comme j'admets que parmi ceux réputés tels, il en est qui laissent prise au doute. Mais, si on ne peut pour ceux-là établir de règles rigoureusement absolues, il faut néanmoins s'arrêter à ceux formulés et laisser la latitude que les tribunaux laissent eux-mêmes pour l'appréciation des faits particuliers.

Je réponds à M. Delasiauve. Relativement à la différence de pénalité pour le meurtre de l'enfant nouveau-né et le meurtre de l'enfant passé ce terme de la vie, j'ai rappelé les textes de la loi sans avoir à les discuter. Mais ici encore l'application de la loi, loin d'être absolue, reste subordonnée aux circonstances.

M. CHARRIER. Si l'enfant réputé non viable vit néanmoins, est-il susceptible d'hériter?

M. GÉRY. Si sa vie s'est prolongée au delà d'un certain temps, l'enfant est réputé viable en matière civile.

M. GALLARD. La question que nous discutons a une grande importance au point de vue des héritages.

La viabilité doit être envisagée par rapport à l'époque de la gestation où la naissance a eu lieu, par rapport à la conformation de l'enfant.

Par rapport à l'époque de la naissance. Un enfant né avant le terme de la viabilité — et la loi, pour éviter les débats contradictoires, en a fixé les limites au commencement du septième mois, — un enfant né avant ce terme, n'est pas viable, car il vécu 3, 4, 5, 6 jours. C'est aux experts à prononcer.

Par rapport aux vices de conformation. Il en est qui excluent absolument la viabilité, bien que la vie puisse se prolonger au delà de ce que l'on pouvait prévoir. J'ai vu par exemple, un enfant anencépbale affecté d'atrophie du cœur, vivre 70 à 72 heures. Dans des conditions analogues, un enfant est déclaré incapale d'hériter.

Mais il est d'autres vices de conformation qui, d'abord considérés comme incompatibles avec la vie, peuvent, grâce aux progrès de la

cience, être heureusement combattus. Ainsi, la simple imperforation du rectum, à laquelle on remédie par une ponction ou un trocart; l'absence même du rectum, à laquelle on peut suppléer en établissant un anus contre-nature, sont des vices de conformation qui, en fait, n'entraînent pas la non-viabilité légale. Du moment qu'un seul individu aura pu vivre, grâce à ces opérations, les autres individus succomberaient-ils, qu'ils devraient être réputés viables, d'autant plus que l'on pourra trouver des procédés opératoires qui rendront les succès plus certains.

Le législateur a donc été fort sage de rester dans le vague qu'on lui reprochait, et de laisser ainsi une latitude plus grande, eu égard aux progrès possibles de l'art.

M. BRIQUET. Je ne saurais admettre les conclusions de M. Gallard. Il nous dit : voici un enfant avec une imperforation de l'anus. Si le rectum existe, mais qu'il soit seulement fermé à son extrémité inférieure, du moment qu'on peut plus ou moins facilement remédier à ce vice de conformation en établissant un orifice artificiel par une simple ponction, l'enfant est viable. M. Gallard ajoute que si le rectum manque, la non-viabilité n'est pas absolue, parce que l'on peut encore, dans certains cas, établir un anus contre-nature, et que ces cas peuvent se multiplier à mesure que la médecine opératoire fera des progrès qui rendront cette opération plus facile.

Je n'admets pas cette argumentation. La loi doit préciser en formulant, suivant la grande majorité des faits et ne s'occupant pas des exceptions.

Pour les termes qu'elle a assignés aux grossesses, elle est positive, bien que des exceptions aux règles qu'elle a formulées ne soient pas absolument rares. De même, pour la viabilité, elle ne préjuge rien, et pour en revenir à l'imperforation ou à l'absence du rectum, lorsque la médecine aura établi que, grâce à ses progrès, les succès se sont multipliés, la loi pourra être modifiée.

M. DEVILLE. Il y a quelques mois, j'ai été appelé pour vérifier le décès d'un enfant nouveau-né. Il était arrivé à cinq mois et demi. La sage-femme l'avait déclaré non-viable, et, sans plus s'en occuper, l'avait mis au pied du lit de l'accouchée, entortillé dans des couvertures. Je me le fis montrer, et apercevant des signes de vie, je le fis emmailloter dans du coton. Il vécut vingt-cinq heures.

Il y a longtemps, j'ai eu occasion de voir deux jumeaux nés à cinq mois, qui ont vécu neuf jours.

M. MOTTET. M. Gallard a envisagé la question sous son véritable jour quand il nous a dit le rôle des experts.

Les tribunaux sont toujours portés à admettre la viabilité. C'est à ceux qui contestent celle-ci de faire la preuve de la non-viabilité.

La magistrature se montre donc très-large sous ce rapport. C'est pour cela que nous ne devons pas être plus absolus dans nos définitions, et ce serait aller trop loin que de trop spécifier.

M. Mottet a de nouveau la parole pour lire un rapport sur les candidatures de MM. les docteurs Delpeuch, Foville et Tessier, au titre de membre titulaire de la Société de médecine de Paris.

Les conclusions de ce rapport seront, aux termes du règlement, mises aux voix dans la prochaine séance.

La Société procède à l'élection de M. le docteur Cortèse comme membre correspondant. M. Cortèse est élu à l'unanimité des suffrages des membres présents.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : ANTONNIN MARTIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le rapport annuel de M. le docteur Aubert-Roche, sur l'état sanitaire et médical des travailleurs et des établissements de l'isthme de Suez, constate que la population de l'isthme, qui était, en 1859, de 150 personnes, dont 25 Européens et 155 indigènes, était l'année dernière de 34,258 individus, dont 16,010 Européens et 18,248 indigènes, et s'est élevée actuellement à 42,400 habitants, dont 22,843 Européens et 19,557 indigènes.

La mortalité, sauf l'année du choléra, s'est maintenue à 1 p. 100, tandis qu'en France elle est de 2,40 p. 100.

Voici comment le docteur Aubert-Roche termine son rapport : « Depuis dix ans que nous avons commencé notre service, la santé publique a toujours été en s'améliorant, les maladies et la mortalité ont diminué. Mais à quel prix douloureux sommes-nous arrivés à ce résultat!

« Cette année, quatre de nos médecins ont encore succombé, trois sur le champ de bataille, les docteurs de Guérin, du Cayla et Terrier. Le docteur Pappathéodoro, après huit années de service, est allé mourir dans son pays. Sur les onze médecins qui, les premiers, ont participé à votre entreprise, il n'en reste plus que cinq. Le service de santé a perdu la moitié de son effectif en chefs de service. Heureusement qu'il a été le seul dont le dévouement à votre œuvre a coûté tant de sacrifices. »

— Par la dernière malle des Indes, on a appris que quelques cas de choléra avaient eu lieu à Madras. L'épidémie paraît avoir été importée par des voyageurs venant du district de Bellary. Les autorités sanitaires et municipales de Madras ont pris les mesures les plus énergiques pour empêcher l'extension du mal.

— Bonne clientèle à quinze lieues de Paris (chemin de fer), 1re année, recettes : 5,000 francs.

S'adresser pour renseignements, à Paris, chez M. le docteur Rivals, 78, boulevard du Prince-Eugène, de midi à une heure.

— A céder, après 3, 6 ou 12 mois de collaboration, une excellente position médicale à Paris. S'adresser au bureau du journal.

— La commune d'Iwuy, située dans le département du Nord, à 10 kilomètres de Cambrai, et dont la population est de 3,800 habitants, venant de perdre les deux médecins qui la desservaient, demande un docteur, qui deviendrait le médecin des pauvres et aurait un traitement de 600 francs affecté à ce titre.

S'adresser au maire de la commune.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris.— Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Demarquay, qui, dans la séance du 6 septembre, avait présenté à l'Académie les résultats de ses premières expériences sur l'action du chloral, a communiqué, dans la dernière séance, la suite de ses recherches sur ce nouvel agent. Cette fois, c'est l'homme malade qui a été l'objet de son expérimentation. Il a administré vingt fois le chloral associé au sirop de Tolu. La solution était telle qu'une cuillerée de ce sirop contenait 1 gramme de chloral. Voici les résultats principaux qu'il a constatés :

Les malades ont pris assez facilement cette préparation ; le goût n'en paraît pas très-désagréable, bien qu'elle laisse une sensation d'âcreté sensible, surtout à l'arrière-gorge. Elle n'a déterminé d'ailleurs aucun accident. La dose a varié depuis 1 gramme jusqu'à 5.

Dans ces 20 expériences, 6 ont été névatives au point de vue du sommeil. Les sujets rebelles ont été surtout des hommes. Le malade qui a pris 5 grammes de chloral est un homme de 35 ans auquel devait faire une cautérisation du genou ; on n'a pu obtenir chez lui qu'un léger sommeil de trois quarts d'heure.

D'un autre côté, avec un seul gramme de chloral, une femme affaiblie par une maladie organique de l'utérus a dormi, à deux reprises différentes, toute l'après-midi, d'un sommeil paisible.

D'où l'on pourrait conlure, d'une manière générale, que les individus affaiblis, débiles, sont bien plus sensibles à l'action de cet agent, et que la durée de son action ou la longueur du sommeil est en rapport avec cette faiblesse.

Dans 14 cas où le sommeil a été complet (12 femmes et 2 hommes), il est survenu généralement de quinze à trente minutes après l'ingestion du médicament. Le sommeil est léger et ne ressemble en rien à celui que procure le chloroforme. Le moindre bruit réveille ces malades, mais à l'instant ils se rendorment. La plus petite piqûre, une simple pression leur arrache une plainte ; ils éloignent immédiatement la partie du corps qui a été touchée ou piquée. M. Demarquay n'affirme pas qu'il y ait, dans ce cas, hyperesthésie de la peau, mais il lui paraît certain que la sensibilité tégumentaire est conservée quelle que soit l'intensité du sommeil. D'où il conclut qu'il serait impossible d'user de ce sommeil dans la pratique de la chirurgie. Toutefois il dit avoir tiré un grand parti du sirop chloral, en l'administrant à une femme, à laquelle il avait fait une opération grave ; immédiatement après le pansement, l'opérée prit 4 grammes de chloral et s'endormit aussitôt d'un sommeil qui dura toute l'après-midi.

Mais, si le sommeil fut calme et tranquille chez plusieurs de ces malades, il en est d'autres chez lesquels il fut agité, troublé par des rêves, des hallucinations ; ce fut surtout manifeste chez des femmes atteintes de maladies organiques graves et douloureuses de l'utérus, habituées à prendre des doses élevées d'opium. Dans ce cas, le sommeil fut quelquefois long, mais agité, mêlé de plaintes, et, au réveil, les malades réclamaient avec instance l'injection de morphine habituelle. Cette circonstance semblerait prouver, une fois de plus aux yeux de M. Demarquay, que si le chloral est hypnotique il n'est nullement anesthésique.

Dans les six observations négatives au point de vue du sommeil, il y a un fait qui a frappé l'expérimentateur : il est relatif à une jeune femme de vingt-trois ans, affaiblie par des pertes utérines. Elle prit 2 grammes de chloral, pour faire cesser une céphalalgie intense ; mais celui-ci, au lieu de l'endormir, détermina une excitation très-vive. La femme fut dans une sorte d'ébriété toute la journée ; elle se sentait plus forte, accusait un vif appétit ; son insomnie se prolongea jusqu'au lendemain, et fit place à une grande fatigue.

Le chloral ayant été donné à une dose relativement faible, on n'a pas eu à constater de troubles sérieux dans l'accomplissement des fonctions ; le pouls n'a varié que de quelques pulsations ; il en a été de même pour la respiration. Quant à la température animale, elle a baissé de quelques dixièmes de degré au début de l'expérience, pour remonter ensuite de la même quantité. Dans plusieurs cas, la sécrétion urinaire a paru augmentée ; quelques malades ont uriné involontairement dans leur lit.

Voici, en résumé, ce que M. Demarquay se croit fondé à dire dès à présent :

« 1° Le chloral a une action hypnotique bien marquée surtout sur les individus faibles et débilités ;

« 2° La durée de son action est en raison directe de cette faiblesse ;

« 3° Le sommeil qu'il provoque est généralement calme et n'est agité que chez les malades en proie à de vives souffrances : cela porte à le conseiller dans les maladies où l'on désire surtout amener le sommeil et la résolution musculaire ;

« 4° Enfin cet agent peut être donné à une dose assez élevée, puisqu'il ne détermine aucun accident à la dose de 1 à 5 grammes. »

Les expérimentateurs ne s'en tiendront pas là probablement. Nous avons connaissance d'expériences nouvelles qui se poursuivent en ce moment, et qui paraîtraient infirmer en quelques points quelques-uns des résultats énoncés par M. Demarquay. Il est donc prudent d'attendre avant d'admettre ces conclusions comme définitives. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de tous les faits nouveaux qui pourront se produire.

L'Académie a reçu dans cette même séance deux communications qui intéressent la physiologie : l'une de M. Lortet, sur les perturbations de la respiration, de la circulation et de la calorification à de grandes hauteurs ; l'autre, de MM. A. Bechamp et A. Estor, concernant les microzyms du sang et la nature de la fibrine.

Nous reviendrons sur ces deux communications dans un prochain numéro.

Dr B.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

La paralysie agitante et la sclérose en plaques disséminées (1).

(Leçons recueillies par M. BOURNEVILLE, interne des hôpitaux.)

Messieurs, les symptômes que nous avons décrits persistent tels quels durant un temps plus ou moins long ; puis, tôt ou tard, on voit survenir une période qui précède l'issue fatale, et que l'on pourrait appeler *période terminale*. L'affection poursuivant sa marche, la difficulté des mouvements augmentant, les malades sont obligés de rester toute la journée sur leur chaise ou même de garder tout à fait le lit. Alors la nutrition souffre, surtout celle du système musculaire. Il peut survenir, et je l'ai constaté deux fois, une véritable atrophie graisseuse des muscles. A un moment donné, l'intelligence s'obscurcit, la mémoire se perd. Les forces générales sont prostrées, les malades deviennent gâteux, des escarrhes apparaissent au sacrum. En pareil cas les malades succombent par les seuls progrès de leur affection, par une sorte d'épuisement du système nerveux, et, phénomène remarquable, à cette période terminale, on voit souvent diminuer et même cesser le tremblement, quelque intense qu'il fût auparavant.

A l'autopsie, on ne rencontre d'ordinaire aucune lésion viscérale importante capable d'expliquer la mort. On n'observe point par exemple les lésions de la pneumonie caséeuse ou de la phthisie qui, vous le savez, mettent fin si habituellement à l'existence des femmes atteintes de sclérose en plaques ou d'ataxie locomotrice progressive.

Mais, nous devons le dire, ce n'est pas peut-être le genre de mort le plus habituel dans cette maladie. En effet, la terminaison finale arrive fréquemment par le fait d'une maladie intercurrente. Trois fois Trousseau a vu la mort survenir à la suite d'une pneumonie, et moi-même j'ai noté la même chose chez plusieurs sujets atteints de paralysie agitante. Cette complication tient-elle à l'habitude qu'ont ces malades de se découvrir, même par les saisons les plus froides, en raison des sensations de chaleur intérieure qu'ils éprouvent ? Nous ne saurions l'affirmer.

N'oublions pas, messieurs, que, d'une façon générale, la paralysie agitante est une des affections graves du système nerveux dont la durée est la plus longue. Elle peut durer trente ans ; les symptômes de la troisième période seuls, ainsi que j'en ai été témoin, se prolongent même pendant quatre années.

Si j'ai insisté avec minutie sur la description symptomatologique de la paralysie agitante, c'est qu'elle constitue, encore aujourd'hui, à peu près toute l'histoire de cette affection.

Les rares autopsies pratiquées jusqu'à présent chez des individus supposés atteints de paralysie agitante sont suceptibles d'être rangées en trois groupes. Le premier renferme les cas dans lesquels on n'a rencontré aucune lésion apppréciable, malgré les explorations les plus attentives. On lit plusieurs faits de ce genre dans Canstatt, et moi-même j'en ai observé un autre également négatif. D'autres fois, on trouve mentionnées, dans les nécropsies, des lésions banales, en particulier l'atrophie cérébrale sénile ; or elle peut exister, comme on le sait, sans qu'il y ait eu le moindre tremblement.

Dans le second groupe, nous rassemblerons les observations dans lesquelles on a noté les lésions de la sclérose en plaques et que l'on a publiées sous le titre de *paralysie agitante*. Telles sont celles de Bamberger, Lebert, Skoda. S'agissait-il vraiment de la paralysie agitante ou avait-on sous les yeux le tableau clinique de la sclérose en plaques? La dernière opinion est parfaitement établie, au moins pour l'observation de Skoda. Nous reviendrons dailleurs sur ce point.

Enfin, le dernier groupe contient l'observation de Parkinson et celle d'Oppolzer. Dans l'observation de Parkinson, que cet auteur transcrit du reste de seconde main, il y avait, paraît-il, une *augmentation de volume*, avec induration *du pont de Varole, de la moelle allongée et de la portion cervicale de la moelle* ; en outre, les nerfs de la langue, ceux du bras, étaient comme *tendineux*. Ce dernier détail nécroscopique, et d'autres encore qu'il est inutile de relever nous semblent jeter des doutes légitimes sur la valeur de ce fait au point de vue anatomo-pathologique.

Quant au cas du professeur Oppolzer, il n'est guère plus concluent à notre avis, en dépit de l'importance qu'on a voulu lui accorder. A l'autopsie, on découvrit aussi une induration du pont de Varole et de la moelle allongée, attribuée, après examen microscopique, à une hyperplasie, une prolifération du tissu conjonctif. Quels sont les caractères de cette hyperplasie? A cet égard, la relation est muette. Il n'est mullement question, dans le texte allemand, de l'atrophie des éléments nerveux, non plus que des caractères de la dégénération graisseuse, deux lésions signalées, on ne sait trop pourquoi, dans la version adoptée dans sa leçon clinique, par Trousseau.

Les considérations qui précèdent nous montrent, messieurs, que la lésion de la paralysie agitante est encore à trouver (1). La *physiologie pathologique* n'est guère plus avancée que l'anatomie. Bientôt j'aurai l'occasion de vous faire reconnaître la vérité de cette assertion. Je n'insiste pas, pour l'instant, sur ce sujet, parce que je désire terminer l'histoire clinique de la paralysie agitante en vous exposant ce que nous savons relativement à l'étiologie et à la thérapeutique de cette affection. Ni l'une ni l'autre ne comportent de longs développements, la thérapeutique, moins encore peut-être que l'étiologie ; car, jusqu'à ce jour, il n'est aucune substance, aucune méthode de médication à laquelle on puisse faire honneur, je ne dirai pas d'une guérison, mais même d'un amendement sérieux dans un cas bien authentique de paralysie agitante.

Étiologie. A. Parmi les *causes extérieures* à l'individu, deux surtout méritent d'être invoquées légitimement dans un assez grand nombre de cas. C'est, en premier lieu, l'influence des violents ébranlements du système nerveux : l'effroi, la terreur, une fâcheuse nouvelle apprise tout à coup, etc. Les exemples à l'appui fourmillent dans la science, et les faits que nous avons recueillis nous-même nous obligent à ne pas conserver le moindre septicisme sous ce rapport.

Des femmes de la Salpêtrière, atteintes de paralysie agitante, interrogées par nous, beaucoup ont vu leur maladie prendre naissance au milieu des commotions politiques qui ont agité notre pays. Qu'il nous suffise de citer la femme d'un gendarme à laquelle nous avons déjà fait allusion plusieurs fois, une femme actuellement couchée au n° 2 de la salle Saint-Alexandre, qui se mit à trembler après une émotion violente occasionnée par les événements de décembre 1851. En dehors des faits qui nous sont personnels, nous relaterons : 1° un cas de M. Hillairet (rapporté dans notre mémoire) ayant trait à un père qui vit tuer son fils sous ses yeux ; 2° un autre publié par Oppolzer, concernant un bourgeois de Vienne effrayé par l'éclatement d'une bombe à ses côtés ; enfin un troisième, consigné par Van Swiéten, dans ses écrits. Il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un homme réveillé subitement par un coup de tonnerre épouvantable. Multiplier les exemples serait facile, mais n'ajouterait rien à ce que nous venons de dire. Ce qu'il importe de savoir, c'est que, chez tous ces malades, le tremblement suit immédiatement ou presque immédiatement l'influence de la cause. Celle-ci, qu'on le sache encore, n'impose aucun caractère spécial à la maladie.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 29 avril et 25 mai.

(1) Deux femmes de la Salpêtrière, offrant tous les symptômes de la paralysie agitante, que M. Charcot avait fait voir à ses auditeurs, sont mortes peu après la fin de son cours (1868). L'autopsie a été faite avec le plus grand soin. Les méninges, le cerveau, le bulbe, la moelle épinière, les principaux troncs nerveux et leur névrillemme n'ont présenté, à l'œil nu, aucune altération. Diverses sections du système nerveux ont été placées dans une solution d'acide chromique et seront l'objet d'un examen histologique ultérieur.

Notons, en second lieu, *l'action du froid humide longtemps prolongée*, action qui, aux yeux de quelques auteurs, suffit pour faire admettre l'origine rhumatismale. Toutefois, une circonstance importante plaide contre cette explication : c'est que les formes du rhumatisme articulaire aigu ou chronique se montrent rarement soit avant l'éclosion de la maladie, soit pendant son cours. Tout au plus remarque-t-on, chez les sujets qui rentrent dans cette catégorie, des douleurs rhumatoïdes ou névralgiques. Pour étayer cette opinion, nous pourrions citer une femme que nous vous avons montrée, et dont la démarche rappelle celle des grands pachydermes. Cette femme, qui fabriquait des gaufres, a demeuré pendant plus de dix ans dans un rez-de-chaussée très-humide, et la description qu'elle donne de cette habitation malsaine ne laisse aucun doute à cet égard. De plus, elle se trouvait exposée, en raison de son métier, à des refroidissements fréquents.

Il est des cas où cette cause exclusive est loin d'avoir joué, à notre avis, le rôle qu'on lui attribue. Tel est celui de Romberg, concernant un homme qui, en 1813, fut détroussé par les Cosaques par un temps de neige. Faut-il invoquer ici l'influence du froid ou celle de la terreur ?

Nous signalerons enfin une troisième cause, passée sous silence par la plupart des médecins qui ont écrit sur la paralysie agitante, à savoir l'*irritation de certains nerfs périphériques* après une blessure ou une contusion. Un fait de Door, relevé par Haas en 1852 et cité par Saunders, appartient à ce groupe étiologique. Il a trait à une fille de 19 ans qui s'enfonça une épine sous l'ongle du pied droit. Elle ressentit sur-le-champ une vive douleur, et bientôt elle eut un tremblement qui, d'abord circonscrit au pied blessé, se généralisa progressivement. Le tremblement raconte-t-on, disparut d'une façon complète. C'est là une terminaison bien exceptionnelle qui nous autorise à demander si, dans ce cas, on avait affaire à une véritable paralysie agitante.

Une malade que j'ai observée, femme d'un de nos confrères de la province, se contusionna la cuisse gauche en tombant d'une voiture. Au bout de quelque temps, il survint, dans le membre blessé, une douleur vive occupant le trajet du nerf sciatique, et peu après un tremblement de tout le membre. D'abord passager, ce tremblement devint permanent, et, de plus, s'étendit aux autres membres.

Nous sommes en droit, jusqu'à un certain point, de rapprocher du fait précédent celui d'une sage-femme atteinte aussi de paralysie agitante. Cette malade, que j'ai vue à la Salpêtrière, éprouva, pendant plusieurs années, une douleur violente localisée sur le parcours des nerfs de la jambe et du pied. Ces parties furent prises les premières de tremblement. Cette douleur, qui s'était développée spontanément, et qui, parfois, était intolérable, résista aux moyens les plus énergiques. Elle persista jusqu'à la mort de la malade, dont l'autopsie, malheureusement, n'a pu être pratiquée.

B. Nous venons d'énumérer, messieurs, les cas dans lesquels on a découvert une cause probable; mais il en est d'autres où, malgré les recherches les plus attentives, on n'arrive à aucun résultat. On en est réduit alors à l'examen des *influences prédisposantes*, qu'il nous reste maintenant à passer en revue.

Relativement à l'*âge*, nous devons faire remarquer que la paralysie agitante n'est pas, ainsi qu'on l'a avancé, une maladie de la vieillesse. Elle débute, à la vérité, après 40 ans, plus tard, par conséquent, que la sclérose en plaques disséminées. Toutefois, cette règle n'est pas absolue : on pourrait citer quelques cas où la maladie s'est montrée de bonne heure, à 16 ans par exemple, comme dans un fait qui nous a été communiqué par M. Duchenne (de Boulogne). Le *sexe* ne paraît exercer aucune action pathogénique; la paralysie agitante est aussi commune chez l'homme que chez la femme.

Nous ne possédons pas de renseignements précis sur l'*hérédité*. La paralysie agitante n'est point, à l'instar de l'ataxie locomotrice dans certaines circonstances, et de l'atrophie musculaire progressive, une maladie de famille. Les observations invoquées dans ce but se rapportent à des tremblements partiels n'ayant nulle tendance à se généraliser, et rentrant plutôt dans la classe des tics convulsifs (Lebert).

Dans cet ordre d'idées, nous inclinerions assez à penser que la race anglo-saxonne (Angleterre, Amérique du Nord) est préférablement affectée de cette maladie. Les récits que j'ai entendu faire aux médecins de ces pays, mon expérience personnelle, et surtout les renseignements qui m'ont été fournis par mon am M. Brown-Séquard, viendraient à l'appui de cette opinion.

Mais, même dans ces pays, la paralysie agitante n'est pas très-*commune*. Saunders, dans une statistique comprenant l'Angleterre et le pays de Galles, et s'étendant de 1855 à 1863, a relevé 205 cas de mort par paralysie agitante, c'est-à-dire en moyenne 22 par an (14 hommes, 8 femmes). — Disons enfin que cette maladie figure au cinquième rang, à côté de l'ataxie locomotrice, sur le tableau étiologique des infirmités traitées à la Salpêtrière.

Thérapeutique. Un mot, en terminant, messieurs, sur les moyens thérapeutiques. La paralysie agitante guérit quelquefois, cela est incontestable. Est-ce spontanément ou grâce aux agents mis à contribution? La dernière hypothèse, pour la majorité de ces cas heureux, est peu probable, car les médicaments que l'on voudrait doter de cette action médicatrice, dans d'autres ont complétement échoué. Elliotson a donné le sous-carbonate de fer, Brown-Séquard le chlorure de baryum; tous les deux o nt enregistré un succès et à côté des essais négatifs. M. Duchenne (de Boulogne) a vu également un de ses malades guérir. Ces citations montrent que la paralysie agitante n'est pas incurable. Mais nous devons reconnaître que nous ignorons quels sont les moyens employés dans ce but par la nature.

On a tout ou à peu près tout essayé contre cette maladie. Parmi les médicaments qui ont été préconisés, et que j'ai administrés sans fruit, je n'en énumererai que quelques-uns. La *strychnine*, vantée par Trousseau (*Journal de Beau*), m'a paru plutôt exaspérer le tremblement que le calmer. *L'ergot de seigle*, la *belladone*, prescrits en raison de leur pouvoir anti-convulsif, ne m'ont pas donné de résultats bien avantageux. J'en dirai autant de l'*opium*, qui, au contraire, augmente l'excitabilité reflexe et que l'on supposait capable de modérer le tremblement, en diminuant les douleurs. Dans ces derners temps, j'ai employé l'*hyoscyamine*; quelques malades, par elle, se trouvaient soulagées; son action, d'ailleurs, est simplement palliative.

Ogle a donné sans bénéfice la *fève de Calabar*. Quant au *nitrate d'argent* il nous a toujours semblé exagérer l'état convulsif, et cela est d'antant plusremarquable, que, dans la sclérose en plaques, il produit quelquefois un amendement assez marqué, et diminue l'intensité du tremblement.

Enfin nous mentionnerons l'emploi de l'*électricité*, qui, selon quelques médecins, aurait procuré plusieurs guérisons. Ce n'est pas l'électricité statique, ni les courants interrompus, qu'il convient de faire intervenir. Ces moyens avantageux, dit-on, dans la chorée, seraient demeurés impuissants contre la paralysie agitante, c'est du moins ce qui ressort de la pratique de M. Gull. Il faut se servir des *courants constants*, tels qu'on les obtient à l'aide d'une pile. Il n'est pas nécessaire, messieurs, de rappeler aujourd'hui que les effets physiologiques et thérapeutiques diffèrent singulièrement suivant que l'on fait appel à l'une ou l'autre de ces deux espèces de courants. Quoi qu'il en soit, il existe deux faits, au moins, dans lesquels ce mode de traitement paraît avoir été heureux. Le premier appartient à Remak, le second à Russell Reynolds. Il serait donc bon, l'occasion se présentant, d'avoir recours aux caurants continus. (1).

(1) Plusieurs faits nouveaux, rapportés par M. Chéron, viennent plaider, comme les précédents en faveur de l'emploi des courants continus dans la *paralysie agitante* (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, nº 18, 15 septembre 1869).

SUR UN CAS DE GANGRÈNE DU VAGIN

A LA SUITE D'UN TAMPONNEMENT AVEC LE PERCHLORURE DE FER

(Rapport de M. Léon Gros sur la note de M. Tissier.)

La note que le docteur Tissier vous a lue dans une de nos dernières réunions a pour thème un fait pratique intéressant que je dois vous rappeler en peu de mots.

Une dame de 40 ans, d'excellente constitution et de bonne santé habituelle, accouchée pour la deuxième fois huit mois auparavant, facilement et normalement, avait depuis trois semaines une métrorrhagie légère, lorsqu'elle consulta pour la première fois le docteur Tissier, au commencement de mars 1867. Le 15 mars survient, sans cause appréciable, une métrorrhagie foudroyante. Notre confrère estime à un litre et demi ou deux litres la quantité de sang perdu. C'était un mélange de caillots et de sérum sanguinolent. La malade était étendue dans un lit, sans mouvement, la face pâle, enduite d'une sueur froide et visqueuse, les extrémités glacés. Le pouls radial est imperceptible ; les battements du cœur, petits et lents ; la voix complétement éteinte. M. Tissier couvrit le ventre de compresses, froides et procéda au tamponnement du vagin, en appliquant, sans spéculum, dans le vagin, trois bourdonnets de charpie trempés dans le perchlorure de fer pur, et par-dessus, d'autres bourdonnets imbibés de perchlorure étendu de trois quarts d'eau. En même temps, il fit administrer, de dix minutes en dix minutes, quatre paquets de seigle ergoté de 25 centigrammes chaque, du bouillon froid et de la glace ; plus tard on donna du thé au rhum.

Deux heures après, la perte paraissait conjurée, et le lendemain M. Tissier enleva les bourdonnents les moins profonds ; les autres, qui avaient été trempés dans le perchlorure pur, ne furent enlevés qu'au bout de quarante-huit heures, sans que la malade ait accusé la moindre douleur pendant tout le temps de leur séjour dans le vagin.

Cinq jours après l'accident, la malade se plaint d'un sentiment de brûlure dans le vagin. Des injections émollientes entraînent un liquide qui devient de jour en jour plus petit ; puis des débris de muqueuse, et enfin, le dix-septième jour après le tamponnement, un morceau de muqueuse de 6 centimètres de longueur sur 2 de largeur.

La malade se remit lentement. Les règles apparurent pâles et peu abondantes six semaines après la perte.

Peu de jours après leur émission, M. Tissier, en pratiquant le toucher, fut arrêté, à 4 centimetres de la vulve, par un anneau fibreux, très-résistant, permettant à peine l'introduction du petit doigt ; 2 centimètres plus haut, second anneau sur lequel est accolé le col de l'utérus. Des dilatations avec l'éponge préparée et des mèches à demeure, le débridement multiple, pratiqué deux fois, furent impuissants à empêcher que les brides ne se reformassent, et il en serait très-probablement de même de tous les moyens qu'on pourrait mettre en usage.

M. Tissier ajoute connaître deux autres faits dans lesquels les applications du perchlore de fer dans l'intérieur du vagin ont amené le même accident.

Ces faits sembleraient, de prime abord, devoir faire bannir complétement l'emploi du perchlorure de fer pur de l'arsenal de la thérapeutique utérine ; mais en y regardant de plus près, en ce qui concerne le cas observé par le docteur Tissier, est-il bien sûr que l'accident survenu doive être mis tout entier à la charge du perchlorure de fer, et que le *modus faciendi* ne doive pas en assumer la plus grande part ?

Lorsqu'on manie un topique aussi fort, un véritable caustique, ne devrait-on pas apporter à son emploi plus de soin et plus de méthode ? Quelque urgent que paraisse le cas, n'a-t-on pas le temps nécessaire de procéder avec les précautions réclamées par la puissance du remède? Je ne puis m'empêcher de penser qu'en commençant par remplir les culs-de-sac du vagin avec de la charpie sèche ou imbibée de perchlorure étendu d'eau, en bornant l'application du perchlorure pur au museau de tanche seul, et en l'entourant de quantité suffisante de charpie, on aurait obtenu une action hémostatique tout aussi merveilleuse, comme le dit M. Tissier, et on n'aurait pas eu à l'acheter par une gangrène partielle de la vulve et des désordres persistants et irréparables. Ce n'est pas tout de faire *vite*, même dans les cas graves, il faut encore faire *bien*. — *Tuto-cito*. — Quant au *jucunde*, il ne me paraît pas applicable dans ce cas.

Ainsi donc, la première leçon à tirer du fait relaté par M. Tissier, est que le perchlorure de fer pur ne doit être employé dans le vagin qu'avec des précautions minutieuses, de manière à ne pas entraîner des accidents pires que le mal qui en réclamait l'usage.

Mais ici se pose une seconde question. Est-ce bien au perchlorure de fer que revient tout l'honneur de l'hémostasie, et n'avons-nous pas tous, par-devers nous, des faits d'hémorrhagie et des plus graves, puerpérales et non puerpérales arrêtées par des moyens plus inoffensifs, par ceux mêmes que notre confrère a mis en usage concurremment avec le tamponnement au perchlorure? Dans le tamponnement lui-même, sans perchlorure de fer, n'avons-nous pas un moyen bien puissant, et est-il bien prouvé que le perchlorure de fer en ait rendu l'effet plus complet?

C'est qu'en vérité je ne m'explique pas très-bien l'action du perchlorure dans ce cas. Le perchlorure agit merveilleusement, j'en conviens, et j'ai eu tout récemment l'occasion de le dire dans cette enceinte, lorsqu'il est mis directement en contact avec les vaisseaux ou les capillaires qui sont le siége de l'hémorrhagie; mais dans la métrorrhagie, ce n'est pas le museau de tanche qui est le siége de l'hémorrhagie, et le topique heureusement ne saurait pénétrer jusque dans la cavité utérine. Comment alors peut-il arrêter si merveilleusement l'écoulement sanguin ? Tout au plus peut-il coaguler le sang déjà arrêté au fond du vagin et rendre ainsi le tamponnement plus résistant ; mais, je le repète, j'attribue plus d'action au tampon lui-même qu'au perchlorure de fer dont il est imprégné, et j'y regarderais à deux fois avant de m'exposer à produire les accidents qui ont motivé son emploi dans l'observation que je discute en ce moment.

Je suis donc porté à admettre que, dans ce cas, les moyens mis en usage concurremment avec le perchlorure de fer, que le tamponnement en particulier, ont contribué pour beaucoup au prompt arrêt de l'hémorrhagie, et que le perchlorure, dans les cas de ce genre, peut sans inconvénient être laissé de côté.

M. Tissier termine sa note par quelques réflexions tendant à déterminer à quelle cause peut se rattacher l'hémorrhagie foudroyante qui faillit enlever sa malade, et par voie d'exclusion il arrive à admettre l'existence d'une métrorrhagie idiopathique ou essentielle, terme vague, sans signification, et qui ne sert absolument qu'à masquer notre ignorance. Je crois, avec M. Tissier, que cette classe d'hémorrhagies disparaîtra lorsque nous connaîtrons mieux les causes intimes d'une foule de désordres, non-seulement en ce qui concerne la pathologie utérine, mais bien celle de tous nos tissus et de tous nos organes. Mais dans le cas actuel, je ne suis pas aussi convaincu que M. Tissier, qu'il n'y ait pas quelque corps fibreux pour point de départ des accidents ; en l'absence de tout examen au spéculum, ne possédant aucun renseignement ni sur l'état d'ouverture ou d'occlusion du col, ni sur le volume de l'utérus, on comprend qu'il ne m'est pas possible de me prononcer sur ce point. Ce que je sais, c'est que j'ai observé pendant plusieurs années une dame qui a eu un grand nombre de métrorrhagies, dont quelques-unes aussi graves et aussi promptes que celle relatée par M. Tissier, et chez laquelle existait, à la partie postérieure du corps de l'utérus, une tumeur fibreuse, qu'on pouvait parfaitement sentir et délimiter par le toucher aural. Cette tumeur avait été méconnue pendant longtemps, et une consultation écrite, qui me fut communiquée, portait aussi comme diagnostic : *Métrorrhagies essentielles*. Avec la ménopause, la tumeur diminua graduellement de volume, et aujourd'hui il n'en reste pas vestige. Inutile d'ajouter que les pertes utérines ont également cessé.

Je ne m'arrêterai pas longtemps sur l'idée émise par notre confrère, d'utiliser l'action caustique du perchlorure de fer pour produire à volonté des brides vaginales et maintenir ainsi certaines chutes de matrice ou certaines déviations utérines. La thérapeutique chirurgicale possède, pour arriver au même résultat, des moyens plus sûrs et dont l'effet peut être mieux mesuré et plus méthodiquement assuré.

Je terminerai donc ici ce trop long rapport. Vous avez d'ailleurs déjà pu apprécier le confrère qui sollicite son admission au milieu de vous. La seconde communication, comme la première, vous le dépeint comme un praticien consciencieux, éclairé et, qualité inappréciable à mes yeux et aux vôtres aussi, j'en suis convaincu, parfaitement véridique dans ses communications scientifiques.

DE LA FIÈVRE TYPHOIDE OU ADÉNOPATHIE TYPHIQUE

par M. le docteur Banoston (de Montmoreau) (1).

(Conclusion.)

1º La gravité des symptômes dans la fièvre typhoïde s'explique *par l'étendue des lésions anatomo-pathologiques, pourvu qu'on réfléchisse à la perturbation survenue dans les fonctions phisiologiques des organes lésés.*

2º La fièvre typhoïde n'est pas le résultat d'un empoisonnement du sang. Les symptômes graves qui constituent l'état typhoïde ont contribué à propager cette erreur. Mais puisqu'ils ressemblent aux phénomènes de l'inanition, il est inutile d'en appeler à une putridité imaginaire.

(1) Brochure in-8º 1868.

3° La modification survenue dans la sécrétion des organes lésés qu'il y ait altération dans la qualité ou diminution dans la quantité des liquides sécrétés, est accompagnée d'un trouble évident dans les phénomènes de la digestion.

4° Le trouble de la digestion, l'inappétence remplacée quelquefois par un appétit vorace non réparateur, détermine à son tour un trouble de la nutrition dont la stupeur et l'état typhoïde sont l'expression. L'inappétence est le premier acte de ce drame appelé état typhoïde, qui, par sa durée variable, par sa physionomie, ne peut être assimilé qu'aux phénomènes de l'inanition.

5° Dans l'état actuel de la matière médicale, l'iode (iodure de potassium) est en raison de ses propriétés physiologiques, le meilleur modificateur des adénopathies typhiques.

LIT-ABRI

Proposé par le docteur Judée.

Le bruit qui se fait à propos des hôpitaux sous tentes met le docteur Judée dans la nécessité de parler dès aujourd'hui de la tente qu'il a imaginée, il y a déjà longtemps, mais qu'avant de soumettre à l'appréciation du public, il aurait voulu encore expérimenter avec soin. Il l'a appelée Lit-Abri, parce que ce n'est pas une tente à proprement parler, mais bien une espèce de lit recouvert d'une toile qui le garantit de l'action des agents extérieurs.

La charpente du Lit-Abri (fig. 1) se compose d'abord de quatre tra-

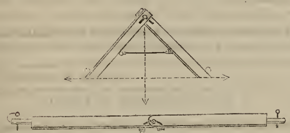


Fig. 1. — Charpente du Lit-Abri.

verses de bois, ayant chacune 90 centimètres de long, 4 centimètres de large, 250 millimètres d'épaisseur et réunis deux à deux par une de leurs extrémités, de manière à pouvoir s'écarter assez pour permettre à une tringle en fer de servir de support à la *couchette*; ensuite d'une flèche ou grande traverse ayant 1m50 de longueur et, comme largeur et épaisseur, celles des traverses précédentes; destinée à maintenir dans une position fixe les quatre traverses de bois dont il vient d'être question, elle servirait aussi à soutenir la toile de tente. Dans le cas où l'on tiendrait à faciliter le transport du Lit-Abri, cette flèche, au lieu d'être d'un seul morceau, serait formée de deux, s'articulant entre eux, au moyen d'un ressort pouvant reprendre sa véritable longueur, lorsqu'on aurait besoin d'en faire usage.

Les deux tringles en fer qui doivent porter la couchette, mesurant 50 centimètres en largeur, de la grosseur du doigt, seraient pourvues à chacune de leurs extrémités d'un anneau; l'un de ces anneaux servirait à les maintenir fixées environ 51 centimètres au-dessus du niveau du sol à l'une des traveres du Lit-Abri, l'autre à recevoir à la même hauteur le crochet qui se trouve planté à cet effet dans la seconde traverse du même côté.

La *couchette* (fig. 2), ainsi tendue au moyen de deux tringles en

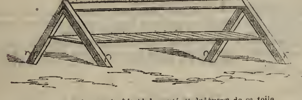


Fig. 2. — Aspect du Lit-Abri monté et dépourvu de sa toile.

fer, serait simplement constituée par une pièce de forte toile, large de 49 à 50 centimètres, longue de 150 centimètres, garnie dans le sens de sa largeur de coulisses capables de recevoir les susdites tringles en fer.

Enfin, la toile imperméable (fig. 3), qui recouvrirait le tout à la

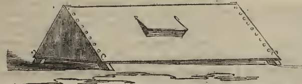


Fig. 3. — Lit-Abri recouvert de sa toile.

façon de celle des tentes, serait retenue appliquée sur la charpente du Lit-Abri au moyen de crochets disposés à cet effet sur chaque traverse en bois.

Quand on voudrait que la seconde moitié de la toile ne vînt pas clore complétement la tente, il suffirait, ou bien de rabattre cette toile sur le côté du Lit-Abri qui en serait recouvert, ou bien encore de l'étendre sur une seconde flèche en bois de 150 centimètres aussi de longueur, soutenue sur deux piliers en bois, ainsi que l'indique la figure 4.

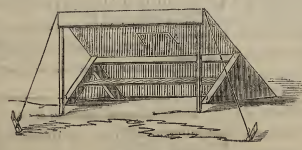


Fig. 4. — Tente ouverte.

Ce modèle de tente, au point de vue de l'hygiène militaire, a l'avantage sur les tentes actuellement en usage, en même temps que d'être très-portatif, de ne pas obliger les soldats malades ou blessés à coucher en campagne au nombre de huit, quelquefois de douze sous la même tente, étendus à terre sur un peu de paille lorsqu'on peut s'en procurer; ce contre quoi s'est élevé le professeur Piorry au nom de l'humanité avec tant de raison, dans son ouvrage de *la Médecine du bon sens*. Elle permet de plus, en cas d'épidémie, l'*isolement* sur l'efficacité duquel il paraît difficile aujourd'hui d'élever le moindre doute, après tout ce qui a été dit à ce sujet dans ces derniers temps.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 3 juillet 1869. — Présidence de M. Lagneau.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire.

La commission a présenté dans l'ordre suivant :

1° M. Foville;
2° M. Delpeuch ;
3° M. Tissier.

Le nombre des membres présents étant de 27, la majorité absolue est de 14.

M. Foville obtient	18 suffrages.
M. Delpeuch....	5 —
M. Tissier.......	4 —

M. Foville ayant obtenu la majorité absolue, est élu membre titulaire de la Société.

Deux vacances sont déclarées dans le sein de la Société.

La suite de l'ordre du jour appelle la discussion à propos du rapport lu dans l'avant-dernière séance, par M. le docteur Léon Gros, *Sur l'emploi du perchlorure de fer comme topique dans le traitement des hémorrhagies utérines*.

M. Gros. Je rappellerai en peu de mots ce dont il s'agissait dans le rapport que j'ai eu l'honneur de vous lire.

M. le docteur Tissier nous avait communiqué l'observation d'une femme chez laquelle il avait employé, pour combattre une métrorrhagie grave, l'application sur le col de l'utérus d'un tampon imbibé de perchlorure de fer. Ce tampon avait été laissé en place pendant quarante-huit heures. Après ce temps, les parties génitales étaient devenues le siége d'un écoulement fétide, et lorsqu'on enleva l'appareil, on trouva une gangrène du vagin dont la membrane muqueuse, exfoliée en deux points différents, se cicatrisa en formant des brides qui rétrécissaient le conduit, de telle sorte que dans un de ces points on pouvait à peine introduire l'extrémité du petit doigt.

Je concluais en disant : 1° que l'emploi du perchlorure de fer pour arrêter les métrorrhagies utérines était un moyen auquel il ne fallait avoir recours qu'après en avoir tenté d'autres, et 2° qu'alors qu'on était forcé d'y recourir, il ne fallait le faire qu'avec une excessive prudence, en ayant soin de porter directement sur le col le tampon chargé d'une quantité suffisante de liquide, et de le porter à l'aide du spéculum de façon à préserver la membrane muqueuse vaginale du contact de ce caustique.

M. Giraldès. Il serait à désirer que les observateurs qui rapportent des faits analogues à celui en question, voulussent bien indiquer la densité du perchlorure qu'ils ont employé. En effet, à 40 degrés, le perchlorure est un caustique énergique pour certains tissus, tandis qu'il l'est beaucoup moins à 30 degrés. On comprend dès lors que le premier produise des accidents que le second n'amène pas.

Je ne crois pas que la question se représente de nouveau à l'ordre du jour, car autrement, en revenant sur une discussion qui s'est élevée à ce sujet, il y a quelque temps ici, j'aurais à dire qu'une lettre de M. le docteur Fleury (de Clermont) a contredit absolument les faits de son confrère M. Bourgeard.

M. Charrier. Je crois, ainsi que M. Gros, que les applications de perchlorure de fer dans le traitement des métrorrhagies sera un moyen auquel il ne faut recourir qu'en dernier ressort.

Indépendamment des autres médications connues pour combattre ces accidents, il en est une que j'ai eu occasion d'employer plusieurs fois et que, sur mon indication, M. Tarnier a signalée dans la dernière édition du *Traité des accouchements*, de Cazeaux. Il consiste à appliquer sur le col un pessaire en caoutchouc, un pessaire à air, dans lequel on injecte, de façon à le distendre, de l'eau froide, et même, suivant les cas, de l'eau glacée.

Ce moyen hémostatique, d'un facile maniement, m'a rendu de réels services dans des métrorrhagies, et même dans des hémorrhagies dépendant d'une insertion du placenta sur l'orifice. Je n'ai jamais vu les accidents ne pas céder à l'emploi de cette médication; tandis que l'on comprend que le perchlorure ne pourrait être appliqué topiquement dans ces métrorrhagies au moment de l'accouchement.

M. Voisin. Dernièrement, dans le service que je dirige à Bicêtre, un des élèves internes appelé pour arrêter une hémorrhagie vésicale, crut pouvoir faire une injection avec la solution de 15 grammes de perchlorure de fer à 30 degrés dans 40 grammes d'eau. Le malade fut pris d'accidents terribles, et succomba quarante-six heures après dans d'atroces douleurs. A l'autopsie, nous trouvâmes la membrane muqueuse gangrenée, ne présentant plus sur toute sa surface qu'une pulpe rougeâtre, et des perforations qui s'étaient produites avaient amené une infiltration immense dans le tissu cellulaire environnant.

M. Mercier. J'ai essayé les injections de perchlorure de fer dans les hématuries. Quoique j'aie toujours procédé avec une excessive réserve, la solution dont je me servais étant de 20 à 30 gouttes du sel ferrique dans un grand verre d'eau, j'ai toujours remarqué que ce moyen était des plus douloureux, provoquant des coliques atroces et un ténesme extrêmement penible.

J'ai également eu recours au même médicament dans les hémorrhagies utérines; une fois entre autres, chez une malheureuse femme pour laquelle on avait inutilement épuisé tous les moyens habituels. Elle était exsangue et sa vie semblait sérieusement menacée. Je fis un mélange à parties égales de perchlorure de fer à 30 degrés et d'eau, que, à l'aide d'une petite sonde introduite à travers le col, j'injectai dans la cavité utérine, en allant très-lentement, de façon à éviter les accidents qui résultent du passage du liquide par les trompes. L'hémorrhagie s'arrêta instantanément, et la femme revint à la santé.

M. Durosiez. La formule ordinaire des médecins dans l'emploi du médicament en question, est la solution au tiers du perchlorure à 30 degrés. Je n'ai jamais vu, pour ma part, d'accidents en résulter, mais je demanderai à mes collègues s'ils trouvent quelque inconvénient à ce dosage?

M. Gallard. J'ai fait un grand usage du perchlorure de fer comme topique, principalement dans les affections utérines, non-seulement pour arrêter les hémorrhagies, mais encore pour combattre les affections carcinomateuses. J'ai eu l'honneur de vous lire à ce sujet un mémoire que vous avez pu oublier, mais dont je dois garder le souvenir, car il m'a valu l'honneur que vous m'avez fait de m'admettre au milieu de vous. Or, dans toutes les circonstances où j'ai eu recours à ce médicament, c'est toujours le perchlorure à 30 degrés que j'employais. Il est indispensable de bien s'entendre à ce sujet.

Si j'y insiste aujourd'hui, c'est que dernièrement j'ai été témoin d'un accident qui porte avec lui son enseignement. Appelé à arrêter une hémorrhagie produite par un ulcère variqueux, j'envoyai chercher dans la pharmacie voisine du perchlorure de fer. La solution était tellement concentrée, que le lendemain, quand j'enlevai l'appareil, la place de l'ulcère était occupée par une plaque de sphacèle qui donna lieu à une plaie assez considérable, dont le malade ne fut guéri qu'en quinze jours ou trois semaines. Jamais le perchlorure de fer à 30 degrés ne m'a paru assez caustique pour déterminer semblables accidents; et, je le répète, j'en ai fait, j'en fais encore un fréquent usage; jen ai même introduit à l'aide d'un pinceau dans la cavité du col et jusque dans l'utérus, et comme je n'en avais vu résulter rien de fâcheux, je ne craignis pas d'en injecter dans la cavité de la matrice. Toutefois, je dois dire que les hémorrhagies n'ont pas cédé, comme je l'espérais, et que ces injections ont provoqué des douleurs plus vives que celles que provoquent la solution de nitrate d'argent au tiers et la teinture d'iode.

Quant à appliquer un tampon imbibé de perchlorure de fer sur le col et à le laisser en place, je ne l'ai jamais fait et je partage entièrement l'avis de M. Gros sur les inconvénients de cette manœuvre, et sur la nécessité, lorsqu'on y a recours, de porter le tampon au moyen du spéculum et de ne se servir que d'une solution très-faible comme celle dont parle M. Durosiez. Pour ma part, la solution que j'employais était plus faible encore : 10 grammes de perchlorure pour un litre d'eau. Cette solution en injections réussit quelquefois, — je vous rappelle cependant les douleurs qu'elle provoque, — mais je me demande si c'est bien le perchlorure qui agit, pour opérer la suspension de l'hémorrhagie, ou si ce n'est pas tout simplement l'eau froide dans laquelle il est dissous.

Cette eau froide, je l'ai employée avec avantage, non pas de la façon que nous a indiquée M. Charrier, mais en injections avec l'appareil de M. le docteur Clausière (d'Angoulême). Cet appareil, que j'ai eu occasion de vous montrer, consiste, comme vous le savez, en une sorte de petite vessie en caoutchouc que l'on introduit dans le col qu'elle dilate; elle est munie de deux conduits, de telle sorte qu'on établit ainsi un courant continu dans la cavité utérine. Quelque ingénieux et utile qu'il soit, cet appareil, je dois l'avouer, est plus séduisant en apparence que d'une application facile. En effet, il est difficile à maintenir et tend à se déplacer au moindre mouvement.

Je me résume. Le perchlorure de fer est incontestablement un médicament utile dans certains cas, mais le plus généralement, l'eau froide est un meilleur moyen.

M. Blondeau. Je demanderais à M. Gallard s'il a eu occasion d'employer dans les hémorrhagies utérines les injections d'eau très-chaude. Trousseau vantait beaucoup ce moyen, dans les hémorrhagies des membranes muqueuses et notamment dans les épistaxis.

M. Gallard. Je n'ai jamais employé cette médication.

M. Giraldès. On ne peut pas dire d'une manière absolue que le perchlorure de fer à 30 degrés ne détermine pas d'accidents de gangrène. Il faut distinguer l'état des tissus sur lesquels il agit. Appliqué sur une membrane muqueuse dépouillée de son épithélium, il produit une cautérisation plus ou moins profonde; il n'a aucune action caustique sur une membrane muqueuse dont l'épithélium est intact. Il en est de même pour la peau. Sur la peau recouverte de son épiderme, il ne cautérise pas; il cautérise la peau dépouillée, par un vésicatoire par exemple.

M. Richard. Peut-on contester l'incontestable utilité du perchlorure de fer parce qu'il n'y a pas de jours, pour ainsi dire, où nous ne soyons appelés à parer aux accidents qu'il a produits? Le plus grave des inconvénients qu'entraîne la mauvaise application de ce remède, est l'impossibilité où il nous met d'agir contre les accidents auxquels on a voulu parer. Ainsi, dans une hémorrhagie, une application antérieure de perchlorure rend difficile l'emploi des autres moyens, si cette hémorrhagie vient à se reproduire.

Le danger du remède n'est pas, à mon avis, dans la densité plus ou moins élevée de la solution, mais bien dans le mode d'emploi qu'on en a fait; cet emploi doit être très-méthodiquement mesuré. Il faut ne toucher que la partie même sur laquelle on doit porter le perchlorure, après avoir eu soin d'étancher, aussi bien que possible, préalablement, le sang qui s'écoule, et, pour ne toucher que ce point, l'entourer de charpie sèche. Ces précautions sont absolument nécessaires, surtout dans le traitement des maladies de femmes, ce sont celles que prennent constamment MM. Marion Sims et Kœberlé, dont l'expérience et l'habileté en pareille matière sont connues. Pour porter le perchlorure de fer sur un col utérin, ces messieurs en imbibent un tampon de charpie, qu'ils expriment de façon à ce qu'il n'y ait pas de liquide en excès, et qu'ils laissent appliqué après l'avoir entouré de charpie sèche, de façon à protéger les parties voisines.

En l'employant avec cette discrétion et cette réserve, on en obtient de réels succès.

M. Boinet. M. Richard nous parle de tampons laissés à demeure, mais cette pratique a des inconvénients, la charpie se collant aux parties avec lesquelles elle est en contact, et une nouvelle hémorrhagie pouvant se produire quand on veut l'enlever. Aussi est-il plus simple de porter le perchlorure de fer à l'aide d'un pinceau de blaireau imbibé de la quantité suffisante de liquide pour badigeonner les parties d'où s'écoule le sang.

M. Richard. M. Boinet entend bien que lorsque je parle du tampon laissé à demeure, je veux dire qu'on ne le laisse pas plus de quinze à vingt minutes. Du reste, M. Kœberlé, dont je rappelais la prati-

que, absterge avec une éponge un peu molle les parties qui donnent du sang (je parle de ses ovariotomies), et quand la place est complétement abstergée, il porte dessus le perchlorure de fer, simplement à l'aide de son doigt, qu'il maintient en place pendant quelques instants.

M. LAGNEAU. On a beaucoup discuté cette question des applications de perchlorure de fer, et l'on a généralement conclu, ainsi que plusieurs de nos collègues viennent de le faire, à la nécessité de n'employer que la solution à 30 degrés; mais cette solution elle-même présente des différences quant à sa causticité.

M. GIRALDÈS. Elle est caustique quand elle est acide.

M. LAGNEAU. C'est seulement là l'observation que j'allais faire.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : Dr BLONDEAU.

CORRESPONDANCE

Très-honoré confrère,

Le docteur Ollier, dans le numéro du 21 août de votre estimable journal, a publié une note sur la *Castration du cheval chez les Arabes*. Il déclare ignorer la composition du topique que les indigènes emploient dans cette circonstance. Permettez-moi de vous renseigner à cet égard.

J'ai assisté à une opération semblable, qu'avec juste raison notre confrère annonce comme se pratiquant rarement chez les Arabes. Le topique qu'ils emploient pour amener la cicatrisation de la plaie est une espèce de pâte brune composée comme suit :

On pile avec beaucoup de soin des feuilles de henné très-sèches, jusqu'à ce qu'elles soient réduites en poudre assez fine, puis on fait une pâte avec cette poudre, du miel et de l'eau chaude.

Le henné n'est autre chose que le *lawsonia inermis*, de la famille des lythrariées. Ce sont les Égyptiens qui ont donné ce nom à cette plante, et les Arabes le lui ont conservé. Ils en font un très-grand usage pour se teindre la paume des mains et la plante des pieds. Ils s'en appliquent sur toutes les parties du corps pour toute espèce de maladies; ils agissent de même vis-à-vis de leurs animaux. Cette plante ne m'a paru contenir aucune quantité notable de tannin et ne mérite pas en réalité la confiance que les indigènes lui accordent. J'ai porté souvent mon attention sur cette pratique, à laquelle je n'ai vu produire aucun résultat sérieux. L'application sur les téguments, de cette plante réduite en poudre et mêlée à un peu d'eau chaude, développe une teinte jaune-orange plus ou moins foncée : c'est d'un beau-laid remarquable.

Dr LOUIS GAUCHER,
Médecin de l'hôpital de Aïn-Témouchent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Traitement des maladies de l'oreille (deuxième édition, refondue et complétée par une *Étude sur l'anatomie et la physiologie de l'oreille, envisagée au point de vue de leurs applications pratiques*, et suivies d'une *Méthode complète d'otoscopie*), par M. le docteur COUSIN. — 1 vol. grand in-18 avec gravures intercalées dans le texte. 1870. Prix cartonné : 3 fr. 50.

Introduction à l'étude des maladies de l'oreille, comprenant l'anatomie et la physiologie de l'appareil auditif, par M. le docteur COUSIN. — Broch. gr. in-18 de 60 pages. Prix : 1 fr.

De l'organisation de l'assistance publique à Lyon et de l'opportunité d'introduire l'élément médical dans le sein de l'administration hospitalière, par M. le docteur PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Brochure gr. in-8°. Prix : 1 fr. 50.

Traité de la manie raisonnante, par M. le docteur CAMPAGNE, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Montdevergnes (Vaucluse). (Ouvrage couronné par la Société médico-psychologique de Paris). — 1 vol. in-8°. Prix : 8 fr.

Etude clinique de l'emploi et des effets du bain d'air comprimé, par M. le docteur Eugène BERTIN, 2e édit. — 1 vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50.

De la sclérose en plaques disséminées, par BOURNEVILLE et GUÉRARD. *Nouvelle étude sur quelques points de la sclérose en plaques disséminées*, par BOURNEVILLE, avec 10 figures intercalées dans le texte et 1 planche en chromolithographie. — 1 vol. in-8°. Prix : 4 francs.

Essai sur l'endocardite puerpérale, par le docteur DECORNIÈRE. — 1 vol. grand in-8°. Prix : 2 fr. 50.

Compendium des maladies de la peau et de la syphilis, par le docteur CAZENAVE, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2e livraison avec 1 planche coloriée. — Prix : 3 francs.

De quelques accidents de la lithiose biliaire. Anomalies de la colique hépatique. Fièvre intermittente symptomatique. Angiocholite calculeuse. Ictère chronique et ictère grave, par le docteur Jules MAGNIN. — In-8°. Prix : 2 fr. 50.

Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie. Tome quatrième de la quatrième série. Année 1867.

Des perforations intestinales dans le cours de la fièvre typhoïde, par le docteur A. MORIN, ancien interne des hôpitaux. — 1 vol. in-8°. Prix : 1 fr. 50.

De l'infection purulente. Examen des principales théories, par le docteur Alfred DIBOS. — Thèse in-4°. Prix : 1 fr. 50.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris.— Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance a été à la philantropie, à ces devoirs publics « qui grandissent la mission du médecin », comme le disait récemment M. Tardieu dans une communication quelque peu extra-scientifique qui a eu un certain retentissement. M. Delpech, chargé avec M. Guérard de répondre, au nom de l'Académie, à une demande d'avis du ministre relative à l'hygiène des crèches, a lu hier un long rapport, que l'assistance a écouté avec intérêt. Chargée d'examiner la question générale de l'hygiène des crèches, la commission l'a étudiée à tous les points de vue. Elle a déclaré, par l'organe de M. le rapporteur, qu'au point de vue des conditions hygiéniques qu'elle réalise pour les enfants âgés de moins de deux ans, auxquels elle est destinée, la crèche constitue un progrès réel et un bienfait pour la classe ouvrière. Aussi a-t-elle exprimé l'avis qu'il y a lieu d'en favoriser la généralisation dans les communes habitées par des populations ouvrières, — sous certaines conditions, toutefois. Les principales de ces conditions sont de se conformer aux règlements existants ou à des prescriptions administratives spéciales, comme, par exemple, de n'ouvrir une crèche qu'autant qu'une commission administrative et médicale aura constaté la salubrité du local choisi et les ressources dont elle dispose; de n'y recevoir que des mères-nourrices travaillant hors de chez elles, et de n'y admettre les enfants que sur la présentation d'une attestation de bonne santé et d'un certificat de vaccine (il n'est pas dit dans le rapport si ce devra être la vaccine jennérienne ou la vaccine animale); de fixer le nombre des enfants en raison de l'étendue du local choisi; de confier à un médecin le soin de prescrire l'époque du sevrage et de surveiller l'alimentation supplémentaire, etc.

Il y a là tout un programme de menus détails de pratique qui ont tous leur importance, et que l'Académie sanctionnera sans doute de son autorité. L'Académie s'associera aussi, comme le corps médical tout entier, aux justes éloges que M. le rapporteur a décernés au promoteur de l'institution si utile des crèches, M. Marbeau.

Cette question de la généralisation des crèches se rattachait trop directement à celle de l'hygiène des enfants nouveau-nés, pour ne pas l'y annexer, ainsi que l'a proposé M. le président. La discussion des deux questions pourra donc marcher parallèlement.

Après M. Delpech, M. Boudet : l'ordre du jour était d'accord cette fois avec l'ordre logique.

Commençons par constater que M. Boudet a eu le bon goût de ne point chercher à relever certaines allusions de M. Blot. Trop préoccupé des graves intérêts dont il s'est constitué si chaleureusement le défenseur depuis trois ans, il n'a pris à partie M. Blot que sur le fond même de son rapport, dont il s'est attaché à démontrer l'insuffisance et auquel il a nettement refusé son assentiment, le rapporteur, suivant lui, ne s'étant pas rendu un compte suffisant de la tâche qui lui avait été confiée. M. Blot, a-t-il dit, a suivi un système qui n'est en rapport ni avec les antécédents de l'Académie, ni avec la gravité du sujet, ni avec les faits considérables révélés par l'enquête administrative. Il a cru que, l'enquête étant faite, le but de l'Académie était atteint, et qu'elle n'avait plus qu'à présenter au gouvernement le projet de règlement et d'instruction, laissant à la commission administrative le soin d'achever l'œuvre. Ce serait, aux yeux de M. Boudet, une sorte d'abdication de la part de l'Académie. Il pense, contrairement à son collègue, que le gouvernement et la commission administrative attendaient autre chose d'elle, et qu'il était de son devoir de faire connaître la situation exacte qui ressort des résultats de l'enquête.

Ce que n'a point fait M. le rapporteur, M. Boudet s'est proposé de le faire. Il ressort des chiffres énoncés dans son travail, que la mortalité des enfants placés directement en nourrice par leurs familles, est très-supérieure à celle des enfants placés soit par les bureaux particuliers, soit par le bureau municipal et les hospices; que l'existence des petits bureaux, si imparfaitement organisés qu'ils soient, ainsi que celle du bureau municipal, est un bienfait pour la population parisienne; que la surveillance, même très-imparfaite, est efficace et qu'il faut bien se garder, dans l'espèce, de mettre en pratique la maxime du laisser-faire et du laisser-passer.

La discussion sera reprise dans la prochaine séance par M. Devilliers, qui, partageant l'opinion de M. Boudet sur l'insuffisance du rapport, a déjà proposé dans l'une des précédentes séances, un contre-projet de réglementation dont nous exposerons prochainement les dispositions principales.

M. Blot ne répondra qu'après tous les orateurs qui ont des objections à faire à son rapport.

A propos de la question de la vaccine, dont la discussion est forcément ajournée par l'absence de M. Depaul, M. Roger a communiqué à l'Académie un document nouveau, une lettre de M. Clausmadeuc fils, qui déclare parfaitement exacts tous les faits énoncés par MM. Depaul et Roger, contrairement aux appréciations contenues dans la thèse de M. Bourdais.

M. Boinet, à la fin de la séance, a présenté une malade opérée avec succès, à dix mois d'intervalle, de deux kystes de l'ovaire : nous publierons la relation de ce fait.

Dr BROCHIN.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY
Du cancroïde du pavillon de l'oreille.

Les maladies de l'organe de l'ouïe ne sont certainement pas rares; mais celles qui, dans ce nombre, affectent plus particulièrement le pavillon de l'oreille, en revêtant les caractères du cancroïde, sont assez peu fréquentes pour fixer l'attention sur ce sujet quand l'occasion s'en présente. J'ai eu tout dernièrement à observer un pareil fait dans mon service de la Maison municipale de santé, et mon interne, M. Rigaut, l'a reproduit dans les termes suivants :

OBS. — *Cancroïde du pavillon de l'oreille.*

X... âgé de 70 ans, entre à la Maison municipale de santé dans le service de M. Demarquay, le 12 juillet 1869. Malgré son âge, cet homme est encore assez robuste.

Il y a trente ans, on lui a fait l'amputation de la jambe pour une tumeur blanche du coude-pied. A la main gauche, les deux dernières phalanges du doigt indicateur ont été enlevées à la suite d'une carie de cet os. Il a donc eu des accidents scrofuleux assez graves.

Il n'accuse aucun antécédent cancéreux dans sa famille. Au mois de février dernier, il a eu une hémiplégie à droite, de laquelle il reste encore maintenant un léger affaiblissement.

Depuis deux ou trois ans, il avait, à la partie moyenne de l'hélix, du côté gauche, une petite verrue qu'il arrachait souvent avec l'ongle et qui se reproduisait ensuite, toutefois sans augmenter de volume. Plusieurs fois il l'a cautérisée lui-même avec l'acide nitrique.

Mais il y a sept ou huit mois, cette petite tumeur s'est étendue; elle a changé d'aspect. Sous l'influence de l'irritation de l'ongle et de l'acide nitrique il s'est formé une croûte brunâtre dont la base est dure et dense.

Si l'on enlève cette croûte avec l'ongle, la surface ulcérée, rougeâtre, devient un peu douloureuse, et elle est le siége d'un écoulement de sang. D'abord grosse comme un haricot, elle acquiert bientôt un volume double et même triple.

L'application de pommades irritantes et la cautérisation au perchlorure de fer, conseillées par le médecin, n'entravent point les progrès de la lésion.

A l'entrée du malade dans le service, on constate sur l'hélix de l'oreille gauche une tumeur allongée, occupant un peu plus de la moitié supérieure de la circonférence externe du pavillon de l'oreille, ayant 6 centimètres de long sur 1 1/2 de large; elle est cependant plus large à la partie moyenne qu'aux extrémités. La base en est indurée et adhère au cartilage; le relief de la tumeur, à la surface de l'hélix, est à peine d'un demi centimètre. Les bords sont bien limités, durs, rougeâtres; ils avancent en avant sur la racine de l'hélix. La surface est rugueuse, mamelonnée, irrégulière; elle présente par places de légères anfractuosités, et elle est recouverte de croûtes, noirâtres à la partie supérieure, grisâtres à la partie inférieure; du reste, il n'y a pas de suintement; elle est complétement sèche.

Cette tumeur n'est jamais le siége de douleurs marquées; le toucher, la pression, ne sont point sensibles. Quand on enlève les croûtes qui en recouvrent la surface, celle-ci est ulcérée, et exposée au contact de l'air; à peine le malade perçoit-il alors en ce point quelques légers picotements. Quelquefois cependant, dit-il, il a éprouvé quelques élancements tout autour de l'oreille, mais jamais sur le point affecté.

L'état général n'est d'ailleurs pas mauvais, à part quelques troubles cérébraux consécutifs à son attaque d'apoplexie. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

Les caractères de cette tumeur sont trop nettement accentués pour permettre un seul instant de doute sur sa nature; aussi poset-on immédiatement le diagnostic : cancroïde du pavillon de l'oreille.

M. Demarquay, en présence de ce fait, se propose d'exciser, avec les ciseaux, toute la partie de l'hélix sur laquelle repose la tumeur; mais, effrayé de cette opération, quelque bénigne qu'elle doive être, le malade quitte la Maison de santé peu de jours après son entrée.

Si concluant que puisse être ce fait, au point de vue doctrinal, il n'eût pas été sans intérêt de voir quelles eussent été les conséquences du procédé opératoire que j'avais voulu appliquer.

Tous les auteurs sont loin de prendre parti pour le bistouri dans ces circonstances; et pour ne citer qu'un chirurgien dont l'avis fait autorité, M. Sédillot, je dois dire qu'entre ses mains le fer rouge a fourni un plein succès.

Il s'agissait d'un malade qui, âgé de 55 ans, et placé dans un service de clinique, avait eu la totalité du pavillon de l'oreille détruit en moins de trois semaines par un cancroïde à marche aigue; le conduit auditif allait être envahi. Le cautère actuel fut, à plusieurs reprises, appliqué sur l'ulcération, et il en résulta une cicatrice solide et persistante qui, ajoute M. Sédillot, n'eût certainement pas été obtenue par tout autre procédé opératoire (1).

Le célèbre chirurgien de la Faculté de Strasbourg a été amené à ce résultat thérapeutique par des considérations toutes physiologiques. Il a admis, d'une part, que toutes les irritations locales entraînant des congestions sanguines permanentes, les traumatismes avec dépôt fibrineux, enfin les activités morbides quelconques, développées sur tel ou tel point de l'économie, peuvent devenir la raison d'être d'un cancer chez les individus prédisposés. Il a établi, d'autre part, que l'art possède les moyens de produire du tissu fibreux accidentel, dense, rétractile, peu vasculaire, et réfractaire aux modifications morbides. Dès lors il ne restait plus qu'à faire l'application de ces principes à la cure du cancroïde, en particulier; il fallait tenter l'expérience, détruire cette production, retarder ou prévenir sa récidive, et c'est là ce qu'a obtenu M. Sédillot; mais, je le répète, tous les chirurgiens ne sont pas partis des mêmes considérations.

C'est ainsi que dans une autre circonstance, Velpeau avait eu recours à l'excision de la tumeur. Le sujet de cette troisième observation était âgé de 67 ans et était atteint de son mal depuis deux mois seulement. La tumeur était du volume d'une aveline, consistante, charnue, ulcérée à la superficie, et d'une étendue de 6 à 7 millimètres; elle était mobile avec la peau sur les parties profondes, ne saignait pas au toucher, et n'avait mis que deux mois à se développer ainsi; un médecin avait déjà enlevé la petite tumeur, mais la production morbide s'était accrue avec une nouvelle intensité, A part quelques rares douleurs lancinantes, l'état général était excellent, et il n'y avait nul retentissement sur les ganglions voisins. C'est dans ces circonstances que l'excision fut pratiquée.

Les tumeurs malignes du pavillon de l'oreille offrent donc cette particularité, qu'elles prennent un accroissement rapide, et que quelques mois suffisent pour rendre indispensable l'ablation de cette production. C'est le contraire pour le cancroïde des lèvres, dont l'évolution est très-lente. Velpeau avait déjà signalé ce fait, et dans le cas qu'il a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1864, c'est le signe qui lui a permis de conclure à la malignité de la tumeur. Il diagnostiqua une tumeur concéreuse, contenant probablement du tissu fibro-plastique et des éléments de cancer encéphaloïde,

Comme on le voit, l'histoire de ces tumeurs est loin d'être complète, et c'est ponr y servir que je publie aujourd'hui cette observation. Quoique incomplète, puisque l'opération n'a pu être pratiquée, elle ne sera pas sans intérêt pour l'étude du cancroïde du pavillon de l'oreille.

La rareté de ces tumeurs est une heureuse réalité sans doute; mais une fois l'attention éveillée sur ce point, il se peut que l'opinion du docteur Campbell soit corroborée. D'après ce médecin, un grand nombre des habitants de la vallée de Nipal seraient sujets à des tumeurs développées sur un des points du pavillon. On les rencontre surtout chez les individus affectés de goître, maladie commune dans ce pays. Le docteur Campbell a opéré deux de ces tumeurs; elles attiraient fortement le pavillon en bas, recouvraient le méat auditif et gênaient beaucoup l'audition; elles étaient inégales, charnues, et leur tissu ressemblait, dit l'auteur de cette narration, au *mammary sarcoma.*

Tous ces détails, très intéressants sans doute, sont insuffisants, et la question mérite qu'on y regarde de très-près.

(1) *Compte-Rendu de l'Académie des Sciences*, 25 juillet 1869.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Laroyenne.

Tumeur péripelvienne. Ablation. Guérison.

(Observation recueillie par M. Humbert-Mollière, interne du service.)

En publiant cette nouvelle observation de tumeur péripelvienne, mon but est d'attirer l'attention sur une catégorie de productions morbides qui ne paraissent pas avoir été décrites dans les traités classiques de pathologie chirurgicale. Les tumeurs péripelviennes, qui ne se rencontrent jamais que chez la femme, sont ordinairement des fibromes, des sarcomes ou des fibro-sarcomes tout à la fois. Elles se développent sur les parties latérales et inférieures de l'abdomen, entre les muscles et le péritoine, et présentent un pédicule adhérent au bassin. Leur marche est lente, graduelle; toutefois, elles peuvent finir par acquérir un volume considérable et faire saillie du côté de l'excavation pelvienne, de façon à ne plus pouvoir être extirpées. Elles exigent, pour être entièrement enlevées, une dissection des plus minutieuses. Jamais elles ne paraissent avoir récidivé, même après une ablation incomplète. Signalées pour la première fois en 1861 par M. Gosselin (Société de chirurgie), MM. Hugier, Michon, Nélaton et Chassaignac, en rapportèrent d'autres exemples, et M. le docteur Bodin les a décrites dans sa thèse inaugurale (Paris, 1861, n° 137), qu'on peut considérer comme le seul document important que nous ayons sur ce sujet. L'observation résume en grande partie leur histoire.

Louise F. T..., âgée de 36 ans, entre le 9 mars 1869, salle Saint-Paul, n° 70, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Laroyenne. Cette femme, petite, mais bien conformée, est manifestement hystérique, et depuis déjà un certain temps atteinte de leucorrhée. Il y a environ trois ans, elle vit se développer, un peu au-dessus du pli de l'aine du côté droit, une petite tumeur de la grosseur d'une noix, à marche d'abord lente, mais qui depuis trois mois aurait augmenté d'un tiers. Aujourd'hui (10 mars), on constate dans cette région une tumeur du volume de la tête d'un fœtus à terme, dure, uniforme et fixe quand, couchée, elle fait effort pour s'asseoir. On perçoit en un point de la tumeur une légère sensation de fluctuation, mais obscure douteuse, au point que plusieurs personnes qui suivaient le service se refusèrent à l'admettre. Depuis quelque temps enfin, la malade éprouve quelques élancements dans la région.

Dimensions de la tumeur : diamètre transversal, 21 à 22 centimètres; diamètre vertical, 20 à 21 centimètres.

6 avril. On s'est décidé à l'opération. La malade ayant été préalablement endormie avec l'éther, M. Laroyenne pratique une incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans, à peu près parallèle au pli de l'aine et à 1 centimètre du ligament de Fallope, mesurant environ 12 centimètres de longueur. La peau, le fascia sous-cutané et les feuillets réunis du petit oblique et du transverse sont successivement divisés, quelques artérioles, branches de l'épigastrique et de la sous-cutanée abdominales, liées. Enfin on arrive sur la tumeur. Très-bien limitée en dehors, sa base adhère si intimement au tissu cellulaire sous-péritonéal, qu'on se voit dans la nécessité de dénuder cette séreuse sur une étendue de la largeur d'une pièce de 2 francs, et qu'on est obligé pour ne pas l'entamer d'en abandonner au fond de la plaie une légère portion. Puis on applique une suture à points passés sur deux sondes en gomme et l'on fait un pansement simple, maintenu à l'aide d'un bandage de corps. Lavement simple.

La tumeur enlevée présente le volume que nous avons indiqué. A la coupe, elle paraît être fibreuse; sa couleur est d'un blanc nacré. Nulle part on ne rencontre de suc. Il existe dans son intérieur un kyste de la grosseur d'un œuf de poule, plein d'un liquide clair qui n'a pu être examiné. Il est situé à la partie antéro-supérieure de la tumeur. C'est évidemment lui qui donnait au doigt cette sensation de flot dont nous avons parlé. Tout autour de lui on en rencontrait d'autres, probablement en voie d'évolution, et par conséquent beaucoup moins considérables. Cette production morbide paraît être presque exclusivement composée de tissu fibro-sarcomateux, prenant en certains points tout à fait les caractères du tissu fibreux.

7 avril. Le ventre n'est pas ballonné. Douleur localisée au niveau de la plaie. La malade a vomi. Pouls à 128. Vin de Bordeaux. Potion avec 8 centigrammes d'extrait thébaïque.

8 avril. Pouls à 120. La suppuration s'établit; on enlève un point de suture. Douleur fixe au sommet de la plaie; on y introduit une mèche de charpie. Bon état général.

11 avril. Toute la partie moyenne de l'incision est réunie par première intention. La malade commence à manger.

12 avril. Pouls à 104. Température axillaire, 36° 3/5. Constipation depuis six jours; aujourd'hui, tympanite légère, qu'on attribue aux 8 centigrammes d'opium qu'elle prend chaque jour depuis l'opération. En conséquence, on prescrit un suppositoire à la belladone.

17 avril. On enlève le quatrième fil. Hier la malade a été du ventre sans suppositoire.

18 et 19 avril. On enlève toutes les sutures.

26 avril. Plaie complétement cicatrisée. L'état général est parfait. La malade part avec une ceinture hypogastrique pour contenir l'intestin et prévenir une éventration.

4 juillet. Elle revient, croyant à une récidive de sa tumeur. Il s'agit tout simplement d'une légère éventration, pour laquelle on lui conseille de renforcer son bandage à l'aide de deux tiges de baleine.

Réflexions. — Nous insisterons tout d'abord sur la rareté du siége de la tumeur à droite, contrairement aux observations de M. Bodin; puis, sur l'absence de pédicule adhérent au squelette, contrairement encore à ce qui a été mentionné en troisième lieu sur l'existence d'une membrane kystique entourant la production morbide, dont elle rendait la nature en quelque sorte parasitaire. Ces tumeurs, qu'on pourrait peut-être appeler fibreuses ou fibro-sarcomateuses sous-péritonéales de la paroi abdomino-pelvienne antérieure, ont toujours été jusqu'à présent extirpées avec succès, et aucune des malades n'a succombé aux suites de l'opération, bien que le péritoine ait été ouvert (Nélaton), largement dénudé (Laroyenne), ou qu'une péritonite se soit déclarée (Huguier). Enfin, quoique des fragments aient été abandonnés dans la plaie, de même que dans une observation de M. Gosselin, nous n'avons eu ni retard dans la cicatrisation, ni récidive (1) : fait bien remarquable, et qui semblerait prouver qu'une tumeur renfermant à la fois les éléments du tissu fibreux et du tissu sarcomateux n'expose pas certainement à la récidive.

VERSION CÉPHALIQUE A L'AIDE DU LEVIER

Par M. le docteur Marchant (de Charenton).

Présentation de l'épaule. Main dans l'excavation; tête dans la fosse iliaque droite. — Transformation, à l'aide du levier, de la présentation de l'épaule, en présentation régulière du sommet. Position occipito-pubienne au-dessus du détroit supérieur. Réduction de la main. Impossibilité de terminer l'accouchement avec le levier. Application du forceps; il échoue. Céphalotomie à l'aide du forceps-scie de Van Huevel.

Le levier est avant tout un instrument modificateur; cela est de toute évidence, et si la contraction utérine aidée par la force de traction qu'il exerce, ne suffit pas pour terminer l'accouchement, il facilite singulièrement l'application du forceps et des instruments qui en dérivent (céphalotribe forceps-scie), et qui sont destinés à rendre possible le passage de la tête à travers un bassin rétréci.

Un homme raisonnable ne peut pas avoir un instant l'idée de substituer le levier au forceps, pas plus que le forceps au levier, mais il devra étudier séparément l'action de ces deux instruments et les employer selon la nature des accidents auxquels leur construction et la direction des forces qu'ils mettent en jeu leur permet de remédier. Dans l'état actuel de la science obstétricale, la présence dans l'excavation d'une main accessible au toucher, indique très-souvent une présentation de l'épaule. Tous les accoucheurs sans exception, considèrent une application du forceps, dans ce cas, comme une faute grave, et l'on s'étonne de la possibilité de l'opération. Nous avons nous même blâmé cette manœuvre. (*Archives générales de médecine*, juillet 1868.) Nous ne connaissions alors le levier que d'une manière incomplète, et nous ignorions qu'une des branches du forceps agissant à la façon du levier, avait pu amener la tête au centre du bassin, qu'alors ce n'était plus une présentation de l'épaule; elle avait été transformée en présentation du sommet avec procidence d'une main : ainsi, rien n'est plus difficile que de tracer d'une manière précise la ligne qui sépare les présentations de la tête avec procidence d'une main, d'un bras, de celle de l'épaule; cela serait cependant bien utile, puisqu'il est de précepte que dans un cas on doit employer le forceps et faire la version podalique dans le second. Mais il est une autre version (la version céphalique), que le levier rend possible; elle ne réussira pas peut-être toujours, mais du moins on doit la tenter. Dans les temps modernes l'illustre Flamant l'a pratiquée le premier, Ossiander vient ensuite, Velpeau a étudié cette question avec cette supériorité qu'il apportait dans tout ce qu'il faisait, et nous avons exécutée deux fois : la version céphalique la première, lors du premier essai que nous avons fait du levier; la seconde, dans la présente observation.

Le 5 juillet, à six heures du soir, je fus mandé par Mme Bonnefoi, sage-femme de Creteil, auprès d'une jardinière primipare, rue de Creteil, 24, à Maisons-Alfort. Les douleurs avaient commencé à deux heures du matin, malgré cela, elle avait pu se rendre aux Halles pour vendre ses marchandises; mais au retour, vers dix heures du matin, les douleurs venant plus fortes on fit venir la sage-femme, qui constata la rupture de la poche des eaux et la présence d'une main dans l'excavation; la tête de l'enfant reposait entièrement dans la fosse iliaque droite de la femme. Elle appela mon ami M. Monfray, de Creteil, qui déjà avait été témoin d'une version céphalique, faite spontanément sous l'influence des seules forces naturelles; il espéra que la suite du travail pourrait produire le même résultat : il résolut d'attendre; du reste rien ne pressait, les douleurs étaient régulières.

A six heures du soir nous nous fûmes mandés auprès de cette femme, parce que la tête était exactement dans la même position que le matin; nous constations de plus un rétrécissement du bassin dont le diamètre sacro-pubien n'était que de 8 centimètres; cette mesure avait été prise d'abord avec le doigt, d'après le procédé ordinaire, et puis avec le compas de M. Depaul, qui nous paraît un bon instrument : il nous donna exactement le même résultat.

Avant de connaître l'action du levier, nous aurions suivi les préceptes de la science écrits dans tous les traités : la présence de la main dans l'excavation et de la tête dans la fosse iliaque indiquait une présentation de l'épaule, nous aurions provoqué la sortie complète du bras pour nous orienter et fait la version dans ces conditions. Cette opération cause le plus souvent la mort de l'enfant, parce qu'elle est longue et pénible, il y a des compressions du cordon, des tiraillements de la colonne vertébrale, et pour la sortie définitive de la tête, on est souvent obligé d'appliquer le forceps. Ce fait nous a été formellement nié, il y a quelques jours, dans une conversation intime : on nous disait que cela n'arrivait jamais, et que la tête sortait toujours sans recourir au forceps; cependant nous avons été obligé de pratiquer, à deux fois différentes, la céphalotripsie chez une femme à Maisons-Alfort, pour des cas de ce genre : il est bien étonnant que des accoucheurs expérimentés osent soutenir une pareille opinion, et surtout prôner la version dont les tristes résultats pour l'enfant sont si évidents : on ne doit donc se décider à la pratiquer que lorsqu'on y est absolument forcé par les circonstances.

La version céphalique avec la main ou le levier est un moyen d'action qui offre le plus de chances de vie pour la mère et pour l'enfant; avec le levier on peut changer une position très-inclinée de la tête ou une présentation de l'épaule en une position des plus régulières du sommet. Le levier, glissé entre la fosse iliaque et la tête la ramène vers le centre du bassin, si une des branches du petit forceps anglais constitue un petit levier dont les courbures se dirigent vers les côtés du bassin, il rend, peut-être, cette manœuvre plus facile; la main du fœtus, si elle était seule dans le bassin, peut être réduite avec une grande facilité, à mesure que la tête s'avance vers le centre : d'où nous tirerons cette conséquence, *qu'il ne faut dans aucun cas défléchir le bras et provoquer sa sortie, à moins que la version podalique ne soit tout à fait décidée.*

Pendant que nous faisions usage du levier, les contractions utérines étaient si fortes que nous espérions toujours réussir; cependant vers neuf heures du soir, nous reconnûmes l'inutilité de nos efforts, et pour l'acquit de notre conscience, nous appliquâmes le forceps au détroit supérieur avec la plus grande facilité; la tête était en position occipito-pubienne directe, nous exerçâmes des tractions très-consciencieusement; l'insuccès fut complet. Prévoyant que nous serions obligé de sacrifier l'enfant pour sauver la mère, nous envoyâmes chercher notre forceps-scie, en même temps qu'un messager se rendait chez M. Monfray, pour le prier de venir nous aider et partager notre responsabilité.

Nous aurions pu employer la force mécanique, nous avions sous notre main les instruments nécessaires; mais qu'on réfléchisse à ce que devient la tête d'un enfant, serrée d'un côté par les branches du forceps, avec une force de 60 à 100 kilog. de l'autre par le rétrécissement sacro-pubien. On croit généralement que la voûte du crâne seule se comprime, et que la base est irréductible : c'est une idée préconçue, et l'ouverture des cadavres démontre que la base se réduit comme la voûte; dans ces cas, l'enfant peut naître vivant, mais il succombe bientôt après. Nous avons été témoins de ce fait, et l'autopsie nous a démontré que toutes les sutures étaient désunies, tant de la base que du sommet. Cela n'est pas encourageant. Quant à ce qui concerne la traction mécanique, elle l'emporte de beaucoup sur la traction manuelle, parce que cette dernière n'agit que d'une manière instantanée et toujours violente, tandis que l'autre, avec une force moindre, mais s'exerçant avec continuité, produit un effet plus efficace; les parties de la femme supportent une moindre compression; mais toujours la tête de l'enfant est écrasée entre les branches du forceps et le diamètre sacro-pubien.

La limite de 8 centimètres assignée pour la possibilité de l'accouchement artificiel est tout à fait arbitraire : en effet, il peut arriver qu'une tête d'une grosseur donnée, mais dont l'ossification est peu avancée, par conséquent très-réductible, puisse passer aisément; tandis qu'une autre, identique quant à l'étendue de ses diamètres, mais d'une plus complète ossification, rendra l'accouchement impossible par les moyens ordinaires, en raison de son irréductibilité.

Les longueurs des diamètres indiquées dans les divers traités d'accouchements, que nous supposions être des longueurs moyennes, nous paraissent au contraire *des maxima* : car la mesure des têtes obtenues à la suite d'un accouchement difficile nous donnait souvent des grandeurs moindres que celles inscrites dans les livres.

Grâce à l'intervention du levier, l'application du forceps fut des plus faciles, et n'y eût-il que cet effet d'obtenu, c'eût été un grand succès; car, comment pourrait-on introduire un céphalotribe ou un forceps de Van Huevel, lors qu'on échoue pour le forceps ordinaire? M. Monfray et moi épuisâmes nos forces à opérer la traction sans obtenir un résultat, et ceux qui ont appliqué souvent le forceps sentent le moment précis où l'obstacle est reconnu insurmontable; de même que les chirurgiens perçoivent l'irréductibilité d'une hernie; comme eux, il faut adopter les moyens extrêmes et opérer promptement, si on a le moindre souci de la vie de la mère, car, dans les conditions les plus favorables, l'enfant est destiné à mourir.

La comparaison de la céphalotripsie avec la céphalotomie étant l'objet d'un mémoire en cours d'exécution, nous dirons seulement que nous avons complétement renoncé au céphalotribe, en raison de son *insuffisance* dans certains cas et des lésions profondes qu'il produit chez la femme, ce que prouvent du reste les statistiques. Le forceps-scie fut l'instrument choisi; son introduction fut simple et facile; la seule difficulté qui se présenta, ce fut d'engainer les lames conductrices de la scie à chaîne dans leurs mortaises : cela tenait à ce que la femme était placée dans son lit trop bas et que nous avions négligé le précepte de placer la femme dans la situation la plus commode pour elle et pour le chirurgien qui doit l'opérer. Tout ayant été bien disposé, la scie entra en action, et la section d'un segment du crâne se fit complétement et sans danger pour la femme, qui n'éprouva qu'un certain agacement causé par l'action de la scie.

La tête étant sciée, nous retirâmes le forceps, que nous remplaçâmes par un petit forceps qu'en France on appelle anglais, et qui n'est pas du tout celui dont on se sert en Angleterre; la tête fut prise solidement, le pivot de l'instrument était tout entier dans le vagin, et un lien placé dans la dépression qui occupe le bas du manche faisait un tout de la tête et de l'instrument; la sortie de la tête ne fut ni longue ni difficile.

La section circulaire du crâne partait d'un demi-centimètre au-dessus de la protubérance occipitale externe et venait aboutir au plancher des deux orbites. Toutes les parties osseuses avaient été complétement sciées, et il ne restait plus qu'un petit lambeau de peau à la racine du nez.

La tête ne portait aucune trace de l'action du levier, bien qu'il eût été placé pendant la vie de l'enfant; vie d'autant plus évidente, que nous l'avions constatée par les mouvements des doigts pendant les manœuvres et la perception des battements du cœur.

Les suites de couches ne présentèrent aucun des signes locaux qui indiquent une lésion quelconque de l'utérus ou de ses dépendances. Le cours des urines ne fut pas un instant interrompu; rien enfin qui fût différent des suites de couches ordinaires.

L'état puerpéral est, par cela seul qu'il existe, la source d'accidents qui ne dépendent que de lui : ainsi l'aliénation mentale des nouvelles accouchées d'Esquirol, et la maladie indiquée sous le nom de *phlegmatia alba dolens*, sont de ce nombre; ces maladies se déclarent chez les femmes nouvellement accouchées, quelle que soit la manière dont l'accouchement ait été fait. Chez la femme qui fait le

(1) Cinq mois se sont écoulés depuis l'opération.

sujet de notre observation, le délire éclata le jour de l'apparition de la fièvre de lait; il était général, avec refus absolu des aliments et des boissons. C'était une manie puerpérale avec agitation et les symptômes que nous avions observés pendant notre internat à la maison de Charenton. Nous nous bornâmes à la forcer à boire et à manger, et le mari, fort intelligent, qu'elle aimait en même temps qu'elle le craignait, lui ingurgitait, le mot n'est pas exagéré, de la tisane et du bouillon pendant notre absence. Cet état dura jusqu'au 18 juillet. Ce soir-là, elle se plaignit de douleurs à la jambe et à la cuisse gauche, en même temps le délire et l'insomnie cessaient, et l'appétit se réveillait; nous constatâmes un très-léger engorgement du membre, qui depuis ce jour ne s'est pas augmenté, et aujourd'hui 27 septembre 1869, la guérison est complète.

ÉTUDE DES DIVERSES MEDICATIONS

EMPLOYÉES CONTRE LE DIABÈTE SUCRÉ

Par le docteur Brouardel(1).

CONCLUSIONS

Il est à peine besoin d'insister sur ce fait qu'il n'existe pas de traitement du diabète; de toutes les médications que nous avons passées en revue, il n'en est aucune qui puisse s'appliquer indifféremment à un malade quelconque. Cependant, parmi les différents moyens employés, il en est plusieurs qui ont amené des guérisons et nous croyons à l'authenticité de certains succès publiés dans le cours de cette thèse. S'ensuit-il que la thérapeutique possède un grand nombre d'agents curatifs du diabète? Assurément non. Mais la multiplicité des causes et des formes de cette maladie produit justement cet effet que des moyens multiples en amènent la guérison.

Tout traitement curatif devra s'adresser à la cause de la maladie, malheureusement le plus souvent elle nous échappe; les autres moyens ne seront que des palliatifs, qui prolongeront l'existence du malade, soit en relevant ses forces et en parant aux dépenses excessives d'une désassimilation rapide, soit en diminuant la dose du sucre renfermé dans l'organisme, et en atténuant ainsi les effets de l'accumulation glycosique.

Les diabètes de cause nerveuse, ceux qui tiennent à une mauvaise hygiène et particulièrement à une alimentation trop riche combinée avec une insuffisance d'activité musculaire, semblent être les formes les plus curables. D'autres diabétiques pourront être améliorés par l'emploi du régime alimentaire spécial préconisé par M. Bouchardat.— On a vu pourtant que dans ces dernières années, l'emploi d'une alimentation spéciale chez les diabétiques a perdu beaucoup de son crédit. Les expériences de la physiologie ont montré que la théorie sur laquelle s'appuyait l'emploi de cette méthode était fausse et qu'on ne saurait tarir la production du sucre au sein de l'organisme en soumettant le malade à une alimentation exclusivement azotée. Il n'en reste pas moins démontré que sous l'influence de cette médication, l'on obtient parfois une diminution dans la production de la glycose. Il sera donc parfaitement logique d'associer cette méthode au traitement d'un malade chaque fois que se montreront quelques-uns de ces accidents que l'on attribue à la présence du sucre en excès dans le sang.

L'emploi des alcalins serait parfois un moyen curatif dans certaines formes du diabète. Il est difficile de révoquer en doute les assertions de tant de médecins qui ont rapporté des cas de guérisons par l'emploi des eaux de Vichy et de Carlsbad. Nous avons montré déjà que l'efficacité spéciale de la médication alcaline est difficile à dégager des influences complexes, qui ont en général accompagné son emploi. Mais quelle que soit la part des conditions de bonne hygiène que le malade trouve dans les stations thermales, on est forcé de reconnaître que les formes goutteuses du diabète semblent réclamer spécialement l'emploi des eaux alcalines, et que, sous leur influence, elles peuvent s'améliorer comme la goutte elle-même. En tout cas, à titre d'adjuvants, les alcalins doivent jouer un grand rôle dans le traitement de presque tous les cas de diabète, et leur emploi se concilie très-bien avec tous les autres moyens qui tendent à diminuer la glycosurie.

Nous placerons au même rang, si ce n'est en première ligne, l'exercice musculaire poussé jusqu'à la fatigue; car ce moyen héroïque dans certaines formes du diabète, constitue pour tout traitement un adjuvant efficace.

Enfin le tempérament du malade, l'étiologie et la forme spéciale du diabète, guideront le thérapeutiste en fournissant des indications particulières dont je ne saurais ici reproduire l'énumération.

Mais ce qui doit surtout présider à la direction de tout traitement du diabète, c'est l'emploi de ces précieux moyens de contrôle auxquels les médecins peuvent recourir pour juger les effets de leur médication : je veux parler de l'examen des urines et de la pesée des malades.

On a tellement simplifié aujourd'hui les moyens de mesurer la quantité des urines, leur densité et la proportion du sucre qu'elles contiennent, que les médecins peuvent suivre pas à pas les effets du traitement et en constater les bons ou les mauvais résultats. Mais il faut savoir que, dans bien des cas une perturbation quelconque dans la thérapeutique ou le régime employé produit une diminution passagère de la proportion du sucre dans l'urine, et que trop souvent ces heureux effets n'ont qu'une bien courte durée. La pesée du malade fournira des renseignements d'un autre ordre, mais sur lesquels on pourra compter plus sûrement. En effet, les augmentations ou les diminutions de poids du malade semblent peu exposées aux variations bizarres que subit la glycosurie.

Empêcher le sucre de se former, favoriser sa destruction ou son élimination quand il existe en excès, voici les deux termes du problème à résoudre. Chercher une solution commune pour tous les malades ne serait pas moins contraire aux données de la physiologie qu'à celles de la clinique.

(1) Thèse de concours. 1869.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 28 septembre 1869. — Présidence de M. Bouchardat

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Guillotin sur une épidémie de variole qui a régné en 1868 dans l'arrondissement de Ploërmel (Morbihan). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° Un rapport de M. le docteur Simonin (de Nancy), relatif au déplacement de deux hôpitaux de cette ville, précédé d'une étude de quelques questions relatives à l'établissement d'un hôpital en général; 2° une lettre de M. le docteur Burq, accompagnant l'envoi d'un rapport de M. le docteur Vernois sur la préservation du choléra chez les ouvriers qui travaillent le cuivre.

M. Roger, à l'occasion de la correspondance, communique à l'Académie une lettre de M. le docteur Closmadeuc, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Vannes, au sujet des faits de syphilis vaccinale observés à Auray. M. Closmadeuc a observé ces faits concurremment avec son frère, et M. le docteur Denis, appelés les premiers à donner leurs soins aux petits malades. Les accidents secondaires de la syphilis ont été reconnus avec la plus grande netteté. M. Depaul les a signalés dans son rapport, que M. Closmadeuc reconnaît de tous points parfaitement exact. Les enfants soumis d'ailleurs au traitement mercuriel en ont retiré les meilleurs effets : MM. Roger et Depaul, envoyés par l'Académie à Auray pour examiner ces faits, ont reconnu eux-mêmes la parfaite exactitude du diagnostic porté par les médecins appelés près des enfants malades. M. Closmadeuc insiste enfin sur ce point, à savoir que les faits relatés dans la thèse de M. Bourdais ne sont point exacts.

RAPPORT

Hygiène des crèches. — M. Delpech, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Guérard, lit un rapport sur une série de documents adressés à l'Académie par le ministre de l'instruction publique, et relatif à l'hygiène des crèches.

Ces documents comprennent :

1° Une lettre de M. Marbeau, fondateur des crèches, réclamant l'intervention de l'Académie pour affirmer les avantages de cette institution et en régler la généralisation dans les communes habitées par des populations ouvrières.

2° Une attestation de MM. les docteurs Reis et Moynier, chargés successivement d'une des crèches, affirmant les avantages de l'allaitement maternel dans des conditions où la crèche le place.

3° Deux rapports annuels sur l'administration de deux crèches à Paris.

4° Deux comptes rendus des séances annuelles de la Société des crèches.

5° Deux brochures sur les avantages des crèches et sur l'influence de l'hygiène sur le développement de la première enfance, par MM. les docteurs Siry et Despaulx-Ader.

6° Enfin l'avis du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine sur l'institution des crèches; avis exprimé à la suite d'un rapport qui lui avait été présenté par M. Vernois.

Ces différentes pièces, dit M. le rapporteur, que nous avons dû signaler ici parce qu'elles ont été officiellement transmises, ne vous sont présentées que comme des éléments de jugement.

Votre commission n'a donc pas à vous en faire une analyse spéciale. Chargée par vous d'examiner, sur la demande de M. le ministre, la question générale de l'hygiène des crèches, elle a dû étudier cette question à tous les points de vue, en tenant sans doute un compte sérieux des travaux ci-dessus indiqués, mais en allant chercher en outre des motifs pour les conclusions qu'elle devait vous proposer dans les études faites et dans les opinions exprimées par d'autres observateurs, aussi bien que dans ses recherches personnelles. »

M. le rapporteur fait l'historique de l'institution des crèches, dont la première, celle de Chaillot, a été fondée en 1844 par M. Marbeau. Il en trace l'organisation, il étudie longuement les conditions dans lesquelles se trouvent les enfants qui y sont admis, et termine par la conclusion suivante :

Au point de vue des conditions hygiéniques qu'elle réalise pour les enfants âgés de moins de deux ans, qu'elle est destinée à recevoir, la crèche constitue une institution dont les avantages sont incontestables.

Ce n'est pas qu'elle soit absolument exempte d'inconvénients, mais si l'on réfléchit qu'elle est destinée à favoriser l'allaitement maternel mixte, à préserver l'enfant de la nourriture au biberon et des inconvénients non moins grands de l'envoi en nourrice, on est obligé de reconnaître que, même en acceptant comme vraie une partie des reproches qui lui ont été adressés, elle constitue un progrès réel et un bienfait pour la classe ouvrière. On ne peut donc que conseiller d'en favoriser la généralisation dans les communes habitées par des populations ouvrières. Ajoutons de suite que la crèche ne peut mériter notre approbation formelle qu'à certaines conditions, qui résultent d'une discussion qui précède et dont la plupart ne sont que la reproduction, soit des règlements déjà existants, soit des prescriptions administratives :

1° Aucune crèche ne pourra être ouverte sans qu'une commission administrative et médicale n'ait constaté la salubrité du local choisi, la convenance de l'organisation réglementaire et les ressources suffisantes dont elle dispose.

2° Les crèches ne doivent recevoir que des mères nourrices, travaillant hors de chez elles et donnant la preuve de leur travail.

3° Les enfants n'y sont admis que pendant le jour.

Ils ne seront admis qu'en présentant un certificat de vaccine et une attestation du médecin, spécialement désigné, constatant leur bonne santé.

Ils seront rendus à leurs parents dès qu'ils présenteront des symptômes de maladie.

Après une absence de huit jours, quelle que soit la cause qui l'explique, ils ne pourront être admis que munis d'un nouveau certificat de santé.

4° Les mères seront tenues de venir deux fois par jour au moins pour allaiter leurs enfants.

Le sevrage ne pourra être fait que sur l'approbation du médecin.

L'alimentation supplémentaire sera ordonnée et surveillée par lui.

6° Il visitera la crèche au moins deux fois par jour.

7° Le nombre des enfants admis sera fixé en raison de l'étendue du local choisi, et indiqué dans l'ordonnance d'autorisation.

8° Leur âge ne pourra dépasser trois ans ni être au-dessous de six semaines.

Les enfants allaités seront, autant que possible, séparés de ceux qui auront été sevrés.

9° Une personne ne pourra être chargée de plus de six nourrissons, une gardeuse de plus de douze enfants au dessous de dix-huit mois.

10° Dans les communes habitées par les populations ouvrières, il est bien à désirer que les crèches soient aussi rapprochées que possible des grandes agglomérations, afin d'éviter des fatigues à la mère et à l'enfant, les inconvénients d'un trop long parcours dans les transports du matin et du soir. »

Ce rapport était terminé et le rapporteur inscrit pour le présenter, quand M. Marbeau a fait à l'Académie une communication, accompagnant l'envoi de plusieurs travaux. Comme tous ces travaux sont relatifs à des questions d'économie sociale, la commission n'a pas cru devoir suivre l'auteur sur un terrain qui n'était pas le sien et présenter un rapport sur des sujets étrangers aux études officielles de l'Académie.

Elle n'en rend pas moins hommage, dit en terminant M. le rapporteur, à l'ardente charité qui anime le bienfaisant fondateur des crèches, et elle vous propose de déposer honorablement ses travaux dans vos archives, en adressant des remercîments à leur généreux auteur.

M. le Président, au moment de mettre les conclusions de ce rapport aux voix, fait remarquer que l'objet de ce rapport se rattachant directement à la question des nourrices et nourrissons actuellement en discussion, ses conclusions pourront être plus opportunément notées en même temps que celles du rapport de la commission de l'hygiène des enfants nouveau-nés.

La parole est à M. Boudet, sur la question de l'hygiène des enfants nouveau-nés.

Discussion sur l'hygiène des enfants nouveau-nés.

M. F. Boudet. La question de la mortalité des enfants du premier âge, à laquelle se rattache inévitablement celle de leur protection et de leur éducation, est essentiellement médicale; elle appartient à l'Académie, et ne doit sortir de cette enceinte qu'après avoir été éclairée et résolue pour tout ce qui touche au domaine médical.

Cette opinion, je l'ai hautement professée en 1866 dans toutes mes communications à l'Académie, je l'ai soutenue devant la commission. On ne sera pas étonné qu'aujourd'hui, comme il y trois ans, je regarde comme un devoir de ne pas donner mon assentiment à la forme du rapport qui vous a été présenté. Le rapporteur est tombé, à mon avis, dans une grande erreur; il ne s'est pas rendu un compte exact de la tâche qui lui avait été déférée; il a suivi un système qui n'est en rapport ni avec les antécédents de l'Académie, ni avec la gravité du sujet, ni avec les deux faits considérables d'une vaste enquête administrative exécutée à la demande de l'Académie.

M. Blot a cru que, l'enquête étant faite, le but de l'Académie était atteint, que son rôle était fini et qu'elle pouvait se borner à présenter au Gouvernement le projet de règlement, le modèle de livret et l'instruction sur l'hygiène des nouveau-nés, laissant à la commission administrative le soin d'achever l'œuvre.

Pour moi, je pense que le Gouvernement et la commission ministérielle attendaient autre chose, et que l'Académie elle-même ne partage pas le sentiment de M. le rapporteur.

La question de l'industrie des nourrices et de la mortalité des enfants du premier âge n'est pas nouvelle; mais la situation est d'autant plus grave aujourd'hui qu'il est difficile de supposer que la mortalité des enfants du premier âge ait pu jamais dépasser de beaucoup les chiffres que constatent les documents officiels, et que l'administration elle-même se reconnaît impuissante à réduire avec les ressources dont elle dispose.

Il était nécessaire que cette situation fût établie d'une manière précise par la commission.

Munie des éléments d'appréciations contradictoires produits dans la discussion de 1866, la commission ne s'est pas trouvée suffisamment éclairée; elle a demandé au Gouvernement une enquête dont les résultats devaient servir de base à ses délibérations.

Depuis six mois le volumineux dossier de cette enquête, exécutée dans dix départements, est entre les mains du rapporteur. Sur les documents, le rapport est absolument muet.

L'Académie a reçu et renvoyé à la commission un grand nombre de mémoires et de communications de MM. René Blache et Odier, Pichot, Mayer, Guillaumot, Chassenat, Notta, Routy, Bonhomme, Bertillon, etc. De toutes ces pièces, nulle mention dans le rapport.

Pour ce qui est de l'enquête administrative, l'Académie en a vu le dossier; elle connaît le chiffre total de mortalité qu'elle a fourni, mais rien de plus.

Permettez-moi de dire un mot de ces résultats et d'indiquer quelques-uns des enseignements qu'on en peut tirer.

D'après l'enquête, la moyenne annuelle des naissances, à Paris, est de 53,000; sur ce nombre, 25,500 enfants sont envoyés en nourrice à la campagne. On peut évaluer à 9,500 les placements des en-

fants par les bureaux particuliers, à un nombre égal les placements effectués directement par les familles, et à 6,500 les placements opérés par le bureau municipal et les hospices de Paris. Il est établi par cette même enquête :

1° Que la mortalité générale des 25,500 enfants de Paris envoyés en nourrice, et comprenant les trois catégories indiquées, est de 51,68 0/0, tandis que la mortalité relevée pour les enfants du pays, dans les communes qui reçoivent les nourrissons parisiens est de 19,92 0/0;

2° Que la mortalité des pupiles des hospices de Paris est de 36,66 0/0. D'autre part le chiffre de mortalité des nourrissons placés par le bureau municipal est évalué à 29 0/0 par l'administration, et à 35 %, par M. Broca.

Or, sur les 25,500 nourrissons parisiens, l'enquête représente en bloc, par le chiffre de 6,500, ceux qui proviennent du bureau municipal et des hospices de Paris. Pour simplifier, prenons le chiffre de 36,65 0/0 pour représenter la mortalité de cette catégorie.

Quel est maintenant le chiffre de mortalité des enfants placés par les petits bureaux? Adoptant le chiffre de 42 pour Nogent-le-Rotrou, (d'après M. Brochard), pour représenter la mortalité des 9,500 enfants parisiens placés par les bureaux, j'ai une mortalité de 36;65 0/0 pour les 6,500 enfants du bureau municipal et des hospices; une mortalité de 42 0/0 pour les 9,500 enfants placés dans les petits bureaux. Reste à connaître la mortalité des nourrissons parisiens, placés directement par leur famille. Ce chiffre, indéterminé jusqu'ici, doit être supérieur à 51,68 0/0. En effet, je le trouve égal à 71,640/0

Quelque approximatifs que soient ces chiffres, il faut en conclure que la mortalité fournie par les petits bureaux doit se rapprocher beaucoup des évaluations de M. Brochard; que la mortalité des enfants placés directement par les familles est très-supérieure à celle des deux autres catégories; que l'existence des petits bureaux, si imparfaitement organisés qu'ils soient, et du bureau Sainte-Appoline, est un bienfait pour la population parisienne; que la surveillance même très-imparfaite des nourrissons et des nourrices est efficace et qu'il faut bien se garder, dans l'espèce, de mettre en pratique la maxime du laisser faire et du laisser passer.

Cet exemple suffit pour montrer que ce n'était pas assez pour le rapporteur de donner le chiffre de mortalité générale de 25,500 enfants de Paris, que les faits de l'enquête devaient être discutés. L'Académie ne peut pas trouver dans le rapport les moyens de se rendre un compte exact de l'état des choses. Si l'Académie doit se borner à proposer des modifications réglementaires, une simple réforme de l'organisation actuelle, son intervention ne sera pas plus efficace que celle des commissions administratives qui ont étudié la question avant elle; mais, si elle veut se maintenir à la hauteur de ses discussions sur la mortalité des nourrissons et sur le mouvement de la population française, si elle est décidée à faire une œuvre durable et digne d'elle, ne devait-elle pas s'attendre à trouver dans le rapport l'exposé des faits et des arguments les plus propres à lui faire gagner la cause qu'elle a embrassée avec tant d'ardeur. C'est ce que M. Boudet développe dans la suite de son argumentation, et il se résume en disant qu'il croit avoir suffisamment démontré que le rapport ne peut répondre ni à l'attente de l'Académie, ni à celle du public, ni à celle de la commission officielle, ni à la gravité de la question de la mortalité des enfants du premier âge; question éminemment médicale et dont il appartient à l'Académie de préparer, de poursuivre et de conquérir la solution. (Marques d'approbation.)

M. BLOT, interpellé par M. le président pour savoir s'il désire répondre immédiatement à l'argumentation de M. Boudet, déclare qu'il croit préférable de ne répondre qu'après tous les membres qui se proposent de prendre part à cette discussion.

PRÉSENTATION.

M. BOIRET expose en quelques mots à l'Académie le résultat heureux d'une ovariotomie qu'il vient de pratiquer sur une femme de 48 ans, qu'il avait déjà opérée une première fois il y a dix mois. L'opérée est dans la salle de la Bibliothèque, à la disposition des membres de l'académie qui désireront l'examiner.

(Nous publierons prochainement cette observation.)

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 19 au 25 septembre, donne les chiffres suivants :

Variole, 15. — Scarlatine, 5. — Rougeole, 4. — Fièvre typhoïde, 32. — Typhus, ». — Érysipèle, 6. — Bronchite, 24. — Pneumonie, 37. — Diarrhée, 28. — Dyssenterie, 6. — Choléra, 9. — Angine couenneuse, 4. — Croup, 1. — Affections puerpérales, 3. — Autres causes, 646. — Total : 820.

Celui de Londres donne les chiffres suivants du 12 au 18 septembre :

Variole, 6. — Scarlatine, 178. — Rougeole, 21. — Fièvre typhoïde, 34. — Typhus, 6. — Érysipèle, 4. — Bronchite, 63. — Pneumonie, 45. — Diarrhée, 139. — Dyssenterie, 2. — Choléra, 5. — Angine couenneuse, 13. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 10. — Autres causes, 874. — Total : 1,400.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique. N° 8, avec 3 photographies. — Prix : 2 fr.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'assistance publique, n° 9° (septembre), avec 3 photographies et 1 planche. Prix : 2 fr.

Des résections du genou, par le docteur Lucien PENIÈRES. — 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr.

Des varices des membres inférieurs, par le docteur DELMONT. 1 vol. in-8°. Prix : 1 fr. 75.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris.— Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Par ce temps de vacances où la plupart des services sont déserts, nous aimons à signaler ceux qui se sont fait plus particulièrement remarquer depuis quelque temps par le mouvement, l'activité et l'intérêt qui y règnent. L'intérêt, dira-t-on, se trouve partout où il y a des malades. Oui, sans doute, mais l'attention qu'y apporte le chef de service et le soin qu'il met à signaler aux assistants ceux d'entre eux qui peuvent devenir le sujet de quelques réflexions utiles y ajoutent leur bonne part. Combien de faits intéressants ou instructifs passeraient inaperçus sans cette active intervention! Les plus simples et les plus vulgaires, en apparence, deviennent souvent ainsi les plus fructueux pour l'enseignement. C'est ce qu'ont fait depuis le commencement des vacances, au grand avantage des élèves sédentaires et des visiteurs étrangers, deux chirurgiens chargés de suppléances, M. Léon Labbé, chargé, en sa qualité d'agrégé, du service de la Clinique, et M. Péan, remplaçant momentanément M. Voillemier à l'Hôtel-Dieu. Nous aurons à emprunter à ces deux services plusieurs faits qui ont été le sujet, soit de conférences au lit des malades, soit de leçons cliniques à l'amphithéâtre, ou qui ont donné lieu à des opérations heureuses.

Pour ne parler que de petits faits, par exemple, deux cas d'anthrax ont fourni à M. Labbé l'occasion d'exposer quelques considérations et quelques préceptes utiles de pratique.

Anthrax.

Par une de ces coïncidences singulières qui groupent fortuitement des faits de même nature, deux malades se sont présentés dans le service de la Clinique avec un anthrax dont le siége, assez insolite, était sur la paroi abdominale, à la région épigastrique, chez l'un, et sur la ligne médiane, à la région hypogastrique et un peu latéralement chez l'autre. A cela près, ils n'ont offert ni l'un ni l'autre aucune circonstance particulière dans la marche de la maladie. Les deux anthrax ont été ouverts largement, et ils sont actuellement en voie de guérison. Mais M. Léon Labbé en a saisi l'occasion d'appeler l'attention sur quelques points relatifs au siége primitif, à la marche de l'anthrax et à son traitement.

On sait que le siége primitif de l'anthrax a été assez longtemps l'objet de dissidences entre les auteurs. Pour la plupart d'entre eux, le point de départ était dans les paquets adipeux des aréoles du derme, dans ces aréoles circonscrites par les filaments partant de la face profonde du derme pour le faire adhérer au tissu cellulaire sous-cutané; quelques-uns le plaçaient dans ce tissu cellulaire sous-cutané lui-même. M. Richet, dans des recherches dont les résultats ont été consignés dans son *Traité pratique d'anatomie chirurgicale*, a démontré que le point de départ du furoncle et de l'anthrax est dans les follicules pilo-sébacés, dont la matière sécrétée normalement se mélange avec les produits versés par la poche kystique enflammée pour produire le bourbillon. L'anthrax serait ainsi, comme l'a défini, du reste, M. Trélat, dans l'article *Anthrax* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, une tumeur inflammatoire qui débute dans l'appareil glandulaire pilo-sébacé, s'étend au derme périphérique et au tissu cellulaire sous-jacent, détermine la mortification d'une partie de ces tissus, et s'accompagne de symptômes généraux souvent graves. Cette définition indique à elle seule, en effet, tout le processus de l'anthrax, phénomènes d'inflammation franchissant leurs premières limites, envahissant d'un côté la peau, de l'autre le tissu cellulaire sous-cutané, où ils constituent, dans les cas d'anthrax volumineux, de véritables phlegmons sous-anthracoïdiens. Telle est la définition adoptée par M. Léon Labbé.

Nous ne nous arrêterons pas sur les symptômes et les phénomènes connus, dont M. Labbé a rapidement esquissé l'histoire.

Nous nous arrêteronsseulement un instant, avec lui, sur ce fait très-remarquable, qui a été signalé dans ces derniers temps par plusieurs observateurs et qui a été, en particulier, l'objet d'une étude clinique très-intéressante de la part de M. Verneuil. Nous voulons parler de la gravité particulière que présentent certains anthrax, même peu volumineux, suivant leur siége. Les anthrax de la face, abstraction faite de toute autre condition de volume ou de complication, seraient à ce point de vue les plus graves de tous. En compulsant les cas mortels, M. Verneuil a remarqué qu'un bon nombre d'entre eux se rapportaient à des anthrax, diabétiques ou non, de la face. Les simples furoncles de cette région lui ont paru présenter eux-mêmes une gravité plus grande qu'en tout autre point du corps. « Mon expérience personnelle, dit-il, me porte à affirmer que l'anthrax des lèvres, en particulier, est d'une gravité terrible. Jusqu'à ce jour, j'ai vu mourir tous ceux qui en étaient atteints, en dépit d'un traitement local et général très-actif (1). M. Verneuil ajoute qu'il n'a pas constaté chez ces malades la présence du sucre, il s'agissait donc d'anthrax prétendus simples. Il avoue, enfin, son ignorance sur les causes de cette gravité exceptionnelle. Dans plusieurs des observations qu'il rapporte, il y a eu une phlebite faciale. M. L. Labbé a vu depuis un cas semblable dans lequel il a constaté également une phlébite faciale. Deux incisions pratiquées sur le trajet de la veine en firent sortir du pus. Il pense que dans ces cas la mort a pu avoir lieu par la propagation de l'inflammation de la veine faciale et de la veine ophthalmique jusqu'aux enveloppes du cerveau. Il y a là un un sujet de recherches à faire.

L'étiologie de l'anthrax a conduit M. L. Labbé à examiner la question du diabète. On vient de voir par les citations empruntées à M. Verneuil que le diabète n'était pour rien dans ces faits si graves d'anthrax de la face et des lèvres. Est-ce bien d'ailleurs le diabète qui cause l'anthrax ou l'anthrax qui causerait le diabète? La question s'est trouvée posée récemment par les observations de MM. Charcot et Vulpian, relative à des individus devenus glycosuriques pendant la durée d'un anthrax et qui ont cessé de l'être dès que l'anthrax a été guéri.

Le traitement de l'anthrax a été également très-discuté. Nous ne reproduirons pas ici les divers moyens proposés dans ces derniers temps. La thérapeutique de l'anthrax, que préconise M. Labbé, se résume en définitive (nous parlons de la thérapeutique locale seulement ou chirurgicale proprement dite) dans l'application des topiques émolients au début, et des larges incisions à la période de la formation des eschares, suivies des badigeonnages de teinture d'iode.

(1) Anthrax des lèvres, etc. — In *Gaz. hebdomad. de médec. et de chir.* Novembre 1868.

De l'analgésie syphilitique secondaire.

Dans une leçon clinique professée à l'hôpital de Lourcine et rapportée par extrait dans les *Annales de dermatologie et de syphiliographie* (1), M. le docteur Alfred Fournier a signalé à l'attention de ses auditeurs un épiphénomène, jusqu'ici peu remarqué, de la syphilis secondaire, l'analgésie.

Voici le fait qui a servi de texte à cette leçon :

Une femme, atteinte de syphilis depuis environ quatre mois, présentait de nombreuses manifestations spécifiques, une syphilide papuleuse, des croûtes du cuir chevelu, des adénopathies cervicales, un certain degré d'alopécie, des douleurs arthralgiques, de la céphalée vespérine, etc. En la piquant avec une épingle sur divers points du corps, en enfonçant cette épingle profondément dans la peau sur diverses régions du corps, on ne provoquait aucune douleur. Cette femme était profondément analgésique sur tous les points de l'enveloppe cutanée. Or, quelques semaines auparavant, à l'époque de son entrée à l'hôpital, elle sentait parfaitement la douleur déterminée par l'épingle.

Il s'agissait de démontrer que cette femme était devenue analgésique par le fait de la syphilis, et qu'elle cesserait, suivant toute probabilité, de l'être quand la syphilis, soit par l'effet du temps, soit sous l'influence du traitement spécifique, se serait modifiée.

Ce fait était loin d'être exceptionnel aux yeux de M. Fournier. Il affirme avoir observé plus d'une centaine de cas semblables depuis deux ans. Comment a-t-il été conduit à les constater? C'est l'analogie pathologique qui l'a mis sur la voie de cette recherche. Voyant que bon nombre d'intoxications avaient pour résultat de troubler la sensibilité générale à des degrés divers et sous des modes différents, M. Fournier s'est demandé si le poison syphilitique ne déterminait pas des phénomènes semblables. Il a établi une enquête sur ce point, et voici à quels résultats il est arrivé.

Chez un très grand nombre de malades, il a constaté une altération très-remarquable de la sensibilité.

Ces troubles sont variés quant à leur forme. Ils affectent la sensibilité de différentes façons, suivant différents modes.

Tantôt ils ne portent que sur la perception de la douleur (analgésie simple), tantôt ils intéressent à la fois et le sens des perceptions douloureuses, et le sens du tact, de façon à rendre les malades simultanément analgésiques et anesthésiques. D'autres fois encore, mais plus rarement, ils altèrent le sens de la température.

L'analgésie simple, isolée, avec conservation de la sensibilité

(1) Excellente publication faite sous la direction de M. le docteur Doyon, et destinée à combler une lacune regrettable dans la presse médicale française.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique de l'art des accouchements

Par MM. les professeurs H. F. NAEGELE et W. L. GRENSER

Traduit sur la sixième et dernière édition allemande, annoté et mis au courant du dernier progrès de la science, par G. A. AUBENAS, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg, avec introduction de STOLTZ, 1 vol. in-8, de 724 pages et 207 figures dans le texte (1).

La littérature médicale française, déjà fort riche par elle-même, vient de s'enrichir encore d'un livre nouveau, importé de l'étranger, et fort estimé sur la rive droite du Rhin.

De tous les accoucheurs étrangers, il en est peu dont le nom soit aussi répandu que celui de Naegele, dont l'enseignement à l'Université de Heidelberg eut jusqu'à sa mort un si grand et si légitime succès.

Dès 1843, Naegele père s'était associé son fils, Franz Naegele, pour la publication d'un *Traité de l'art des accouchements*, résultat de ses observations, de sa pratique et de son enseignement. Enlevés tous deux à l'enseignement et à la vie en 1851, avant la terminaison complète de leur ouvrage, ils eurent pour achever leur œuvre le professeur Grenser, de Dresde, qui s'en acquitta avec une conscience et un talent remarquables. Six éditions se succédèrent rapidement en Allemagne depuis 1851, et elles ont été tenues au courant de la science par le continuateur du livre, qui, élève lui-même de Naegele, mit à profit les notes, les leçons, les souvenirs de son maître et sa propre expérience.

Ce livre vient d'être traduit pour la première fois en France, sous les auspices d'un de nos plus éminents professeurs d'accouchement, le docteur J. A. Stoltz, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, par son agrégé spécial, le docteur Aubenas. M. Aubenas a été esclave du texte; mais pour que le livre de Naegele fût tout à fait au courant des idées françaises, il a ajouté, entre crochets, ce qui a été ignoré ou omis par les deux savants allemands, et nous y voyons figurer les travaux modernes des Stoltz, des Pajot, des Joulin, des Tarnier, des Depaul, des Chassagny, etc.

Cet ouvrage diffère un peu, quant à la forme, de nos traités d'accouchement.

Le livre est divisé en deux parties principales : la première contient la physiologie et l'hygiène de l'accouchement; la deuxième comprend la pathologie et la thérapeutique.

La *première partie* est la plus courte, et ne comprend que 220 pages environ. Dans les chapitres relatifs aux *appareils organiques intéressés dans l'accouchement*, MM. Grenser et Aubenas ont fait d'assez nombreuses annotations, en caractères plus petits et intercalées dans le texte : elles sont surtout relatives aux questions d'anatomie et de physiologie que les travaux modernes ont poussées si loin.

La deuxième division traite de la *grossesse normale* et *de son hygiène*; ici rien ne nous a frappé d'une manière spéciale; nous y avons vu et lu ce que nous voyons et lisons dans tous les livres d'accouchement, à part deux ou trois figures originales.

La troisième division est consacrée à l'*accouchement physiologique* et à l'assistance qu'il réclame. Naegele a beaucoup simplifié les positions : il n'admet pas, comme nous autres, quatre positions crâniennes, il les réduit à deux et rejette toutes les positions autres que celles où l'occiput se trouve à gauche et *en avant*, ou bien à droite et *en arrière*. La simplification par elle-même est une excellente chose, mais nous pensons que Naegele l'a poussée un peu trop loin : les deux autres positions crâniennes sont considérées par lui comme des variétés exceptionnelles de la présentation crânienne.

Admettant seulement deux positions crâniennes, Naegele poursuit jusqu'au bout sa méthode de simplification, et il ne reconnaît également que deux positions faciales, celle dans laquelle le front occupe la fosse iliaque gauche et celle dans laquelle il est tourné à droite, c'est-à-dire la première et la deuxième position de nos auteurs classiques.

Même simplification pour les présentations pelviennes.

Nous n'avons rien à dire de ces divisions, qui, en somme, n'amènent pas un embarras nouveau et sont peut-être avantageuses pour

(1) Paris, 1869. Chez J.-B. Baillière. Prix : 12 francs.

au contact et à la température, constitue la forme la plus habituelle de ces troubles.

Une forme un peu moins fréquente est l'anesthésie combinée à l'analgésie. L'analgésie se rencontre quelquefois sans anesthésie, mais jamais l'anesthésie sans l'analgésie.

Une troisième variété consiste dans la perte du sens de la température.

L'analgésie, comme degré, comporte de nombreuses variétés. Tantôt elle ne consiste qu'en une diminution légère de la sensibilité à la douleur; tantôt, au contraire, on observe une abolition complète, absolue, des perceptions douloureuses. On peut rencontrer tous les termes moyens entre ces deux extrêmes.

L'analgésie présente les mêmes variétés au point de vue du siége. Chez telle femme, l'analgésie est générale et s'étend de la tête aux pieds. Chez telle autre, elle n'est que partielle, limitée à certaines régions. Et alors c'est presque invariablement aux extrémités des membres qu'elle se trouve circonscrite, c'est-à-dire aux mains, à la moitié inférieure des avant-bras, aux pieds, aux chevilles, etc.

M. Fournier signale ce détail très-curieux : c'est que parfois cette analgésie partielle est encore plus circonscrite comme étendue et localisée dans une région spéciale. Cette région, c'est le dos de la main. Il dit avoir rencontré sur un très-grand nombre de malades des analgésies de ce caractère, exactement limitées à la face dorsale du métacarpe. Il existait en ce point une insensibilité absolue à la douleur, alors qu'au voisinage et sur tout le reste des téguments la sensibilité était normale. Aussi est-ce sur cette région qu'il recherche l'analgésie de prime abord, car, dit-il, elle existe toujours là alors qu'elle existe ailleurs, et elle existe très-souvent là seulement, alors qu'elle fait défaut en tout autre point.

Autre particularité. Lorsque les troubles de la sensibilité sont plus étendus comme surface, ou lorsqu'ils sont généraux, ils atteignent le plus souvent une intensité maxima en ce même point, la face dorsale du métacarpe. Légère ou moyenne sur toute la surface des téguments, il n'est pas rare que l'analgésie soit absolue et complète sur le dos des mains. L'analgésie, plus ou moins étendue ou générale, vient-elle à s'atténuer et à se dissiper, c'est à la face dorsale des mains qu'elle survit.

Ces troubles de la sensibilité se manifestent de préférence dans les premiers mois de la période secondaire de la syphilis, et le plus habituellement coïncidemment avec d'autres manifestations de la diathèse. Ils ont presque toujours une durée assez longue. Il est rare qu'ils ne persistent pas au moins quelques semaines. Le plus souvent, ils se prolongent davantage, deux, trois, quatre mois, et voire même au delà quelquefois.

Nous en étions là de cette description si bien faite de l'analgésie des syphilitiques, nous demandant si ce n'était pas là un simple fait de coïncidence et si ces troubles de la sensibilité ne pouvaient pas provenir d'une autre cause, d'un autre état morbide concomitant, de la chloroanémie, par exemple, ou de l'hystérie, si communes chez les jeunes femmes. Mais M. Fournier avait pressenti cette objection et il était allé au-devant. Il ne s'agissait que de poursuivre pour voir s'élucider la question.

« Ces troubles ne dépendaient chez nos malades ni de la chlorose, ni de l'hystérie, ni du nervosisme, ni d'aucune autre cause analogue; et cela pour une raison aussi simple que péremptoire : c'est qu'aucune d'elles ne présentait ni attributs de chlorose, ni antécédents d'hystérie, ni disposition habituelle aux troubles nerveux. Il n'existait alors chez elles aucune cause à laquelle de tels symptômes pussent être rattachés... »

D'ailleurs, ajoute M. Fournier, il est d'autres raisons qui conduisent très rationnellement à considérer ces troubles de sensibilité comme syphilitiques. C'est d'abord la fréquence même de ces troubles, très-habituels chez les femmes à la période secondaire. C'est, en second lieu, leur développement dans des conditions identiques à la période secondaire de la syphilis et dans les premiers mois de cette période, coïncidemment soit avec d'autres accidents syphilitiques d'allure différente, soit avec d'autres phénomènes de même nature affectant le système nerveux. C'est, en troisième lieu, l'évolution même de ces désordres pathologiques, apparus en même temps que d'autres manifestations de nature évidemment syphilitique, et se conduisant comme ces dernières manifestations, durant ce qu'elles durent, s'atténuant et disparaissant avec elles, subissant la même influence que celles-ci par le fait du traitement et du temps.

Amputation d'un col utérin cancéreux par la galvano caustique.

Nous avons assisté il y a quelques jours, à l'Hôtel-Dieu, à une amputation du col utérin faite à l'aide de la galvano caustique, par M. Péan, chargé par intérim du service de M. Voillemier.

On sait que les instruments de galvano-caustique, très-variés d'ailleurs dans leur forme et leur disposition par l'inventeur même de la méthode, en raison de la conservation des parties sur lesquelles ils sont destinés à agir, peuvent être réduits, en somme, à trois éléments principaux : le couteau, les cautères et l'anse-écraseur. Ce dernier est celui dont on a fait le plus généralement usage, en particulier pour l'amputation du col utérin. M. Péan, qui, dans ces derniers temps, a beaucoup employé la galvano caustique dans son service de Lourcine, a été frappé de plusieurs inconvénients inhérents à l'usage de l'anse, il lui reproche, notamment, de ne pas couper exactement la partie saisie, de faire une section oblique et souvent peu nette, de nécessiter l'emploi du spéculum plein, qui limite trop le champ d'application de l'instrument et d'être, enfin, difficile à manier, le barillet d'enroulement étant porté par la tige, ce qui gêne l'œil et la main. Pour obvier à ces divers inconvénients, M. Péan engagea M. le docteur Chéron, qui s'est livré à une étude spéciale des applications thérapeutiques des courants continus (1), à faire construire un instrument d'un emploi plus facile et remplissant mieux le but proposé. M. Chéron a imaginé, à cet effet, l'instrument dont voici le dessin et la description.

Sur le manche ordinaire, qui sert à porter les différentes pièces employées en galvano caustique thermique, se monte une double branche dont les extrémités s'écartent l'une de l'autre plus ou moins.

Un fil double de platine forme une anse *a* à laquelle on peut donner les dimensions nécessaires à l'enserrement du col.

Ce fil passe en *b* sur un galet vertical, sorte de petite poulie qui favorise le glissement, et, longeant ensuite le manche, il vient s'enrouler sur un barillet *c* qu'on peut enlever à volonté pour placer les cautères, les couteaux, etc.

Lorsque le col ou toute autre partie est prise dans l'anse, les rhéophores étant placés en *n n*, celle-ci devient rouge; le chirurgien qui fait tourner le barillet rapprochant peu à peu les deux parties, les applique bientôt l'une contre l'autre comme on les voit en *k*, et l'amputation est faite par ces deux portions de fil qui s'avancent l'une vers l'autre, à la manière des deux lames des ciseaux.

M. le docteur Péan avait déjà pratiqué quelques opérations sur le col utérin au moyen de cet instrument, soit à Lourcine, soit à l'Hôtel-Dieu. Les opérations faites à Lourcine sur des cols hypertrophiés, ont donné une section très-nette. C'est ce même instrument qu'il a employé sur la malade de l'Hôtel-Dieu pour enlever la portion saisissable d'une tumeur cancéreuse du col, pour laquelle l'ablation par l'instrument tranchant eût donné lieu à une hémorrhagie. L'opération s'est faite, en effet, assez facilement quoique un peu longuement, et sans donner lieu au moindre écoulement de sang.

(1) Nous publierons prochainement un travail de M. Chéron sur le traitement du rhumatisme chronique par les courants continus.

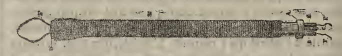
Nous en ferons connaître les résultats définitifs plus tard.

Nous rappellerons à cette occasion que nous avons vu, il y a environ deux ans, M. Amussat opérer un polype extra utérin par la même méthode et à l'aide d'un sécateur galvanique, qui n'est, d'ailleurs, qu'une simple modification de celui de Middeldorph. Voici, en particulier, en quoi consistent ces modifications :

1° Graduation sur la lame d'ivoire qui sépare les fils sur le treuil, afin de connaître le raccourcissement graduel du fil plongé dans les profondeurs des tissus.

2° Interrupteur placé près du manche. Il se compose d'une lame de platine, au moyen de laquelle on ferme le courant au devant des fils, et par conséquent l'anse coupante cesse d'être chauffée quand on le juge convenable.

M. Amussat a fait, depuis, plusieurs autres opérations analogues dont nous avons également été témoins, et, entre autres, avec M. le docteur Baret, une amputation du col de l'utérus pour une tumeur encéphaloïde de la lèvre antérieure, chez une femme jeune encore. Cette dernière opération a été faite il y a quinze mois environ, en juillet 1868, avec le sécateur galvanique dont nous reproduisons ici le cliché demi-grandeur. M. Amussat a



revu cette opérée récemment et a pu s'assurer de sa parfaite guérison.

Dr B...

OVARIOTOMIE

PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS POUR LA SECONDE FOIS SUR UNE FEMME DE 48 ANS. — GUÉRISON RAPIDE. — OVAIRE GAUCHE ENLEVÉ LE PREMIER, DU POIDS DE 17 A 18 KILOG. — OVAIRE DROIT, DIX MOIS APRÈS 9 KILOG.

Par M. le docteur Boinet.

Les cas où le chirurgien est appelé à pratiquer deux fois la gastrotomie sur une même femme sont assez rares, pour que je m'empresse de faire connaître l'histoire d'une malade, qui a subi avec succès deux ovariotomies dans l'espace de dix mois. Depuis dix ans que j'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération un grand nombre de fois déjà, c'est la première malade que je rencontre chez laquelle j'aie été obligé de revenir une seconde fois à l'ovariotomie; c'est aussi la première fois, en France, au moins je le crois, qu'une femme a été opérée deux fois. En Angleterre, on compte un cas où cette double opération aurait été pratiquée; il appartient à Spencer Welle.

Voici l'histoire de notre malade, dont la première opération a été publiée avec de longs détails dans la *Gazette des Hôpitaux*, année 1868, page 559, n° 141 (Voir le numéro indiqué).

Je rappellerai seulement que le kyste enlevé, contenant et contenu, pesait de 17 à 18 kilogrammes, et que la guérison de toutes les maladies dont elle était atteinte : kyste de l'ovaire, ascite, hernie ombilicale, chute de l'utérus, était complète un mois après l'opération; elle avait pris de la force, de l'embonpoint, et jouissait d'une santé excellente. Elle se croyait radicalement guérie, et tout le monde le croyait aussi, et pour mon compte, j'étais loin de penser que l'ovaire droit, qui m'avait paru sain au moment de l'opération, m'obligerait à faire une nouvelle ovariotomie dix mois plus tard.

Rentrée dans son pays, Mlle G..., qui n'avait pour vivre que sa profession de lingère, se remit promptement à l'ouvrage et continua son travail pendant quatre à cinq mois, sans ressentir aucun symptôme qui pût lui faire craindre une maladie pareille à celle qu'elle venait d'éprouver. Toutes ses fonctions se faisaient bien; l'utérus était resté en place, la hernie ombilicale n'avait pas reparu, et elle pouvait se livrer à toutes ses occupations, n'éprouvant que de la fatigue, qu'elle attribuait à ce qu'elle travaillait beaucoup et à la position assise qu'elle était obligée de garder toute la journée; d'ailleurs la santé était bonne. Cependant, au bout de cinq mois, elle crut s'apercevoir que son ventre devenait plus gros, qu'elle avait plus de peine à rester debout, à marcher, que les besoins d'uriner étaient plus fréquents, et que la matrice s'abaissait. Il lui semblait que la paroi antérieure du ventre, là où avait été pratiquée l'incision, qui avait eu une étendue de 27 centimètres, était trop faible pour main-

l'étudiant. Mais, pour éviter toute confusion, M. Aubenas a eu le soin de faire suivre de la division classique de Stoltz, qui ne diffère de celle de Joulin (1) que par le numéro d'ordre des troisième et quatrième positions, chacune des présentations du crâne, de la face ou du pelvis.

La quatrième division comprend la *puerpéralité physiologique* et les soins que réclament la femme en couches et le nouveau-né. Ce chapitre termine la première partie.

La *deuxième partie* est la plus importante de l'ouvrage : elle occupe près de 500 pages et elle comprend ce que nous entendons aujourd'hui par la dystocie. C'est cette partie surtout qui constitue l'originalité du livre.

Dans une première division, Naegele s'occupe des *accouchements vicieux* et *de leur traitement en général,* des opérations obstétricales, de la version, du forceps, du levier, de l'application des instruments vulnéraux sur le fœtus, de l'accouchement prématuré et de l'opération césarienne *ante* et *poste mortem*. Nous avons lu avec plaisir les considérations sages et morales qui précèdent le chapitre sur cette grave opération, dont le manuel est parfaitement indiqué. Naegele paraît très-réservé sur la pratique de l'opération césarienne, qui, d'après lui, coûte la vie au moins aux deux tiers des mères. Nous pensons que le pronostic est bien différent à la ville et à la campagne, Le 16 avril 1830, Jolly, de Château-Thierry, passait, devant la Faculté de Paris, sa thèse inaugurale sur l'opération césarienne, et il y rapportait six cas pratiqués par son père. Sur ces six opérations, quatre femmes furent sauvées, quatre enfants extraits vivants et bien portants : un simple rasoir suffisait la plupart du temps au modeste et habile chirurgien. Jolly lui-même la pratiqua plusieurs fois avec succès. Cette thèse a été omise dans la *Bibliographie*.

(1) Joulin, *Traité complet de l'art des accouchements*, 1866, p. 521.

Dans la deuxième division, Naegele traite des *accouchements vicieux* et des médications qui en découlent, des causes qui peuvent s'opposer à la marche naturelle du travail, des accidents qui peuvent le compliquer : nous y trouvons les dystocies dépendant de la mère et les dystocies dépendant du fœtus. Dans cette partie, les additions et annotations sont nombreuses.

Le texte de Naegele s'arrête aux « syncopes survenant pendant le travail »; tout ce qui suit, jusqu'à la fin du livre, est du professeur Grenser, ce qui n'a pas empêché M. Aubenas de continuer ses annotations pratiques.

La dernière division traite de la *grossesse vicieuse* ou *dyskiesis*, de la grossesse extra-utérine, de la grossesse molaire, des hémorrhagies utérines, etc. Nous y trouvons comme appendice un chapitre sur l'anesthésie produite par les inhalations au chloroforme. Le chloroforme a ses détracteurs et ses partisans : M. Pajot l'administre volontiers à la fin du travail, mais chez les femmes exceptionnellement nerveuses, déraisonnables, sourdes à toute exhortation; M. Joulin l'emploie dans les mêmes circonstances, et ces accoucheurs ont eu pour prédécesseur dans cette voie, l'honorable chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Meaux, le docteur Houzelot, qui a publié, en 1854, dans les *Mémoires de la Société de chirurgie*, les résultats de ses recherches et de son expérience.

Parmi les 207 figures intercalées dans le texte, il en est qui sont connues de tous les praticiens; mais il en est aussi quelques-une qui paraissent pour la première fois : c'est une addition au livre de Naegele qui, dit-on, était très-sobre de gravures.

Les amateurs de bibliographie devront se reconnaître satisfaits; le traducteur a fait suivre chaque partie d'une notice bibliographique qui ne laisse rien à désirer.

Nous ne connaissons pas la langue allemande; nous n'avons jamais eu Naegele entre les mains; M. le professeur Stoltz nous affirme que M. Aubenas a été un habile et consciencieux traducteur; nous le croyons sur parole et nous devons remercier M. Aubenas de nous avoir donné un bon livre de plus.

Dr A. Corlieu.

Du rôle de l'estomac dans la digestion et la formation du sang, par le docteur Louis de Séré. — 1 vol. in-8°. Prix : 1 fr. 25, *franco*.

Des syphilides vulvaires, par le docteur Paul Spillman, ancien interne de l'hôpital de Lourcine. — 1 vol. in-8° avec 3 planches. Prix : 3 fr.

Du rôle de la choroïde dans la vision, par le docteur Bravais. 1 vol. in-8. Prix : 1 fr. 50.

tenir les intestins, et qu'elle subissait une espèce d'écartement et d'allongement.... Elle m'avait écrit tous ces détails, et je pensai qu'il pouvait bien y avoir un commencement d'éventration; que les parois abdominales, qui étaient très-minces et qui avaient subi une grande distension par suite d'une ascite considérable et d'un kyste si volumineux, pouvaient bien être trop faibles pour soutenir convenablement le paquet intestinal, qui, suivant l'expression de la malade, semblait ballotter dans le ventre.... Je lui conseillai une ceinture abdominale, en forme de caleçon de bain, de manière à comprimer légèrement son ventre et à le soutenir... Ce moyen lui procura un soulagement marqué, mais il n'empêcha pas le ventre de prendre encore du développement. Elle consulta MM. Gachet et Jugaud, d'Issoudun, qui reconnurent qu'une nouvelle tumeur s'était développée dans la cavité abdominale, et que, probablement, il existait un nouveau kyste ovarique.... Sur le conseil de ces honorés et savants confrères, elle revint à Paris se soumettre à mon examen, et je reconnus, en effet, qu'il existait un kyste de l'ovaire, dont le développement rapide, en raison de son volume, avait quelque chose de remarquable, ainsi qu'on va en juger par les mesures qui furent prises. La taille, mesurée avec soin, a 102 centimètres de circonférence, en passant sur le point culminant de la tumeur. Du pubis à l'appendice xyphoïde, il y a 57 centimètres, et autant d'une épine iliaque antérieure à l'autre, en passant au-devant de la tumeur, au niveau de l'ombilic. La tumeur se projette vers le pubis, qu'elle recouvre et dérobe à la vue.

Cette tumeur, qui est très-mobile, dure à la portion supérieure, fluctuante à sa partie inférieure, a une forme toute particulière, celle d'une poire allongée, dont la grosse extrémité serait en haut, du côté du diaphragme, et la petite extrémité en bas, du côté du pubis. Cette tumeur est très-facile à sentir à travers les parois abdominales, qui sont très-minces et très-mobiles en haut, elle est facile à déplacer, et semble plonger par son extrémité inférieure dans le petit bassin; mais cette extrémité inférieure est tellement fluctuante, qu'on croirait à un liquide ascitique dans la partie inférieure du ventre, s'il n'existait pas une sonorité très-remarquable dans les deux fosses iliaques, sonorité qui persiste toujours lorsque la malade reste debout, et quelle que soit la position qu'on puisse lui faire prendre. C'est donc, à n'en pas douter, une poche kystique, qui renferme un liquide peu épais.

Il n'existe point d'éventration ni sur la ligne médiane, ni sur le trajet de l'incision, qui avait 27 centimètres d'étendue, ni ailleurs. En dehors de la ligne blanche, la peau présente sa coloration ordinaire, offre quelques grosses veines bleuâtres; mais au niveau de la cicatrice, dans toute son étendue, la peau offre une teinte foncée, cuivrée, de la largeur de 3 ou 4 centimètres. Cette teinte particulière n'est pas régulièrement verticale et offre çà et là quelques points d'un blanc mat, comme les anciennes cicatrices en présentent quelquefois; mais ce trajet cicatriciel, qui s'étend depuis le pubis jusqu'à 4 ou 5 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, en passant à gauche, est solide, résistant et n'est le siége ni d'éraillements, ni d'écartement.

L'état général est assez bon, et toutes les fonctions s'exécutent passablement; seulement, depuis plusieurs mois, la malade a perdu l'appétit.

Le diagnostic que je porte est qu'il existe un nouveau kyste de l'ovaire, multiloculaire, composé de parties dures dans sa partie supérieure, et d'une vaste poche renfermant un liquide séreux dans sa partie inférieure. Je ne constate pas d'adhérences en avant, et la mobilité de la tumeur et la rapidité vraiment extraordinaire avec laquelle elle s'est développée, me font espérer qu'il n'existe pas d'adhérences en arrière.

Pour toutes ces raisons, j'engage Mlle G... à se soumettre à une nouvelle opération d'ovariotomie, ce qu'elle accepte avec une certaine crainte, car, moralement, elle est moins bien disposée que lors de la première opération, quoiqu'elle soit dans de meilleures conditions sous tous les rapports. Je la fais rentrer dans la maison de santé de la rue Oudinot, n° 4, où déjà elle a subi la première opération, et je pratique la seconde le 24 août 1869, en présence de MM. Nélaton, Firmin, Millaudet, Mayet, Boilly, R. Egea y Galindo, plusieurs chirurgiens étrangers et plusieurs internes des hôpitaux.

La malade avait été purgée la veille : pendant qu'elle est sous l'influence du chloroforme, je pratique, entre le pubis et l'ombilic, une incision de 15 à 16 centimètres un peu en dehors et à gauche de la cicatrice de la première incision, et j'arrive directement sur le kyste. Comme je l'ai déjà dit, les parois abdominales sont excessivement minces; le ventre étant ouvert, je cherche à introduire la main dans la cavité abdominale, entre le kyste et les parois de l'abdomen, pour reconnaître si des adhérences existent; j'en trouve une assez solide, qui m'empêche de pénétrer plus profondément; alors, avant de faire de nouvelles tentatives pour reconnaître de quelle nature est l'adhérence que j'ai rencontrée, je ponctionne le kyste avec un gros trocart ordinaire à sa partie inférieure, dans le point où la fluctuation est manifeste. Cinq litres environ d'un liquide séreux, non filant, légèrement verdâtre, s'écoulent avec promptitude; alors ne pouvant introduire facilement la main, j'agrandis l'incision par en haut de 4 ou 5 centimètres, et je puis alors m'assurer qu'il n'existe qu'une simple adhérence assez large, et que le kyste en est dépourvu dans tous les autres points jusqu'au pédicule. Le kyste est doucement attiré entre les lèvres de l'incision, à l'aide de pinces à érignes, qui déchirent le tissu avec une grande facilité.

Mais le kyste est assez sorti de l'abdomen pour mettre sous les yeux une adhérence très-vasculaire et large de plusieurs centimètres qui l'unit à une anse intestinale. Cette adhérence est détruite lentement, et avec précaution avec les doigts, mais il n'en résulte pas moins un écoulement de sang assez abondant, qui nécessite l'application de trois ligatures placées sur la surface de l'intestin, d'où le sang s'écoule en nappe. Ce sang étant complétement arrêté, j'introduis la main sous les tumeurs qui forment la masse du kyste, et en les soulevant doucement, je les porte en dehors de la cavité abdominale, où elles sont saisies par les deux mains d'un aide et maintenues au-dessus du ventre. Une flanelle imbibée d'eau chaude, et fendue en deux parties égales dans la moitié de sa longueur, est placée au-dessous du kyste, sur l'ouverture abdominale, et les intestins et les deux bouts de la flanelle sont croisés autour du pédicule, de telle sorte que les intestins se trouvent à l'abri du contact de l'air, et que tout ce qui pourrait s'écouler de l'intérieur du kyste tomberait sur la flanelle et ne pourrait pénétrer dans la cavité abdominale. Dans cette position, on reconnaît que le pédicule du kyste est large, mais peu résistant, et formé par une membrane large et épaisse, mais dont la déchirure serait facile. Ce pédicule prend sa racine sur l'angle droit du fond de l'utérus et sur le ligament large du même côté. Un clamp de Spencer Welle est appliqué sur le pédicule le plus près possible du kyste, qui est excisé au-dessus du clamp et cautérisé avec un fer rouge; puis une forte ligature est placée sur le pédicule au-dessus du clamp. En faisant la toilette du péritoine, on remarque, sur sa paroi abdominale, du côté droit, plusieurs petits kystes très-brillants, à parois très-minces, à large base et gros comme des grains de raisin; on dirait des ampoules remplies de sérosité... En cherchant à lier l'un de ces petits kystes, la pince qui l'avait saisi l'écrase, et il s'écoule un liquide clair comme de l'eau de roche; les autres sont également écrasés et séchés avec une éponge.

Il était intéressant de savoir quel était l'état du péritoine au niveau de l'ancienne incision, et si les bords coupés de cette membrane s'étaient réunis l'un à l'autre ou bien s'il existait une séparation entre ces bords. C'était d'ailleurs pour éclaircir ce point que j'avais pris la précaution, en faisant la seconde opération, de pratiquer l'incision abdominale, un peu plus à gauche de la ligne médiane, et à 2 centimètres environ du trajet de la cicatrice de la première incision. La paroi abdominale droite étant soulevée et renversée en dehors, il est impossible de reconnaître si le péritoine a été divisé, tant sa soudure est complète là où l'incision a été pratiquée, et il est impossible de constater la moindre trace d'une lésion quelconque. Pour la coloration, pour la texture, pour l'aspect, les points sur lesquels a porté l'incision ressemblent au reste du péritoine, et cette membrane ne paraît pas plus faible, plus mince dans ce point que dans les autres. La réunion du péritoine a donc été complète, et il est impossible de reconnaître la moindre trace de l'incision qu'il a subie dans une étendue de 27 centimètres. Il en est de même des piqûres faites au péritoine par le passage des aiguilles et des fils métalliques; ces derniers avaient été retirés du cinquième au huitième jour... et ne laissaient aucune trace sur le péritoine, qui était aussi sain dans tous ces points que dans le reste de son étendue. Quant à l'ancien pédicule du premier kyste, enlevé il y a dix mois, on n'en retrouve aucune trace.

La toilette du péritoine étant achevée, le ventre est complétement fermé par sept fils d'argent qui traversent le péritoine comme la première fois et par une suture entortillée superficielle, les épingles ne comprenant que les parois abdominales sans toucher au péritoine. Une couche de collodion est ensuite appliquée sur tout le trajet de la suture dans une largeur de 4 ou 5 centimètres afin de préserver la plaie de la suture du contact de l'air et d'oblitérer complétement l'ouverture abdominale; les trois ligatures en soie, appliquées pour arrêter l'hémorrhagie fournie par la déchirure de l'adhérence sortent entre les sutures et sont fixées sur la paroi abdominale avec un peu de collodion.

La malade étant promptement nettoyée, essuyée et changée de linge et de flanelle, est placée dans un autre lit bien chaud. Elle prend quelques cuillerées de malaga, et de la tisane de mauve et de violette. Le pouls, qui avant l'opération était à 84, est descendu à 72 et reste à ce degré toute la nuit, pendant laquelle la malade, qui se trouve très-bien, a quelques heures de sommeil. Elle a pris, dans la journée et la nuit, quelques cuillerées de bouillon froid et de l'eau rougie. Toutes les deux heures, on lui a donné une cuillerée à bouche d'une potion calmante.

Le mercredi 25 août, à la visite du matin, la malade va bien; le pouls est à 80. Le ventre, palpé avec soin, n'est nullement douloureux; elle a uriné deux fois seule; la première fois, six heures après l'opération; elle ressent, dit-elle, des vents dans l'estomac et ne prend pas le bouillon ni le vin de malaga avec plaisir et demande qu'on ne lui donne que de l'eau rougie.

Le jeudi, le pouls est à 112; la malade n'a pas dormi; elle a été inquiète, agitée pendant la nuit, malgré la potion calmante. Elle est abattue, triste, courbaturée; tout lui répugne. Elle n'est pas altérée. Le ventre, examiné avec soin, n'est ni gonflé ni douloureux à la pression; cependant, elle dit ressentir de la douleur dans la fosse iliaque droite, comme une espèce de tiraillement. Elle a des dégoûts, comme des envies de vomir. Cette douleur de la région iliaque persiste toute la journée et m'engage à mettre sur ce point, et même sur tout le ventre, de larges cataplasmes sinapisés, qu'on renouvelera toutes les quatre heures.

Le vendredi, à la visite du matin, le pouls est tombé à 88 pulsations; la peau n'est pas chaude, il n'y a point de fièvre; la malade a eu plusieurs vomissements composés seulement de l'eau rougie et de la potion qu'elle a prise, la langue est rouge, très-sèche, la fosse iliaque droite est toujours douloureuse, au dire de la malade, et ce côté du ventre non douloureux à la pression, me paraît un peu plus soulevé que celui du côté opposé; la malade est très-abattu et refuse toute alimentation; elle ne veut que des boissons froides pour rafraîchir sa bouche qui est chaude et sèche; elle a eu de la transpiration, force frissons pendant la nuit. Tous ces symptômes me firent craindre un commencement de péritonite, cependant l'état du pouls, l'absence de toute douleur à une pression assez forte et surtout de balonnement du ventre, me rassuraient un peu, les cataplasmes furent continués, et matin et soir une pilule de 0,15 centigr. de sulfate de quinine fut administrée, glace et boissons froides par gorgées pour tromper la soif.

Samedi 28 août. Les boissons ont été bien supportées, il n'y a plus eu de vomissements, mais la langue est toujours rouge et sèche, râpeuse et fendillée comme dans la fièvre typhoïde. La malade a moins transpiré et n'a pas éprouvé la moindre sensation de froid; elle a toujours une grande répugnance pour les aliments et cependant elle prend de temps en temps quelques cuillerées de bouillon à la glace, qui sont bien supportées. L'état du ventre est toujours le même, il n'est pas ballonné, mais la douleur de la fosse iliaque droite persiste toujours; on continue le sulfate de quinine, les cataplasmes laudanisés, les boissons froides et 30 grammes d'huile de ricin seront administrés dans la journée; le pouls ne varie pas, il oscille de 80 à 90, mais l'état général n'est pas rassurant, et la malade éprouve un abattement profond, une adynamie alarmante.

Le 29, la purgation a produit plusieurs garde-robes abondantes; la bouche paraît moins sèche, mais la langue est rouge écarlate ainsi que les gencives; on continue les mêmes moyens, moins la purgation, et une cuillerée de vin de quinquina de Seguin est administrée matin et soir; on insiste sur l'usage du bouillon, un lavement sera administré dans la journée. Le pouls est le même que la veille.

Le 30, à la visite du matin, toutes les parois de la bouche, les gencives, la langue, sont couvertes de larges plaques de muguet qui s'étendent jusque dans le pharynx; la malade avale avec beaucoup de difficulté; rien du côté du ventre, dont la douleur de la fosse iliaque a considérablement diminué depuis la purgation; le ventre est toujours souple, non ballonné, ni douloureux à la pression; tout l'intérieur de la bouche est badigeonné à plusieurs reprises dans la journée avec du miel rosat et la malade se gargarise avec du vin aromatique; on continue les cataplasmes, le vin de quinquina, le sulfate de quinine et les boissons froides, du bouillon en aussi grande quantité que la malade pourra en prendre. Le pouls est toujours petit déprimé, il a 72 pulsations.

Le 31, le pouls n'a pas changé, il est tout petit et déprimé; l'abattement général est aussi grand, mais la langue est mieux, elle commence à se dépouiller et les plaques diphthériques ont sensiblement diminué sous l'influence des gargarismes. Le ventre ne présente rien à noter, il est souple, non douloureux; le clamp devenu mobile est enlevé, ainsi que toutes les épingles de la suture entortillée; deux des ligatures du ventre cédant à une légère traction, une nouvelle couche de collodion est appliquée sur tout le trajet de l'incision et sur les trous des épingles retirées, le pédicule est pansé avec un plumasseau d'onguent styrax, après avoir été baigné et lavé avec du vin aromatique. La malade a eu deux garde-robes naturelles; la miction est normale, seulement les urines sont rouges et peu abondantes, on cesse le sulfate de quinine, mais on continue le vin de quinquina, le bouillon, et la malade prend dans la journée deux petits potages, mais sans appétit et pour se soumettre à l'ordonnance, elle se gargarise avec une solution de chlorate de potasse, 4 grammes sur 100 grammes d'eau.

Le 1er septembre, même état général, même traitement et même alimentation. La bouche va mieux, la langue est d'un rouge feu, mais débarrassée de tout dépôt diphthérique, une garde-robe naturelle; un lavement émollient.

Le 2 septembre, même état, continuation des mêmes moyens, il y a du sommeil la nuit, les fils métalliques de la suture profonde, sont tous enlevés ainsi que le dernier fil de la ligature.

A partir de cette époque, le mieux se prononce, l'état adynamique diminue peu à peu, la malade prend trois potages par jour, mange un peu de viande, boit du vin, mais ses forces reviennent lentement, les garde-robes sont quotidiennes et de bonne nature; le ventre n'est le siége d'aucune douleur, la cicatrisation de l'incision abdominale est complète, et le moignon pansé avec de longuent styrax et lavé avec du vin aromatique, se cicatrise avec une grande rapidité. Le pouls est toujours faible et il varie de 64 à 68 pulsations, mais la malade conserve toujours un peu de tristesse et de langueur.

Le 12 septembre, elle prend les aliments avec plus de plaisir, mais elle n'a pas faim; le sommeil est bon, les forces reviennent un peu; elle mange trois potages par jour, de la viande et boit du vin de Bordeaux, les garde-robes sont régulières et les urines moins rouges et un peu plus abondantes, la langue est encore rouge, mais dans un bien meilleur état, et la malade ne souffre plus lorqu'elle mange ou qu'elle avale, elle se lève tous les jours pendant une heure ou deux, tout annonce une terminaison heureuse, la figure est meilleure, plus animée et malgré cela la malade conserve toujours un fond de tristesse, un air inquiet, dont j'ignore la cause, quoiqu'elle affirme n'avoir aucun motif. Le moignon du pédicule est complétement cicatrisé, le ventre est souple, non douloureux à la pression, ni autrement, et si ce n'était la grande faiblesse de la malade, elle pourrait retourner chez elle. La hernie ombilicale ne s'est pas reproduite depuis la première opération et l'ouverture ombilicale est complétement oblitérée. L'utérus est à sa place normale et n'est le siége d'aucune souffrance; du côté de la vessie rien à noter. Les déjections sont bien et la malade garde tout ce qu'elle prend; la guérison est complète; on continue le vin de quinquina, un lavement chaque jour et une nourriture tonique et substantielle. Les jours suivants, la malade va de mieux en mieux; elle se lève chaque jour, et est présentée à l'Académie de médecine, dans la séance du 28 septembre 1869, deux jours avant son départ pour son pays.

La masse totale de la tumeur enlevée y compris le liquide qu'elle contenait était d'environ 9 kilog., autant en parties solides qu'en liquide. Celui-ci était contenu dans une vaste poche à peau très-mince; au fond de cette poche, à son sommet, on trouve une tumeur rouge, ressemblant à un énorme cæcum allongé, et qu'on croirait être à la vue, une poche uniloculaire, mais qui est formée d'une infinité de petites loges, à poches très-minces et remplies d'un liquide très-clair; celui de la grande poche était ascétique et verdâtre. Le reste du kyste est formé par trois tumeurs superposées les unes au-dessus des autres, réunies entre elles et ne formant qu'une seule masse non fluctuante et à tissu aréolaire. Si on incise cette masse qui est très-irrégulière, on remarque un nombre infini de petites loges ou cavités, depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une noix, et renfermant des matières filantes, plus ou moins liquides, de couleur et de consistance différentes.

Il ressort de cette observation plusieurs enseignements très-importants. Le premier, c'est qu'on peut pratiquer plusieurs fois avec succès l'ovariotomie sur la même malade, et cela à une distance assez rapprochée, puisque Mlle G... a subi deux fois cette opération dans l'espace de dix mois, la première le 11 octobre 1868, et la seconde le 24 août 1869, et que chaque fois elle était radicalement guérie au bout de trois semaines.

Le second enseignement est le suivant. La question de savoir si les bords du péritoine, incisé dans l'opération de la gastrotomie, se réunissent entre eux, ou bien s'ils laissent entre eux un intervalle et se cicatrisent séparément, n'est pas résolue pour tout le monde; aussi les uns veulent-ils que le péritoine soit compris dans la suture, tandis que d'autres, craignant d'intéresser cette membrane en la perçant en différents points, veulent qu'on le respecte et qu'on ne le comprenne pas dans la suture. Déjà

Spencer Welle, se basant sur plusieurs expériences faites sur les animaux et sur une opération d'ovariotomie qu'il a pratiquée une seconde fois sur le même sujet, recommande de comprendre le péritoine dans les sutures, et de rapprocher, d'adosser autant que possible les surfaces opposées de la séreuse qui borde la lèvre profonde de la solution de continuité, parce qu'il a remarqué que lorsque les bords du péritoine ne se réunissent pas entre eux, ils contractent des adhérences avec les organes abdominaux, lesquelles adhérences, devenues plus fortes et plus solides, peuvent former des brides capables d'étrangler les intestins. De plus, si les bords du péritoine restent désunis, ne pourrait-il pas en résulter des éventrations? Chez notre malade, le péritoine, examiné avec soin dans tous les points où il avait été incisé (et l'incision avait une étendue de 27 centimètres), n'était le siége d'aucune lésion, d'aucun relief ou dépression ; il était si parfaitement soudé qu'il nous a été impossible de retrouver la moindre trace de cette longue incision, qui ne remontait qu'à dix mois et quelques jours; il n'existait non plus ni bride, ni adhérences avec les organes abdominaux ou le nouveau kyste, au niveau de cette incision. Dans toutes les ovariotomies que nous avons faites jusqu'à ce jour, et le nombre en est de 25, sur lesquelles nous avons obtenu 16 succès, nous avons toujours compris le péritoine dans nos sutures, et jusqu'à présent nous n'avons remarqué aucune éventration chez nos opérées; aussi croyons-nous que la pratique qui consiste à faire la suture à travers le péritoine est préférable à toutes les autres.

Quant aux résultats de l'ovariotomie pratiquée dans Paris, nous ferons remarquer en passant que nous n'avons rien à envier à nos confrères de province ou de l'étranger, et que cette opération réussit aussi bien à Paris ou ses environs que partout ailleurs; sur les 7 dernières malades que nous avons opérées dans Paris, dans des quartiers différents, mais dans des quartiers choisis et bien aérés, nous avons obtenu 5 succès et 2 insuccès, mais nous ajouterons que les deux malades qui ont succombé ont été opérées contre mon gré et comme un devoir imposé. En résumé 16 succès sur 25 opérations et sur 24 malades, puisque l'une d'elles a été opérée deux fois.

Le point important pour réussir *souvent* dans l'opération de l'ovariotomie est surtout de faire un bon diagnostic, en sachant bien reconnaître le kyste opérable de ceux qui ne le sont pas; ensuite, par tous les moyens possibles, de se mettre à l'abri de toute hémorrhagie, de tout épanchement dans la cavité abdominale, avant de fermer la plaie: le moindre écoulement de sang, le plus petit caillot sanguin qui reste dans la cavité abdominale fermée, devient un corps étranger qui se putréfie promptement et donne lieu à des accidents mortels, à ces péritonites insidieuses, qui d'abord locales marchent très-lentement et finissent par amener la mort. Il faut également prendre grand soin que les moyens employés pour arrêter l'écoulement du sang ne deviennent pas dangereux par eux-mêmes. Il faut encore, si les opérations durent un certain temps, prendre la précaution de s'opposer au refroidissement des intestins, en les recouvrant d'une flanelle fine et douce imbibée d'eau chaude; ce qui empêche en même temps de les froisser. Quant aux tubes, drains ou canules placés dans l'angle inférieur de la plaie, immédiatement après l'opération, pour permettre l'écoulement de la sérosité ou de tout autre épanchement qui pourrait se former, c'est un très-mauvais moyen qu'il faut rejeter, parce qu'il est souvent dangereux. Ce sont des corps étrangers qui restent continuellement au contact du péritoine et des organes du petit bassin qu'ils irritent, qu'ils enflamment et qu'ils font suppurer; de plus, ils servent à laisser pénétrer l'air dans la cavité abdominale et deviennent une cause certaine de péritonite, par suite de la décomposition putride des liquides. Je ne conseillerais le placement d'un tube dans l'angle inférieur de la plaie, que si du pus ou de la sérosité purulente s'étaient formés dans le fond du petit bassin ou dans les environs du pédicule; et si ces liquides s'écoulaient seuls le long du pédicule sur la partie inférieure de la plaie, j'aimerais mieux les laisser s'écouler ainsi que de placer une sonde à demeure dans le ventre. La pratique qui consiste à fermer complétement l'incision abdominale, après avoir pris toutefois la précaution si importante de ne laisser ni sang ni liquide dans la cavité abdominale et le moins possible de ligatures me paraît être la meilleure et celle qui donne le plus grand nombre de succès.

Enfin la dernière remarque que je veux faire à propos de l'observation de Mlle G..., c'est de signaler la rapidité avec laquelle un kyste qui n'existait pas même à l'état rudimentaire, puisque l'ovaire droit avait été examiné avec le plus grand soin, lors de la première opération, a pu dans l'espace de quelques mois, atteindre à un volume considérable, arriver à un poids de 9 kilogrammes. Cette rapidité de développement, l'adhérence large et vasculaire qui s'était formée entre le kyste et l'intestin, démontrent au delà de toute évidence que l'indication de l'ovariotomie est formelle dès qu'on a reconnu un kyste multiloculaire et qu'attendre trop longtemps pour opérer, c'est compromettre la vie des malades et se mettre souvent dans des conditions très-mauvaises pour pratiquer l'opération.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

ACADÉMIE DES SCIENCES

De l'influence exercée sur l'organisme par l'ascension à de grandes hauteurs.

L'étude des modifications fonctionnelles que l'homme éprouve quand il se transporte rapidement sur de grandes hauteurs, n'a pas seulement un intérêt de pure curiosité, elle a acquis un sérieux intérêt au double point de vue physiologique et pathologique depuis, surtout, qu'on a cherché à baser sur l'interprétation de ces phénomènes la théorie pathogénique des maladies des montagnes.

En réunissant et en contrôlant les uns par les autres les relations des savants voyageurs qui ont tenté l'ascension des plus grandes hauteurs, relations qui sont loin d'être toujours concordantes par parenthèse, on peut résumer à peu près ainsi les principales modifications constatées : respiration accélérée et pénible, accélération extrême de la circulation, céphalalgie, tendance au sommeil, inappétence, soif, marche pénible et épuisement rapide des forces. Mais, indépendamment de ce que ces phénomènes sont loin de se manifester avec la même constance et au même degré chez tous les individus, il s'en faut que les observations aient toujours été faites avec une suffisante précision. On a même confondu trop souvent dans un même système d'appréciation les effets constatés dans deux conditions très-différentes, celle de l'ascension aérostatique et celle de la marche sur les montagnes. C'est de ce dernier ordre de faits, beaucoup plus complexe que le premier, qu'il s'agit dans la communication que M. le docteur Lortet a faite dans l'une des dernières séances de l'Académie. La relation de notre confrère a d'ailleurs, à nos yeux, ce grand avantage de nous donner les résultats d'observations faites avec une grande précision, et à l'aide des moyens modernes d'exploration.

M. Lortet a fait, les 17 et 26 août dernier, deux fois l'ascension de la plus haute cime du Mont-Blanc, pour constater les troubles que le séjour ou la marche à de grandes hauteurs peuvent amener dans différentes fonctions physiologiques. Les instruments qui lui ont servi à apprécier ces phénomènes sont : l'anapnographe de MM. Bergeon et Kastus, le sphygmographe de M. Marey et des thermomètres spéciaux *maxima* à bulle d'air et à index, pouvant donner facilement le centième de degré. M. Lortet a constaté que le trouble des fonctions physiologiques devenait de plus en plus grand à mesure qu'il s'élevait. A peine appréciable en passant d'une hauteur de 200 mètres (Lyon, lieu de départ), à une altitude de 1,050 mètres (Chamounix), il lui a paru, au contraire, très-sensible de 1,000 à 3,050 mètres; plus sensible encore de 3,050 à 3,532 (au grand plateau du Mont-Blanc); enfin ce trouble est devenu très-considérable à 4,810 mètres (sommet de la calotte du Mont-Blanc).

Voici les variations qu'ont subies la respiration, la circulation et la température intérieure du corps à ces différentes altitudes, soit pendant la marche, soit après un temps de repos convenable.

De 1,050 à 3,932 mètres, les troubles de la respiration ont été peu marqués, le nombre des mouvements respiratoires a été à peine modifié, il a été de 24 par minute, comme dans le premier trajet. Mais de 3,932 mètres à 4,810 (du grand plateau au sommet), il a constaté 36 mouvements par minute. La respiration a été courte et très-gênée, les muscles pectoraux semblaient devenus raides et les côtes étaient comme serrées dans un étau. Au sommet, après deux heures de repos, ces malaises disparurent petit à petit. La respiration redescendit à 25 par minute, mais elle restait gênée, et l'anapnographe montrait que la quantité d'air inspirée et expirée était beaucoup moindre que dans la plaine.

La circulation, quoique la marche eût été successivement lente, a été extrêmement accélérée. Le chiffre moyen de l'expérimentateur étant de 64, en montant de Chamounix au sommet du Mont-Blanc, ce chiffre s'est élevé progressivement à 80, 108, 116, 128, 136, et enfin, en montant la dernière arête, à 160 et plus par minute. Le pouls était fébrile, rapide et misérable. L'artère semblait presque vide. La moindre pression arrêtait le courant sanguin dans le vaisseau. A partir de 4,500 mètres, les veines des mains, des avant-bras et des tempes se gonflaient, et il se manifesta une lourdeur de tête et une somnolence pénible, due à la stase veineuse et à l'oxygénation insuffisante du sang. Même après deux heures d'un repos complet, le pouls resta toujours entre 90 et 108. Le sphygmographe, appliqué au poignet après une heure de repos, montra une tension extrêmement faible et un dicrotisme des plus prononcés.

La température intérieure du corps, pendant la marche, a subi une décroissance proportionnelle à l'altitude. Elle a baissé de 4 et de 6 degrés. Le repos a fait remonter la température tout près de son maximun normal. Ces observations ont été faites à jeun. Pendant la digestion, la température s'est maintenue aux environs de la normale; mais cette influence n'a pas été de longue durée; une heure à peine après manger, le corps s'est refroidi de nouveau par les efforts.

L'abaissement de la température est, comme on le voit, le phénomène le plus saillant. D'où provient cet abaissement? Voici l'explication qu'en donne M. Lortet.

« A l'état de repos, et à jeun, l'homme brûle les matériaux de son sang, et la chaleur développée est employée tout entière à maintenir sa température constante au milieu des variations de l'atmosphère. En plaine, et par des efforts mécaniques, l'intensité des combustions respiratoires, comme l'a montré M. Gavarret, augmente proportionnellement à la dépense des forces. Il y a transformation de chaleur en force mécanique; mais à cause de la densité de l'air et de la quantité d'oxygène inspiré, il y a assez de chaleur formée pour subvenir à cette dépense. Dans la montagne, au contraire, surtout à de grandes altitudes et sur les pentes neigeuses très-raides, où le travail mécanique de l'ascension est considérable, il faut une quantite de chaleur énorme pour être transformée en force musculaire. Cette dépense de force use plus de chaleur que l'organisme ne peut en fournir. »

Dépense excessive de chaleur, d'une part, insuffisance de production, d'autre part, à cause de la diminution de la combustion respiratoire par suite du peu de densité de l'air, tel est l'enchaînement de circonstances qui donne, en effet, une explication rationnelle du refroidissement du corps pendant la marche dans les hautes montagnes. La rapidité de la circulation devient encore elle-même une cause de refroidissement, le sang n'ayant pas le temps de s'oxygéner convenablement. A une grande hauteur, comme l'a remarqué M. Gavarret, les mouvements respiratoires et circulatoires s'accélèrent, non-seulement pour rendre possible l'absorption d'une quantité d'oxygène convenable, mais aussi pour débarrasser le sang de l'acide carbonique dissout. Mais cette exhalation gazeuse, bien que très-active, n'étant pas suffisante pour maintenir la combustion normale du sang, qui reste sursaturé d'acide carbonique, c'est à cette circonstance que M. Lortet attribue la céphalalgie occipitale, les nausées, la somnolence plus ou moins irrésistible, et tous ces malaises connus sous le nom de mal de montagne, qu'on éprouve et qu'il a éprouvés lui-même à partir de 4,000 à 4,500 mètres d'altitude.

Enfin M. Lortet fait une dernière observation : « Quand on est en état de digestion, dit-il, le refroidissement devient presque nul; c'est ce qui explique l'habitude qu'ont les guides de manger toutes les deux heures environ. Malheureusement, ajoute-t-il, à partir de 4,500 mètres, l'inappétence devient ordinairement telle, qu'il est le plus souvent impossible d'avaler quelques bouchées de nourriture. »

Les faits consignés dans la relation de M. Lortet doivent être enregistrés comme des documents très-utiles pour l'histoire physiologique et pathologique de l'influence des altitudes sur les principales fonctions de l'économie; mais en ne perdant pas de vue, toutefois, que les effets peuvent varier beaucoup avec les individus, ainsi que Humbolt en avait déjà fait la remarque, et que ce ne sont là, en définitive, que des documents qui renseignent seulement sur les effets immédiats de l'ascension et non sur l'action permanente de l'habitation, question qui embrasse des éléments beaucoup plus complexes et d'une analyse beaucoup plus difficile.

— Dans la dernière séance de l'Académie, M. le secrétaire perpétuel Dumas a présenté, de la part de M. le docteur Vernois, un rapport du conseil d'hygiène publique et de salubrité sur la préservation du choléra chez les ouvriers qui travaillent le cuivre. Le rapport, après avoir fait une analyse minutieuse de la laborieuse enquête entreprise sur ce sujet par M. Burq, et contrôlée dans les bureaux de l'administration, se résume en ces termes :

« Quelque extraordinaire au premier abord que puisse paraître l'action du cuivre contre l'invasion du choléra, les faits sont si nombreux, étudiés avec tant de soin, qu'on ne saurait nier, au moins jusqu'à ce jour, à Paris, le fait même de la coïncidence du petit nombre de cholériques avec les professions à cuivre. L'hygiène doit s'empresser d'enregistrer ces résultats, et d'étudier la question de savoir quel parti et quelle application utile on en pourra tirer.

« Il serait prématuré aujourd'hui de déterminer la mesure et la forme dans lesquelles le cuivre, dans le but de la préservation cholérique, devra être hygiéniquement employé et conseillé, — mais il ne sera que juste d'applaudir au travail considérable accompli par le docteur Burq, — de dire que les résultats statistiques obtenus sont très-intéressants, et que si les faits observés ultérieurement sont conformes à ceux déjà recueillis, ils devront ouvrir à la prophylaxie du choléra une voie nouvelle et salutaire. »

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur BÉHIER.

Abcès du foie lié à une dyssenterie chronique et offrant toute l'apparence d'un cancer des parois de l'estomac.

Messieurs, j'ai déjà cherché plusieurs fois à vous mettre en garde contre certaines prétentions qui conduisent à vous présenter la clinique comme chose très-facile, en supprimant les incidents qui prêtent au doute et en dissimulant les erreurs qu'il est facile de commettre. C'est là, comme je vous l'ai dit, un mauvais enseignement, non-seulement parce qu'il est déloyal, mais encore parce qu'il vous trompe sur ce qui vous attend dans l'avenir, et qu'il endort en quelque sorte la vigilance de votre intelligence.

Le fait dont je veux vous entretenir aujourd'hui va me servir au contraire à vous montrer de combien de difficultés est entourée la médecine pratique, et à vous prouver que parfois il est à peu près impossible de ne pas tomber dans l'erreur, tout en ayant pour soi les ressources d'une étude attentive, d'une expérience réelle et d'excellents motifs pour se décider dans le choix du diagnostic auquel on s'arrête.

Le 15 janvier 1869 entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 14, un homme de cinquante-cinq ans, cordonnier. Le 16, nous constatons que cet homme est très-amaigri, que ses chairs sont flasques, que le teint de son visage est jaune, pâle, et offre les traits nettement exprimés de la cachexie cancéreuse. Depuis longtemps déjà il a perdu l'appétit; jamais il n'a eu de vomissements soit alimentaires, soit bilieux; mais il se plaint d'une diarrhée opiniâtre; ses selles ont été quelquefois mélangées de sang, et on y a trouvé, depuis plusieurs mois, comme on y trouve encore, des fragments alimentaires qui ont traversé tout le tube digestif sans subir aucune altération. La langue est nette et pâle.

Le creux épigastrique est soulevé par une tumeur globuleuse, large de quatre ou cinq travers de doigt, superficielle, un peu douloureuse à la pression, donnant à la palpation la sensation mollasse d'une vessie pleine de saindoux. Mate à une percussion superficielle et légère, elle est sonore à une percussion forte et profonde. Elle n'est pas mobile, et quand on cherche à la déplacer, on perçoit, au moment de la pression, au niveau de l'appendice xyphoïde, une crépitation légère, douce, inégale dans ses retours, correspondant par ses caractères au bruit du cuir neuf. Le volume du foie est normal; en aucun point on n'y trouve de saillies marronnées; son bord inférieur est régulier. Vous verrez tout à l'heure la valeur considérable de cette remarque. Les poumons sont sains. Le cœur présente un bruit de souffle au premier temps, et à la base véritable souffle anémique. Les vaisseaux du cou, surtout à droite, offrent également un léger souffle intermittent. Dans cet état, trois symptômes spéciaux, tumeur épigastrique, apparence de cachexie cancéreuse et diarrhée, appelaient surtout notre attention et semblaient devoir servir de base à notre diagnostic. Nous recherchâmes en outre dans les antécédents du malade si quelques circonstances pouvaient nous éclairer davantage.

Cet homme racontait qu'ayant toujours été bien portant il fut pris, au mois d'août de l'année dernière, 1868, d'une diarrhée abondante et de perte d'appétit. Dix à douze selles étaient alors rendues dans les ving-quatre heures, souvent mêlées de sang, et en assez forte proportion. Jamais, et il a été très-précis à cet égard, il n'eut de ténesme et de coliques vives; j'insiste sur ce point.

Déjà, à l'époque du début, il a constaté que certains aliments passaient à travers l'intestin sans être digérés, et étaient retrouvés dans les selles. L'appétit diminua sensiblement et les forces se perdirent. Cet état engendra une grande tristesse et un certain degré d'hypochondrie, et cet homme entra à l'Hôtel-Dieu le 11 octobre 1868, salle Sainte-Agnès. Là, après un sérieux examen, on pensa que le sang, mêlé aux matières diarrhéiques provenait d'un bourrelet d'hémorrhoïdes qu'il était facile de constater au bord de l'orifice anal. Le diagnostic qui fut porté fut celui de enterite ulcéreuse avec hémorrhoïdes. Le diascordium et le sous-nitrate de bismuth, dirigés contre la diarrhée, res-

tèrent sans résultats. Ennuyé de ne pas voir son état s'améliorer, le malade quitta l'hôpital au commencement de décembre 1868.

Déjà, pendant le courant du mois de novembre, le malade s'était aperçu de la présence, au creux épigastrique, d'une tuméfaction peu volumineuse, à peine douloureuse à la pression. Il s'en était inquiété fort peu, et n'en avait nullement parlé. Aussitôt sorti de l'hôpital, il essaya de travailler; mais ses forces trahirent bientôt sa volonté : la faiblesse augmenta, l'appétit s'éteignit de plus en plus, la diarrhée souvent lientérique, reprit une plus grande acuïté, et la tumeur epigastrique devint volumineuse et de jour en jour plus douloureuse. Notons qu'il n'avait jamais de frissons ni de redoublement fébrile le soir.

C'est dans ces conditions qu'il entra dans notre service le 16 janvier.

Ainsi comme antécédents nous ne trouvions autre chose qu'une diarrhée chronique, survenue sans fièvre bien accusée, sans douleur, sans ténesme, et le sang observé dans les selles s'expliquait naturellement par la présence d'hémorrhoïdes nettement constatées.

A quoi donc avions nous affaire?

La diarrhée permanente et tenace, que nous observions en même temps qu'un bourrelet hémorrhoïdal, expliquant tout naturellement la présence de sang pur dans les selles, était accompagnée d'un état cachectique très-accentué. Tout d'abord, nous pûmes penser à une diarrhée se rattachant à une affection tuberculeuse; mais, après un examen plus approfondi, je repoussai cette idée parce que les poumons étaient absolument sains, que le malade ne toussait même pas, et qu'il ne présentait aucun des signes locaux d'une péritonite tuberculeuse. Il était bien difficile d'admettre en effet qu'avec une entente aussi ancienne on n'eût pas vu se développer quelques phénomènes thoraciques, si l'affection de l'intestin avait été sous la dépendance d'une altération tuberculeuse. D'ailleurs, la pâleur du visage n'était pas non plus celle qui est propre aux tuberculeux : chez eux, c'est une pâleur purement anémique, d'une teinte jaune bougie toute spéciale. Chez notre malade, au contraire, nous voyions une coloration jaune paille, très-nettement accusée, rappelant tout à fait le teint de la cachexie cancéreuse, et de plus, signe très-important, nous trouvions une tumeur à l'épigastre.

L'idée d'un kyste hydatique du foie, un moment mise en avant, devait être rejetée. D'abord la palpation donnait une sensation pâteuse, mollasse, très-différente de la fluctuation que donnent les kystes hydatiques; et ici je ne veux pas parler du frémissement vibratoire spécial, donné comme un signe de la présence des hydatides, car ce signe n'a pas autant de valeur qu'on a voulu l'établir, il a en réalité peu d'importance, c'est en effet un signe très-rare. Pour moi, je ne l'ai constaté qu'une fois, et cela l'année dernière, et cependant j'ai déjà vu un grand nombre de kystes de cette nature, vous l'avez vu manquer complètement chez plusieurs malades qui offraient cette altération. En outre il n'était guère possible d'admettre qu'une tumeur hydatique aussi peu volumineuse ait pu produire un état cachectique aussi profond que celui que nous constations, car on sait que l'économie reste longtemps indifférente à ces hôtes nouveaux, et qu'elle ne s'en ressent profondément que si la tumeur entrave mécaniquement par son volume, quelque fonction importante, celles de l'estomac ou du foie, par exemple, ou si une suppuration s'établit autour du kyste.

D'autre part, l'aspect cancéreux du malade et la diarrhée opiniâtre, sanguinolente, devaient faire songer à un cancer du rectum. Or l'examen très-attentif de l'intestin et surtout de son bout inférieur ne révéla qu'un certain degré d'épaississement de la muqueuse rectale, lésion très-bien en rapport avec une diarrhée si prolongée, et nulle part on ne constata, soit par la palpation abdominale, soit par le toucher rectal, rien qui pût ressembler à une tumeur de nature cancéreuse de cet organe.

Force nous était d'ailleurs de nous occuper de la tumeur épigastrique comme d'un fait prépondérant. Était-ce un cancer du foie? D'ordinaire le développement du cancer dans cet organe ne détermine pas une augmentation dans son volume total; souvent les tumeurs sont multiples, comme celles que vous représente le dessin que voici, pris sur nature. Elles donnent alors la sensation de corps marronnés qui altèrent la surface et la rectitude des contours du bord de l'organe hépatique. C'est là la disposition la plus habituelle. Cheznotre malade, rien de semblable le volume de la tumeur, sa consistance, sa régularité aussi bien que la présence de la diarrhée *lientérique*, accident rare dans le carcinome du foie, ne permettaient pas davantage de supposer qu'un noyau unique de cancer eût envahi le lobe gauche du foie.

Restait à discuter l'existence d'un cancer de l'estomac. Nous n'avions pas, il est vrai, de vomissements, mais si ce signe est très-habituel dans le cancer de l'estomac, il faut bien remarquer qu'il est lié surtout au siége de l'altération, et que si les deux orifices sont intacts, les vomissements peuvent manquer. J'ai recueilli pendant tout le cours de la maladie, plusieurs observations de ce genre, et je crois qu'il ne sera pas inutile de les analyser avec vous. Ainsi à la Pitié, en 1867, j'ai eu l'occasion de vous faire remarquer un homme dont je veux vous rappeler l'histoire.

G..., cordonnier, âgé de 55 ans, était couché salle Saint-Paul, n° 19. Ancien militaire, il avait passé trois ans en Afrique, y avait reçu deux blessures qui n'avaient nullement intéressé les organes digestifs, et desquelles il avait très-bien guéri. Il avait quitté le service depuis trente ans et avait repris son état de cordonnier. Jamais il n'avait eu de fièvre intermittente ni de dyssenterie en Afrique, et il avait traversé impunément une épidémie de choléra. Jamais il n'avait été atteint de syphilis. Il affirme n'avoir jamais fait d'excès de femmes ou d'excès de boisson. Il a toujours été robuste et n'a jamais été malade. Son logement est salubre, bien aéré, situé au second étage. Les détails qu'il donne montrent qu'il a toujours eu une alimentation convenable et bien suffisante, son travail lui permettant de subvenir largement à ses besoins et à ceux de sa famille, car il est marié, il a eu quatre enfants. L'aîné seul, âgé de 28 ans, vit encore. Les autres ont succombé à des maladies sur lesquelles il ne peut donner de détails. La perte de ces enfants l'a peiné, mais lui a fait moins d'effet que la conduite de son fils aîné, qui, dans ces temps derniers, lui a causé de grands tourments.

Depuis le mois de janvier 1867, il se sentait mal en train, ses forces diminuaient rapidement, et c'est cet état, qui s'aggravait chaque jour, qui le décida à entrer à la Pitié, le 6 avril 1867.

Nous fûmes tout d'abord frappés de l'apparence cachectique de sa physionomie. Ce n'était pas la pâleur et la maigreur d'un tuberculeux, non plus que la teinte jaune paille de la cachexie cancéreuse. Je vous fis même faire la comparaison entre la coloration et l'aspect de la face de notre malade et celle que présentait un homme couché dans le même moment au n° 21 de la même salle, et qui, atteint d'un cancer de l'estomac très-nettement caractérisé, offrait la teinte spéciale à cette sorte de cachexie. La face chez notre malade n'était pas absolument décolorée, l'amaigrissement n'était pas considérable, mais c'était un air de langueur tout particulier. Le jeu de sa physionomie semblait ralenti, ses yeux se mouvaient lentement, sa parole était lente, comme si les mouvements qu'il faisait pour parler lui causaient une fatigue extrême. Le pouls était mou, sans grande fréquence, 70 à 72. La peau, sans chaleur, sans sueur, n'offre aucune région où la sensibilité soit altérée, mais on observe sur diverses parties du corps et notamment sur les cuisses et les jambes de larges plaques d'une coloration rougeâtre, mêlée de taches d'un jaune verdâtre, véritables ecchymoses qui vont se colorant de plus en plus.

La percussion et l'auscultation nous démontrent l'intégrité complète des poumons et du cœur au niveau duquel n'existait aucun bruit de souffle, même à la base; on n'en constatait aucun au niveau des vaisseaux du cou.

Aucune tumeur n'était possible à saisir, soit à l'épigastre, soit dans toute autre région de l'abdomen. Le foie n'offrait ni volume exagéré ni retrait de son tissu, ni inégalités marronnées d'un point quelconque de son bord libre. Jamais, à aucun moment, il n'avait vomi. L'appétit était à peu près perdu, mais le malade gardait bien les aliments et ne souffrait nullement pour les digérer. Point de diarrhée, au contraire, plutôt de la constipation; quelques douleurs de ventre sans coliques véritables et sans que telle region de l'abdomen paraisse plus sensible que telle autre. Les matières fécales très-rares qu'il rend sont accompagnées d'un liquide sanguinolent fort abondant dans lequel elles nagent. L'intestin n'est pas le seul point vers lequel on observe un écoulement sanguin; l'urine elle-même est mêlée de sang; le malade éprouve quelques douleurs de reins, et en outre il se plaint plus particulièrement d'une expuition de crachats sanguinolents. Ce liquide afflue très-abondamment dans la bouche, sans toux, sans nausée, sans effort de regurgitation, sans vomissements. L'examen de la bouche montre alors que les gencives sont gonflées, rouges, fongueuses et légèrement ulcérées, presque scorbutiques. L'examen microscopique de tous ces liquides y montrait la présence de nombreux globules sanguins plus ou moins altérés. L'intelligence du malade était très-lucide, mais paresseuse.

Il était bien évident que nous devions penser à l'existence d'un purpura aigu, nous essayames l'emploi de doses légères de perchlorure de fer, 12 gouttes dans une potion de 150 grammes, il fut mal supporté et causa un redoublement de malaise. Mais la limonade sulfurique très-légère fut très-bien tolerée, ainsi qu'une potion avec 3 grammes d'extrait mou de quinquina et 60 grammes d'eau-de-vie.

L'état du malade était stationnaire, lorsque le 18 avril, il se plaignit d'éblouissements, de tintements d'oreille, d'insomnie et de vomissements mucoso-bilieux, sans mélange d'aliments; le 23, il était pris d'un violent délire, et le 28 il mourait dans le coma, ayant présenté tous les signes d'une meningite aiguë. Or, vous savez qu'avec les signes propres à cette dernière maladie, nous constations la présence d'un énorme champignon cancéreux siégeant sur la petite courbure de l'estomac.

Je vous ai fait remarquer alors, que le malade avait succombé avant le développement de la cachexie cancéreuse véritable. Je ne reviendrai pas en détail ici sur l'interprétation des symptômes hémorrhagiques et d'apparence scorbutique que présentait ce malade, vous vous souvenez que j'ai insisté auprès de vous sur l'alimentation insuffisante que déterminait l'altération de l'estomac chez cet homme dont j'ai comparé l'état à celui d'un soldat mal nourri dans une ville assiégée. Ce rapprochement me paraît encore légitime aujourd'hui. Le point sur lequel je veux insister, c'est l'absence de vomissements, car ceux qui se sont manifestés vers la fin de la vie n'étaient que les phénomènes prodromiques de la méningite qui a tué le malade. Ils n'avaient ni la forme, ni la marche des vomissements qui se lient au cancer de l'estomac.

Du reste, dans un autre fait qui me revient en mémoire, ils ont aussi manqué complétement. C'était chez un malade de 63 ans, écrivain public, admis en octobre 1854, à l'hôpital Beaujon. Chez cet homme qui avait beaucoup souffert de la misère, les premiers symptômes de maladie remontaient à six mois. Tout avait débuté par une diarrhée très-répétée et qui n'a pas cessé. Jamais les selles n'avaient été sanguinolentes. Il affirmait que les digestions étaient faciles et il a toujours déclaré qu'il n'avait jamais vomi. Nous avions insisté tout particulièrement sur ce point, car le malade était dans le dernier degré du marasme, sa face amaigrie était d'un jaune paille tout à fait type de l'apparence cancéreuse. L'abdomen examiné avec le plus grand soin ne permettait de saisir la présence d'aucune tumeur, d'aucun engorgement, et l'examen n'était pas difficile, car le malade était d'une maigreur squeletique et l'abdomen non plus que les membres inférieurs n'offraient aucune trace d'épanchement sérieux. L'état était fort grave, la langue était sèche, brunâtre, les dents fuligineuses, la peau froide aux extrémités, la diarrhée incessante. Nous admettions bien l'existence d'un cancer, mais il nous était entièrement impossible d'en préciser le siége.

Le malade épuisé, mourut le lendemain de son entrée.

A l'autopsie, nous ne trouvons lors de l'ouverture de l'abdomen, aucune apparence de lésion organique, nulle part la main ne constatait la moindre dureté ou n'observait aucune lésion péritonéale. L'intestin ouvert dans toute sa longueur était sans lésion aucune; le foie, les reins, la vessie, la rate étaient sains, ainsi que le pancréas examiné avec attention. Je pris alors dans ma main l'estomac qui n'avait pas encore été ouvert et je le palpai en tous sens sans trouver sous la main aucune dureté qui pût faire croire à l'existence d'une lésion organique de ce viscère. Il était pâteux et plein d'une substance molle que je crus être un paquet de bol alimentaire en voie de digestion. Quelle ne fut pas notre surprise, en l'ouvrant, de trouver implantée sur la grande courbure, une masse grisâtre du volume du poing, rappelant par son apparence, par sa consistance et sa forme, une éponge fine mouillée. Cet énorme champignon ayant été incisé, nous montra une trame filamenteuse circonscrivant des espèces de compartiments remplis d'une matière d'un gris rougeâtre, parfaitement analogue à de la pulpe cérébrale en voie de putréfaction, véritable type de la forme du cancer encéphaloïde.

L'absence de vomissement chez notre malade n'était donc pas un motif suffisant pour ne pas admettre que la tumeur observée à l'épigastre ne fût pas de nature cancéreuse; l'état cachectique semblant se rapporter absolument à une affection de cette sorte. Les deux faits que je vous ai rapportés quoique un peu différents l'un de l'autre, nous conduiraient à ce diagnostic, en nous montrant que le vomissement peut manquer. Et ces faits ne sont pas seuls dans la science, ces sortes de cancer occupant les parois de l'estomac et des orifices du viscère ont même reçu un nom particulier, celui de cancer en nappe.

Les résultats de la percussion étaient d'accord avec cette opinion. Percutions-nous superficiellement, nous ne faisions entrer en consonnance que la paroi épaissie de l'estomac. La percussion plus forte faisait résonner les gaz contenus dans l'organe. Point de vomissements parce que les orifices libres laissaient passer les aliments; mais la diarrhée lientérique tenait à ce que la digestion stomacale était imparfaite, vu le désordre organique de l'estomac. Alors la digestion intestinale était elle-même incomplète, l'apparence des aliments qui conservaient leur forme première était peu altérée. Et par cette viciation de la digestion s'expliquait pour une part la cachexie si nettement exprimée. L'idée d'une altération cancéreuse était même encore confirmée par la présence du sang, car on pouvait rattacher ce sang à une altération semblable quoique le peu de modification éprouvée par ce liquide fût plus en rapport avec l'opinion qui l'aurait fait venir des veines hemorhoïdales.

Il n'est pas jusqu'à la crépitation perçue au niveau de l'épigastre par la pression, qui pouvant être en rapport avec une péritonite circonscrite avec production de fausses membranes au niveau de la paroi stomacale altérée, n'aidât encore à ce diagnostic.

Aussi quand ce fait clinique fut présenté à plusieurs de mes collègues de la Faculté, à propos d'un concours, leur diagnostic fut conforme au nôtre. Le candidat chargé de l'examen de ce malade, partagea le même sentiment, il développa avec talent tous les motifs qui le conduisaient à adopter ce diagnostic : cancer en nappe siégeant dans la paroi de l'estomac.

Enfin, comme pour nous confirmer encore dans cette opinion, es phénomènes marchèrent avec rapidité, l'amaigrissement fit des progrès, la diarrhée résista aux traitements que nous mîmes en œuvre (bismuth — diète lactée), la tumeur augmenta et un signe nouveau, dont nous allons discuter la valeur, se développa et vint nous faire pencher encore plus vers l'opinion qui avait reçu l'assentiment de personnes éclairées.

Le 12 février, en effet, on constatait que l'œdème des malléoles était plus marqué et que le membre inférieur droit était œdematié dans toute son étendue, ainsi que la main du même côté. Les urines ne contenaient aucune trace d'albumine.

L'œdème ne se rattachait donc pas à une albuminurie, pas plus qu'à une affection cardiaque, dont on ne trouvait aucun signe; d'ailleurs, ce signe tel qu'il se présentait, n'avait aucune des apparences de l'œdème dû à ces deux états morbides dans lesquels il offre un mode de développement spécial à chacun d'eux. Comme vous le savez en effet, il éclate partout à la fois, à la face, au tronc aux membres, dans les points déclives, lorsque l'albuminurie est cause de l'hydropysie, tandis que dans les affections cardiaques l'infiltration séreuse envahit d'abord les membres inférieurs (et tous les deux à la fois). Ici nous avions

un des membres plus fortement œdématié que l'autre. Aucun développement variqueux spécial ne nous rendait compte de cette différence; nous inclinons donc à penser que nous nous trouvons en présence d'une oblitération veineuse, spontanément développée. Or, ce phénomène est commun dans toutes les cachexies et quoique ne se présentant pas chez notre malade avec toute sa sincérité d'expression, puisque la douleur le long des veines et la sensation de corde le long des vaisseaux nous manquaient, nous ne pouvions pas néanmoins ne pas accorder une grande importance dans ce cas à cet œdème localisé.

Trousseau, vous le savez, a particulièrement insisté sur ces oblitérations veineuses spontanées, et il a cherché à en faire un signe diagnostiqu précieux dans tous les cas de cachexie grave, notamment de ceux dans lesquels on soupçonne l'existence d'un état cancéreux, sans qu'on puisse en découvrir la manifestation locale. Il cite même, à ce propos, dans sa clinique, une observation empruntée à son collègue de l'Hôtel-Dieu, le regrettable et regretté Legroux, dans laquelle ce signe seul suffit, en l'absence d'autres, pour affirmer l'existence d'un cancer que l'autopsie fit découvrir plus tard. Ces oblitérations veineuses spontanées se rencontrent bien, il est vrai, dans tous les états cachectiques, à la période terminale de la syphilis, des tubercules, etc., mais comme chez notre homme il n'y avait plus trace de ces tubercules, qu'on ne révélait chez lui aucun accident syphilitique et que tout concourait d'ailleurs à nous faire admettre que la tumeur épigastrique était bien un cancer, nous vîmes tout naturellement très-logiquement dans cet œdème, une confirmation de notre diagnostic.

(*A suivre*).

AMENDEMENTS ET ADDITIONS AU RÉGLEMENT PROPOSÉ PAR LA COMMISSION DES NOURRISSONS

par le docteur C. Devilliers, membre de l'Académie

TITRE PREMIER

Direction générale, service central

Art 1er. — Il est créé auprès du ministère de l'intérieur une direction générale... qui est classée parmi les établissements généraux, de bienfaisance, et de laquelle relève tout ce qui concerne les intérêts de la première enfance, et par conséquent le service des nourrissons et des nourrices, tous les bureaux et agents de placement pour les nourrices, ainsi que les nourrices libres, et toutes les institutions ou mesures qui peuvent être crées dons l'intérêt des enfants du premier âge...

Art. 2. — Des médecins-inspecteurs, présentés par les préfets, nommés par la direction générale et payés par les départements, sont chargés de veiller à l'exécution des règlements et de surveiller le service des nourrices et des nourrissons dans chaque département.

Ils ont autorité sur les agents et bureaux de placement, et par conséquent sur les médecins et les sous-inspecteurs de ces bureaux.

Ils sont en outre chargés de la surveillance particulière des nourrices qui se sont placées sans l'intermédiaire des bureaux autorisés, ou auxquelles les familles ont confié directement leurs enfants.

Art. 3. — Les médecins-inspecteurs sont avertis, par les agents de placement et par les maires, de l'arrivée des nourrices et des nourrissons au lieu de leur résidence, et ils constatent le plus tôt possible, sur le carnet de la nourrice, son état de santé, ainsi que celui de son nourrisson.

— Art. 4. — Ils visitent les enfants de leur circonscription une fois par mois, et avertissent la direction, dans un rapport mensuel, des accidents ou changements qui se sont présentés. Ce rapport indiquera surtout l'état de la maladie de l'enfant ou de la nourrice, et ses causes probables.

Art. 5. — Les médecins-inspecteurs sont appelés à donner les soins d'urgence aux enfants, lorsque les parents ou les bureaux n'ont pas désigné de médecin particulier.

Art. 6. — Ils doivent, de concert avec les sous-inspecteurs des bureaux, décider s'il y a utilité de modifier le régime de l'enfant, ou de le changer de nourrice.

Art 7. — Ils doivent aussi constater l'état de l'enfant au moment de son retrait.

Art. 8. — C'est aux médecins-inspecteurs qu'incombe le soin de renseigner l'administration sur les bons services et la bonne conduite des nourrices, et de s'entendre avec les sous-inspecteurs des bureaux, et, lorsqu'il y a lieu, avec l'autorité locale, pour proposer des encouragements ou des récompenses pour les nourrices les plus méritantes.

Art. 9. — Ils sont chargés, en outre, de favoriser et d'encourager par tous les moyens possibles, l'allaitement maternel, et de rechercher et désigner les femmes nécessiteuses, auxquelles l'administration jugerait utile d'allouer les secours pécuniaires affectés à cette destination.

Art. 10. — Les médecins-inspecteurs doivent enfin rendre compte à la direction générale des fautes graves ou de la mauvaise conduite des nourrices, et des punitions qu'elles doivent encourir ou qui leur ont été infligées.

TITRE II

Règlement relatif aux nourrices

Art. 11. — Nulle personne ne pourra se placer comme nourrice à gages, soit directement chez les familles, soit par l'intermédiaire d'autres personnes ou d'agents de placement, sans s'être munie préalablement des pièces suivantes, que lui délivrera l'autorité, et qu'elle devra présenter à toute réquisition :

1° Un certificat délivré par le maire ou le commissaire de police de la résidence de la nourrice, etc. (comme dans le projet de la commission).

2° L'acte ou l'extrait de l'acte de naissance de son enfant, ou s'il est décédé, l'acte ou l'extrait de l'acte de son décès.

3° Un autre certificat dûment légalisé, délivré par un médecin, comme dans le projet de la commission);

Art. 13. — Un double ou un extrait renfermant les détails principaux de ce carnet, sera remis aux parents de l'enfant au moment de son départ.

Art. 14. — Avant son départ pour le lieu de sa résidence, toute nourrice à laquelle un enfant aura été confié, devra se munir de l'acte de naissance ou d'un bulletin provisoire de la mairie où la déclaration de naissance a été faite. Cet acte ou ce bulletin sera présenté par la nourrice, dans les huit jours de son arrivée, au maire de sa résidence, pour être visé et enregistré par ce fonctionnaire.

Art. 15 et 16. — (Comme dans le projet de la commission.)

Art. 17. — Il est enjoint à toute nourrice qui devient enceinte, ou chez laquelle se présentent des circonslances qui rendent l'allaitement nuisible, d'en informer desuite le maire, les inspecteurs, le médecin ou les parents, afin qu'il soit avisé.

Art. 18. — Dès qu'un enfant en nourrice tombe malade ou dépérit, la nourrice doit prévenir immédiatement le maire de sa commune, et appeler le médecin de l'administration, indépendamment du médecin désigné par la famille. Lorsque l'enfant a été placé par un bureau, la nourrice doit en outre informer le directeur de ce bureau, qui avertit les parents de l'enfant, et qui est tenu de pourvoir aux dépenses du traitement, sauf son recours en remboursement contre les parents dudit enfant.

Art. 19. — Lorsqu'un enfant meurt en nourrice, la déclaration du décès doit être faite immédiatement au maire, en même temps que le bureau et les parents sont informés. Le maire invite la justice à faire une enquête sur les causes de la mort, dans les localités où la vérification du décès n'est pas instituée.

Art. 20. — Lorsqu'elle rapporte ou renvoie un enfant à ses parents, ou lorsque cet enfant est décédé, la nourrice doit restituer la layette et tous les objets qui lui ont été confiés.

Art. 21. — Le salaire des nourrices placées par les bureaux ou agents de placement, de même que celui des nourrices libres, est assuré par les mesures indiquées aux articles 49, 50, 51, 52, 53, 54, lorsque les nourrices se conforment aux mesures prescrites par le présent règlement.

Art. 22. — Toute nourrice qui se fera distinguer par sa bonne conduite, son intelligence et son dévouement, et qui aura donné des soins fructeux aux nourrissons qui lui auront été confiés, recevra publiquement, par les mains de l'autorité, des encouragements ou des récompenses, dont la nature et la quotité seront fixées par l'administration, sans préjudice de celles que pourront lui accorder soit les parents, soit les sociétés de charité particulières.

Art. 23. — Sera passible d'une retenue de tout ou partie de son salaire, ou d'une amende, par application des articles 465, 466, 471 du Code pénal :

Toute nourrice qui sera accusée et convaincue d'avoir pris un nourrisson sans être dûment autorisée, et sans s'être munie des pièces indiquées à l'article 11; qui allaitera plus d'un enfant à la fois; qui se chargera d'un ou plusieurs nourrissons pour les remettre à d'autres nourrices, sans y avoir été autorisée; qui négligera d'informer aussitôt que possible le médecin, le maire ou l'inspecteur et les parents de son état de grossesse ou des causes qui ne lui permettent plus d'allaiter; qui ne préviendra pas en temps utile l'administration ou les parents de la maladie ou de la mort de son nourrisson; qui aura sevré son nourrisson ou l'aura remis à une autre nourrice sans y être autorisée; qui refusera de rendre son nourrisson dans la huitaine de la demande qui lui en sera faite, ou de le remettre à la nouvelle nourrice présentée par l'autorité, le bureau, le médecin ou la famille; toute nourrice, enfin, qui aura contrevenu aux dispositions du présent règlement.

Art. 23 *bis*. — Dans le cas où il sera reconnu que l'enfant est tombé gravement malade ou dépérit par le manque de soins, ou par la faute de la nourrice, ou bien que cet enfant, rendu par elle, est en mauvais état de santé, dans le cas enfin où la nourrice s'est rendue coupable d'une des fautes sus-énoncées, le médecin-inspecteur, de concert avec le sous-inspecteur, après s'être entendu avec l'autorité locale, s'il y a lieu, et après avoir pris connaissance des circonstances dans lesquelles se sont trouvés le nourrisson et sa nourrice, décidera si la nourrice peut être payée, ou si elle est passible d'une amende.

Art. 24. — Dans le cas où un recours pécuniaire contre la nourrice serait impossible ou insuffisant, celle-ci pourra être punie par la direction générale de l'interdiction d'exercer sa profession de nourrice pendant un laps d'une ou plusieurs années, selon la gravité de sa faute.

Art. 25. — Mention doit être faite de la punition infligée à la nourrice et de ses causes sur son carnet, ainsi que sur les registres des bureaux et de la direction générale.

Art. 26. — Les maires et les commissaires de police seront chargés de veiller à l'exécution de cet arrêté, dont la teneur sera affichée à la porte de la maison commune, dans les bureaux de justice de paix, de commissariat de police, et dans les bureaux ou maisons de placement des départements où la nourrice aura été inscrite ou domiciliée; cet arrêté contiendra les motifs qui ont provoqué la mesure prise contre la nourrice.

Art. 27. — Toute nourrice qui est accusée et convaincue d'avoir été, par sa négligence, son imprudence, son inattention, la cause involontaire de la maladie ou de la mort de son nourrisson, rentre dans le droit commun, peut être poursuivie judiciairement et devenir passible des peines (emprisonnement et amende) portées par les articles 317 et 319 du Code pénal,

TITRE III

Règlement relatif aux bureaux et agents de placement pour les nourrices.

Art. 28. — Sont considérées comme bureaux de placement pour les nourrices, toutes les maisons qui, sous quelque dénomination que ce soit, reçoivent des nourrices et les aident à se placer à gages.

Art. 31. — Les agents de placement sont tenus de refuser d'admettre ou de placer toute nourrice qui aura encouru une peine grave.

Art. 37. — Chaque bureau de nourrices est tenu d'avoir à sa charge un médecin et un ou plusieurs sous-inspecteurs qui seront nommés par la direction générale sur la présentation des directeurs de bureaux.

Art. 38. — Les médecins attachés aux bureaux de nourrices visitent celles-ci et leurs enfants lors de leur arrivée au bureau, et constatent, sur le registre du bureau et sur le carnet de la nourrice, leur état de santé. Ils font la même visite et la même constatation pour la nourrice comme pour le nourrisson qu'elle emporte au moment de son départ pour leur résidence.

Artt. 39. — Ces médecins veillent à la santé des nourrices et des enfants pendant leur séjour au bureau, et à l'état de salubrité des locaux qui leur sont destinés.

Ils doivent refuser toute nourrice qui ne présente pas toutes les conditions sanitaires convenables, et celles qui ont déjà encouru quelque punition grave.

Art. 40. — Les sous-inspecteurs des bureaux, divisés par circonscriptions, doivent : pourvoir au recrutement des nourrices avec le concours des médecins de la localité; les envoyer au bureau où elles sont demandées; surveiller sur place les enfants et les nourrices, payer les salaires de celles-ci; assurer l'exécution des mesures instituées dans l'intérêt de la santé et du bien-être des nourrissons; inspecter ceux-ci au moins une fois tous les mois; s'assurer qu'ils reçoivent tous les soins nécessaires tant en état de santé qu'en état de maladie; que le lait de la nourrice n'est pas partagé avec un autre enfant; que l'enfant n'est pas toujours couché; qu'il a un berceau particulier; que la layette est en bon état; veiller à ce que la nourriture supplémentaire, lorsqu'elle est jugée nécessaire par le médecin, soit saine et suffisante; en cas de sevrage prématuré, s'informer des causes qui ont motivé la mesure; examiner avec le médecin-inspecteur de l'administration ou avec celui de la famille si la nourriture artificielle peut être continuée sans danger ou s'il convient de remettre le nourrisson au sein; changer l'enfant de nourrice lorsque cela est reconnu nécessaire; informer exactement le bureau des maladies qui peuvent survenir aux enfants; leur faire donner les soins nécessaires; avertir de tout changement à effectuer ou effectué; tenir enfin leur bureau au courant de tout ce qui intéresse chaque enfant et chaque nourrice.

Les sous-inspecteurs doivent répondre à toute demande de renseignements qui leur est faite sur leur service, soit par la direction générale, soit par les médecins inspecteurs.

Art. 41. Les visites des sous-inspecteurs sont constatées par l'apposition, sur leur carnet, des visa du maire de la commune qu'habitent les nourrices.

Art. — 42. Les sous-inspecteurs adressent un rapport spécial, sur chacune de leurs tournées, au directeur de leur bureau, qui en prend copie et le transmet ensuite à la direction générale. Mais ces sous-inspecteurs signalent de suite, au maire de la commune et au bureau dont ils relèvent, les cas graves et urgents, relatifs soit aux nourrissons, soit aux nourrices.

Art. 43. — Il est interdit sous les peines les plus sévères (amende, emprisonnement, suppression d'emploi), aux agents connus sous les noms de meneurs et meneuses, messagers et messagères, de s'entreposer pour le recrutement ou le placement des nourrices.

Art. 44. — Ces agents ne sont plus autorisés qu'à reconduire les nourrices et les enfants au pays où ils doivent se rendre.

Art. 45. — Il leur est défendu de se charger du transport de plus d'un enfant à la fois, lorsque les nourrices ne les accompagnent pas.

Art. 46.—Toute nourrice procurée par un bureau ou par un agent quelconque est placée sous sa surveillance immédiate, et reste sous sa responsabilité et à sa charge pendant tout le temps qu'elle garde l'enfant.

Art 47. Pour se couvrir de leurs frais, les bureaux et agents de placement sont autorisés à percevoir pour l'inscription et le placement des nourrices et nourrissons :

A. — Des taxes fixes (1).

1° Pour l'inscription de la demande sur les registres;

2° Pour le placement de chaque enfant;

3° Pour l'inspection et la surveillance;

B. — Une taxe proportionnelle, payée par les parents pendant la durée du nourrissage, en raison des gages donnés à la nourrice.

Un arrêté spécial fixera la quotité de ces taxes.

Art. 48.—Les frais du voyage de la nourrice et de l'enfaut qu'elle emporte sont à la charge des parents.

Art. 49. — Chaque bureau ou agent de placement est responsable des gages dus aux nourrices, excepté lorsqu'elles sont placées dans les familles. Ils les payeront tous les mois sur la présentation d'un certificat délivré sur le carnet par les maires des communes qu'habitent les nourrices, attestant la situation des enfants. Le reçu sera donné par la nourrice sur le carnet.

Ces bureaux et agents se feront payer des parents par tous les moyens amiables ou légaux qu'ils jugeront convenables d'employer.

Art. 50. — Les bureaux et agents de placement cessent d'être responsables des gages dus aux nourrices, huit jours après leur avoir notifié par écrit que ces gages sont arrêtés par un des motifs spécifiés ci-dessus, art. 23.

Art. 51. — Lorsqu'une nourrice placée par ou sans l'intermédiaire des bureaux ou agents de placement ne recevra pas ses gages dans les délais convenus ; si après ses réclamations auprès des parents ou des agents, elle ne reçoit pas satisfaction, elle doit, si elle s'est conformée aux mesures prescrites par le présent règlement et si elle ne s'est rendue passible d'aucune punition, adresser une plainte au maire de sa commune, qui est tenu de la transmettre au juge de paix du canton à fin de poursuites nécessaires.

Art 52. — Lorsque les parents d'un enfant placé en nourrice par ou sans l'intermédiaire des bureaux ou des agents de placement, disparaîtront sans qu'il en ait été donné avis à qui que ce soit, et que les démarches faites pour les découvrir seront restées infructueuses, l'abandon de l'enfant devra être constaté régulièrement par l'autorité et les mesures nécessaires seront prises, soit pour faire admettre cet enfant dans un hospice d'enfants trouvés, soit pour le laisser à la nourrice, si celle-ci consent ou demande à le garder et à l'élever.

Art. 53. — Dans ce dernier cas, procès-verbal sera dressé de la déclaration de la nourrice, et cette pièce, transmise en double à la

---

(1) Payées pour 4/5es environ par les parents, pour 1/5e par la nourrice.

direction générale, pourra servir de base à des propositions de secours ou même de récompenses pour ladite nourrice.

Art. 54. — Dans tous les cas, les maires auront le droit de faire afficher partout où ils le jugeront convenable les noms, professions et adresses des parents qui auront ainsi manqué à leurs devoirs, en ne remplissant pas leurs engagements envers la nourrice ou en abandonnant leur enfant.

Art. 55. — Les bureaux et agents de placement pour les nourrices devront se conformer aux conditions ci-dessus imposées par l'administration, aux tarifs adoptés par elle, ainsi qu'à toutes les dispositions réglementaires qui pourraient être prises à leur égard, sous peine de déchéance et d'amende.

Art. 56. — Ces règlements et dispositions réglementaires imprimés devront être tenus constamment sous les yeux du public dans la partie la plus apparente des bureaux ou locaux de placement et dans toutes les mairies.

Art. 57. — Les établissements publics de charité (hospices, hôpitaux, etc.) restent libres de recruter et de surveiller les nourrices qu'ils emploient comme ils le jugent convenable; mais ils doivent subir le contrôle de la direction générale pour ce qui concerne le service des nourrices; celles-ci, d'ailleurs, sont tenues de se soumettre, comme toutes les autres, aux obligations imposées par le présent réglement.

(Suivent le modèle du carnet et les instructions hygiéniques pour les nourrices.)

Le Congrès international de Florence a été ouvert le 23 septembre. La première séance a eu lieu dans la salle de l'Oratorio, au ministère de l'instruction publique, sous la présidence du ministre, M. Bargoni, qui avait à sa droite M. Bouillaud, président honoraire, et M. de Renzé, président effectif. L'auditoire était composé principalement de médecins, auxquels s'étaient adjoints des hommes d'Etat, des députés, des rédacteurs de la presse politique. Après les préliminaires d'usage, discours d'inauguration du ministre, échange de paroles courtoises entre les présidents, compte rendu des travaux préparatoires du congrès, par M. Palasiano (de Naples), son principal organisateur et constitution du bureau, les débats scientifiques ont commencé.

La première question du programme a été mise en discussion. Elle était ainsi formulée : « Du miasme paludéen, conditions qui en favorisent le développement dans les différents pays, ses effets sur l'organisation de l'homme, moyens les plus efficaces pour en diminuer les causes et les effets.»

Les membres qui ont pris part à cette discussion sont : MM. Salvagnoli, Pasquale Umana (de Cagliari), Pantaleoni (de Mucerata), Fedeli (de Rome), Spatuzzi (de Naples).

Dans la première séance du soir (l'assemblée a décidé qu'il y aurait tous les jours deux séances, l'une pour traiter les questions du programme, l'autre pour la discussion des questions laissées à l'initiative des membres du Congrès), M. le docteur Roth (de Londres) a fait lire un mémoire en français sur la mortalité des enfants. Cette lecture a été suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Bouillaud et Lombard (de Genève), M. le docteur Crispino a lu un mémoire en latin sur la rage, M. le docteur Tomasselli, une étude sur les maladies du cœur. Enfin, M. Benedick (de Vienne) a montré et expliqué les instruments qu'il a inventés pour arrêter les hémorrhagies.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Lépine (Jacques-Raphaël), né le 6 juillet 1840, interne des hôpitaux de Paris, est nommé préparateur du cours de pathologie comparée à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Berkart, démissionnaire.

— Un concours pour deux places de médecins à l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne (Loire), sera ouvert dans les premiers jours du mois de mars prochain. Des affiches et annonces ultérieures feront connaître l'époque précise du concours, ainsi que les conditions exigées des candidats.

— On annonce que MM. Hebra et Sigmund, de Vienne, qui depuis 20 ans, étaient professeurs extraordinaires sans aucune rémunération, viennent d'être nommés professeurs ordinaires.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

Des fractures de la rotule et de leurs différents modes de traitement, par le docteur Le Coin, ancien interne de l'hôpital de Vincennes. — 1 vol. in-8. Prix : 2 fr.

Du ténia au point de vue de ses causes, et particulièrement de l'une d'elles, l'usage alimentaire de viande de bœuf crue, par le docteur Georges Dubreuil. — In-8°. Prix : 1 fr. 50.

Fracastor.— La syphilis.—Le mal français. Traduction et commentaires, par le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, professeur, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — 1 joli vol. in-18. Prix : 2 fr. 50.

Études expérimentales sur la régénération des tissus cartilagineux et osseux, par le docteur X. Peyraud. — 1 vol. in-8° de 122 pages, avec 3 planches et 17 fig. Prix : 3 fr. 50.

Livret maternel, pour prendre des notes sur la santé des enfants, rédigé par le professeur Fonssagrives. — 1 vol. in-18. Prix : 1 fr. 25.

La truffe. Études sur les truffes comestibles, au point de vue botanique, entomologique, forestier et comercial, par Henri Bonet, vice-président du comice agricole de l'arrondissement d'Apt. — 1 vol. in-8. Prix : 3 fr. 50.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris.— Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Blache, qu'une longue et grave maladie a tenu longtemps éloigné de l'Académie, y a reparu hier, à la satisfaction générale de l'assemblée. Il a repris, pour un instant seulement, le fauteuil de la présidence,— le temps de remercier ses collègues de l'intérêt qu'ils lui ont témoigné. — et il l'a cédé aussitôt à M. Ricord, en le priant de le suppléer.

Des membres inscrits pour les trois sujets de discussion à l'ordre du jour, appelés à tour de rôle, un seul a répondu à l'appel de son nom. M. Husson a pris la parole sur la question de la mortalité des enfants. En sa qualité de président de la commission dont M. Blot est le rapporteur, M. Husson a énergiquement défendu le rapport contre les critiques dont il a été l'objet. A ses yeux, la commission a fait tout ce qu'elle devait faire. Et la preuve, suivant lui, qu'elle a fait tout ce qu'elle devait faire, c'est qu'on n'a rien pu proposer au delà, qui ne soit en dehors de ses attributions.

M. Husson ne s'est pas borné à la question de la mortalité des enfants; la question des crèches, qui lui a été annexée, rentrait trop bien dans les objets habituels de ses études, pour qu'il n'y apportât pas le tribu de sa grande expérience en matière d'hygiène et de gestion administrative. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs l'argumentation de l'honorable directeur de l'assistance publique.

M. Dubois (d'Amiens), a servi, à la fin de la séance, une de ces friandises médico-littéraires qu'il sait si bien accommoder au goût des érudits et des délicats. Il a emprunté l'organe de M. Béclard, pour donner lecture d'une première partie d'un travail intitulé: *Recherches historiques sur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort* Nous publierons incessamment cet intéressant fragment historique.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. le professeur BÉHIER.

Abcès du foie lié à une dyssenterie chronique et offrant toute l'apparence d'un cancer des parois de l'estomac.

(Suite et fin)

L'état du malade s'aggrava rapidement, la tumeur augmenta, devint très douloureuse ; et cet homme s'éteignit sans agonie et sans avoir jamais eu de vomissements, le 13 février 1869.

Nous n'avions aucun doute sur notre diagnostic. Hé bien, messieurs, bien que par la discussion qui précède, je vienne de vous faire voir combien notre opinion semblait appuyée par un ensemble de probabilités qui touchaient presque à la certitude, l'autopsie vient nous montrer que nous avions commis une erreur, erreur à peu près impossible à éviter, mais erreur réelle, positive que je vous présente comme une preuve des difficultés que je vous signalais en commençant cette leçon.

Que nous a montré l'autopsie ?

Le cadavre offrait l'aspect cachectique le plus complet : amaigrissement des parties supérieures, œdème des membres inférieurs et surtout de la jambe et de la cuisse droites.

En faisant l'incision de la paroi thoracique et abdominale, on trouva au niveau de l'appendice xyphoïde une tumeur volumineuse, arrondie, adhérente à la paroi abdominale, et développée dans le lobe gauche du foie, aux dépens des faces supérieure et inférieure, devenues un peu antérieure et postérieure. Le lobe droit du foie était normal.

Cette tumeur était remplie d'un liquide blanchâtre, grumeleux, peu épais, puriforme en un mot, liquide qui s'est en partie échappé par une rupture du canal hépathique produite pendant l'extraction du foie.

Ce liquide, comme l'a montré le microscope, est formé par du sérum, de nombreux globules de pus plus ou moins altérés. On n'y a rencontré aucune trace d'hydatides, aucun crochet caractéristique.

La vésicule biliaire adhérente à l'intestin grêle par le canal cholédoque resté perméable, contenait un peu de bile et quelques calculs de cholestérine. Le péritoine portait les traces incontestables d'une inflammation toute récente.

Comment cette phlegmasie séreuse s'était-elle développée sans donner lieu à aucun autre symptôme que la douleur un peu plus marquée au niveau de la tumeur.

Cette difficulté ne doit pas nous arrêter beaucoup. En effet, je vous rappellerai, messieurs, que dans les affections inflammatoires des séreuses lorsqu'elles sont secondaires et ultimes, les symptômes ordinaires de ces phlegmasies sont masqués, atténués, alors même que les lésions sont étendues et profondes. Il semble alors que l'économie épuissée ne puisse plus pour ainsi dire exprimer la part qu'elle prend à la maladie qui survient. J'ai déjà insisté auprès de vous sur l'importance singulière de cette observation. Vous en voyez ici un nouvel exemple.

C'était donc là un abcès chronique du foie assez lentement développé. Mais les abcès du foie, vous le savez, sont plus souvent consécutifs aux altérations du tube digestif qu'aux phlegmasies primitives de la glande hépatique.

Nous procédâmes alors à l'examen très-attentif du tube digestif; on trouva l'estomac appliqué en arrière, contre la colonne vertébrale. Il était complétement vide. Les parois et la muqueuse étaient absolument saines. L'intestin grêle était intact.

Le gros intestin, au contraire, présentait des lésions importantes : son diamètre était considérablement rétréci, surtout dans sa portion rectale, par suite d'un épaississement, d'un boursouflement de la muqueuse et de la couche sous-jacente.

A sa surface intérieure, surtout dans la portion rectale, le gros intestin ainsi épaissi, était en outre parsemé d'ulcérations de forme et d'étendue variables, à bords rouges, parfois comme taillés à l'emporte-pièce, tantôt irréguliers et inégaux.

Le fond de ces ulcérations est recouvert d'une couche molle et blanchâtre. Dans l'intervalle des ulcérations, la muqueuse était ramollie, plissée, épaissie, et en certains points portait des taches pigmentaires brunâtres. La couche sous-jacente était très-épaisse, transparente et comme lardacée.

Je ne vous parle pas des autres organes qui n'offraient aucune altération notable.

Vous le voyez, messieurs, l'autopsie a été loin de donner raison à notre diagnostic. Aucun cancer n'existait à l'estomac. Nous avions là, dans l'intestin, à n'en pas douter, les lésions anatomiques de la dyssenterie chronique; elles étaient même d'une telle netteté, que je pourrais les prendre comme types dans une description classique. D'autre part, nous trouvions un abcès du foie.

On ne pouvait séparer les lésions du foie des lésions intestinales, car on ne pouvait, par exemple, attribuer cette collection à un traumatisme, le malade n'en ayant éprouvé aucun ; il ne présentait pas non plus les caractères d'un abcès formé dans le cours de l'hépatite aiguë dont les signes avaient complétement manqué. D'ailleurs, ni dans le cas de traumatisme, ni dans le cas d'hépatite aiguë la maladie n'aurait suivi cette marche. L'hépatite aiguë en dehors du traumatisme est essentiellement rare dans nos climats. Même comme lésion consécutive aux altérations dyssentériques de l'intestin, la suppuration du foie est rare dans nos pays. Cependant elle était évidemment, ici, consécutive à la dyssenterie chronique dont le gros intestin portait le cachet très-bien frappé, dyssenterie survenue chez notre homme au mois d'août 1868.

Pourquoi donc avons-nous été trompés ? pourquoi l'a-t-on été aussi avant nous, alors que les accidents étaient dans toute leur acuité ? Cela tient à ce que ce malade n'avait à aucun moment présenté un des signes les plus caractéristiques de la dyssenterie, le ténesme, ce phénomène si douloureux, si terrible, qui ne manque presque jamais dans cette maladie, que les malades ne peuvent oublier quand ils l'ont éprouvé, et que par cela même ils vous signalent d'abord. L'absence de ce signe tout à fait caractéristique de la dyssenterie en éloignait pleinement la pensée.

La coexistence d'hémorrhoïdes était venue aussi pour sa part détourner les soupçons que les selles sanglantes avaient pu éveiller.

Une fois l'idée de la dyssenterie écartée, l'abcès simple du foie ne pouvait guère être accepté, et tout concourait d'autant plus, comme je vous l'ai montré tout à l'heure, vers l'hypothèse d'un cancer en nappe que l'apparence était celle de la cachexie cancéreuse.

Ce fait provoque deux remarques sur lesquelles je veux insister.

Et d'abord, comme je vous le disais tout à l'heure, la complication de la dyssenterie par un abcès du foie, quoiqu'étant un fait rare dans nos climats, cependant n'est pas aussi inconnu qu'on le croit d'habitude. Pour ma part, j'ai vu plusieurs fois la suppuration dans des cas de dyssenterie aiguë ou chronique. Souvenez-vous que je vous ai montré à la Pitié un ouvrier carrier, qui n'avait jamais habité que Paris et Bourg-la-Reine, et qui vint dans mon service avec une dyssenterie qui datait de sept à huit jours à peine. Il se plaignait d'une douleur vers l'épigastre et présentait des phénomènes fébriles insolites dans la dyssenterie. Guidé par l'étude attentive des faits observés dans les pays chauds, je diagnostiquai le développement d'une suppuration du foie, et trois vastes abcès se déclarèrent. Un fut ouvert parce qu'il était superficiel ; les deux autres, dont le volume du foie révélait la présence, ne furent constatés qu'à l'autopsie du malade, qui succomba avec des phénomènes ataxo-adynamiques.

Un autre fait est peut-être plus extraordinaire et par plusieurs côtés, surtout par sa marche lente, se rapproche de ce qui a été observé chez notre malade.

Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, d'une bonne santé habituelle, placé dans les plus excellentes conditions d'hygiène. Quoique n'étant pas militaire, il se rendit au mois de Juin au camp de Châlons où son gendre commandait en chef. Un soir, après-dîner, ayant pris un peu froid, il fut atteint d'une dyssenterie peu intense et comme il avait la prétention de ne pas croire à la médecine, il se borna à prendre quelque repos. La dyssenterie de forme bénigne se montra à plusieurs reprises, les forces déclinèrent notablement, et au mois de décembre, cinq mois et demi après le début, il me faisait demander. Je le trouvai assis dans son fauteuil, lisant son journal. Sa figure amaigrie était d'un jaune peu intense, mais à nuance ocreuse, se rapprochant du masque des femmes en couches. La langue était rouge, l'appétit nul. La diarrhée avait cessé; pas de vomissements. La peau était un peu chaude, le pouls petit à 70 pendant le jour, montait à 90 ou 92 le soir. Parfois même, après quelques frissons erratiques, il s'accélérait même pendant le jour et les paumettes rougissaient un peu. L'épigastre ou pour mieux dire la fin de l'hypochondre droit, vers l'épigastre, était légèrement tuméfiée, comme boursouflée; point de fluctuation, ni de tumeur appréciable, et, symptôme qui me parut indiquer une grave perturbation de l'économie et qui confirmait mon pronostic très-défavorable, une simple friction faite à l'épigastre avec dix gouttes d'huile de crotin avait déterminé, non pas une éruption comme celle qui suit ces frictions, mais bien une mortification complète de la peau. Je diagnostiquai l'existence d'une suppuration du foie consécutive à la dyssenterie à marche chronique, par rechutes répétées, et j'annonçai la fin prochaine du malade que sa famille croyait seulement indisposé. Le pronostic et le diagnostic furent ratifiés par Rayer et par Trousseau, auxquels je fis voir le malade, et sept jours après, il succombait avec tous les signes de l'infection purulente.

C'était là, comme vous le voyez, un exemple de dyssenterie contractée dans nos climats et qui cependant, malgré sa marche chronique, fut accompagnée d'une suppuration du foie qui causa la mort du malade.

J'ai vu deux autres cas de suppuration du foie, l'un à l'hôpital Beaujon et un à la Pitié où il me fut envoyé par mon élève et ami, M. Gallard. Chez ce dernier malade, les faits ont été beaucoup plus singuliers. C'était un homme de 34 à 35 ans qui avait séjourné pendant deux ans en Afrique. Sans y avoir été atteint de fièvre intermittente, ou de dyssenterie, il fut toujours mal à l'aise, lutta pendant longtemps, mais il fut forcé de rentrer en France. A son retour, il se trouva mieux et put même entrer comme homme d'équipe au chemin de fer. Mais bientôt il perdit les forces, l'appétit, et vint consulter M. Gallard qui lui trouva deux tumeurs mollasses au niveau de la région hépatique et le dirigea vers le service de la clinique. Le foie était peu développé et les deux tumeurs siégeaient, l'une plus volumineuse dans l'hypochondre droit, l'autre à la jonction de l'hypochondre et de l'épigastre. Pas de mouvement fébrile appréciable, peu d'appétit, pas d'entrain. La tumeur la plus volumineuse prit un certain développement. Un point de caustique de Vienne fut appliqué à son sommet et l'ouverture que nous en fîmes ultérieurement donna issue à un peu plus d'une cuillerée à bouche de pus très-louable et sans coloration rouge. La suppuration dura sept à huit jours peu abondante, la cicatrice fut parfaite, et nous vîmes alors s'accroître la seconde tumeur qui moins considérable, fut ouverte par le même procédé et guérit ainsi complétement sans qu'il y ait jamais eu chez ce malade de phénomènes graves et aigus.

En France, messieurs, nous n'avons pas encore, en général, sur la suppuration du foie et sur les circonstances qui accompagnent son développement, des idées bien justes. Quand on parle ici d'abcès du foie, on croit toujours que leur développement doit être accompagné d'une perturbation générale très-profonde et qu'ils ne peuvent exister qu'avec des symptômes très-violents et très-aigus. C'est là une erreur; les faits que je viens de vous citer en sont la preuve. Mais cette preuve, vous la trouverez plus convaincante et plus frappante encore, si vous étudiez, comme il m'a été donné de le faire, les auteurs qui ont si bien

observé les affections du foie dans les pays chauds. Ouvrez, par exemple, le livre si intéressant de M. Haspel, et vous y trouverez (t. I, p. 136, *Maladies de l'Algérie*), l'observation très-curieuse d'un soldat de la légion étrangère, entré à l'hôpital de Maskara pour une douleur qu'il ressentait depuis cinq à six jours seulement à l'hypochondre droit, dans lequel on trouvait, ainsi qu'à l'épigastre, une tumeur qui descendait jusque vers la partie supérieure de la région ombilicale. « Cet homme, d'un tempérament robuste, a toute la fraîcheur de la santé, dit l'auteur ; aussi, dès son entrée à l'hôpital, malgré sa tumeur, fut-il tenu à un régime peu sévère. » Cependant, entré le 12 mai 1845, il perdait, le 1er avril, par une ouverture faite avec les précautions convenables, un litre au moins de pus, et était guéri le 25 avril, sans avoir eu, comme le remarque l'auteur, aucune trace de mouvement fébrile, aucun trouble de la respiration ou des secrétures, malgré cette vaste suppuration. Aucune dyssenterie, aucune diarrhée n'avait accompagné ou précédé cette suppuration.

Vous le voyez, le foie peut suppurer et suppurer largement sans provoquer ces symptômes graves qu'on a, chez nons, grande tendance à considérer comme conséquences nécessaires de cette suppuration. Notez bien que je ne parle ici que du fait symptomatique; car, au point de vue du pronostic, il faut certainement distinguer ces suppurations primitives en quelque sorte, de celles qui sont liées à la dyssenterie, et dont les suites sont d'ordinaire plus funestes.

De cette digression, vous tirerez deux enseignements : d'abord, vous connaîtrez nettement la solidarité qui existe si souvent entre la dyssenterie et la suppuration de l'organe hépatique, solidarité possible même sous notre ciel, et dont vous devrez toujours être préoccupés, même à Paris, lorsque vous observerez un exemple de dyssenterie; ensuite, vous saurez que l'absence de phénomènes graves ne doit pas être pour vous un motif suffisant pour refuser d'admettre qu'il existe une collection purulente dans l'organe hépatique. Enfin, par l'exemple de ce qui nous est arrivé, vous verrez que même avec l'observation la plus attentive, même en faisant appel à la logique clinique la plus rigoureuse, on peut se tromper, quelque expérience que l'on puisse avoir.

Cette erreur que j'ai commise, je n'en rougis nullement. Tout le monde l'eût fait à ma place; je vous ai dit pourquoi et comment j'y avais été amené. Je m'y suis trouvé en bonne compagnie. Je ne crains que l'erreur relative, elle seule me serait pénible. L'erreur absolue, que tous doivent commettre en quelque sorte, ne me semble pas un sujet de blâme. J'ai eu à cœur de vous montrer que nous nous étions trompés, bien loin de chercher à m'en taire. D'abord, il eût été peu honnête et partant peu digne de vous rien dissimuler; en outre, par le fait même le diagnostic qui semblait assis sur les motifs les plus plausibles, n'a pas été confirmé ultérieurement, l'occasion vous sera plus profitable. Vous retiendrez mieux, par le fait même de notre mécompte, les enseignements que j'ai cherché à tirer de ce fait sur les coïncidences pathologiques qu'il peut faire connaître, sur les opinions qu'il peut permettre de combattre et de réformer. Enfin, vous en tirerez certainement comme conclusion que, ainsi que je vous le disais en commençant cette leçon, la médecine pratique est moins facile que d'aucuns ont semblé vous le dire, et qu'elle demande tous vos soins, toute votre attention et toute votre étude la plus assidue.

DU TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE

CHRONIQUE, PRIMITIF, GÉNÉRALISÉ OU PROGRESSIF (RHUMATISME NOUEUX) PAR LES COURANTS CONTINUS CONSTANTS

Par le docteur JULES CHÉRON, docteur ès sciences.

Les dénominations les plus diverses ont été appliquées au rhumatisme articulaire chronique. C'est ainsi qu'il a été désigné sous les noms de : arthrite rhumatismale chronique, — rhumatisme goutteux, — rhumatisme noueux, — arthrite défromante, — arthrite sèche, — usure des cartilages articulaires, — rhumatisme articulaire chronique primitif, etc.

M. Charcot a proposé de ramener à trois types fondamentaux les différentes formes sous lesquelles le rhumatisme articulaire chronique se présente.

Au premier type, il a consenvé la dénomination de Vidal : rhumatisme articulaire chronique primitif, généralisé ou progressif ; c'est le rhumatisme noueux des auteurs. La tendance presque insensible à la généralisation forme le caractère essentiel de ce groupe.

Rhumatisme articulaire chronique primitif, fixe ou partiel, est la dénomination du deuxième type, dont la localisation à une ou deux grandes articulations est le principal caractère. (*Morbus coxæ senilis.*)

Les nodosités d'Héberden constituent le troisième. Cette forme de l'affection rhumatismale chronique occupe à peu près exclusivement les articulations des phalangines avec les phalangettes, et quelquefois, en outre, celles des phalangines avec les phalanges.

Des transitions insensibles relient ces trois types, dont les caractères se trouvent assez souvent réunis sur le même sujet.

Quelques auteurs ont admis une combinaison de la goutte avec le rhumatisme, sous le nom de rhumatisme goutteux. Mais l'hématologie de ces deux affections, nettement faite, dans ces dernières années, par Garrod, a démontré qu'un caractère de la plus haute importance sépare radicalement ces deux maladies. En effet, le sang des goutteux contient une quantité d'acide urique assez considérable pour qu'il soit possible de charger de cristaux de cet acide un fil trempé dans une petite quantité de sérum ou de sérosité de vésicatoire à laquelle on ajoute quelques gouttes d'acide acétique. Inutile de dire que le fil ainsi traité doit être observé au microscope.

Rien de semblable, d'après le même auteur et d'après les observations de M. Charcot, ne s'observe dans le rhumatisme aigu ou chronique.

Une démarcation bien nette étant établie entre ces deux affections à l'aide de ce caractère, passons rapidement en revue les divers modes de traitement employés à combattre le rhumatisme noueux.

Établissons d'abord que le colchique est plus nuisible qu'utile (Garrod), contrairement à l'opinion des auteurs, qui considèrent le rhumatisme noueux comme une manifestation de la diathèse goutteuse.

Les alcalins, pris à des doses souvent énormes (30 grammes de carbonate de soude par jour), n'ont pas donné des résultats dignes d'intérêt.

L'état général étant habituellement déplorable, c'est sur lui surtout que se porte l'attention du médecin. On essaye de ramener les fonctions de l'estomac, des reins et de la peau. Le fer est indiqué par l'état d'anémie qui accompagne souvent la maladie qui nous occupe. Le sulfate de quinine a été très-employé pour tonifier les systèmes nerveux et vasculaire.

Le gaïac, d'après les Anglais, aurait la propriété de faciliter la circulation des extrémités. Je dois dire que je l'ai employé dans plusieurs circonstances où l'indication n'était pas douteuse, sans obtenir le moindre résultat.

L'iode, les préparations arsenicales, sont journellement employés et donnent quelquefois de bons résultats.

Quant aux émissions sanguines, j'ai eu souvent l'occasion d'en voir les déplorables effets.

Récamier conseillait les bains de sublimé, que Trousseau préconisait plus tard.

Les sudorifiques ont joui d'une grande faveur, et les bains de vapeur, les bains turcs, les douches chaudes d'eau simple ou sulfureuse, ont joué et jouent encore un grand rôle dans la thérapeutique du rhumatisme chronique.

M. Guéneau de Mussy a vanté l'emploi des bains d'arseniate de soude.

Les eaux minérales, ferrugineuses, comptent aussi quelques succès; mais, malgré la variété de ces moyens généraux et les moyens locaux, tels que : teinture d'iode, vésicatoire, huile de croton, emplâtre de Vigo, cérat mercuriel, le rhumatisme noueux n'en est pas moins une affection redoutable, à forme progressive, qui prive tôt ou tard le malade de l'usage de ses membre, en totalité ou en partie.

Nous voici donc en présence d'une affection qui fait le désespoir des praticiens, les moyens de traitement étant aussi nombreux qu'infidèles.

Guidé par les effets physiologiques des courants continus, j'ai fait l'application de ce mode de traitement au rhumatisme chronique, et je puis dire hardiment que les résultats ont été des meilleurs.

Les premiers médecins qui s'occupèrent de l'électricité, au siècle dernier, signalèrent les bons effets qu'ils en obtinrent dans le rhumatisme sans rien préciser à ce sujet ; leur but était surtout d'agir sur la douleur.

En 1843, Froriep publia des observations de rhumatisme traité par les courants d'induction ; mais il s'agissait des arthrites chroniques et des paralysies douloureuses consécutives au rhumatisme articulaire aigu. Cet auteur ne fait point mention du rhumatisme articulaire progressif généralisé (rhumatisme noueux).

Nous verrons plus tard avec quelle étonnante rapidité guérissent, sous l'influence des courants continus, les arthrites avec paralysies douloureuses que Froriep traitait par les courants d'induction.

Plus tard, Moritz Mayer, dans son *Traité d'électricité médicale* (1854), cite le cas du docteur Cahen, qui parvint à enlever la douleur et les gonflements goutteux des articulations de la main et des doigts, en employant pendant six mois le courant fourni par un appareil d'induction.

Moritz Mayer signale ce traitement comme ayant produit des résultats excellents dans un certain nombre d'affections rhumatismales de la peau, des muscles, des articulations, etc., quoique, dit-il, son emploi soit *extrêmement pénible*.

Nous verrons plus loin que le traitement du rhumatisme goutteux par les courants continus *n'est pas pénible*, qu'il n'exerce aucune réaction sur la sensibilité générale, et que, en dehors de son action locale, il imprime à la nutrition tout entière une modification importante qui rétablit promptement les fonctions alanguies du malade.

Six années plus tard (1860), parut en France la traduction du livre de Remak sur la galvanothérapie (1). A l'article intitulé : *Effets rhumatismaux*, cet auteur rapporte un grand nombre d'observations qui ont la plupart pour objet des cas de rhumatisme monoarticulaire apyrétique ou consécutif au rhumatisme aigu.

(1) *De l'application du courant galvanique au traitement des maladies nerveuses et musculaires*, traduit par le docteur MORPAIN. — Paris, 1860.

Dans quelques circonstances, il tenta l'effet des courants continus sur des rhumatisants encore sous l'empire de la fièvre ; il trouva, dit-il, alors, une résistance beaucoup plus grande que dans les autres cas.

Une observation de M. Onimus a paru récemment dans les colonnes de ce journal.

J'ai employé un grand nombre de fois les courants continus constants dans le rhumatisme subaigu et dans les différentes formes du rhumatisme chronique ; dans la forme généralisée, le succès a dépassé les espérances. Nous allons mettre sous les yeux du lecteur un certain nombre de ces observations.

(*A suivre*).

DE L'ENDOCARDITE PUERPÉRALE

Par M. le docteur DECORNIÈRE (1).

(CONCLUSIONS.)

I. L'état puerpéral prédispose manifestement à l'endocardite, qui revêt le plus souvent alors soit la forme typhoïde, soit la forme pyohémique.

II. Cette prédisposition à l'endocardite est due à l'augmentation considérable de la fibrine pendant l'état puerpéral.

III. L'endocardite puerpérale est beaucoup plus souvent végétante qu'ulcéreuse. Elle s'accompagne fréquemment de lésions du côté des viscères (infarctus, abcès métastatiques, embolies).

IV. Les embolies à leur tour déterminent la nécrobiose des parties auxquelles se distribue l'artère oblitérée ; de là quelquefois ramollissement du cerveau et hémiplégie, etc., à la suite de couches.

V. L'endocardite puerpérale est probablement toujours une manifestation rhumatismale, et dans ce cas elle serait toujours la première.

VI. Si l'endocardite puerpérale se déclare sous l'influence du rhumatisme, le sujet, qui, étant en puissance de diathèse rhumatismale, se trouve de plus en plus dans l'état puerpéral, offre à l'endocardite les meilleures conditions pour son développement. On conçoit en effet que, ces deux influences coexistant, l'augmentation de la fibrine du sang doit être très-considérable.

VII. Les observations que nous avons réunies ne sont pas assez complètes au point de vue des manifestations rhumatismales qui ont précédé l'endocardite et de celles qui ont pu suivre, pour nous permettre de conclure à la nature franchement rhumatismale de l'endocardite puerpérale.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 5 octobre 1869. — Présidence de M. RICORD.

M. Blache est présent à la séance.

M. BLACHE prie M. Ricord de vouloir bien présider la séance à sa place, et en lui cédant le fauteuil, il adresse à ses collègues l'allocution suivante :

« En revenant de nouveau prendre place à ce fauteuil, dont de cruelles souffrances m'ont tenu éloigné trop longtemps, je tiens d'abord à remercier l'Académie du bienveillant intérêt qu'elle m'a constamment accordé pendant cette maladie si gravement compliquée. Croyez, mes chers collègues, que j'en ai été profondément touché et reconnaissant. Permettez-moi maintenant d'offrir un témoignage particulier de gratitude à mes excellents amis MM. Nélaton, Denonvilliers, Béhier et Roger, dont les soins assidus et le dévouement le plus absolu (je ne parle pas de leur habileté) ont soutenu mon courage tout le temps qu'a duré cette longue et douloureuse épreuve ; je leur réitère ici de tout mon cœur mes bien sincères remerciments. »

M. RICORD remercie M. Blache de l'honneur qu'il lui fait en le priant de présider à sa place.

J'ai, ajoute-t-il, un triste devoir à remplir en ouvrant cette séance, j'ai la douleur d'annoncer à l'Académie la mort d'un de ses membres les plus aimés, M. Cerise.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1868 et 1869 dans les départements du Pas-de-Palais, de la Meuse, du Doubs, de l'Hérault (Commission des épidémies); — 2° un rapport de M. le docteur Sales Girons, médecin inspecteur des eaux de Pierrefonds, sur les eaux minérales de cette ville (Commission des eaux minérales); — 3° les tableaux des vaccinations pratiquées en 1868 dans les départements de l'Aveyron et de la Vienne (Commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Caron, ayant trait à la discussion sur la mortalité des enfants ; — 2° un travail manuscrit de M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), membre correspondant de l'Académie, sur une observation de tremblements oscillatoires de la main droite guéris ou calmés avec ou sans le secours d'une machine orthopédique appelée porte-main ; — 3° une lettre de M. Delzenne.

M. Delzenne, dont les recherches et les expériences ont été introduites dans la discussion, communique, dans cette lettre, quelques nouveaux détails et apporte quelques données nouvelles à l'appui de sa thèse sur l'innocuité du vaccin pur provenant de sujets syphilitiques.

Voici quelques-uns des faits nouveaux qu'il cite, après avoir rappelé les résultats de ses nouvelles expériences.

L'inoculation des sécrétions physiologiques ou pathologiques, purulentes ou non, des sujets syphilitiques à des sujets sains, dit-il, est toujours négative, en tant qu'elle ne renferme rien d'essentiellement syphilitique ; la science est en possession d'un grand nombre de faits d'inoculations de ces produits divers. Or, si ces liquides, purulents ou autres, provenant de malades en pleine évolution d'acci-

(1) Brochure grand in-8°. Paris, 1869.

dents syphilitiques, ne peuvent engendrer la vérole sur un sujet sain, il est naturel de penser, *à priori*, que le liquide élaboré par les pustules vaccinales, qui lui font subir une dialyse complète, soit également incapable de la transmettre. J'ai plusieurs fois inoculé à un sujet sain le pus de chancres simples dont étaient porteurs des sujets syphilitiques; les sujets inoculés n'ont jamais eu la vérole....

Ma conviction reste entièrement la même. Le liquide vaccinal pur, limpide, ne renfermant aucune trace de sang, ne saurait, quelle qu'en soit l'origine, transmettre la syphilis. Or, le vaccin normal ne contenant pas de globules sanguins, il est loisible à l'opérateur qui le recueille avec soin de mettre les sujets vaccinés à l'abri de toute contamination.

M. BUSSY présente, de la part de M. Personne, préparateur à l'École de pharmacie, un travail *Sur l'action de l'acide pyrogallique dans l'empoisonnement par le phosphore.*

M. LARREY présente : 1°, de la part de M. le docteur Tholozan, un travail ayant pour titre : *Rapport à S. M. le shah de Perse sur l'état actuel de l'hygiène en Perse*; — 2°, de la part de M. le docteur Ely, une brochure intitulée : *L'Armée anglaise à l'intérieur et dans les possessions britanniques*; — 3° un travail en anglais sur les *Mesures hygiéniques prises à Edimbourg.*

M. J. GUÉRIN dépose sur le bureau : 1° une note de M. le docteur Piedvache *Sur la mortalité des enfants de moins d'un an dans l'arrondissement de Dinan*; — 2° une lettre de M. le docteur Chesnais (de Lohéac), donnant la relation de faits observés par lui, et qui viennent à l'appui des idées soutenues par M. Guérin dans la discussion sur la vaccine.

M. J. GUÉRIN, à l'occasion d'une lettre de M. de Closmadeuc, lue dans la dernière séance par M. Roger, fait remarquer que les faits relatés dans la thèse de M. Bourdals ont été observés avec beaucoup de soin en présence de M. Denis, et sont en conséquence parfaitement exacts.

M. BRIQUET, à propos de la lettre de M. Closmadeuc, rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte des accidents de prétendue syphilis vaccinale observée par MM. Depaul et Roger, qui n'a pas été soumise au traitement antisyphilitique, et qui a parfaitement guéri. Cette jeune fille est citée dans le rapport de M. Depaul.

Discussion sur la mortalité des enfants.

M. HUSSON. Messieurs, chacun de vous, en entendant le discours et les propositions de M. Devilliers, s'est demandé sans doute ce qui s'était passé au sein de la commission; il a pu supposer que notre honorable collègue n'avait pu nous faire partager ses idées, et que c'est en désespoir de cause qu'il en appelait à l'Académie et lui soumettait un travail particulier, une sorte de contre-projet. Il n'en est rien cependant : les dispositions qui font l'objet du rapport de M. Blot ont été votées à l'unanimité de la commission, et M. Devilliers n'a exprimé, que je sache, aucun dissentiment. Il y a plus : notre collègue s'écartant de l'usage où sont les membres des commissions de soumettre à celles-ci les amendements aux travaux accomplis en commun, n'a point jugé à propos de provoquer une nouvelle réunion, et il a préféré le recours à l'Académie. Je suis loin de l'en blâmer. Chacun agit à sa manière et doit être laissé juge de ses procédés; mais je tenais à expliquer que le plus parfait accord n'a cessé de régner au sein de la commission, et que si M. Devilliers propose aujourd'hui un projet en concurrence avec le projet que nous avons adopté, ce n'est point qu'il n'ait pu réussir à le faire prévaloir auprès de nous.

Je ne puis m'empêcher de regretter, au point de vue même du sort de son projet, qu'il ne nous en ait pas entretenus; nous lui aurions fait observer d'abord que ce travail, au moins dans ses dispositions essentielles, n'est que la reproduction de celui de la commission; qu'il contient d'ailleurs une foule de dispositions qui offensent les parties les plus élémentaires du droit, déplacent les juridictions et confondent le réglementaire avec le législatif; qu'on ne saurait, par exemple, à aucun point de vue, en cas de mort naturelle d'un enfant placé en nourrice, supposer un crime et ordonner une expertise judiciaire, toutes les fois qu'un service de vérification des décès n'existerait pas dans la localité; que les pénalités qu'il voudrait appliquer aux circonstances prévues en l'article 23 de son projet ne pourraient l'être en vertu d'un règlement, comme il semble le croire, mais seulement par la force des dispositions législatives; qu'on ne peut concéder à un médecin-inspecteur le droit de supprimer le salaire d'une nourrice ou de lui infliger une amende; que la direction générale qu'il propose d'instituer ne saurait davantage interdire à une nourrice l'exercice de sa profession pour une faute commise; que les peines les plus sévères (amende, emprisonnement, suppression d'emploi), comme il le dit lui-même, ne pourraient, dans l'état de la législation et d'après les principes admis, être prononcées contre ceux qui se seraient entremis dans le recrutement des nourrices; que les bureaux de placement ne sont que des intermédiaires qui mettent en relation les nourrices et les familles laissées maîtresses de leurs conventions respectives, et que, dès lors, ils ne peuvent être rendus responsables des gages que les parents n'acquitteraient pas, etc., etc. Ce sont là des mesures draconiennes qui ne sont plus de notre temps et qui n'auraient, par conséquent, aucune chance d'être présentées à la sanction du pouvoir législatif.

Il est encore d'autres prescriptions infiniment peu pratiques que je pourrais relever dans le travail de notre collègue et qui auraient, je le crains, entre autres défauts, celui de rendre désormais impossible le recrutement des bonnes nourrices.

M. Devilliers n'est pas le seul schismatique de la commission; voici notre collègue, M. Boudet, qui réclame à son tour contre une partie essentielle du travail qui vous est soumis, et qui, prenant à partie notre rapporteur, déclare « que M. Blot n'a pas compris sa mission, et que son œuvre est à refaire. » Mais M. Boudet perd de vue que si la charge du rapport est échue à M. Blot, c'est à notre demande et par voie de scrutin; il oublie que le rapport a été lu et adopté à l'unanimité; que ses conclusions sont conformes aux vœux de tous les membres; que le rapporteur n'a rien omis de tout ce qui a été résolu, et qu'il a présenté un historique très-exact, quoique succinct, des faits. Ce n'est pas seulement dans le dernier rapport de M. Blot qu'il faut étudier son travail, mais encore dans les deux premiers; ces trois documents forment un ensemble dans lequel on retrouve l'exposé des principes qui doivent servir de base à l'éducation des enfants. Sans doute M. Blot aurait pu se développer davantage et donner à son rapport une forme plus solennelle; mais était-ce indispensable, alors surtout qu'il s'adresse, ici et au dehors, à des esprits convaincus; que les faits sont patents; que, par conséquent, ils ne requièrent pas de longues démonstrations, et qu'enfin la base de nos propositions n'est contestée par personne ?

M. Boudet a parlé de documents nombreux, considérables, merveilleusement préparés pour établir le véritable état de la question, et il a ajouté qu'il était difficile de supposer qu'il ne s'y trouvât pas quelques observations, quelques vues, quelques propositions intéressantes. Cette assertion est au moins hasardée ; il me semble que notre collègue, avant de la produire, aurait dû s'assurer de son exactitude. Les documents envoyés à la commission ont été à sa disposition; les a-t-il dépouillés ? Pour moi, j'en ai lu avec soin un certain nombre, et je dois dire que je n'y ai rien trouvé que la commission ne connût déjà; c'est partout l'affirmation du mal que nous avons à combattre, et de la nécessité de réglementer l'industrie des nourrices. Ce serait faire injure à M. Blot que de supposer qu'il n'a pas pris connaissance de ces documents; la commission et son rapporteur n'avaient d'autre devoir que de les étudier ; et je ne crois pas qu'il lui incombât l'obligation d'en présenter l'analyse alors qu'elle n'y rencontrait aucune idée nouvelle.

M. Boudet croit en avoir trouvé une dans une brochure de deux jeunes médecins qui proposent le pesage des enfants comme moyen préventif de la mortalité. La pratique conseillée par ces messieurs est depuis fort longtemps en usage à la Maternité de Paris et à l'hôpital des Cliniques. Mais si, dans les conditions particulièrement favorables où l'on se trouve dans une école d'accouchement, le moyen est excellent pour s'assurer, au besoin jour par jour, de l'accroissement ou du dépérissement d'un nouveau-né, serait-il praticable, serait-il prudent d'en généraliser l'usage dans les campagnes et hameaux où sont disséminés les nourrissons, souvent à de longues distances? Les médecins qui, une fois institués pour les nourrissons des bureaux particuliers comme ils le sont pour les services de la direction des nourrices et des enfants assistés, feront une visite par mois à chaque enfant, consentiront-ils à la pratique de ce mode, qui exige du temps et peut n'être pas sans inconvénients? Ne préféreront-ils point s'en rapporter aux signes extérieurs qui trompent difficilement un œil exercé et attentif, et, en faisant ouvrir les langes de l'enfant, apprécier son état réel ? Du reste, messieurs, nous saurons bientôt ce qu'il y a de pratique dans l'extension aux campagnes du moyen de constatation institué à la Maternité de Paris sur l'initiative de M. le docteur Siredey : le pesage des enfants va être expérimenté dans l'un des arrondissements de la direction des nourrices, qui compte des médecins zélés, et il pourra être étendu aux autres arrondissements s'il est démontré qu'il est praticable et qu'il présente de sérieux avantages.

Mais c'est à propos de l'enquête suivie par les soins du ministère de l'intérieur, à la demande de l'Académie, et dont les résumés nous ont été communiqués, que M. Boudet fait à notre rapporteur les reproches les plus vifs. M. Blot s'était contenté de dégager de ses documents les résultats généraux, à savoir une mortalité de 51,68 p. 0/0 pour les enfants de Paris envoyés en nourrice, et de 19,92 p. 0/0 applicable aux enfants nés dans les communes où les premiers sont placés; notre collègue le blâme de cette discrétion, et moi je me permets de l'en louer. L'Académie, j'espère, partagera mon opinion, lorsqu'elle aura entendu les explications dans lesquelles je vais entrer.

L'Académie avait demandé au gouvernement de prescrire une enquête ayant pour but de rechercher, dans les dix départements où les jeunes Parisiens non allaités par leur mère sont envoyés dès leur naissance, quelle était, aussi exactement que possible, la mortalité des nourrissons.

On a invité les maires des 5,000 communes où sont placés en nourrice les enfants de Paris, à dresser, pour les années 1865 et 1866, un premier état nominatif de tous les enfants au-dessous de deux ans, décédés dans la commune, en indiquant la date et le lieu de la naissance, le sexe, les noms des pères et mères, la date du décès, etc. En même temps, on a demandé aux maires de porter dans un second état, pour les deux mêmes années, les noms des enfants nés dans la commune.

Si ces états ont été exactement dressés et dépouillés, ils ont pu fournir le chiffre approximatif des enfants décédés dans chaque commune, avec indication de leur origine.

Mais, en supposant l'exactitude du nombre des enfants inscrits comme décédés, ce n'est là qu'un des termes du problème : pour connaître les autres, il faut savoir, non-seulement le nombre total des enfants parisiens envoyés en nourrice, mais encore les nombres partiels qui s'appliquent aux placements faits par la direction des nourrices, par le service des enfants assistés, par les bureaux particuliers de location, enfin par les familles elles-mêmes. Or c'est ici que les résumés de l'enquête offrent des inexactitudes qu'il était difficile de prévenir, ou des lacunes qu'il était impossible de combler. On porte à 6,500 le nombre des enfants placés par la direction des nourrices et le service des enfants assistés, en 1865 et 1866; mais les placements réellement opérés, sont loin d'atteindre ce chiffre. Le nombre moyen de la direction des nourrices pour les deux années indiquées est de 1,973; les placements du service des enfants assistés s'élèvent à 3,169 pour les enfants de tout âge, et seulement à 2,858 si l'on ne compte que les enfants de la naissance à un an. Le nombre des placements est donc, dans le premier cas, de 5,442, et dans le second, de 4,831. Il y aurait encore une autre déduction à faire sur le chiffre afférent aux enfants assistés: ce service envoie ses pupilles dans onze départements, et l'enquête n'a porté que sur dix. On trouve aussi dans les résumés d'autres erreurs.

Maintenant, comment a-t-on obtenu le chiffre de 9,500 indiqué pour les placements des bureaux particuliers? Il y a quelques années, il n'était pas tenu par l'autorité registre des placements, et pour en connaître le nombre approximatif, il fallait recourir aux écritures des petits bureaux eux-mêmes. Il en est plusieurs, je le sais, qui ont des enregistrements exacts; mais lorsqu'on a visité quelques-uns de ces établissements et vu le personnel qui les dirige, il est permis, même sans présumer la fraude, d'émettre des doutes sur les résultats qui en émanent. Le chiffre de 9,500 aurait donc besoin d'être confirmé.

J'arrive à un autre chiffre encore plus incertain, celui qui exprime le nombre auquel s'élèveraient les placements directs faits par les familles. A quelle source donc a-t-on pu prendre ce renseignement? Pour moi, je le déclare, je n'imagine pas qu'il existe aucun moyen de constater, même approximativement, le chiffre de ces placements. En l'introduisant parmi les éléments qui doivent servir à calculer la mortalité, on admet une cause d'erreur d'autant plus grave qu'il devient, dans la bouche des défenseurs des bureaux particuliers, à l'insu certainement de ceux qui l'ont produit, un moyen commode de rejeter sur les placements effectués par les familles un excédant de mortalité qui ne peut être imputé, on le verra tout à l'heure, qu'aux petits bureaux.

L'Académie voit quelles sont les imperfections de l'enquête, malgré les soins consciencieux avec lesquels elle a été poursuivie.

M. Blot a donc bien fait de ne mentionner dans son rapport que le résultat général de la mortalité, qui donne 51,68 p. 100 et qui, à ses yeux comme aux miens, indique un maximum suffisant pour appuyer nos délibérations.

C'est au moyen d'un procédé tout fantaisiste, dans lequel on additionne des moyennes pour en trouver une dont les chiffres élémentaires manquent totalement, que M. Boudet a gratifié les nourrices choisies par les familles sans aucun intermédiaire, d'une effroyable mortalité qui frapperait les nouveau-nés dont elles se chargent, et qui, du même coup, dégrèverait d'autant celle que l'on doit imputer aux enfants placés par les petits bureaux. Comment M. Boudet n'a-t-il pas vu qu'un tel résultat heurtait toutes les vraisemblances? Il est à Paris un certain nombre de familles qui envoient leurs enfants en nourrice dans les environs de la capitale, par connaissance directe. Les nourrices sont choisies parce qu'elles sont réputées bonnes, qu'elles ont déjà élevé un enfant de la famille, l'enfant d'un parent ou celui d'un voisin. Leur salaire est généralement convenable; on les visite pour embrasser l'enfant et juger de ses progrès. Il peut arriver, sans doute, que, dans ces conditions même, le nourrisson n'obtienne pas toujours des soins dévoués et éclairés; mais est-il supposable que, sous l'œil même des parents, la grande majorité des nourrissons soit beaucoup plus maltraitée que les pauvres enfants que des nourrices médiocres emportent au loin dans des hameaux isolés, où elles ne sont jamais visitées par les familles?

Ce qui aide à la confusion, et fournit des arguments à ceux qui prétendent que les petits bureaux, dans l'état actuel, remplissent les conditions d'une organisation satisfaisante, c'est que ceux-ci envoient un grand nombre d'enfants dans les départements voisins, en concurrence avec les placements directs des familles : de là la possibilité de rejeter sur une catégorie d'enfants ce qui appartient en partie à l'autre. Mais il est d'autres départements où les petits bureaux opèrent seuls leurs placements; or, si l'on consulte le savant travail de M. le docteur Bertillon sur la mortalité des enfants de la naissance à un an, on verra que ces départements occupent, dans l'ordre croissant de mortalité, les derniers rangs. Et d'ailleurs, en supposant même que les petits bureaux procurent toujours des nourrices pourvues de lait acceptable, comment admettrait-on que, sans surveillance spéciale, administrative et médicale, sans autre action que celle des meneurs, les résultats fussent aussi satisfaisants? S'il en était ainsi, il ne nous resterait plus qu'à considérer ces établissements privés comme le type d'une organisation qu'on n'aurait plus qu'à perfectionner. Mais les choses n'en sont pas là.

J'arrive au fond de la question. M. Boudet, dans les deux occasions où il a pris la parole, a exprimé avec éloquence des sentiments que nous partageons tous dans cette enceinte; mais nous n'en sommes plus aujourd'hui à décrire le mal, à en dire la gravité et l'étendue; nous avons à chercher les moyens de l'atténuer, si nous sommes impuissants à le guérir. Le moment est venu où chacun des membres de cette assemblée a le devoir d'examiner si les propositions de la commission répondent suffisamment à ses vues. A mon sens, dans la recherche qu'elle poursuit, l'Académie, après avoir constaté la grandeur du mal, doit se garder de l'exagérer encore; elle ne doit pas laisser croire qu'il sévit en France comme une plaie qui serait propre à notre pays, et qu'à raison de notre compétence, il ne dépend que de nous de la faire disparaître.

Le nombre annuel des naissances peut être évalué, pour toute la France, à 900,000 en chiffres ronds; les enfants naturels figurent dans ce total pour 80,000, sur lesquels 18 ou 20,000 sont abandonnés par leurs mères aux soins de la charité publique. Or voici, d'après des calculs exacts, quelle est la mortalité afférente à chacune de ces catégories, dans le cours de la première année:

Sur le total des naissances.... (900,000)....17,51 p. 100.
Sur les naissances légitimes.. (820,000)....16,36 p. 100.
Sur les naissances illégitimes.. (80,000)....35,52 p. 100.

On voit combien est grand l'écart existant entre la catégorie des enfants légitimes et celle des enfants naturels, et cependant, parmi ces derniers, il en est un grand nombre qui participent aux avantages dont jouissent les enfants légitimes. La mortalité des enfants naturels, dont les trois quarts sont traités comme les enfants nés d'unions régulières, étant de 35,52 p. 100, j'ai eu raison de dire que celle des enfants assistés de la Seine envoyés en nourrice, tous nés et abandonnés dans les conditions les plus défavorables, mortalité qui est de 36,28 p. 100, n'a rien qui doive surprendre.

J'ai dit plus haut que nous devions nous abstenir de laisser croire que notre pays serait particulièrement frappé par le fléau de l'excessive mortalité. Si nous portons notre attention sur les nations qui nous entourent, nous pourrons constater que la France est loin d'être la plus mal partagée en ce qui touche la mortalité des enfants du premier âge.

La mortalité des enfants de la naissance à un an est : en Écosse, de 11,81 p. 100; en Angleterre, de 15,24 p. 100; en Belgique, de 15,42 p. 100; en France, de 17,51 p. 100; en Prusse, de 18,72 p. 100; en Hollande, de 19,73 p. 100; en Autriche, de 24,78 p. 100; en Bavière, de 37,07 p. 100.

Ces chiffres démontrent, je crois, d'une manière incontestable, que la mortalité des jeunes enfants n'est pas chez nous un accident local, qu'elle sévit partout, à un moindre degré pourtant qu'autrefois, et que cette situation regrettable à tant de titres tient à des causes profondes qu'il n'est pas aisé de déraciner. Aussi, tout en m'asso

ciant avec conviction et avec le zèle dont je suis capable aux travaux de la commission que vous avez nommée, je suis resté fidèle aux idées que j'exprimais dans la séance du 26 octobre 1866, à savoir que la grande mortalité qui décime les nouveau-nés a des origines nombreuses et complexes; telles sont, par exemple, les conditions de la naissance, le manque de lumières chez les nourrices, les préjugés locaux, l'habitude invétérée de donner prématurément aux nourrissons des aliments solides, la misère des nourrices, l'insalubrité des habitations, l'indifférence et la négligence des familles elles-mêmes. Or, ce n'est pas par des règlements qu'on peut espérer guérir de pareils maux. Il faut compter, pour les atténuer très-sensiblement, sur les progrès de l'instruction, sur l'amélioration des mœurs et l'accroissement du bien-être dans les classes urbaines aussi bien que dans les classes rurales.

Je crois donc fermement que l'organisation et les règlements que nous proposons sont de nature à ramener le chiffre de la mortalité des nourrissons à des proportions inférieures à celles que nous avons constatées, mais qu'ils seront impuissants à réaliser les vœux si légitimes de ceux qui voudraient la réduire à un niveau qu'on ne saurait atteindre que dans les sociétés où l'instruction serait répandue, où l'aisance régnerait dans la majorité de la population et où l'allaitement maternel serait la règle des familles.

La seconde partie du discours de M. Husson est relative aux crèches; nous la publierons dans l'un des prochains numéros.

LECTURE

M. BÉCLARD lit, pour M. DUBOIS (d'Amiens), la première partie d'un travail ayant pour titre : *Recherches historiques sur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.* (Nous commencerons la publication de ces recherches dans le numéro prochain.)

La séance est levée à cinq heures.

Le corps médical de Paris vient de faire une perte bien regrettable dans la personne de M. le docteur Cerise, dont la mort a été annoncée hier à l'Académie de médecine. M. Cerise, docteur en médecine de l'Université de Turin, autorisé à exercer en France, en 1834, y avait rapidement conquis, par des publications importantes, la double réputation de médecin philosophe et d'habile praticien, qui n'a cessé de grandir depuis, et qui lui a valu la haute situation qu'il s'était faite au sein du corps médical parisien. M. Cerise avait été un des fondateurs des Annales médico-psychologiques et de la Société médico-psychologique, dont il a été un des premiers présidents. Il était membre associé libre de l'Académie de médecine depuis cinq ans. Les charmes de son esprit et de son caractère lui avaient acquis l'affection de tous ses confrères; sa mort provoquera parmi eux d'unanimes regrets.

Les obsèques de M. Cerise auront lieu demain jeudi, à dix heures, à l'église de la Madeleine.

— M. Mathieu, notre habile fabricant d'instruments de chirurgie, qui appartient à la grande famille médicale par les services qu'il rend journellement à notre art, vient d'être cruellement frappé dans ses plus vives affections. Il vient de perdre sa fille, âgée de 21 ans, et mariée depuis un an à peine à un de nos jeunes et distingués confrères, M. le docteur Noizet, aide-major à l'hôtel impérial des Invalides.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris a été ouvert lundi 4 octobre. Les questions proposées sont : pour l'anatomie, le médiastin postérieur; pour la pathologie, signes et diagnostic du pneumo-thorax.

Le jury est composé comme il suit : juges titulaires, MM. Blachez, Bucquoy, Desnos, Duplay, Cusco et Horteloup; juges-adjoints, MM. Gubler, Meunier.

— M. Niel Arnott a légué 25,000 francs à chacune des quatre universités de Glascow, Saint-André, Aberden, Édimbourg, pour favoriser les études de médecine expérimentale et de philosophie naturelle.

— Par la dernière malle des Indes, on a appris que quelques cas de choléra avaient eu lieu à Madras. L'épidémie paraît avoir été importée par des voyageurs venant du district de Bellary. Les autorités sanitaires et municipales de Madras ont pris les mesures les plus énergiques pour empêcher l'extension du mal.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès à Paris, du 26 septembre au 2 octobre 1869 :

Variole, 11. — Scarlatine, 6. — Rougeole, 7. — Fièvre typhoïde, 32. — Érysipèle, 9. — Bronchite, 31. — Pneumonie, 39. — Diarrhée, 12. — Dyssenterie, 7. — Choléra, 3. — Angine couenneuse, 3. — Croup, 5. — Affections puerpérales, 8. — Autres causes, 539. — Total : 713.

Le chiffre total de la mortalité à Londres, dans la période septennale du 19 au 25 septembre, a été de 1,362. On compte sur ce nombre un chiffre toujours très-élevé de mortalité par la scarlatine (191) et par la diarrhée (115).

— M. le docteur Fort commencera un cours public d'*histologie et d'anatomie générale* le mercredi 13 octobre 1869, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera tous les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Quelques considérations sur les tumeurs du cervelet, par le docteur J.-F. MACABIAU, ancien élève des hôpitaux de Paris. — In-8°, 136 pages et 10 tableaux synoptiques d'observations de tumeurs du cervelet. Prix : 2 fr. 50.

L'hydrothérapie expliquée et mise à la portée de tous, guide des malades aux établissement hydrothérapiques, par le docteur MAIGROT, directeur de l'établissement de Saint-Dizier. — 1 vol. in-8. — Prix, 1 fr. 25.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris.— Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. — Addition à la séance de l'Académie impériale de médecine (suite du discours de M. Husson. — Discussion sur la mortalité des enfants). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Feuilleton. — Bibliographies.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pansement des grandes plaies par les préparations phéniquées (Méthode de M. LISTER).

Nous avons assisté, samedi dernier, à une amputation de cuisse pratiquée à la Clinique par M. Léon Labbé, chez une jeune fille, pour une tumeur du genou, une de ces tumeurs qu'on eût désignées, il y a quelques années, sous le nom de tumeurs anévrysmatiques des os, et qu'on appelle aujourd'hui tumeurs à myéloplaxes. Nous reviendrons sur ce fait et sur la question anatomopathologique qu'il peut soulever. Nous ne le mentionnons qu'à un seul point de vue, au point de vue du pansement. M. Labbé, voulant mettre devers lui toutes les chances possibles de succès, a eu recours, dans ce cas, au mode de pansement usité depuis quelque temps chez nos voisins d'outre-Manche, le pansement phéniniqué préconisé par M. Lister. Nous croyons utile de faire connaître ce mode de pansement dans ses plus grands détails.

Les préparations phéniquées employées par M. Lister sont les suivantes :

HUILE PHÉNIQUE — EMPLATRE PHÉNIQUE — LOTION PHÉNIQUE :

1° Huile phénique ou autre huile fixe :

Huile de lin bouillie..................	5 parties
Acide phénique solide..............	1 —

2° Emplâtre phénique :

Huile phénique et blanc d'Espagne (sous-carbonate de chaux), en proportions suffisantes pour faire une pâte de la consistance d'un mastic mou de vitrier.

3° Lotion phénique :

Acide phénique solide..............	1 partie
Eau..	30 —

Tout ce qui doit être en contact avec la plaie doit être lavé avec la lotion phénique : doigts, couteaux, pinces, ténaculum, etc.

Les ligatures en soie doivent tremper dans de l'acide phénique très-concentré pendant une ou deux heures avant l'opération, et au moment de s'en servir, on les lave dans la lotion phénique pour enlever l'excès d'acide phénique caustique.

L'amputation terminée, les artères liées ou tordues, on lave soigneusement la plaie dans tous ses interstices avec la lotion phénique.

On entoure la base du moignon avec une bande de caoutchouc vulcanisé pour maintenir les parties dans une compression convenable, et on unit les lambeaux par une suture métallique.

Quand on veut mettre entre les lambeaux un drain pour l'écoulement facile des liquides, on prend une petite bande de *lint* (tissu de coton) trempée dans l'huile phénique, que l'on étend du fond vers l'intérieur.

On peut se dispenser de ce drain quand on fait un pansement différé.

Le moignon est placé et maintenu sur un léger coussin couvert d'une toile de caoutchouc vulcanisé ou de gutta-percha. Il reste immobile pendant le traitement.

On fait le pansement immédiat et permanent avec deux ou trois morceaux de lint trempés dans l'huile phénique. On leur donne une étendue suffisante pour couvrir la plaie en la débordant d'un pouce de chaque côté. Ils doivent être superposés de manière à laisser sortir facilement les liquides venant de la plaie.

Pour le pansement médiat ou externe, on se sert de l'emplâtre phénique.

On étend le mastic entre deux linges fins, faisant une espèce de cataplasme d'un quart de pouce d'épaisseur; il devra être assez étendu pour couvrir le pansement permanent en le débordant de 1 pouce à 3 de chaque côté, afin que les liquides putrescibles qui ont à sortir, soient forcés de passer sous cet emplâtre. Il doit déborder d'autant plus qu'on a une plus grande quantité de liquides sortant de la plaie.

La surface externe de cet emplâtre doit être couverte d'une feuille de plomb ou d'un tissu de gutta-percha, pour s'opposer à l'évaporation de l'acide phénique.

Cet emplâtre se renouvelle tous les jours ou tous les deux jours, suivant la quantité de liquide....

Si on a mis un drain, on l'enlève après vingt-quatre heures. On doit l'attirer à l'extérieur lentement, soulevant aussi peu que possible les pièces du pansement immédiat.

Le tout doit être recouvert d'une toile cirée, — tout l'appareil de pansement.

Si on ne mettait pas le mastic entre deux linges, il adhérerait à la peau et au pansement permanent.

Le sang et la sérosité qui pénètrent le pansement immédiat, forment avec l'acide carbolique une substance ferme, une croûte assez dure, qui empêche l'acide carbolique de l'emplâtre externe de venir toucher les lèvres de la plaie, sans s'opposer à l'issue des liquides qui doivent sortir.

Cet emplâtre ne peut pas excorier la peau, de sorte qu'on peut lui donner une étendue considérable.

Quand il ne sort plus rien des lèvres de la plaie, on cesse l'usage de l'emplâtre externe, et on laisse encore pendant quelque temps le pansement immédiat.

A chaque ligature d'artère, on coupe les deux bouts de fil auprès du nœud, et on ne s'en occupe plus.

Une ligature organique, qui par un contact suffisant avec l'acide phénique a été neutralisée, pourra rester en permanence dans les tissus vivants, comme une balle de plomb, etc., etc.

M. Labbé s'est conformé exactement et de tous points à ce programme. La malade, dont l'opération remonte aujourd'hui à six jours, va parfaitement bien jusqu'ici. Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat de cette opération.

— Le service de la Clinique n'est pas le seul où nous ayons vu mettre ce mode de pansement en expérimentation. Nous l'avons vu appliquer, il y a quelques jours, à l'Hôtel-Dieu, par M. Cruveilhier, momentanément chargé du service de M. Laugier, pour un cas de plaie compliquant une fracture du fémur.

Moyen de remédier à la saillie des os dans les amputations.

Du pansement des plaies d'amputation au procédé même d'opération, la transition est assez naturelle pour que nous saisissions cette occasion de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'exposé d'un procédé opératoire destiné à prévenir un accident assez commun, la saillie des os après les amputations, et qui n'a été qu'indiqué seulement dans ce journal. Nous voulons parler du procédé anaplastique ou autoplastie par glissement, que M. le docteur Philippe, médecin principal, ancien chirurgien de l'hôpital militaire de Vincennes, a appliqué avec succès sur un des malades de son service, et auquel il a proposé de donner le nom de Peromoplastie. Voici le fait, qui vaut mieux que le nom.

V., chasseur au 20e bataillon, âgé de 32 ans, d'une constitution scrofuleuse, entre à l'hôpital militaire de Vincennes, atteint de tumeur blanche au genou gauche, dont l'origine datait de la campagne du Mexique.

Les progrès du mal, la suppuration de l'articulation, l'état de marasme du sujet, nécessitèrent l'amputation de la cuisse : elle fut pratiquée d'après la méthode circulaire, au tiers supérieur. Le moignon était riche en parties molles.

L'opération avait été faite le 4 juin. Deux jours après, le 6 juin, le moignon s'enflamme ; il devient rouge, gonflé, très-sensible et douloureux aux parties latérales; en dedans et en avant, la peau est d'un rouge violacé, décollée ; de cette dernière région s'échappe une suppuration abondante, rougeâtre, séreuse, extrêmement fétide. La face est vultueuse ; il y a soif, beaucoup de fièvre.

Le 7, la peau de la région interne prend une couleur plus foncée qui fait craindre le développement de la gangrène. Après avoir enlevé les bandelettes agglutinatives, on pratique une incision sur la peau altérée, qui laisse échapper beaucoup de suppuration.

Le 9, grâce à l'emploi de topiques stimulants, tels que l'onguent styrax, la poudre de quinquina ; à l'usage d'une nourriture fortifiante et d'une médication reconstituante, la plaie prend un bon aspect, suppure peu ; il n'y a presque plus de fièvre; des bourgeons charnus se forment à l'extrémité du fémur.

Le 10, l'amélioration se soutient ; la plaie et l'état général du malade se trouvent dans de très-bonnes dispositions ; toutefois, en examinant le moignon de plus près, on remarque une saillie de 3 centimètres environ du fémur, limitée à la région supérieure et antérieure et aux deux tiers externes du moignon; la rétraction des parties molles a épargné les autres régions qui ont déjà contracté des adhérences cicatricielles.

La plaie est cautérisée sur toute sa surface avec le crayon d'azotate d'argent.

On attend au lendemain 11 pour remédier à la saillie de l'os, en fixant l'autoplastie de la manière suivante :

De la main gauche, on saisit la portion du moignon qui correspond à l'os saillant, et qui est rétractée.

De la main droite, armée d'un bistouri, on dissèque cette même portion des parties molles, en faisant pénétrer l'instrument à une profondeur de 2 centimètres environ, et ayant soin de raser l'os, de manière à détacher ce dernier de ses adhérences aux chairs.

FEUILLETON

Recherches historiques sur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.

Par M. Fr. DUBOIS (d'AMIENS)

Messieurs, l'indulgente attention que vous avez bien voulu prêter à mes précédentes communications me fait espérer que vous n'accueillerez pas avec moins d'intérêt cette nouvelle étude d'un médecin sur la vie privée de l'empereur Auguste et sur son genre de mort. Je me fais peut-être illusion, mais plus j'avance dans mes recherches et plus je trouve que le médecin doit être considéré comme le véritable historien, non-seulement lorsqu'il s'agit de faire connaître à quel genre de mort ont succombé les grands personnages de l'antiquité, mais encore lorsqu'il s'agit de nous renseigner sur les divers incidents de leur vie privée: n'est-ce pas surtout à lui, en effet, qu'il appartient de nous montrer ces mêmes personnages aux différentes époques de leur vie intérieure; dans leur première enfance d'abord, puis passant des bras de leur mère dans les écoles des rhéteurs, puis livrés à toutes les passions de l'âge adulte, celui-ci sachant leur résister, cet autre s'y abandonnant avec fureur, et puis quand viennent les sombres années de la vieillesse avec tout son cortége d'infirmités.

Peut-être objectera-t-on qu'en bornant ainsi ses recherches à ce côté de la vie humaine, le médecin va passer sous silence précisément ce qui est digne de mémoire, et qu'il ne peut plus y avoir de héros pour celui qui s'en tient ainsi à ce réalisme étroit et vulgaire ; à cela nous répondrons que l'héroïsme peut se rencontrer pour le médecin aussi bien dans un lit que sur un champ de bataille, et qu'il peut se trouver dans la vie privée des drames aussi saisissants que dans la vie politique; mais je ne veux pas insister ici sur ce point; ce que je tiens seulement à faire remarquer, c'est que, dans ce nouveau travail, mon but sera, comme toujours, de chercher à mettre en évidence le vrai côté des choses; ce que j'ai fait pour les incidents du meurtre de Jules César (1), je vais essayer de le faire pour la vie privée de son neveu, de ce jeune Octave, qui bientôt, dit Tacite, sans autre titre que celui de prince, va ranger sous son pouvoir tous les partis fatigués de leurs propres discordes, et se concilier tous les esprits par les douceurs d'un long et paisible repos (*Qui cuncta discordiis civilibus fessa, nomine principis, sub imperium accepit et cunctos dulcedine otii pellexit*).

On pense bien que pour nous renseigner sur la vie de César Auguste, nous aurons à consulter à peu près les mêmes historiens que pour Jules César ; ainsi, nous aurons d'abord à reprendre les fragments de Nicolas de Damas ; M. J. J. Ampère ne voit, il est vrai, dans Nicolas de Damas qu'un panégyriste de l'empereur; mais il faut autrement le juger; Nicolas de Damas est, après tout, le grand historien du premier siècle; contemporain de César Auguste, et fort en faveur auprès de lui, il n'a pas cherché à le flatter; il avait su réunir une foule de faits intéressants sur sa vie, et, comme le dit M. Mérimée, il avait eu l'excellente idée de les écrire; malheureusement, ces précieux fragments ne vont pas au delà des premiers démêlés d'Octave avec Antoine, de sorte que nous n'aurons guère à citer que les incidents de ses jeunes années; mais, grâce à lui, nous pourrons entrer dans quelques détails de famille qui ne sont pas sans intérêt; il est vrai qu'en cela Sénèque aurait pu nous aider à combler ces lacunes; on sait, en effet, que ce philosophe s'est trouvé en position de bien connaître, dans les premiers temps de sa vie, ce qui s'est passé dans la cour d'Auguste, et il était assez juste, comme le dit M. Egger, pour en parler sans amertume; Sénèque n'est pas un détracteur d'Auguste, il suffit, pour s'en convaincre, de lire les pages qu'il a écrites au sujet de la conspiration de Cinna; on voit qu'il avait plutôt en vue la postérité que ses contemporains. Mais ceci rentrerait plutôt dans les actes politiques de l'empereur Auguste, et nous ferait sortir du cadre que nous nous sommes tracé; nous avons donc dû, de préférence, nous occuper de Suétone et de Dion Cassius, sans cependant perdre de vue Tacite, qui, pour nous, sera ici notre grand historien.

(1) Fr. Dubois (d'Amiens), *Recherches historiques et médicales sur les incidents du meurtre de Jules César* (*Bull. de l'Acad. de médec.* Paris, 1868, t. XXXIII, p. 762).

S'assurant ensuite du degré de laxité et de mobilisation des parties molles, on attire à soi la peau garnie de ses masses musculaires, et on recouvre l'os complétement, sans exercer aucun effort.

On termine par l'application de bandelettes agglutinatives qui maintiennent parfaitement les parties en rapport.

La perte de sang est tout à fait insignifiante.

A partir du jour de l'opération, la plaie marche rapidement vers la cicatrisation, qu'on active par l'application fréquente du crayon au nitrate d'argent.

Le 25, douzième jour de l'amputation, la solution de continuité est réduite au diamètre d'une pièce de 5 francs d'argent.

Le 26, le malade peut marcher en s'aidant de béquilles.

Le 9 juillet, la plaie est complétement cicatrisée : l'état général est parfait.

Le moignon présente les conditions classiques et se trouve constitué par deux coussins de chairs bien garnies, occupant les régions supérieures et inférieures du tronçon de membre. Au milieu se remarque une cicatrice profonde et très-limitée, qui forme le cône classique à base antérieure, avec la plus grande régularité. Le malade a été vu un an après dans un état parfait de santé.

Cette nouvelle application de l'autoplastie suggère les observations suivantes, en l'étudiant d'après les résultats qu'elle a produits chez cet opéré.

On a vu que la première indication à remplir est d'opérer pendant que l'extrémité osseuse jouit encore des propriétés de la vie; aussi l'a-t-on fait le lendemain de l'apparition de la saillie de l'os. M. Philippe est d'avis qu'on devrait pratiquer la péromoplastie aussitôt qu'on observe cet accident, sans y mettre aucun retard.

Par cette opération, on réduit immédiatement une plaie compliquée et grave en une plaie simple, dont la cicatrisation ne se fait pas attendre; on évite la conicité du moignon, dont on connaît tous les inconvénients.

L'étendue de la dissection des parties molles, pour les mobiliser suffisamment, est en rapport avec le degré de saillie de l'os.

Quant à préciser les circonstances où la péromoplastie est indiquée, il est difficile, en n'ayant qu'un fait à invoquer, de spécifier tous les cas où elle doit être praticable. Toutefois, M. Philippe pense qu'elle sera toujours suivie de succès, lorsqu'on y aura recours immédiatement après que la saillie de l'os se sera présentée, car alors cet organe se trouve dans toute son intégrité, et, d'un autre côté, la rétraction des parties molles n'est pas encore assez grande pour qu'on ne puisse les mobiliser et les ramener sur l'extrémité osseuse en saillie.

Lorsque les chairs sont trop rétractées, que les adhérences cicatricielles sont déjà avancées, que la peau est dépassée d'une manière trop prononcée par les masses musculaires, il est évident que l'autoplastie devient contr'indiquée.

L'inflammation serait, suivant M. Philippe, une des causes les plus actives de cet accident, sans nier qu'il puisse y avoir d'autres influences. Quant à la suppuration, à laquelle la plupart des chirurgiens ont attaché la plus grande importance sous le rapport étiologique, il regarde le fait de son opéré comme venant démentir cette manière exclusive de voir, la rétraction s'étant manifestée dans la région du moignon opposée à celle où s'était formé l'abcès qu'il a fallu ouvrir.

M. Philippe s'est livré, à l'occasion de ce fait, à quelques recherches statistiques sur les faits publiés de saillie de l'os. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

10 cas appartiennent à l'armée d'Orient; 2 cas à M. Verneuil; 1 cas à M. Trélat; 1 cas à Fabrice de Hilden; 1 cas à Veyret; 1 cas à Andouillé; 1 cas à Pouteau; à ce nombre, il ajoute deux faits qu'il a observés dans les hôpitaux militaires de France, ainsi que celui de son opéré : total 20.

Il a enrichi de plus cette statistique de 14 cas de saillie de l'os, qu'il a recueillis sur des moignons de soldats invalides, appartenant à la cuisse et à la jambe ; ce qui fait un total de 34 cas actuellement connus.

Ces recherches ont fourni des documents très-utiles sur les résultats obtenus des amputations, qui sont loin d'être satisfaisants, bien que ces opérations aient été faites par les médecins militaires les plus habiles; sur les 39 moignons décrits, un cinquième présente les conditions classiques exigées.

M. Philippe a étudié, enfin, grâce à cet élément d'observation, la topographie de la rétraction sur les 39 moignons mentionnés : il en a tiré la conclusion que ceux-ci sont surtout dépourvus de chairs latéralement et en haut.

C'est un enseignement qui doit engager les chirurgiens à surveiller les phénomènes de rétraction, aussitôt qu'ils se manifestent après une amputation : or l'autoplastie leur fournit, suivant lui, les moyens de conjurer ce redoutable accident.

En observant scrupuleusement, dit-il, après une amputation, la marche de la plaie, en étudiant avec soin toutes les phases de la rétraction, il sera facile de remédier aux caprices de cette force organique, en disséquant *partiellement* les parties molles dans toutes les régions du moignon où elles tendent à abandonner les extrémités osseuses. En agissant ainsi, on mobilise les chairs de manière à pouvoir les attirer vers les os et couvrir ceux-ci. En un mot, l'autoplastie, judicieusement appliquée, aurait pour but de régulariser le travail de cicatrisation des plaies d'amputation, et deviendrait ainsi le complément de l'application des grandes lois de J. L. Petit et Louis, qui jusqu'à présent n'ont pas réalisé tout ce qu'elles avaient promis.

Dr B.

(Addition à la séance de l'Académie de médecine)

Discussion sur la mortalité des enfants

(Suite et fin du discours de M. Husson)

Je ne terminerai pas, messieurs, sans dire quelques mots des crèches; les questions qui s'y rattachent intéressent directement les enfants du premier âge, et vous savez que cette institution est diversement jugée. Le rapport incident que notre collègue M. Delpech a présenté sur la demande d'avis adressée à l'Académie par M. le ministre de l'instruction publique, a mis le sujet à l'ordre du jour, et sa discussion devra, d'après le vœu que vous avez exprimé, se confondre avec celle des questions que suscite l'étude de la mortalité des jeunes enfants.

Le rapport de M. Delpech est un exposé clair et substantiel de la situation des crèches à Paris; notre collègue y a abordé avec son talent habituel les questions à débattre; mais entraîné par des renseignements que lui ont fournis des personnes recommandables qui ne voient que le beau côté de l'institution, peut-être, qu'il me permette de le lui dire, a-t-il trop penché vers l'optimisme et n'est-il pas entré assez avant dans l'examen critique des faits. J'aurais voulu surtout qu'il séparât dans les crèches ce que j'appellerai la garderie des enfants sevrés d'avec ce qui a rapport aux jeunes enfants encore allaités.

Je dirai peu de chose de la partie économique et du matériel des crèches. Les premières furent fondées en 1844; il en fut créé successivement 31, tant à Paris que dans la banlieue; mais, au commencement de 1867, il n'en existait plus que 22; les plus prospères se faisaient remarquer dans les quartiers riches, et beaucoup de quartiers pauvres en étaient dépourvus. Aujourd'hui, nonobstant les subventions et la protection du Gouvernement, malgré des créations nouvelles, elles n'ont pas dépassé, d'après le compte rendu de 1868, le chiffre de 21 : 16 pour Paris et 5 pour la nouvelle banlieue. Il y dans ces 21 crèches 780 places où, pendant le cours de l'année 1868, 2,335 enfants ont passé. Si chacune de ces places avait été occupée toute l'année, 428 seulement auraient suffi aux besoins; en effet, les enfants admis n'ont fourni à eux tous que 131,383 journées; le séjour moyen de chacun d'eux n'a donc été que de 56 jours 27, ou moins de deux mois. Ce qui indique que les mères ne persistent pas longtemps à venir à la crèche. La dépense totale de l'année a été de 94,027 fr. 21 c., ce qui fait revenir le coût d'une place occupée toute l'année à 222 fr. 48 c., et le prix de la journée à 72 centimes. Les rétributions maternelles se sont élevées à 19,544 fr. 75 c.

J'aurais souhaité aussi que l'honorable rapporteur s'arrêtât davantage aux conditions de l'installation matérielle et du régime intérieur des crèches. M. Michel Lévy, dans la nouvelle édition de son *Traité d'hygiène*, nous apprend que M. le général Morin trouve les locaux qu'elles occupent mal chauffés et mal ventilés; il est certain que bien que toutes les places des crèches soient loin d'être occupées en tout temps, la plupart d'entre elles sont établies dans de simples appartements, insuffisamment appropriés, et il est impossible qu'elles ne présentent pas les inconvénients attachés à toutes les agglomérations. M. Henri Sainte-Claire-Deville a fait, à ce sujet, des recherches curieuses, dont il a bien voulu m'indiquer quelques résultats. Il a analysé toutes les matières gazeuses et condensables par l'eau que peut donner une atmosphère méphytique ou miasmatique des réunions d'hommes ou de femmes; et il y a trouvé deux espèces de substances odorantes : l'acide butyrique, acide du beurre rance; l'acide valérianique, l'acide des huiles de poisson infect, de l'ammoniaque, et enfin une espèce d'ammoniaque composé, qui se rencontre dans la saumure pourrie des harengs salés. De ces substances, il n'a pas trouvé des quantités plus considérables dans l'air d'une salle de cholériques femmes que dans celui d'une salle de chirurgie affectée aussi aux femmes et placée près de la première; mais il en a trouvé davantage dans les salles d'asile, dans les écoles, et d'autant plus que les enfants qui y étaient réunis étaient plus jeunes et également pressés. Qu'eût-il constaté dans les crèches ? Il est malheureusement vrai que lorsque l'on pénètre dans l'un de ces établissements, fût-il le plus parfaitement tenu, on est affecté désagréablement par l'odeur fade de beurre aigri qui y règne et qui s'y combine avec les exhalaisons provenant de l'urine et des déjections des enfants; aussi arrive-t-il que des épidémies d'ophthalmie et de rougeole éclatent dans les salles des crèches, malgré la vigilance des personnes qui y sont attachées; c'est ce qu'a constaté M. le docteur Thibault, médecin de la crèche Bonne-Nouvelle. A cette occasion, M. Delpech nous a parlé d'une visite quotidienne qui serait faite par un médecin-inspecteur dans chaque crèche; mais cette disposition réglementaire, qui ne saurait d'ailleurs prévenir les accidents dont nous venons de parler, n'y est pas plus exécutée que celle qui prescrit aux mères de venir allaiter leurs enfants au moins deux fois par jour.

Quoiqu'il en soit, et comme notre collègue, je suis disposé à passer outre à ces inconvénients, que l'avenir pourra faire disparaître. Il faut faire le bien avec les ressources que l'on a; si les fondateurs des crèches avaient attendu pour agir qu'ils eussent réuni les moyens de créer du premier coup des installations parfaites, il est probable qu'ils en seraient encore à la théorie. Je partage d'ailleurs l'opinion de M. Delpech, qu'il faut bien, dans l'état de nos mœurs, accepter, sauf à les combattre de son mieux, les dangers inhérents aux réunions plus ou moins prolongées de personnes dans un même local.

Mais mon accord avec lui cesse dès que la crèche doit être considérée au point de vue des enfants allaités. Les crèches, sur le nombre des enfants qu'elles recueillent, ne reçoivent guère, heureusement qu'un tiers d'enfants au sein. Ces enfants, apportés dès le matin, de cinq heures et demie à sept heures, sont repris le soir à huit heures, de telle sorte qu'ils peuvent séjourner à la crèche douze ou quatorze heures. Notre collègue n'a vu aucun inconvénient dans le transport quotidien, en toute saison, du nourrisson, du domicile de sa mère à la crèche; mais je ne crois pas que son opinion soit partagée par beaucoup de nos collègues.

L'Académie se rappelle que récemment, lorsqu'elle demandait avec l'autorité qui lui appartient l'organisation de la vérification des naissances à domicile, elle s'appuyait sur un argument unique : le danger du transport de l'enfant à la mairie. Ce serait donc manquer de logique, je me permettrai de le dire, ce serait blesser la vérité, que de proclamer dans l'avis qu'on vous demande, que le transport répété des jeunes enfants de grand matin et le soir dans les temps de froid et de pluie ne saurait avoir aucune conséquence fâcheuse.

Le règlement de la crèche exprime que l'on y reçoit les enfants des mères qui travaillent hors de leur domicile, et que celles-ci doivent venir les allaiter régulièrement au moins deux fois par jour. Cette double disposition est lettre morte, et l'on conçoit qu'il n'en puisse être autrement dans la pratique pour la généralité des cas. En fait, il n'y a que deux crèches qui reçoivent quelques enfants des fabriques. Dans les autres, on rencontre bien des enfants de blanchisseuses et de femmes de ménage; mais tous les autres appartiennent à des mères qui travaillent chez elles et se déchargent, au moyen des facilités qui leur sont offertes, du devoir de les soigner.

Les mères ne sont pas plus exactes à se rendre à la crèche deux fois par jour, et sérieusement pourraient-elles le faire, lorsque la crèche n'est pas à leur porte? Qu'on réfléchisse au temps nécessaire pour faire quatre fois par jour le trajet du domicile à la crèche et de la crèche au domicile; quel avantage peut procurer, dans de telles conditions, le travail d'une femme, qui est généralement peu rétribué? Aussi qu'arrive-t-il ? C'est qu'à défaut des mères, ou dans les intervalles trop longs qui s'écoulent entre les heures d'allaitement,

---

Déjà, en parlant de Jules César, nous avons dit que Suétone paraît bien informé de tous les faits qu'il raconte, mais qu'il n'en est pas moins très-inférieur aux grands historiens de l'antiquité, et surtout à Tacite, dont il n'a ni la profondeur ni le sens moral; tel est aussi l'avis de M. Egger, qui lui refuse une place à côté de Tite-Live et de Salluste; M. Egger va plus loin, il ne reconnaît pas même en lui le sentiment de l'honnête et du juste; le fait est qu'on n'entend jamais Suétone pousser un cri d'indignation contre les infamies du vice triomphant, et qu'il montre une égale indifférence pour le crime et pour la vertu.

Sans être aussi sévère que M. Egger, Voltaire ne voyait aussi dans Suétone qu'un anecdotier, c'est le mot dont il se sert; il écrivait à Laharpe en 1769 : « Je suis bien fâché que vous enterriez votre génie dans la traduction de votre Suétone, anecdotier, suivant moi, très-suspect; » l'année suivante, il ajoutait : « J'attends votre Suétone, mais quand vous aurez pesé toutes ses anecdotes dans la balance de la raison.» C'est là en effet ce qu'il faut faire quand on veut citer Suétone. Ce qui n'empêche pas de reconnaître que la plupart de ses anecdotes sont très-instructives en ce qui concerne les détails de la vie privée d'Auguste, et c'est là ce que nous autres médecins nous reconnaîtrons à chaque page; nous aurons donc bien garde de passer sous silence tout ce que Suétone nous dira touchant la personne de César Auguste; on verra que ses descriptions sont même quelquefois très-scientifiques quand il est question des infirmités de ce prince, de ses maladies, des soins minutieux qu'il prenait de sa santé et de ses plus secrètes habitudes, mais toujours cependant en tenant compte des conseils de Voltaire, c'est-à-dire en pesant toutes ses assertions dans la balance de la raison.

Nous aurons beaucoup moins d'emprunts à faire à Tacite, et nous le regrettons. Ce qui préoccupe avant tout ce grand historien, c'est la politique, mais même à ce point de vue, il nous donne quelques renseignements propres à bien faire connaître Auguste et ses entours au déclin de sa vie; ajoutons qu'il a su faire ici la juste part des causes qui, dans ce mémorable siècle, ont dû parfois altérer la vérité : d'un côté, suivant lui, c'est l'esprit d'adulation; de l'autre, la haine du pouvoir. Mais il faut tenir compte d'une circonstance, dit Tacite, c'est que l'écrivain qui a fait sa cour inspire toujours de la défiance, tandis que le détracteur qui attaque et dénigre trouve les oreilles ouvertes; nous devrons cependant nous arrêter sur quelques passages de Tacite, aussi bien au sujet de Livie, qu'en ce qui regarde l'empereur Auguste, car Tacite donne plutôt encore à penser qu'à citer; puis nous arriverons à Dion Cassius, qui est précisément le contraire de Tacite par sa crédulité et son extrême prolixité; il a néanmoins, comme le dit M. Egger, des titres à l'attention et à l'estime de la postérité. Nous aurons à le citer, malgré Voltaire, qui ne peut lui pardonner d'avoir soupçonné le gouvernement d'intolérance, et cela dès les premiers temps de l'empire.

Telles sont les premières sources auxquelles nous devons nous reporter, mais nous ne nous en tiendrons point là. De savants biographes et d'ingénieux archéologues se sont occupés de l'histoire d'Auguste et de Livie; nous citerons d'abord M. Noël Des Vergers et M. J. Naudet : le premier, savant orientaliste, trop tôt enlevé à la science, auteur d'un excellent article sur l'empereur Auguste; le second, écrivain élégant et distingué, homme de goût, auteur d'une savante biographie de Livie. Nous devons ensuite parler des intéressantes recherches de M. J. J. Ampère, et de la curieuse application qu'il a voulu faire de l'archéologie à l'étude de l'histoire romaine.

On sait que c'est après son voyage à Rome que M. Ampère a eu l'idée de contrôler l'histoire par l'inspection des monuments conservés dans les musées, ou plutôt comment il a demandé à ces débris qui ont traversé les siècles de venir en aide à l'histoire; mais d'autres ont été plus loin; on a été jusqu'à proposer de laisser là toute l'histoire écrite et de s'en tenir uniquement aux statues et aux bustes que nous a légués l'antiquité; le savant M. Beulé ne paraît même pas éloigné de croire qu'en certain cas il peut suffire d'une seule et unique statue pour refaire toute l'histoire d'un grand personnage; c'est là du moins ce qu'il a essayé de faire pour Auguste et pour Livie.

Mais en voici assez sur ces préliminaires, entrons maintenant dans l'exposé des faits.

On sait que César Auguste était né à Rome, d'une famille originaire de Velletri, l'an 691 de la fondation, 63 ans avant J. C.

Il vint au monde tellement faible et délicat qu'on dut craindre pour sa vie et en prendre les plus grands soins; ce qui du reste ne devait rien faire préjuger pour la durée de sa vie, car les enfants les plus chétifs peuvent parfois fournir les plus longues carrières : ainsi, dans le siècle dernier, deux hommes dont la car-

les sœurs et les berceuses sont obligées de nourrir l'enfant au biberon et de soumettre ainsi au régime mixte de tout jeunes enfants ou des enfants faibles qui ne devraient être alimentés qu'avec le lait de femme. Il arrive fréquemment aussi que les mères, pour s'affranchir des courses indispensables, sèvrent prématurément le nouveau-né; une visite faite au mois de mai dernier dans les crèches a permis de constater que, dans quatre d'entre elles, sur 110 enfants âgés de moins de 10 mois, 68, c'est-à-dire beaucoup plus de la moitié étaient sevrés.

Ces inconvénients, ces dangers, sont appréciés par les sœurs elles-mêmes. J'ai pu, dans une visite récente, constater que l'une d'elles, chargée de la direction d'une crèche des mieux tenues, n'hésitait pas à refuser les tout jeunes enfants lorsqu'il lui apparaissait que le séjour de la crèche ne pouvait leur être favorable. Et cette sœur n'était que trop fondée à en agir ainsi; car les crèches n'ont à leur disposition que le lait du commerce, et ne peuvent même, comme on le fait dans les hôpitaux, introduire dans l'alimentation des enfants nourris au biberon l'élément d'un lait pur et complet, de provenance certaine. Le rapport de notre collègue contient à cet égard une lacune que j'aurais aimé à lui voir combler par des recherches où il aurait apporté une compétence parfaite.

Ce n'est pas à dire pourtant, messieurs, que les crèches ne puissent jouer dans les grandes villes un rôle très-utile, et y rendre à la classe ouvrière des services considérables. Entre le berceau et cette première école qu'on appelle l'asile, il y a quelque chose à faire pour l'enfance. Déjà des hommes très-compétents dans l'Université reconnaissent que l'âge de 2 ans fixé, pour les admissions dans les asiles, est trop bas, que les enfants de 2 à 3 ans réclament des soins spéciaux qui ne peuvent leur être donnés que dans des établissements comme les crèches, lorsqu'ils ne peuvent les recevoir dans la famille. Les crèches sont donc indispensables comme refuge à ouvrir aux jeunes enfants; mais il serait à désirer qu'elles renonçassent à recueillir les nouveau-nés, et que si les circonstances les forcent à donner asile à des nourrissons dont les mères ont un lait insuffisant, elles pussent les faire allaiter supplémentairement par des nourrices sédentaires, à défaut d'une bonne nourrice de campagne.

Vous le voyez, messieurs, par ce rapide aperçu, les crèches ne sauraient aider à la solution du problème qui nous occupe, puisque, par la force des choses, et malgré les intentions des honorables personnes qui les administrent, elles ne sauraient, pour les nauveau-nés, tenir lieu de mère. Nous devons maintenir et proclamer, partout et très-haut, la nécessité de l'allaitement maternel.

C'est ce que fait l'ingénieuse institution de la crèche à domicile, que M. Delpech n'a pas assez appréciée, et qui secourt la mère chez elle, à la condition qu'elle soignera elle-même son enfant.

C'est ce que font les sociétés de charité maternelle, déjà nombreuses en France, et si bien dirigées par des femmes intelligentes et dévouées sous le patronage de S. M. l'Impératrice.

C'est ce que ne manqueront pas de faire aussi une foule de sociétés particulières qui, je n'en doute, pas, s'organiseront bientôt pour procurer aux femmes obligées de rechercher dans une profession une ressource indispensable, les profits d'un travail sédentaire et qui leur fourniront ainsi l'inapppréciable avantage, non-seulement d'allaiter régulièrement les enfants dont elles sont devenues mères, mais encore de leur prodiguer, dans le cours de leurs travaux ou des occupations de leurs ménage, ces mille soins qu'on ne peut énumérer, mais qui contribuent puissamment à soustraire les nourrissons aux maladies et à la mort.

S'il était nécessaire de montrer comment l'allaitement maternel est seul efficace pour écarter autant que possible les causes de mortalité, on pourrait citer ce qui se passe dans une ville qui se distingue par l'excellence de ses institutions de prévoyance. Là, des fabricants ont établi une association qui a pour objet de fournir aux femmes des manufactures les moyens d'allaiter et de soigner leurs enfants pendant les premiers mois de l'existence. La femme en couches est dispensée de tout travail; un salaire de 18 fr. par quinzaine, égal au salaire moyen d'un semestre, lui est alloué quinze jours après l'accouchement, et lui est continué pendant six semaines. Ensuite, la mère a la faculté d'apporter son enfant avec elle et de le déposer dans une salle de la fabrique, où elle va lui donner le sein aussi souvent qu'il est nécessaire. Des soins médicaux éclairés et la remise d'une brochure qui a pour titre : *Courte instruction sur les soins à donner aux enfants en bas âge*, complétent cette organisation.

Cette louable prévoyance de l'Association mulhousienne a eu des résultats très-heureux, qui sont loin pourtant d'atteindre à ce que l'on pourrait souhaiter. La mortalité des enfants de la naissance à un an est, par des causes diverses, très-considérable dans la ville de Mulhouse; cette mortalité, pour toute la population, est de 33,41 p. 100; elle s'élève à 36,46 p. 100 si l'on prend, pour le calcul, la population ouvrière seule. Or, les mesures réalisées par l'Association ont eu pour effet de réduire à 27,84 p. 100 la mortalité des enfants dont les mères ont profité des avantages qu'elle procure; c'est, comme on le voit, jusqu'à ce jour, une diminution de 8,62 p. 100. Voilà comment des dispositions inspirées par un esprit de charité clairvoyante ont pu, en peu de temps, exercer une heureuse influence sur le sort d'une masse de pauvres enfants.

Les faits qui se passent chez des peuples voisins, et les législations étrangères, révèlent des habitudes et des préoccupations qui montrent aussi l'importance que l'on doit attacher, sous tous les climats, à l'allaitement maternel. Nous avons vu que l'Écosse n'a, pour les enfants âgés de moins d'un an, qu'une mortalité de 11,81 p. 100, qui est la plus favorable dans les pays que nous avons cités. Cela tient uniquement à ce que les nouveau-nés y sont généralement allaités par leurs mères, et y reçoivent des soins entièrement domestiques.

Nous voyons, d'un autre côté, dans un travail de M. Williams Farr, qu'en Suède, lorsqu'on publia les premiers travaux statistiques, il fut constaté que la mortalité des enfants était plus considérable en Finlande qu'ailleurs; on reconnut que ce triste résultat était du à la coutume des paysannes de ne pas allaiter leurs enfants, mais de suspendre au-dessus de leurs berceaux, et à portée de leurs bouches, une corne remplie de lait, afin que les mères pussent aller travailler au dehors pendant toute la journée...

Je prie l'Académie, en finissant, de me permettre de poser sommairement les principes auxquels, dans mon opinion, l'on devrait se conformer dans toute son organisation ayant pour objet les soins à donner aux enfants du premier âge.

1° La mère a le devoir d'allaiter son enfant; la nature en a fait d'ailleurs une fonction physiologique.

2° Tout enfant bien portant, âgé de moins de cinq mois, tout enfant faible, plus âgé et non sevré, ne saurait sans inconvénient être soumis au régime mixte de l'allaitement et du biberon.

3° L'enfant qui ne peut être nourri par sa mère doit être confié à une nourrice dont la moralité et les qualités lactifères ont été préalablement reconnues.

4° La crèche ne doit sous aucun prétexte recevoir les enfants allaités par leurs mères, lorsque celles-ci ne sont pas contraintes de travailler au loin, ou lorsqu'elles peuvent obtenir des secours suffisants ou du travail chez elles. La crèche doit se refuser également à recevoir les enfants sevrés avant l'âge de neuf à dix mois, et les enfants auxquels leurs mères n'auraient à donner qu'un lait affaibli, à moins qu'elles ne puissent procurer à ces dernières une nourrice sédentaire.

5° La crèche-type est celle qui peut être établie à la porte ou, encore mieux, dans l'intérieur des manufactures occupant un grand nombre de femmes.

Elle doit être aérée et salubre, pourvue d'un matériel et d'un personnel suffisants pour que les nourrissons ne soient pas laissés immobiles dans leurs berceaux.

Le règlement de la manufacture doit obliger les mères-nourrices à donner le sein aux enfants déposés à la crèche toutes les deux heures et demi ou trois heures, en se conformant d'ailleurs aux indications du médecin.

Pour les enfants reconnus aptes à recevoir l'allaitement mixte ou artificiel, la crèche doit être pourvue d'un lait complet, de provenance sûre, que l'on coupe avec de l'eau des enfants d'après l'âge, et les prescriptions médicales.

Les biberons doivent être tenus avec une extrême propreté; l'appareil disposé pour la succion doit être démonté, lavé et essuyé toutes les fois qu'il a servi à l'enfant. Le lait que renferme le biberon doit avoir été bouilli, écrémé, réchauffé au bain-marie pour l'usage, et il ne devra pas être de la veille.

Telles sont les conditions qui me semblent devoir être remplies, partout et toujours, pour sauvegarder la vie des nouveau-nés. Je reconnais volontiers que la plupart d'entre elles ne sauraient l'être dans l'organisation des crèches telle qu'on la conçoit généralement, et que celles-ci ne pourraient plus, d'apres les énonciations qui précèdent, recevoir qu'exceptionnellement les enfants non sevrés; mais il resterait encore à ces associations une grande tâche à accomplir, celle de recueillir les enfants de la classe ouvrière de dix ou douze mois à trois ans. Cette tâche est élevée et patriotique; elle ne peut être qu'efficace, et elle doit suffire au dévouement le plus pur et le plus éclairé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 16 juillet 1869. — Présidence de M. LAGNEAU.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Le 2e fascicule du tome II du *Bulletin de la Société médicale d'émulation de Paris* (Nouvelle série);

2° Le numéro 12 (15 juin 1869) du *Sud médical* (2e année).

La correspondance manuscrite comprend deux lettres : l'une de M. le docteur Delpeuch, l'autre de M. le docteur Tissier, demandant l'un et l'autre à maintenir leur candidature au titre de membre de la Société.

M. Foville, nouvellement élu, prend place parmi les membres de la Société et fait hommage d'un travail qu'il a publié dans les *Archives de médecine* (numéro de juillet 1869), et intitulé : *Étude clinique et physiologique sur la mort instantanée, causée par le passage de matières alimentaires en voie de digestion, de l'estomac dans les voies aériennes.*

M. WORMS lit l'observation relative au cas d'un myome utérin, dont il a présenté la pièce anatomique dans une des séances précédentes de la Société.

M. CHARRIER. Je demande à M. Worms la permission de lui faire quelques observations sur la conduite qu'il a cru devoir tenir dans le cas dont il vient de nous parler.

L'hémorrhagie dont était atteinte la malade était devenue si considérable, nous a dit M. Worms; les pertes de sang avaient été telles, qu'il s'attendait à être obligé de faire la transfusion.

A mon avis, M. Worms aurait pu s'éviter cette crainte, s'il eût agi dès le début plus vivement qu'il ne l'a fait.

Pourquoi, d'abord, du moment que ces pertes se renouvelaient et persistaient avec une aussi redoutable intensité, ne pas avoir fait le tamponnement, le tamponnement avec le charpie, ou mieux encore, le tamponnement à l'aide du pessaire, suivant le procédé que j'avais l'honneur de vous rappeler dans notre dernière réunion?

En admettant que ces tamponnements eussent été inutiles, n'eût-on pas dû recourir au débridement du col utérin, puis aller chercher le corps fibreux, cause des accidents, avec une pince à *faux germe?* En supposant que la tumeur n'eût pas dû être extraite, on eut pu du moins l'engager dans le col, de façon à ce qu'elle y fît l'office du tampon, empêchant ainsi l'hémorrhagie de continuer.

M. FORGET. L'observation que nous a communiquée M. Worms soulève un certain nombre de questions intéressantes.

En premier lieu, pour constater le siége de l'hémorrhagie, l'examen par le toucher, M. Worms n'a pas tardé à le reconnaître, était tout à fait insuffisant, et il fallait de toute nécessité l'examen au spéculum.

Je n'entends critiquer en aucune façon la conduite de notre confrère, mais si j'insiste sur l'observation que je viens de faire, c'est pour appuyer sur ce point, comme M. Worms y a appuyé lui-même, que le cas était extrêmement difficile.

Le siége de l'hémorrhagie nettement constaté, on eût pu, à mon avis, s'en rendre maître beaucoup plus tôt et par un moyen assez simple. Ce moyen eût consisté à cautériser la partie de la tumeur faisant saillie dans la cavité du col. Pour les tumeurs fibreuses, comme pour les polypes, c'est habituellement pour ne pas dire toujours cette partie saillante, qui est, ainsi que l'a démontré Lisfranc, le siége des hémorrhagies. Je me demande pourquoi le cas particulier dont il est ici question ne rentrerait pas dans la règle générale. Je suis d'autant plus disposé à admettre qu'il ne faisait pas exception, que je ne comprends pas comment l'utérus eût pu être le siége de l'hémorrhagie. M. Worms lui-même nous fournit la preuve que je cherche. Il nous dit que la tumeur n'était pas pédiculée, que son expulsion fut facile, ce qui explique qu'elle n'adhérait pas intimement au tissu de l'utérus, si bien que du côté de celui-ci il n'y avait rien d'analogue à ce que l'on voit, par exemple, dans ses rapports avec le placenta, c'est-à-dire rien qui ressemble à une plaie. M. Worms nous dit, en outre, qu'aussitôt après l'expulsion de la tumeur, l'hémorrhagie cessa. Or, il n'en eût pas été ainsi si cette hémorrhagie avait eu pour siége l'utérus, car, d'une part, le retrait de cet organe n'a pas été tellement complet de suite, que ce retrait pût expliquer la cessation des accidents, qui eussent d'ailleurs persisté encore, à un moindre degré sans doute, en supposant l'organe entièrement revenu sur lui-même.

Je reviens donc à ce que je disais de la nécessité, avant toutes choses, de l'examen au spéculum, seul capable de montrer le point de départ de l'hémorrhagie, à laquelle on eût alors remédié en

---

rière a été la plus longue, et dont l'esprit, dit Condorcet, s'est conservé le plus longtemps, Fontenelle et Voltaire, sont nés dans un état de faiblesse et de langueur à peu près semblable, c'est-à-dire des plus alarmants. Quant à César Auguste, il n'en a pas moins vécu jusqu'à l'âge de 76 ans; mais nous verrons que sa santé est restée précaire et chancelante pendant tout le cours de sa vie, et cela sans en excepter ce qu'on appelle les belles années de la jeunesse.

L'historien de Damas nous le montre d'abord soumis à une tutelle attentive et éclairée. On lit dans ses fragments, qu'à l'époque où Jules César se disposait à passer en Afrique pour en finir avec les fils de Pompée, le jeune Octave voulait à toute force accompagner son oncle dans cette expédition; mais que sa mère Attia dut s'y opposer formellement, à raison de la faiblesse de sa constitution. César lui-même ne voulut pas y consentir.

Ces craintes du reste étaient fondées, car, à peu de temps de là, Octave ayant eu à supporter des fatigues qui pour d'autres n'auraient été que légères, tomba sérieusement malade; et ici, Nicolas de Damas entre encore dans quelques particularités qui nous montrent quelle était la sollicitude du dictateur pour son neveu. Cette fois Octave était véritablement en danger; il ne quittait plus le lit, et on veillait constamment près de lui. César envoyait coup sur coup savoir de ses nouvelles. Un soir, on vint le prévenir que le jeune malade était beaucoup plus mal, et que l'état dans lequel il se trouvait donnait les plus vives inquiétudes. Jules César saute aussitôt en bas de son lit, et sans même prendre le temps de remettre ses chaussures, court près de son jeune neveu, et se met à interroger les médecins avec une profonde anxiété.

Octave était à peine rétabli de cette grave maladie que le dictateur dut encore se mettre à la tête de l'armée. Cette fois, la guerre venait d'éclater en Espagne. Bien qu'à peine entré en convalescence, Octave exprima de nouveau le désir d'accompagner son oncle, mais César ne voulut pas encore y consentir, d'autant que, de l'avis des médecins, une rechute pouvait être à craindre.

Force lui fut donc de rester à Rome sous la tutelle de sa mère, mais à peu de temps de là sa santé se raffermit, et sans plus de délai il se mit en route pour l'Espagne, n'ayant pour toute escorte qu'un vigoureux esclave, et décidé à affronter toute espèce de danger. Il parvint toutefois à rejoindre le dictateur, bien décidé à ne plus le quitter. Suétone est ici parfaitement d'accord avec l'historien de Damas; lui aussi nous dit que le jeune Octave, après avoir enfin obtenu le consentement de sa mère, se mit en route, bien qu'à peine convalescent d'une grave maladie.

Ces voyages toutefois, et ce premier apprentissage de la guerre, avaient dû fortifier quelque peu sa constitution; aussi le voyons-nous après cette campagne échapper complétement à toute surveillance de la part de sa mère; et c'est alors qu'il se rendit à Apollonie pour y compléter ses études dans les lettres grecques et latines. Il y était encore, entouré de jeunes amis, quand on vint lui annoncer le meurtre de son oncle, accompli en plein sénat.

Après s'être exactement informé de toutes les circonstances de ce meurtre et de l'état des choses, il prit le parti de retourner sur-le-champ à Rome, dans le double but, disait-il, de recueillir la succession de son oncle et de tirer vengeance de ses meurtriers.

La vie de famille va donc cesser pour Octave; mais cette longue tutelle se comprend parfaitement, lorsque l'on considère la délicatesse de sa constitution; car, à cette première époque, il avait plutôt, comme le dit M. Des Vergers, les grâces d'une femme que l'apparence d'un guerrier; il finit cependant par entrer résolûment dans la vie politique.

Ce serait sortir du plan que nous nous sommes tracé que d'y entrer avec lui; il ne nous appartient pas de raconter ces grands événements; nous ne cesserons cependant pas pour cela de nous occuper de sa personne, et pour en donner une première idée, nous allons entrer dans quelques détails sur l'homme physique, alors qu'il se trouvait encore dans tout l'éclat de sa jeunesse.

(*A suivre*).

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance reprendra ses séances le mercredi 13 octobre, à huit heures du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : Rapport de la commission de statistique et des maladies régnantes pour le 3e semestre de 1869.

Cas d'asphyxie d'un enfant nouveau-né sur le sein de sa mère, par M. le docteur Passant.

Rapport sur cinq demandes d'admission comme membres titulaires.

cautérisant, comme je le dis encore, la partie proéminente de la tumeur.

J'aurais eu plus de confiance dans ce mode de traitement que dans le tamponnement qu'aurait conseillé M. Charrier. Indépendamment de ce qu'il est difficile à bien faire, ce tamponnement, quand il est vigoureusement établi, est douloureux, et alors même son effet est loin d'être certain. J'en parle par expérience pour y avoir eu souvent recours.

Si la cautérisation n'eût pas fait cesser les accidents, le corps fibreux restant engagé dans l'utérus, je n'eusse pas hésité à faire le débridement dont nous a encore parlé M. Charrier. Mais j'aurais agi alors avec la plus excessive prudence, ne débridant qu'autant que la tumeur eût fait saillie dans la cavité du col, car autrement il eût fallu débrider toute la longueur de celui-ci jusqu'à son origine supérieure, opération des plus sérieuses que, pour ma part, je n'oserais entreprendre.

En terminant, j'insisterai sur ce point de pratique, que M. Worms connaît aussi bien que nous; à savoir, l'opportunité absolue d'examiner la malade au spéculum au moment même où les pertes ont lieu.

M. WORMS. Pour répondre en premier lieu à cette dernière observation de M. Forget, je lui rappellerai que cet examen sur lequel il appelle l'attention, j'ai eu soin de le faire au moment où l'hémorrhagie était le plus considérable. Si je ne l'ai pas fait plutôt, c'est qu'il m'avait fallu combattre la répugnance de la malade, qui ne se décida à s'y soumettre qu'à la dernière extrémité.

Je remercie MM. Charrier et Forget de leurs critiques que j'avais sollicitées, mais je leur demande la permission de les discuter.

Relativement au tamponnement, j'avouerai que je n'avais jamais eu occasion d'employer celui à l'aide du pessaire que conseille M. Charrier. Mais quant à celui, plus usuel, avec la charpie, je devais le redouter parce que, dans deux cas où j'y avais eu recours pour combattre des hémorrhagies utérines, — et ici l'hémorrhagie, je le répète, devait avoir son siége dans l'utérus, — j'ai vu des menaces de péritonite en être la conséquence, alors qu'il était assez rigoureusement fait pour être vraiment efficace.

M. Charrier nous a dit que si le tamponnement eût été insuffisant, il eût débridé le col pour aller chercher la tumeur. J'avais moi-même songé à cette opération et nous en avions discuté l'opportunité avec M. Gosselin, qui est le chirurgien de l'hôpital Rothschild. Mais M. Gosselin n'en a pas été plus d'avis que moi. Notre hésitation se fondait sur ce que nous ignorions si la tumeur était ou non pédiculée, et sur ce que, dans les cas où elle l'eût été, nous ne pouvions savoir si son pédicule ne serait pas vasculaire, ce qui eût compliqué singulièrement ce mode d'intervention.

Relativement à la cautérisation de la partie saillante de la tumeur dont M. Forget nous a dit les bons résultats, je comprends ces bons effets dans les cas où il s'agit de polypes, mais je ne les comprends pas quand il s'agit de myomes non vasculaires, comme l'était celui que je vous ai présenté, la source de l'hémorrhagie étant alors, je le redis encore, évidemment la membrane muqueuse intra-utérine.

M. CHARRIER. M. Forget a raison de ne pas avoir grande confiance dans le tamponnement avec la charpie. Mais je ne saurais trop insister sur les réels avantages du tamponnement fait avec le pessaire modifié dont je vous ai parlé dans notre dernière séance, et dont j'ai encore occasion de parler aujourd'hui. C'est un pessaire plat, ou plutôt concave, que l'on applique de façon à comprimer le col utérin dans sa concavité. On y injecte de l'eau, soit de l'eau froide, soit de l'eau très-chaude, suivant le procédé hémostatique de Trousseau. Il se maintient facilement, ne comprimant que juste ce qu'il doit comprimer et peut être laissé à demeure, sans inconvénient, pendant fort longtemps. Je l'y ai laissé, dans un cas, neuf jours, le retirant seulement matin et soir, pour le remettre aussitôt en place, en le remplissant de nouveau de liquide. Ce mode de tamponnement m'a rendu les plus grands services, particulièrement dans trois cas, et notamment chez une femme qui avait été prise au sixième mois de sa grossesse d'hémorrhagies placentaires formidables.

M. FORGET. Je ne veux point aborder, à propos de cette discussion, la question d'anatomie pathologique et d'hystologie des corps fibreux et des polypes. Je n'ai point à rechercher les différences et les ressemblances qui existent entre ces espèces de tumeurs; je dirai seulement que si le corps fibreux n'est pas vasculaire dans son tissus intérieur, il l'est essentiellement à sa surface, qui est recouverte d'une membrane muqueuse. Or, c'est par cette surface que l'hémorrhagie se produit, et, en raison de ce fait, je maintiens ce que je mentionnais tout à l'heure de l'utilité et de la nécessité des cautérisations.

M. DELASIAUVE. Le fait que nous a rappporté M. Worms me remet en mémoire celui d'une femme qui fut emportée par une hémorrhagie foudroyante, dont le point de départ était la présence dans l'utérus d'un corps fibreux qui pesait huit livres.

M. LAGNEAU. L'heure avancée m'engage à vous prier de remettre cette discussion à une prochaine séance, aussi bien que la présentation de la pièce anatomique que M. Worms nous veut montrer, d'un rétrécissement bronchique syphilitique.

La séance est levée à 5 heures et quart.

Le secrétaire annuel : Dr LÉON BLONDEAU.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du rôle de l'estomac dans la digestion et la formation du sang, par le docteur Louis de SÉRÉ. — 1 vol. in-8°. Prix : 1 fr. 25, *franco*.

Des syphilides vulvaires, par le docteur Paul SPILLMAN, ancien interne de l'hôpital de Lourcine. — 1 vol. in-8° avec 3 planches. Prix : 3 fr.

Du rôle de la choroïde dans la vision, par le docteur BRAVAIS. 1 vol. in-8. Prix : 1 fr. 50.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'assistance publique, n° 9e (septembre), avec 3 photographies et 1 planche. Prix : 2 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris.— Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette [illegible] fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de [illegible]00 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences. — Lorsqu'il a été question pour la première fois, des propriétés anesthésiques ou hypnotiques du chloral, la première pensée qui est venue à l'esprit de presque tout le monde a été qu'en raison du peu de fixité de ce corps, ses effets sur l'organisme pourraient être très-variables. On a vu, en effet, dès les premières expériences, des résultats contradictoires se produire. Voici une série nouvelle d'expériences, dont MM. les docteurs Dieulafoy et Krishaber viennent de communiquer les résultats à l'Academie, et qui mettent en saillie la différence des effets produits suivant les doses et suivant le mode d'administration de cet agent. Il résulterait de ces expériences que l'on peut à volonté provoquer la sensibilité exagérée ou l'insensibilité complète avec le chloral hydraté. Des injections sous-cutanées à des doses modérées, faites sur des lapins, ont provoqué, en effet, chez ces animaux, une excitabilité très-marquée. Les quantités au-dessus de 2 grammes, introduites de la même façon, ont produit l'insensibilité à des degrés divers. Cette insensibilité, à mesure que l'on augmentait les doses, devenait absolue et complète et pouvait durer plusieurs heures.

Le chloral injecté dans l'estomac de ces animaux au moyen d'une sonde œsophagienne, a donné des effets moins constants. En général, les effets ainsi obtenus ont été analogues à ceux des injections sous-cutanées, mais moins intenses et plus irréguliers.

Voici les conclusions que MM. Dieulafoy et Krishaber ont déduites de cette série d'expériences.

Le chloral excite la sensibilité à faible dose ; à doses élevées, il la diminue graduellement jusqu'à l'anesthésie complète.

Les animaux anesthésiés passent par un état antérieur d'excitabilité.

Les animaux sur lesquels l'anesthésie est générale et absolue peuvent rester dans cet état plusieurs heures; ils succombent ensuite presque invariablement.

Le sommeil existe avec l'hypéresthésie comme avec l'anesthésie; dans ce dernier cas, la résolution est absolue.

Le chloral modifie profondément le nombre et le rhythme des mouvements du cœur ; il ralentit progressivement les mouvements du diaphragme et abaisse notablement la chaleur.

Les phénomènes provoqués par le chloral sont en beaucoup de points, différents des phénomènes obtenus par le chloroforme, quoique l'anesthésie soit égale dans les deux cas.

Nous avons connaissance, depuis, d'autres expériences qui se poursuivent en ce moment et qui paraissent devoir mettre hors de doute les dangers et l'infidélité de cet agent. Avis aux futurs expérimentateurs.

Dans la séance du 1er mars dernier, M. Personne, en faisant connaître l'emploi de l'essence de térébenthine pour combattre l'action toxique du phosphore, émettait l'opinion que le phosphore tue en s'emparant violemment de l'oxygène du sang. Cette opinion était déduite des phénomènes observés sur les sujets soumis à l'action de cet agent, ainsi que de l'action bienfaisante de l'essence de térébenthine administrée en temps opportun. Dans le but de confirmer cette idée théorique, M. Personne a entrepris de nouvelles expériences avec un corps qui ne présente pas la moindre ressemblance avec le phosphore, mais qui, comme lui, absorbe l'oxygène de l'air avec une grande énergie quand on le met en solution au contact des alcalis, Ce corps est l'*acide pyrogallique.* Cet acide a été administré à deux chiens à la dose de 2 à 4 grammes, en solution assez étendue, à l'aide d'une sonde œsophagienne introduite dans l'estomac. Quinze minutes après l'injection, l'action s'était déjà fait sentir; tous les accidents de l'asphyxie se sont manifestés avec tous les caractères de ceux que cause le phosphore : vomissements spumeux bruns, tristesse profonde, tremblements, rétraction du ventre, et, au bout d'une heure, difficultés de se mouvoir, refroidissement rapide, plaintes, émission d'urine brune comme les vomissements, insensibilité. Deux ou trois heures après, l'animal est étendu, sans faire d autres mouvements que celui du thorax, qu'il cherche à dilater péniblement pour respirer. La mort est arrivée au bout de 50 heures pour l'animal qui avait absorbé 4 grammes et de 60 heures environ pour celui qui n'avait pris que 2 grammes de cet agent.

Ainsi, dit M. Personne, voilà deux corps bien différents, le phosphore, dont l'action redoutable est bien connue ; l'acide pyrogallique, regardé jusqu'à présent comme inoffensif et incapable de causer des lésions traumatiques sur le tube digestif, qui, placés chacun dans des conditions déterminées, possèdent la même fonction chimique, celle d'absorber rapidement l'oxygène de l'air et causent les mêmes accidents sur l'économie animale.

Ces faits, ajoute M. Personne, éclairent, en outre, sur la manière dont on doit interpréter l'action du phosphore, qui tue par asphyxie lente ou rapide, selon la quantité qui est absorbée plus ou moins rapidement.

Il faut y ajouter l'action irritative directe sur la muqueuse intestinale, d'autant plus facile à apprécier que la dose ingérée est moindre et insuffisante pour produire des phénomènes d'asphyxie. Il y a également lieu de tenir compte dans les expériences de M. Personne des éléments de perturbation que le cathétérisme œsophagien peut introduire dans ce genre d'expériences.

M. L. de Belina a fait connaître à l'Académie un nouveau procédé pratique de la transfusion du sang. L'idée de ce procédé est fondée sur cette considération, que les causes principales de l'insuccès de la transfusion, suivant l'auteur, seraient l'emploi du sang non défibriné, le défaut de mesure de la quantité de sang à employer, et enfin l'imperfection des instruments et des procédés opératoires. Il a été conçu et exécuté dans le but de réaliser les conditions suivantes : que l'appareil puisse être tenu dans un état de propreté parfaite; que sa capacité soit suffisante pour contenir la quantité nécessaire de sang, et qu'il puisse être manié facilement et avec précision; qu'il soit possible de conserver au sang la température voulue; que l'introduction des bulles d'air dans la veine soit rendue impossible.

L'auteur dit avoir employé, dans deux cas, la transfusion avec le succès le plus complet, à l'aide de son procédé. Le premier est un cas d'éclampsie puerpérale, par suite d'urémie. Le second est relatif à un enfant nouveau-né asphyxié par la constriction du cordon ombilical.

Société médicale des Hôpitaux. — La Société médicale des hôpitaux a repris vendredi dernier le cours de ses séances, interrompu par les vacances. Elle a inauguré sa rentrée par le rapport de la commission des maladies régnantes, embrassant cette fois un trimestre, juillet, août et septembre. Nous exposerons dans un des prochain numéros les faits principaux qui ressortent de ce rapport. Nous nous bornerons, pour le moment, à faire remarquer le résultat général énoncé dans le préambule du rapport, et qui confirme l'appréciation que nous avions faite, sur un simple et rapide aperçu, de la bénignité relative de la constitution médicale de la dernière partie de ce trimestre. On verra plus tard, par l'exposé des faits, la relation de cette bénignité et de l'abaissement du chiffre général de la mortalité avec l'état atmosphérique de la saison d'été, et l'influence qu'ont pu avoir sur les oscillations de cette mortalité les variations et transitions brusques qu'a subies à plusieurs reprises la température. Il y aurait, à ce point de vue, un grand intérêt à rapprocher, des chiffres fournis par l'assistance publique, ceux que publie depuis quelque temps l'administration municipale dans les bulletins hebdomadaires des décès de Paris et des principales capitales de l'Europe. Mais il y aurait beaucoup trop à dire sur ce dernier point, et ce travail nous entraînerait trop loin aujourd'hui. Nous en ferons le sujet de l'un de nous prochains pemier-Paris.

La Société a entendu, dans cette séance, une savante dissertation de M. Hervieux sur l'empoisonnement puerpéral et sur la fièvre puerpérale, ou plutôt sur les maladies puerpérales multiples, confondues sous ce nom; et une intéressante communication de M. Bouchut sur la tuberculisation de la choroïde reconnue à l'ophthalmoscope, et ayant fait reconnaître à son tour une tuberculose générale. On trouvera plus loin ces deux communications.

Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Tuberculose générale. — Méningite de la base et de la convexité. — Cérébroscopie. — Tubercules de la choroïde, névro-rétinite optique, varices et thromboses phlébo-rétiniennes.

Louise R..., âgée de 8 ans, entre le 27 septembre 1869 au numéro 15 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital des Enfants-malades (service de M. Bouchut).

Cette enfant, abandonnée de ses parents, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a deux mois, la maîtresse de l'ouvroir où elle travaillait lui annonça, pour la punir d'une faute qu'elle avait commise, que sa mère l'abandonnait et qu'elle serait forcée de la renvoyer.

A partir de ce jour, elle devint sombre et triste, perdit l'appétit, se mit à vomir assez souvent sans avoir de constipation; elle maigrit beaucoup, prit un air hébété et stupide et perdit ses forces au point de ne plus pouvoir marcher.

État actuel. — Au 27 décembre. Elle a de la fièvre, son regard est fixe, les pupilles sont dilatées, la peau est chaude, son ventre est rétracté, elle ne vomit plus, n'a pas de constipation ni de diarrhée

FEUILLETON

Recherches historiques sur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.

Par M. Fr. DUBOIS (D'AMIENS)

(Suite.)

Les anciens historiens s'accordent tous à dire que César Auguste était d'une insigne beauté (*formâ fuit eximiâ*) et d'une beauté dont l'âge ne devait pas altérer la délicatesse ; de nos jours l'accord n'est plus le même, il s'est trouvé des archéologues qui ont été plus sévères. M. J. J. Ampère est venu prendre ici l'initiative et s'inscrire en faux contre tout ce qui a été dit sur cette prétendue beauté d'Auguste; poëtes et historiens ont tous, selon lui, trahi la vérité; mais heureusement, ajoute-t-il, il est resté, pour nous renseigner exactement, des portraits en marbre et des portraits qui *ne mentent pas*; M. Ampère cependant ne fait pas de difficulté de citer le passage dans lequel Suétone déclare que l'empereur Auguste était d'une beauté incomparable, et qu'il eut la beauté de tous les âges. M. Ampère va même plus loin, il avoue que ces portraits qui, suivant lui ne mentent pas, nous le montrent tel (*sic*), mais il n'en soutient pas moins que c'est en contemplant ces images dans les musées, qu'il a commencé à détester Auguste, ce qu'il explique en disant que quand ces portraits ne sont pas trop idéalisés, on s'aperçoit qu'ils ont les sourcils très-rapprochés l'un de l'autre; or, ceci suffit à M. Ampère pour lui révéler toute la fausseté et toute la méchanceté d'Auguste.

On trouvera peut-être cette interprétation assez singulière; mais M. Beulé, dont le nom doit faire autorité en pareille matière, a été plus explicite; il est vrai que s'inquétant fort peu des autres effigies, il s'en est tenu à une seule et unique statue, celle qu'il a trouvée à quelques milles de Rome et que l'on désigne sous le nom de Prima-Porta; ce qui l'a tout d'abord frappé, dit-il, en contemplant cette statue, c'est la saillie des os maxillaires, puis la rigidité et l'inflexibilité de la bouche, et quelque chose de matériel dans le bas du visage ; j'allais oublier de dire qu'il a trouvé en outre les yeux mornes, sans douceur, ni sérénité. On objectera peut-être que tout cela se réduit à bien peu de chose, surtout quand il s'agit d'un marbre ayant traversé tant de siècles ; mais si un simple rapprochement des sourcils a suffi à M. Ampère pour découvrir toute la fausseté d'Auguste, il n'en a pas fallu davantage à M. Beulé pour voir, dans Auguste, les plus mauvaises passions, la cruauté, l'hypocrisie, la ruse et la férocité native; M. Beulé va jusqu'à dire qu'on reconnait bien là l'homme qui s'échauffait comme un tigre, quand il a flairé le sang. On ne voit pas trop, en vérité, comment une certaine saillie des os maxillaires, comment des yeux mornes et une bouche inflexible, surtout, je le répète, quand il s'agit de quelque vieux marbre plus ou moins altéré, ont pu révéler à M. Beulé toutes ces passions hideuses; aussi et malgré toute notre déférence pour ce savant archéologue, nous préférons sur ce point nous en rapporter aux monuments écrits, c'est-à-dire aux historiens et même aux poëtes.

Nous avons déjà dit que Suétone a particulièrement insisté sur ce qu'il y avait de remarquable dans les formes extérieures de l'empereur Auguste; Il ajoute qu'il n'en prenait aucun soin et n'y apportait aucune recherche; c'était en effet le soin de sa santé qui semblait l'occuper exclusivement et ce soin a été celui de toute sa vie; ce qu'il avait surtout de remarquable dans sa physionomie, c'était, nous dit encore Suétone, une sérénité incomparable, et cela soit qu'il gardât le silence ou qu'il prît part à la conversation; cette douceur était telle, si l'on en croit Suétone, qu'un jour, un chef gaulois qui croyait pouvoir ainsi se venger des oppresseurs de sa patrie, ayant à traverser les Alpes en compagnie de l'empereur, avait formé le dessein de le saisir au moment où distrait par la conversation, il ne serait point sur ses gardes et de le précipiter dans quelque abime, mais le moment venu, le Gaulois se sentit tellement ému par la douceur et la sénérité du visage de ce prince, qu'il ne put se résoudre à accomplir son dessein. Et ici Suétone entre dans quelques détails sur le caractère de sa physionomie. Son regard, dit-il, était profond et pénétrant, ses yeux clairs et brillants, il en connaissait la puissance, aussi prenait-il un certain plaisir à impressionner par son

Le lendemain 28. Température 38°, pouls inégal, irrégulier, 116; même état, d'ailleurs.

Le 29. Dans la nuit, elle a des soupirs, des grincements de dents, pousse des cris et paraît très-somnolente; néanmoins elle peut répondre, et se plaint de mal à la tête.

Température: matin 38°,6, soir 38°,5; pouls régulier, 116.

Le 30. Même état de somnolence, mais plus de cris, ni de soupirs.

Température : matin 39°, soir 38°,5; pouls régulier le matin, 116; irrégulier le soir, 96.

Le 1er octobre. Même somnolence et pas de délire; un peu de contracture dans les deux mains, avec tremblement des lèvres.

Température : matin 38°, soir 39°,2; pouls : matin 136, soir 108.

Le 2 octobre. Même état.

Température : matin 39°,1, soir 39°,4; pouls régulier : matin 132, soir 108.

3 octobre. Mort.

Autopsie 31 heures après la mort.

Méninges. — Les sinus de la dure-mère sont énormément distendus par du sang noir liquide.

Les veines méningées sont volumineuses et remplies de sang noir coagulé.

La pie-mère de la convexité du cerveau est infiltrée de sérosité opaline, et le long des veines, d'une grande quantité de pus opaque jaune verdâtre. A la base, le chiasma des nerfs optiques est infiltré d'une énorme quantité de pus verdâtre gélatineux. Il n'y a pas de pus dans les scissures de sylvius. A la convexité du cerveau, le long des petits vaisseaux et au niveau des circonvolutions, il y a quelques granulations miliaires blanchâtres tuberculeuses, qui sont infiniment plus nombreuses dans la profondeur de la scissure.

Cerveau. — Les ventricules latéraux sont énormément distendus par de la sérosité transparente incolore, et les parois sont ramollies, crémeuses, pultacées.

La substance cérébrale est partout un peu ramollie, surtout à la substance grise adhérente à la pie-mère.

Nulle part il n'y a de tubercules dans cette substance.

Poumons. — Les deux poumons sont remplis de granulations miliaires blanchâtres, fines comme de la semoule, et placées au milieu de tissu pulmonaire, mou, crépitant, un peu congestionné, sans pneumonie lobulaire. Nulle part il n'y a de tubercules crus, jaunes, opaques.

Ganglions bronchiques. — Les ganglions bronchiques sont volumineux et remplis de matière tuberculeuse jaune, opaque, dure.

Abdomen. — Le péritoine est rempli de granulations tuberculeuses, qu'on retrouve aussi dans l'intestin, dans le foie, dans les reins, et en innombrable quantité dans le tissu de la rate.

Globes oculaires. — On trouve dans les deux yeux la papille diffuse par suite du gonflement de la rétine, épaisse autour du nerf optique, et ramollie par l'infiltration séreuse.

Les veines sont distendues çà et là par des thromboses plus ou moins étendues, et la colonne sanguine y offre quelques interruptions.

A travers la rétine, on ne voit pas de granulations tuberculeuses, mais quand cette membrane est soulevée, on voit la choroïde dépigmentée par places, et son tissu renferme huit granulations tuberculeuses dans l'œil gauche et quatre dans l'œil droit.

Chez cette malade, ce qu'il y a de curieux, c'est le début des accidents et la forme qu'ils ont présentée, en même temps que l'indication du mal fourni par l'ophthalmoscope.

Ainsi, sous l'influence d'une cause morale, l'enfant devint triste, taciturne, stupide par son mutisme et son air hébété. Cependant elle marchait et mangeait. Peu à peu, les accidents augmentèrent, et au bout de deux mois, à son arrivée à l'hôpital, elle n'avait encore que de l'hébétude, de l'inappétence et une faiblesse musculaire telle qu'elle ne pouvait marcher.

D'abord il y eut des vomissements et pas de constipation, et ce ne fut qu'au bout de deux mois qu'il y eut une journée de soupirs, d'intermittence et d'irrégularité du pouls avec quelques cris aigus.

Le lendemain, tout avait cessé, et il n'y avait plus qu'une grande somnolence fébrile. C'est alors qu'en examinant les yeux à l'ophthalmoscope, et y trouvant une double névro-rétinite avec tuberculose de la choroïde, je pus déclarer qu'il s'agissait d'une tuberculose générale, produisant une méningo-encéphalite, fait dont la réalité a été démontrée par l'autopsie.

HOPITAL MILITAIRE DE LYON

Note sur un cas d'atrophie musculaire compliqué de contracture des extrémités.

Par M. P. Laure, interne des hôpitaux de Lyon.

Dans une leçon clinique sur l'atrophie musculaire, M. le professeur Jaccoud raconte l'histoire d'une saltimbanque chez laquelle cette affection avait été précédée de contractures spasmodiques, complication très-susceptible d'entourer le diagnostic d'une certaine obscurité, surtout au début de la maladie.

Des faits de ce genre, bien que d'une extrême rareté (puisqu'il n'a pas été donné à M. Duchenne, de Boulogne, d'en observer un seul), ont été signalés dans divers mémoires de Gardner (1), de Gros, d'Oppeinheimer, de Valentiner et de Clarke.

Dans un travail récemment publié par le Journal de Lyon, M. le professeur Bondet (2) a reproduit un cas analogue. Chez son malade, que j'ai pu observer moi-même pendant fort longtemps, les contractures précoces pouvaient d'autant plus facilement en imposer que les saillies musculaires, loin d'être effacées, étaient, au contraire, en relief, et donnaient à cet enfant l'aspect d'un Hercule Farnèse en miniature, suivant l'expression très-heureuse de l'auteur. A l'hôpital militaire de Lyon, le hasard m'a fait rencontrer cette coïncidence, moins rare peut-être qu'on ne l'a cru jusqu'à présent.

C'est pourquoi l'observation qui va suivre m'a paru digne de quelque intérêt, comme pouvant servir à l'histoire encore si obscure des phénomènes tétaniques et de l'atrophie musculaire progressive.

Le nommé L..., ancien mineur, actuellement soldat au 53e de ligne, âgé de 24 ans, né à Ronchant (Haute-Saône), a été envoyé à l'hôpital sous la rubrique de rhumatisme musculaire chronique. Voici son histoire en peu de mots : D'une très-bonne constitution, il n'a jamais eu de rhumatismes, de scrofules, de syphilis, ni aucune maladie antérieure de quelque importance; il n'a jamais abusé des liqueurs alcooliques à aucune époque de sa vie.

Une nuit d'hiver assez humide, étant de faction, il y a environ treize mois, il fut soudainement pris d'une crampe très-violente dans la jambe et le pied droit qui demeurèrent engourdis et furent le siége de fourmillements très-pénibles pendant une semaine environ.

Quelques jours après, le malade ressentit, au niveau du talon, une douleur très-vive qui ne l'a jamais quitté depuis, et devient intolérable dès que cet homme fait la moindre course. Depuis cette époque, les crampes surviennent plusieurs fois par nuit, se rapprochant sans cesse; les mains ont été atteintes il y a environ cinq mois, et la moindre sensation de froid rappelle le jour ou la nuit, dans la main gauche, des contractures très-violentes dont j'ai été moi-même témoin.

Il existe un peu d'arthralgie dans l'épaule gauche et la main; l'éminence thénar, le poignet du même côté, sont sensiblement moins développés qu'à droite; et cependant le malade a, dès son enfance, l'habitude de se servir exclusivement de sa main gauche.

Il existe une différence très-notable dans le volume des deux jumeaux; le droit est manifestement atrophié, et le tendon d'Achille réduit à une sorte de cordon fibreux.

En avant du tendon d'Achille, se trouve une tuméfaction dure, faisant corps avec le calcanéum et certainement due à un gonflement de cet os, surtout au niveau de sa partie postérieure. Cette tumeur est très-sensible au toucher et le siége de la douleur que le malade rapporte au talon.

Il nous est difficile d'en préciser la nature, ayant cherché avec le plus grand soin, mais en vain, des accidents syphilitiques.

Il existe, de temps à autre, des douleurs vagues dans les lombes, mais la pression sur les épines, le contact d'un corps froid ou chaud promené le long de la colonne, n'y éveillent aucune sensibilité.

On n'observe pas de contraction dans les muscles fibrillaires, et les actions reflexes ne paraissent ni augmentées ni diminuées.

Les diverses sensibilités semblent au contraire émoussées dans la main gauche, particulièrement sur la face palmaire; la force y est considérablement diminuée.

N'ayant pas d'appareil à ma disposition, je n'ai pu explorer l'état des muscles à l'aide de l'électricité.

J'avais lu, dans les leçons de M. le professeur Jaccoud (1), que la permanence des contractures dans l'atrophie est un élément de diagnostic servant à les différencier de la maladie connue sous le nom de tétanie ou spasme intermittent, susceptible d'être provoqué en quelque sorte à volonté.

Néanmoins, j'ai répété sur ce malade l'expérience que j'avais essayée sur plusieurs tétaniques, et, sans le moindre étonnement, j'ai pu, comme chez les tétaniques, reproduire les contractures à volonté, en entourant le bras d'un lien constricteur.

La position de la main et des muscles contracturés ne rappelait pas (la main en griffe), mais bien celle que le professeur Trousseau a si soigneusement décrite dans ses leçons cliniques sur la tétanie.

J'ai eu la bonne fortune d'observer, durant le cours de mon internat, un nombre relativement considérable de tétanies intermittentes revêtant les mêmes caractères cliniques, pouvant entrer à bon droit dans le cadre des contractures dites essentielles, et reconnaissant toutefois des causes bien différentes.

Ici, une diathèse rhumatismale à incriminer (2); là, une congestion médullaire tout d'abord méconnue; d'autres fois, une compression de la moëlle, sous l'influence du mal de Pott ou du rachitisme, donnaient lieu à la même manifestation symptomatique.

En face de ces quelques observations, qui me sont personnelles, et de plusieurs autres que je consignerai bientôt dans un travail plus complet, il m'est difficile d'admettre une tétanie essentielle.

L'enseignement de ces quelques faits de contractures précoces me semble d'abord d'une grande portée.

Nous avons récemment reçu, dans notre service, un cas de dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle très-manifeste.

Dix-huit mois auparavant, j'avais inscrit ce malade dans une salle de chirurgie, sous la rubrique d'atrophie papillaire simple.

C'est ainsi que souvent, et à tort, on préjuge de la nature d'une maladie sur un symptôme unique, quelquefois même fugace, et observé pendant un laps de temps très-court.

A plus forte raison nous répugne-t-il de faire de ce seul symptôme une entité morbide; c'est en quelque sorte prendre la partie pour le tout : licence incompatible avec l'exactitude qui doit présider à toute observation ou toute interprétation des faits cliniques.

Nous sommes donc portés à considérer toute contraction passagère ou permanente comme l'expression symptomatique seulement d'états très-variables et très-différents quant à leur nature, depuis le simple trouble fonctionnel jusqu'à l'altération organique la mieux caractérisée.

BOUTONNIÈRE PRATIQUÉE POUR EXTRAIRE UN CALCUL

ARRÊTÉ DANS L'URÈTHRE DEPUIS ONZE ANS

Par le docteur Le Roy d'Étiolles.

Le malade, qui a été présenté à la Société de chirurgie et à la Société de médecine de Paris, a subi, le 25 février, une uréthrotomie externe, pour retirer du canal un calcul engagé en arrière de la fosse naviculaire. Il était résulté de sa présence en ce point de l'urèthre une rétention d'urine. Ce corps étranger, d'une très-grande dureté, allongé et un peu aplati, portant dessus et dessous une dépression

(1) Gardner and Clarke, *Archiv. of Medicine*, III, 1861.
— Oppenheimer, *ueber progressiver fettige Muskelatrophie* (Heidelberg, 1855).
— Valentiner, *Fall von progressiver Müskelparalysie* (Prager, Viertel Jahrsschrift, II, 1855).
— Gros, *De l'atrophie musculaire progressive, etc.* (*Gaz. hôpit.*, 1855), cité par Jaccoud.
(2) Bondet (*Lyon médical*, 1869).

(1) Jaccoud (*Leçons de clinique médicale*, Paris, 1867).
(2) M. le docteur Colas, dans sa thèse inaugurale, a établi, sur des faits positifs, la relation des contractures dites *essentielles* avec le rhumatisme; mais il y a loin de cette relation possible à cette conclusion exclusive : « La tétanie est l'expression de l'influence rhumatismale, » que nous ne saurions adopter pour tous les cas (*De la contracture essentielle des extrémités, et de ses rapports avec le rhumatisme*, thèse, Paris, 1868).

regard ceux qui avaient à lui parler: sa vue toutefois finit par s'affaiblir avec l'âge, surtout de l'œil gauche; ses dents étaient petites, clairsemées et ternes à raison sans doute du peu de soin qu'il en prenait; par contre, ses cheveux qui tiraient sur le blond bouclaient naturellement; ses sourcils joignaient sur le front; il avait le nez aquilin; quant à sa taille, elle était peu élevée, mais elle semblait comme rehaussée par la souplesse et la belle proportion de ses membres (*commoditate et æqualitate membrorum*).

Tel était César Auguste arrivé à l'âge viril; il n'avait, on le voit, qu'à se louer de ses avantages extérieurs, tous les historiens sont d'accord sur ce point; mais loin d'avoir à se féliciter de l'état de sa santé, celle-ci était pour lui l'objet d'inquiétudes continuelles; elle était restée précaire et chancelante, comme au temps de sa jeunesse, et nous allons voir qu'à peine entré dans la vie militaire, il fut tour à tour éprouvé par les plus graves maladies; d'abord, lors de son départ pour la Macédoine, puis dans les champs de Philippe, puis à Brindes, et là on en était à désespérer de ses jours, à ce point que le bruit de sa mort se répandit jusqu'à Rome. Mais c'est surtout après la défaite des Cantabres qu'il eut à souffrir, et ici Dion Cassius aussi bien que Suétone nous donnent des détails intéressants sur le genre de maladie dont il fut atteint, et sur le traitement auquel on crut devoir recourir; nous y allons revenir; mais pour suivre l'ordre des temps, nous dirons qu'Octave était déjà en assez mauvais état au moment où la bataille s'engagea dans les champs de Philippe, tellement qu'il fut obligé de se faire porter en litière dans les rangs de ses soldats, puis l'affaire s'étant engagée, et Auguste ayant eu d'abord le dessous, dut se réfugier dans le fond d'un marais pour ne pas être tourné, et c'est là qu'il fut obligé de passer trois jours entiers, fort souffrant, nous dit Pline le naturaliste, d'une infiltration générale sous la peau (*aquâ subter cutem fusâ turgidi*). Ce que M. Littré a traduit très-exactement en disant qu'il avait tout le corps gonflé par une anasarque.

Nous allons revenir maintenant à cette grave maladie que les historiens ont mentionnée tout particulièrement, et qui se déclara chez Auguste après la défaite des Canabres; mais nous devons avant tout faire ici une observation, c'est que nos traducteurs, plus familiarisés avec les expressions vulgairement usitées de nos jours qu'avec le langage médical des anciens, ont parfois assez mal rendu ces sortes de faits. Ainsi pour la maladie dont Auguste fut affecté en cette circonstance, ils ont dit qu'elle consistait dans des *obstructions au foie.* Or le mot obstruction ne répond pas du tout au texte latin de Suétone; il y a dans le texte : *distillationibus jecore vitiato*, ce qui veut dire qu'il s'agissait de *sécrétions d'un foie malade.* Il est donc à présumer qu'Auguste était atteint d'une hépatite aiguë ou chronique, maladie toujours grave qui pouvait en effet faire craindre pour sa vie. Le mal avait fait des progrès alarmants; tous les remèdes avaient échoué. Dion Cassius insiste sur la gravité de cette maladie, et à cette occasion il montre quel était le sang-froid et la fermeté de l'empereur. Il sortait, dit-il, d'une autre maladie, lorsque, étant consul pour la onzième fois avec Calpurnius Piso, il dut de nouveau s'aliter, et cette fois plus souffrant que jamais. Il ne chercha point à se faire illusion; tout espoir de guérison lui semblait perdu, et alors il prit toutes les dispositions nécessaires dans l'intérêt de l'État. Bien convaincu qu'il allait mourir, il réunit les grands dignitaires de l'empire et leur remit l'état exact des armées et celui des finances, mais il ne dit pas un mot de celui qui devait lui succéder; il ne prononça pas même le nom de Marcellus, qui vivait encore; seulement il remit son anneau à Agrippa.

C'est alors, si l'on en croit Dion Cassius, qu'on lui conseilla d'appeler Antonius Musa, célèbre médecin de l'époque, et de se mettre entre ses mains; il ne s'agissait rien moins que de changer complétement de méthode de traitement. Celle à laquelle on eut recours est qualifié par Suétone de méthode hasardeuse et consistant dans l'emploi des contraires. (*Contrarium et ancipitem medendi rationem*). C'était la méthode que nous désignons aujourd'hui sous le nom d'*hydrothérapie*. On avait eu recours, jusque-là, à des boissons et des fomentations chaudes, qui, loin de réussir, avaient augmenté le mal; on eut recours à des fomentations froides. Dion Cassius mentionne aussi des boissons et des lavements froids. Sous l'influence de cette médication, une amélioration inespérée ne tarda pas à se déclarer, et bientôt la guérison fut complète.

L'empereur se montra reconnaissant au delà de tout ce qu'on pouvait prévoir: outre une forte somme d'argent, il concéda à Antonius Musa, qui n'était que simple affranchi, le droit de porter l'anneau jusque-là réservé aux sénateurs et aux chevaliers, et Dion Cassius fait remarquer que cette générosité alla même plus loin. Non-seulement ce privilége fut accordé à Antonius Musa, mais aussi à tous ceux qui exerçaient alors la médecine, et de plus, ajoute Dion Cas-

en forme de rigole, mesure seulement 15 millimètres dans sa longueur et 9 dans sa plus grande largeur. On peut être étonné que n'excédant pas plus le diamètre ordinaire du canal, il ait pu séjourner pendant onze années dans différentes régions de ce conduit élastique et dilatable.

Ce qui m'a paru intéressant dans ce fait, c'est la cicatrisation rapide de la plaie. J'avais peine à retrouver une incision que j'avais pratiquée la veille sur un des côtés du frein. Aujourd'hui, il y a sept jours, on n'en voit plus qu'une bien légère trace.

Après avoir tenté vainement d'extraire ce calcul par le méat avec une curette articulée et une petite pince à pansement, je l'ai saisi sans difficulté avec une pince uréthrale à trois branches. Mais il s'y était engagé en travers par son grand diamètre, et de telle manière que je ne pouvais l'en dégager en le repoussant avec la tige médiane droite, tenant lieu de foret dans cette pince. Une sonde cannelée, glissée entre les branches, n'a pu mieux réussir à le repousser. L'écrasement n'a pas été possible; sa grande dureté l'a fait résister à une très-forte pression de cet instrument, très-mal disposé pour produire le broiement d'un calcul. Je n'aurais pu l'extraire, pris comme il l'était dans les mors de l'instrument sans contusionner par trop l'urèthre même en débridant le méat. Sachant, par une expérience réitérée, que le débridement du méat, plus facile à opérer que la boutonnière, est toujours au moins une semaine à se cicatriser; qu'il faut en outre des précautions pour éviter son obstruction partielle, j'ai préféré pratiquer une incision sur la face inférieure de la verge en arrière du gland, en me servant comme de conducteur des branches écartées de la pince qui tendaient l'urèthre. C'est par cette plaie que j'ai d'abord dégagé le calcul des branches de la pince, et qu'ensuite j'ai extrait, avec une petite pince à mors croisés, le calcul soumis à l'examen de la Société. Quelques jours après l'opération, c'est à peine si on voyait trace de l'incision, qui s'est cicatrisée par première intention, sans laisser passer l'urine par cette voie détournée.

Il y a onze ans, après une nuit passée à danser, ce jeune homme a subitement éprouvé une notable difficulté à uriner et une douleur tantôt aiguë, tantôt sourde, siégeant à la racine de la verge. Cependant jamais les envies d'uriner n'ont été très-fréquentes. Le 23, le corps étranger ayant brusquement quitté la région qu'il occupait depuis si longtemps, il en est résulté des troubles, et une rétention a réclamé l'intervention de la chirurgie. C'est alors que son médecin me l'a adressé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 octobre 1869. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend, entre autres pièces : 1° une série de rapports mensuels statistiques des hôpitaux de Rome; — 2° un grand travail statistique du chirurgien général de Washington; — 3° une brochure de M. le docteur Burq, sur la préservation des ouvriers travaillant le cuivre; — 4° des lettres de candidature de MM. Lancereaux, Brouardel et Coindet.

RAPPORTS

Maladies régnantes. — M. Besnier, au nom de la commission des maladies régnantes, donne lecture du rapport des maladies régnantes pendant le trimestre de juillet, août et septembre 1869.

Il ressort de ce rapport que la constitution médicale observée dans les hôpitaux de Paris pendant le 3e trimestre de 1869 est une constitution normale absolument en rapport avec les caractères particuliers de la saison; telle qu'on l'observe communément dans les années à température estivale moyenne et à variations atmosphériques multipliées. Comme toujours, à cette époque de l'année, on a constaté une diminution graduelle dans le nombre ou dans la gravité d'un certain nombre d'affections communes, mais plutôt encore dans la fréquence et dans l'intensité des états morbides secondaires aux affections chroniques. Les lits supplémentaires ont pu être supprimés partout, et l'activité des services des hôpitaux a subi temporairement un ralentissement assez considérable.

Voici le tableau de la mortalité :

Mortalité générale comparée des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant les trois premiers trimestres de 1869 :

Nombre de décès :	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.
Dans les hôpit. civils.	937	909	1036	1027	918	869	794	849	»
Dans les hospices....	339	238	280	216	167	153	169	156	»
Totaux....	1276	1147	1316	1243	1085	1022	963	1003	»

Candidature. — M. Archambault lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Monteils (de Mantes), qui sollicite le titre de membre correspondant. Le rapport conclut à l'admission. L'élection aura lieu dans la séance prochaine.

LECTURE

Doctrine de l'empoisonnement puerpéral. — M. Hervieux lit une note intitulée : *Doctrine de l'empoisonnement puerpéral.* La doctrine de l'empoisonnement puerpéral, dit-il, est fille de la doctrine de la pluralité des maladies puerpérales. Du moment que nous admettons des affections puerpérales multiples pouvant naître sous l'influence d'un miasme, d'un poison quel qu'il soit, nous sommes fatalement entraînés à reconnaître un empoisonnement puerpéral. C'est la fièvre puerpérale, dira-t-on, que nous ressuscitons. Distinguons ces deux termes. La fièvre puerpérale a été considérée comme unité morbide. De cette unité, on décrit les symptômes, la marche, le diagnostic, le traitement, etc. Loin de prétendre à cette unité impossible, la doctrine de l'empoisonnement que je professe proclame la multiplicité des maladies puerpérales; seulement elle leur donne pour point de départ, non pas la puerpéralité, qui est un état physiologique, mais l'empoisonnement puerpéral, qui est un état morbide.

Il est des localités où l'accouchement, quel que soit le traumatisme qui l'accompagne, n'entraîne jamais de conséquence pathologique sérieuse. Que devient, dans ces localités, l'influence pathogénique de l'état puerpéral?

Il n'y a pas de privilége spécial auquel la puerpéralité soit redevable d'être inoffensive suivant les temps, les lieux et les personnes.

La puerpéralité, en tant qu'état physiologique, est inoffensive de sa nature, elle n'est donc aucunement passible de la responsabilité de la génération des maladies puerpérales. Pour que ces maladies se produisent, il faut que la puerpéralité soit altérée dans son principe par l'apparition d'un élément nouveau, le poison puerpéral. tant que cet élément n'est pas intervenu, tant que la puerpéralité demeure pure de toute contamination, cette puerpéralité est impuissante à faire le mal qu'on lui attribue.

Mettons maintenant en regard de ce grand fait physiologique, le fait pathologique de l'empoisonnement puerpéral, et la différence qui les sépare s'établira d'elle-même.

L'empoisonnement puerpéral traîne à sa suite tout le cortége des affections puerpérales, c'est lui qui les engendre, qui les introduit, qui les propage, qui les multiplie; sans l'empoisonnement, les maladies puerpérales n'existeraient pas, puisqu'il y a des milliers de localités en France où les mots péritonite, phlébite, diathèse purulente, etc., ne sont connus que par les livres. Ce n'est pas l'état puerpéral qui tue, c'est l'empoisonnement puerpéral; c'est de lui, en effet que procèdent les péritonites générales ou partielles, la métrite et ses variétés, les phlegmons du ligament large, l'ovarite, l'ictère puerpéral, la pleurésie, l'érysipèle, la scarlatine, et vingt autres affections qui viennent se greffer sur l'état puerpéral.

Le traumatisme utérin, qu'on invoque pour expliquer la formation de cette cohorte d'affections, est d'une impuissance radicale pour nous rendre compte de ce fait, que, dans certaines localités, la mortalité des femmes en couches est réduite à 1 sur 1,000, et que dans d'autres elle atteint les chiffres de 50, 60, 80, 100 et 120 sur 1,000.

A lui tout seul, le traumatisme utérin n'est pas plus malfaisant que les plaies les plus simples; à part des cas exceptionnels, qui ne sont plus d'ailleurs dans les conditions régulières et physiologiques de la puerpéralité, tels que, par exemple, rupture de l'utérus, rétrécissement pelvien, etc., le traumatisme utérin ne donne naissance à aucun processus morbide susceptible d'engendrer de désastreuses conséquences.

Le traumatisme utérin n'est donc, pas plus que l'état puerpéral, la cause primordiale, essentielle, des maladies puerpérales. Ce qui fait ces maladies si fréquentes, si graves dans les grands centres de populations, c'est l'empoisonnement puerpéral.

Qu'est-ce donc que cet empoisonnement qui a le pouvoir de créer à lui seul toute une série morbide? C'est ce qui me reste à déterminer,

Nous ne connaissons l'empoisonnement puerpéral que par ses effets. Or ces effets sont tellement multipliés, tellement variés, qu'il est impossible de tracer les caractères distinctifs de cet état pathologique, d'esquisser même à grands traits, sa physionomie générale. S'il n'y avait que deux ou trois grandes maladies bien tranchées, telles que la péritonite, la phlébite, l'infection purulente qui procédassent de l'empoisonnement puerpéral, il ne serait pas difficile, dans ce petit nombre de processus morbides, de saisir quelques traits communs à l'aide desquels on pourrait reconnaître la trace de cet empoisonnement. Malheureusement il n'y a que la phlébite, la péritonite et la diathèse purulente qui relèvent de l'empoisonnement puerpéral. Nous avons encore la scarlatine, l'érysipèle, l'ictère, la pleurésie, l'hémorrhagie cérébrale, et bien d'autres, qui toutes peuvent naître isolément sous l'influence de l'intoxication puerpérale.

Mais, dira-t-on, où est la preuve que toutes ces maladies si distinctes et si variées, procèdent de l'empoisonnement puerpéral? comment pouvons-nous affirmer qu'elles ne se seraient pas produites en dehors de cette condition.

Lorsqu'on a dirigé, pendant un grand nombre d'années, le service médical d'une maternité, il y a un fait bien remarquable que l'on constate, c'est l'extrême variabilité du génie épidémique. Elle ne porte pas seulement sur l'intensité des maladies puerpérales, leur gravité, leur marche, elle porte sur l'espèce même. Tous les médecins qui sont à la tête d'un service d'accouchement savent qu'à de certaines époques on n'observe que des pleurésies; d'autres fois, c'est la métrite simple qui est l'affection la plus commune. C'est en vertu de cette influence toute spéciale que, durant des années entières, je n'ai rencontré à la Maternité qu'un seul cas de phlébite variqueuse. En d'autres années, au contraire, presque toutes les accouchées ayant des varices étaient affectées de phlébite superficielle. Cette variété si grande dans le génie des épidémies puerpérales prouve que l'empoisonnement puerpéral n'a pas qu'une ou deux manières de manifester son existence. Celui-ci emprunte aux temps, aux lieux et aux populations certains éléments, générateurs des modalités pathologiques nombreuses par lesquelles il s'exprime.

Il me reste à indiquer d'où provient le poison à l'action duquel est dû cet empoisonnement et quel est le mode de formation du principe toxique.

Le poison puerpéral est un produit de la viciation de l'air ambiant par les sécrétions physiologiques ou morbides, mais surtout morbides des femmes en couches. Parmi ces sécrétions, il en est une à laquelle il faut attribuer la plus grande part dans la génération de miasmes des maternités, c'est la sécrétion lochiale.

Supposez réunies dans un espace restreint un nombre plus ou moins grand de femmes en couches ayant leurs lochies et vous concevez sans peine l'influence de cette réunion sur la production d'un ferment morbide. On comprendra en outre que par l'effet de certaines conditions nosocomiales, les propriétés de ce ferment s'exaltent et acquièrent une puissance toxique plus grande.

Est-ce à dire, pour cela, qu'en dehors des hôpitaux d'accouchements, il ne puisse se rencontrer, par exception, tel ensemble de conditions qui favorisent la formation du principe toxique? Les grands traumatismes consécutifs à l'accouchement, certains états pathologiques soit constitutionnels, soit accidentels, coïncidant avec les suites de couches, peuvent donner lieu à une altération telle des lochies que celles-ci produisent un ferment qui peut s'élever d'emblée à la hauteur d'un principe toxique. On conçoit ainsi la possibilité de l'empoisonnement d'une accouchée isolée. Il faut bien admettre ces autointoxications, ne fût-ce que pour expliquer les premiers cas d'empoisonnements qui se produisent dans une localité où n'avait jamais pénétré le moindre contage. Il faut les admettre encore pour se rendre compte des cas isolés qui s'observent journellement. Il est donc bien démontré, pour moi, que la fièvre puerpérale, en tant qu'unité morbide, est une fiction, et qu'il existe un nombre considérable de maladies puerpérales distinctes; mais ce n'est là encore qu'une portion de la vérité. Reste à expliquer le fait considérable de l'épidémicité si intimement lié à celui de l'infection et de la contagion. En méditant ces questions de la transmission des maladies puerpérales par voie d'infection ou de contagion, je suis arrivé naturellement à cette conclusion que la chose transmise ne peut être qu'un miasme, un principe toxique.

Or, pour se rendre compte de cet empoisonnement et de ses effets multiples, il suffit de se rappeler ce qui se passe dans les camps dans les sales de blessés, dans certains hôpitaux d'enfants, etc. Dans les camps, se produit un miasme qui engendre le typhus, la fièvre typhoïde, la dyssenterie, etc. Le miasme des salles de blessés donne lieu à l'érysipèle, à la phlébite, à l'infection purulente, etc. Le miasme des hôpitaux d'enfants détermine des ophthalmies, des érysipèles, des diarrhées, des pleurésies, la diphthérie, etc.

Donc, puisqu'il y a une série morbide correspondant à chacun de ces genres d'empoisonnements, n'est-il pas aisé de concevoir une série morbide parallèle, inhérente à l'empoisonnement puerpéral?

PRÉSENTATION

Tubercules de la choroïde. — M. Bouchut met sous les yeux de ses collègues les pièces pathologiques provenant d'un enfant

---

sius, à pattir de ce moment, et grâce aux sollicitations d'Antonius Musa, il fut décidé que tous les médecins nés et à naître, jouiraient de ce privilége. C'est qu'aussi, cette cure parut si merveilleuse, que l'historien l'attribue, pour sa part, à l'intervention de quelque divinité. « Les dieux, dit-il, voulurent sans doute en cela favoriser Antonius. »

La médecine, du reste, brillait d'un assez vif éclat dans le siècle auquel Auguste a donné son nom. Il y avait alors deux classes de médecins entourés d'une juste considération : les uns, placés dans de hautes régions, c'étaient les médecins dits *palatins*, habitués du palais impérial; les autres, désignés sous le nom d'*archiâtres*, plus rapprochés des simples citoyens.

Les médecins palatins, en tête desquels se trouvait alors Antonius Musa, étaient, à proprement parler, des médecins de cour. Les archiâtres étaient investis de fonctions publiques; ils surveillaient l'exercice de leur art, et tout porte à croire qu'ils n'étaient pas étrangers à son enseignement. La science était ainsi plutôt du côté des archiâtres, les honneurs du côté des palatins.

Nous donnerons peut-être une idée plus exacte des choses en disant qu'il y avait alors comme deux types de ces deux ordres de médecins : l'un était notre Antonius Musa, qui tout à coup se trouve placé en tête des médecins palatins, une cure imprévue, due peut-être au hasard, l'ayant fait entrer ainsi dans la faveur du prince, qui le comble d'honneur et de priviléges; l'autre est Celse, tout à la fois grand écrivain et savant de premier ordre, Celse, qu'on a surnommé le Cicéron des médecins, et qui est demeuré le plus grand nom de l'antiquité médicale après Hippocrate. Les archiâtres, qui n'étaient que de simples praticiens, ne pouvaient aspirer à de si hautes destinées que les palatins; mais ils n'en jouissaient pas moins d'une considération méritée, grâce aux nombreux services qu'ils rendaient aux citoyens. Il faut toutefois rendre justice à Antonius Musa; il a pu sans doute laisser des millions de sesterses à ses héritiers; mais nous venons de voir qu'il avait usé de son crédit plutôt encore dans l'intérêt de ses confrères que dans le sien propre. L'histoire, en effet, s'est plue à signaler comment il avait obtenu de l'empereur, non pas seulement d'être rapproché des sénateurs, mais aussi d'exonérer les pauvres médecins de son temps de toutes espèces de charges, et particulièrement des impôts.

(Sera continué).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

De l'assainissement des décès et des convois funèbres de la ville de Paris, par P.-J. Suquet, docteur en médecine. — Gr. in-8 46 pages. — Prix : 50 c.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration des hôpitaux de Paris, par les docteurs De Montmeja et J. Rengade. — 7e numéro. Prix : 2 fr. — Sommaire du numéro 7 : *Hémorrhagies rétiniennes*, par le docteur Meyer. 1 planche coloriée. — *Anévrysme de l'aorte abdominale*, par Bourneville. 1 photographie. — *Cas de tératologie*, 1 photographie. — *Cysticerque de la paume de la main.* 1 figure.

Étude historique et critique sur le mécanisme de l'accouchement spontané, par le docteur de Soyre, des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-8 de 210 pages. — Prix, 3 fr.

Traité du diagnostic des maladies chirurgicales, par le docteur Em. Foucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Appendice, par le docteur Desprès, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. — 1 vol. in-8, avec figures, 3 fr. — Prix de l'ouvrage complet, 1 fort vol. in-8, de 1162 pages avec figures dans le texte. Joli cartonnage en toile, 18 francs.

Traitement du cancer du col de l'utérus, par Lassalias (J.-J.) — 1 vol. in-8°. Prix : 2 francs.

Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie, pour 1869, publié par la *Gazette des Eaux*. — Joli volume in-18 de 300 pages, contenant la législation des eaux minérales, la nomenclature des établissements de bains de la France et de l'étranger, et des documents utiles à la fois aux médecins et aux gens du monde. Prix : 1 fr. 50.

qui a succombé dans son service, à une tuberculose générale, et qui a présenté au début une double névro-rétinite avec tubercules de la choroïde reconnus à l'ophthalmoscope. (Voir l'observation plus haut.)

La séance est levée à cinq heures.

On lit dans le nouveau document que vient de publier l'administration sur la statistique de la France, les renseignements suivants sur le mouvement de la population : De 1861 à 1866, l'excédant des naissances sur les décès a été d'environ 716,000. L'accroissement annuel, qui n'était que de 0,20 p. 100 habitants en 1856, est aujourd'hui de 0,36. Il y a, pour 1866, 680,000 âmes de plus qu'en 1861. Le chiffre total pour 1866 est de 38,067,064.

La proportion des deux sexes donne une différence de 0,10 p. 100 en plus en faveur du sexe féminin.

Pour l'âge moyen, il y a un bénéfice de six mois depuis 1851. Il est aujourd'hui de 31 ans et 5 mois (31 ans 2 mois pour les hommes, et 31 ans 8 mois pour les femmes). La catégorie d'âge la plus nombreuse est celle des enfants au-dessous de 5 ans.

Les aliénés sont au nombre de 50,726, soit 133 p. 100,000 habitants. La proportion des sexes est de 91 hommes pour 100 femmes.

Les idiots et les crétins sont au nombre de 39,953, soit 105 pour 100,000.

Tant idiots que crétins et aliénés, on a un total d'environ 92,000 individus, ou 1 p. 420 habitants.

Il y a 51,000 goitreux. Il y a, en outre, 7,500 goitreux déja compris parmi les crétins, un cinquième environ des crétins étant affecté de goitre.

La proportion des aveugles est de 84 sur 100,000 habitants, ou environ 1 pour 1,200. Le sexe féminin compte une proportion plus considérable, 93 au lieu de 84. Voici comment ils sont distribués, suivant les climats : pour 100,000 habitants, 96 dans les départements du nord; 73 dans ceux du centre ; 97 dans le midi.

Le nombre des sourds-muets est de 21,214, soit 36 pour 100,000 habitants, ou 1 sur 1,800 environ. Les sourds-muets de naissance figurent dans ce chiffre pour les trois quarts à peu près. La surdi-mutité est plus commune chez les hommes que chez les femmes, dans la proportion de 62 à 49 p. 100.

En résumé, tant en aliénés qu'en crétins, idiots, goitreux, aveugles et sourds-muets, le recensement de 1866 a trouvé 202,669 malades et infirmes, soit 5,32 par 1,000 habitants, ou 1 sur 188.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La *Société de médecine de Paris* tiendra sa prochaine séance, le 15 octobre, à l'Hôtel-de-Ville, à 3 heures 1/2 très-précises.

Ordre du jour : 1° Continuation de la discussion sur le traitement des fièvres intermittentes rebelles ; 2° Rapport de M. Brachez, sur les candidatures à la place de membre titulaire de la Société; 3° Communications diverses.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 20 octobre courant, et clos le 6 novembre.

Les cours commenceront en novembre.

— Clientèle à céder à Paris, bonne société de secours mutuels. S'adresser à M. Dupuy, 28, rue Crozatier.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 3 au 9 octobre, donne les chiffres suivants :

Variole, 7. — Scarlatine, 5.— Rougeole, 7.— Fièvre typhoïde, 36. Érysipèle, 4.— Bronchite, 45.— Pneumonie, 36. — Diarrhée, 19.— Dyssenterie, 2.— Choléra, 4.— Angine couenneuse, 3.— Croup, 6. — Affections puepérales, 7. — Autres causes, 589. — Total : 747.

Celui de Londres donne les chiffres suivants du, 25 septembre au 2 octobre :

Variole, 6.— Scarlatine, 238.— Rougeole, 20.— Fièvre typhoïde, 34. — Typhus, 8. — Érysipèle, 7. — Bronchite, 64. — Pneumonie, 50. — Diarrhée, 76. — Dyssenterie, 2. — Choléra, 4. — Angine couenneuse, 6.— Croup, 9.— Affections puerpérales, 12.— Autres causes, 859. — Total : 1,395.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'assistance publique, n° 9e (septembre), avec 3 photographies et 1 planche. Prix : 2 fr.

Des fractures de la rotule et de leurs différents modes de traitement, par le docteur LE COIN, ancien interne de l'hôpital de Vincennes. — 1 vol. in-8. Prix : 2 fr.

Fracastor.— La syphilis.—Le mal français. Traduction et commentaires, par le docteur Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, professeur, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — 1 joli vol. in-18. Prix : 2 fr. 50.

Études expérimentales sur la régénération des tissus cartilagineux et osseux, par le docteur X. PEYRAUD. — 1 vol. in-8° de 122 pages, avec 3 planches et 17 fig. Prix : 3 fr. 50.

Livret maternel, pour prendre des notes sur la santé des enfants, rédigé par le professeur FONSSAGRIVES. — 1 vol. in-18. Prix : 1 fr. 25.

Des syphilides vulvaires par le docteur Paul SPILLMAN, ancien interne de l'hôpital de Lourcine. — 1 vol. in-8° avec 3 planches. Prix : 3 fr.

Du rôle de la choroïde dans la vision, par le docteur BRAVAIS. 1 vol. in-8. Prix : 1 fr. 50.

Nouvelles considérations sur la périostite phlegmoneuse et ses modes de terminaison, par le docteur Eug. BOECKEL, professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg. — Br. in-8° de 48 pages : Prix : 1 franc.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La question de la mortalité des enfants vient d'être placée sur son véritable terrain par un discours très-remarquable et très-remarqué de M. Fauvel. Le rapport de la commission avait conclu à une réglementation. On sait les critiques assez vives dont il a été l'objet. Il avait péché par l'insuffisance de l'exposé des motifs et du développement des faits, aux yeux de M. Boudet. Il péchait par l'insuffisance de la réglementation aux yeux de M. Devilliers, — et l'on sait si l'honorable académicien s'en était donné du plaisir de sur-réglementer. M. Husson, dans l'argumentation que nos lecteurs ont eue sous les yeux, et que l'on peut considérer comme un complément du rapport, a donné satisfaction aux *desiderata* formulés par M. Boudet; mais il s'est montré beaucoup plus avare de concessions à l'égard de M. Devilliers. Témoignant peu d'enthousiasme, en l'espèce, pour la réglementation, dont il était mieux à même que quiconque d'apprécier la valeur, il a repoussé les additions proposées, comme surchargeant très-inutilement un projet déjà assez riche, à ses yeux, en luxe superflu. Ce qu'il en acceptait semblait même n'être qu'une concession, qu'en sa qualité de président, il s'est cru obligé de faire au travail de la commission. M. Fauvel, n'ayant ni les mêmes scrupules ni les mêmes ménagements à garder, et appréciant, dans toute l'indépendance de sa raison, les divers éléments du rapport, l'a exécuté (c'est le mot), avec une logique et une fermeté qui ont impressionné l'auditoire. Il ne lui a pas reproché seulement ses lacunes et ses omissions, sa nullité, en un mot, sur ce qu'il y avait d'essentiel et de fondamental dans la question qui lui était soumise; mais il a énergiquement repoussé comme insuffisant, et même, à certains égards contraire à son but, le moyen proposé par la commission.

La commission, suivant M. Fauvel, avait à étudier scientifiquement le mal non-seulement dans sa gravité, mais surtout dans ses causes pour en déduire l'indication des mesures propres à l'atténuer. Au lieu de cela, elle s'est contentée de constater la gravité du mal, ce qui n'était pas en question, et partant de ce fait, abandonnant de propos délibéré le côté médical de sa tâche qui était de fournir les bases scientifiques d'un travail administratif, elle a, en quelque sorte, usurpé le rôle de la commission administrative en venant proposer l'adoption d'un règlement ancien, tombé en désuétude. Ayant méconnu la véritable cause du mal, elle s'est trompée sur l'indication à remplir, si bien que la réglementation qu'elle propose, loin d'être un palliatif, aurait, par certaines de ses dispositions, un effet contraire à celui qu'elle attend.

Ainsi, point de réglementation, tout au moins inutile, si même elle n'est point nuisible, et qui n'est d'ailleurs ni dans la compétence ni dans les attributions de l'Académie; étude sérieuse et scientifique de la question que le fait de la mortalité excessive des enfants pose naturellement devant l'Académie et qu'elle seule est apte à élucider, savoir : quelles sont les causes de cette mortalité et quels sont les moyens de les combattre ou d'en atténuer les effets. — Tel est le programme formulé par M. Fauvel et qu'il se propose de développer dans une seconde partie de son argumentation.

Nous croyons que M. Fauvel, en s'exprimant ainsi, a été l'organe de la pensée d'un grand nombre de membres de l'Académie. Déjà, dans la discussion de 1866, M. J. Guérin avait appelé la discussion sur ce terrain exclusivement scientifique, en traitant un des points de la question des causes multiples de la mortalité des enfants. Nous voyons, pour notre part, avec une grande satisfaction la question s'engager sur les termes qui lui conviennent et qui peuvent seuls amener à une solution digne à la fois de l'autorité de l'Académie et de l'importance du sujet.

Dr Brochin.

On trouvera ci-dessous une note de M. le docteur Créquy sur la mortalité des enfants nouveau-nés, qui renferme des faits très-intéressants et des avis très-sensés au sujet de la question débattue en ce moment auprès de l'Académie et de l'administration.

HOPITAL MILITAIRE DU CAMP DE CHALONS

M. SONRIER, médecin en chef.

Fracture par contre-coup du conduit auditif externe.

Si nous nous en rapportons au silence des livres et des journaux, les fractures du conduit auditif externe doivent être extrêmement rares; en effet, malgré nos recherches dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, mémoires de médecine militaire, Nélaton, Malgaigne si complet, Vidal de Cassis, *Gazette des Hôpitaux*, *Journal de médecine et de chirurgie*, etc., etc., nous n'avons rien trouvé d'analogue.

On peut supposer ou qu'elles ont passé inaperçues, ou bien que, confondues avec les fractures du rocher ou du condyle du maxillaire inférieur, elles ne se sont révélées par aucun symptôme.

Richet lui-même, tout en avouant que cette fracture peut avoir lieu, n'en connaît pas d'exemple (*Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, 2e édition, page 273).

On comprend difficilement, en effet, que le conduit auditif externe, profondément caché, comme du reste tous les organes des sens que la nature abrite au fond des cavités osseuses, puisse être fracturé, alors que de tous côtés en haut, par la racine supérieure de l'arcade zygomatique, en bas et en avant par la présence du condyle du maxillaire inférieur, en arrière par la saillie de l'apophyse mastoïde, il se trouve si bien protégé contre les chocs extérieurs.

Aussi n'est-ce pas directement que ces fractures ont lieu, mais bien par contre-coup, par chute sur le menton, avec projection du condyle du maxillaire vers le conduit auditif externe.

Hâtons-nous donc de décrire, pour la première fois peut-être, cette lésion jusqu'alors inconnue.

Qu'on n'aille pas croire cependant que nous tenons beaucoup à la priorité. Non, nous voulons, avant tout, sans nous préoccuper si cette lésion a été décrite avant nous, appeler l'attention sur une fracture qu'il nous a été donné d'observer deux fois au camp et qui souvent a dû passer inaperçue, parce que l'hémorrhagie auriculaire, en masquant les signes de cette lésion, a contribué sans doute à égarer le diagnostic, en faisant croire à une fracture du rocher, à assombrir par conséquent le pronostic quand il n'y avait là qu'une lésion de légère gravité, qui ne nécessite pas un traitement énergique.

Le conduit auditif, si on veut bien se le rappeler, creusé dans l'os temporal, est constitué dans les trois quarts de sa circonférence supéro-postérieure, par des parois très-solides, tandis que la paroi antérieure n'est formée que par une cloison tellement mince qu'elle est en quelque sorte translucide.

Si cette lamelle papyracée n'était là que pour former la paroi antérieure du conduit auditif, elle serait, par sa profondeur, à l'abri des lésions traumatiques, mais elle est aussi destinée à constituer la paroi postérieure de la cavité glénoïde, et on sait que dans cette cavité se meut le condyle du maxillaire inférieur, qui exerce contre elle des pressions plus ou moins brusques.

En effet, quand la mâchoire s'abaisse, le condyle, par un mouvement de bascule propre au levier coudé, se porte en avant et entr'ouvre en quelque sorte l'articulation; au contraire, quand elle se relève de manière à ce que les dents se touchent, le condyle se portant en arrière vient s'appliquer fortement contre la paroi postérieure de l'articulation; or, si dans ces conditions, une violente pression (coup de poing, chute sur le menton) vient à avoir lieu de bas en haut et d'avant en arrière, la résultante du choc se transmet, en grande partie, sur le condyle, qui se porte en arrière et brise cette lamelle si peu résistante.

Les deux observations que nous allons rapporter rendront notre pensée plus lucide, et les faits plus évidents encore.

Ire OBS.—Le nommé P. B..., âgé de 22 ans, brigadier au 6e lanciers, est apporté le 11 mai 1869, à l'hôpital principal du camp pour *commotion cérébrale avec fracture probable de la base du crâne.*

Le médecin du régiment nous raconte, en effet, que la chute a dû être très-violente, si on s'en rapporte à la cause de l'accident et aux symptômes observés : il est tombé de son cheval lancé au galop, la face contre le sol.

Commotion cérébrale, somnolence irrésistible, réponses incohérentes, sensibilité et myotilité conservées, hémorrhagie assez abondante par l'oreille gauche, pupilles dilatées, paresseuses, pouls peu développé.

Ranimer, par de vigoureuses frictions précordiales, excitants sur la pituitaire, sinapismes aux extrémités inférieures, la vie sur le point de s'éteindre: telle est la première indication remplie sur le terrain de manœuvre, avant que le blessé puisse être apporté à l'hôpital, où il n'arrive que trois quarts d'heure après l'accident.

Après un examen rapide des grandes fonctions intéressées, notre premier diagnostic, du reste conforme à celui du médecin de régiment, est : *commotion cérébrale avec fracture probable du rocher.* Aussi nous empressons-nous de prescrire un traitement énergique préventif contre les accidents cérébraux qui nous paraissent imminents.

D. D. Limonade émétisée, 20 sangsues derrière les mastoïdes, sinapismes aux extrémités; compresses froides sur la tête.

12 mai. — La nuit a été bonne, obnubilation intellectuelle, facies un peu moins abattu, pouls à 70, respiration presque normale, langue assez nette. — D. D. Limonade tartro-boratée, 12 sangsues, eau froide sur la tête, sinapismes.

13 mai. — Amélioration, bon sommeil, pouls normal : il commence à s'apercevoir qu'il est à l'hôpital, mais ne reconnaît pas le médecin qu'il voit depuis trois jours. — Bouillon maigre, limonade purgative, frictions mercurielles sur la tête, sinapismes. Les jours suivants il est convalescent.

En voyant tomber d'une manière si rapide l'appareil si formidable des symptômes cérébraux qui, au surplus, ne pouvaient être expliqués par une fracture de la boîte crânienne, que nous avons cherchée en vain; d'un autre côté, une exploration plus attentive nous ayant fait découvrir une légère plaie contuse au menton, avec douleur vers l'oreille, un doute s'est glissé dans notre esprit, nous nous sommes demandé s'il ne fallait pas interpréter ces symptômes dans un autre sens, et si ces lésions locales du maxillaire n'étaient pas toute la maladie; alors, par cette filiation d'idées, nous avons commencé à entrevoir, à travers ces symptômes fallacieux, le vrai mécanisme de la lésion, l'expression séméiotique des signes, le peu de gravité de l'accident, et l'inutilité du traitement.

On comprend de suite, en effet, comment les choses se sont passées : le cavalier tombe sur le menton, la tête étant dans l'extension, le choc intense est transmis par le corps de la mâchoire à ses branches montantes jusqu'au condyle qui, porté en arrière, brise cette lamelle osseuse, d'où hémorrhagie; mais comme l'effort n'est pas encore épuisé, il en résulte une commotion cérébrale qui, au premier abord, avait masqué les accidents locaux.

Voici maintenant les signes et symptômes de cette fracture :

En cherchant à imprimer à la mâchoire des mouvements de latéralité (diduction), on détermine une douleur vive vers les conduits auditifs en avant du tragus; une légère pression exercée avec le doigt en ce point, est extrêmement douloureuse, surtout du côté gauche, où existe l'hémorrhagie auriculaire; la paroi antérieure du conduit auditif, touchée avec un stylet, accuse une sensation pénible, due peut-être aussi à une éraillure de la muqueuse auditive, mais pas de crépitation; l'abaissement de la mâchoire inférieure ne dépasse pas 2 centimètres, arrêté par la douleur, aussi la mastication est-elle impossible.

Quand nous aurons ajouté que l'ouïe est obtuse, nous aurons esquissé une physionomie de cette fracture, peut-être assez ressemblante pour être reconnue plus tard.

Du 15 au 18 mai. — Amélioration rapide, il commence à se lever, l'intelligence devient plus lucide; cependant une amnésie opiniâtre persiste encore, et depuis huit jours que nous lui donnons des soins, il persiste à dire qu'il nous voit pour la première fois; une éponge préparée est introduite dans l'oreille, dans le double but de repousser en avant le fragment de lamelle brisée et d'empêcher l'oblitération du conduit auditif.

Du 18 au 23 mai. — Amélioration progressive; mange les trois portions et sort complétement guéri le 27 mai, en conservant un peu de surdité, avec douleur dans l'oreille, lorsqu'il abaisse la mâchoire inférieure.

IIe OBS. — B...., cuirassier au 4e régiment, âgé de 23 ans, est projeté de son cheval, lancé au galop qui s'abat, et tombe sur le menton le 9 juillet 1869 pendant la manœuvre; reste sans connaissance au moins deux heures.

Commotion cérébrale, hémorrhagie auriculaire du côté gauche (environ 60 grammes) pendant quatre jours, douleur très-vive à la pression au niveau de l'articulation temporo-maxillaire plus marquée à gauche qu'à droite, douleur qui augmente pendant la mastication; pas de crépitation, impossibilité d'abaisser la mâchoire à plus de 2 centimètres et demi, plaie contuse au côté droit du menton, légère surdité à gauche.

Cette fois, il n'y a pas la moindre hésitation dans notre diagnostic, et si nous prescrivons de suite dix sangsues à l'oreille, des purgatifs et un pédiluve sinapisé, c'est moins pour combattre les accidents cérébraux, qui ne sont pas à redouter, qu'une otite traumatique, qui peut avoir une certaine gravité. Rien à signaler les jours suivants, mêmes symptômes.

12 juillet. — Une tumeur du volume d'une noisette est apparue à la paroi antérieure du conduit auditif, qu'elle remplit, derrière le condyle de la mâchoire, presque extérieure, dure, résistante, d'une couleur un peu plus foncée que la muqueuse, légèrement mobile quand on imprime des mouvements au maxillaire inférieur; le stylet n'y constate pas de fluctuation.

17 juillet. — État général très-satisfaisant, la mâchoire s'abaisse un peu mieux, mais la tumeur auriculaire existe toujours; une incision pratiquée donne issue à de la sanie purulente; le stylet introduit ne constate ni crépitation ni rugosité. — Cinq sangsues en avant du conduit auditif.

20 juillet. — Douleur très-vive dans les deux oreilles et surtout à

gauche, où existe la surdité. — Cautère mis derrière l'oreille; injections émollientes opiacées.

25 juillet. — Aucune modification apparente; ressent une légère crépitation dans l'oreille lorsqu'il mange, sifflement.

30 juillet. — Douleur plus vive au niveau de l'articulation, avec tuméfaction plus considérable : les mouvements de la mâchoire sont plus difficiles. — Dix sangsues.

10 août. — La tumeur du tragus diminue, ainsi que celle du conduit auditif; le cautère est en pleine suppuration.

20 août. — Amélioration. Sort le 23 août.

Il faut avouer que, dans ces deux observations, tout concourt, étiologie et symptômes, à égarer le dianostic. En effet, chute de cheval lancé au galop, commotion cérébrale au deuxième degré, hémorrhagie auriculaire, tout se réunit pour assombrir le dianostic et légitimer un traitement aussi énergique.

Il est vrai que si on fait bien attention à la manière dont le cavalier tombe : plaie du menton, hémorrhagie auriculaire, arthrite traumatique temporo-maxillaire, difficulté d'abaisser la mâchoire, tumeur auriculaire, l'hésitation n'est plus permise; mais nous le répétons, les symptômes cérébraux effacent les signes de la lésion locale.

Cette fracture, si nous nous en rapportons à notre propre appréciation, doit être plus fréquente qu'on ne le pense; en effet, si les coups de poing, les coups de pied de cheval, les chutes sur le menton ne sont pas rares; si, d'un autre côté, les fractures du corps de la mâchoire par la même cause, et celles du condyle du maxillaire, sont à peine signalées (Malgaigne, *Traité des fractures*, p. 400), il s'ensuit que cette cloison si mince, contre laquelle vient s'épuiser la violence du choc, doit être assez souvent brisée et que, si cette lésion est rarement constatée, c'est qu'elle n'est pas dévoilée par des signes en général assez accentués et qu'elle passe inaperçue sous les symptômes cérébraux.

Dans ces deux observations, nous avons constaté que la douleur auriculaire est plus forte à gauche qu'à droite, et que c'est de ce côté seulement qu'a lieu l'hémorrhagie.

Pourquoi cette prédilection marquée? Voici, selon nous, l'explication qui nous a paru la plus rationnelle :

Quand le cavalier tombe de son cheval qui s'abat, il porte, par instinct de conservation, pour atténuer la chute, la main droite en avant, c'est-à-dire qu'il tourne la tête à gauche, en présentant le côté droit du menton, et la preuve que la tête a dû affecter cette position, c'est que la plaie du menton n'est pas sur la ligne médiane, mais bien un peu à droite, et qu'alors la direction du choc suit une ligne oblique de droite à gauche, qui aboutit finalement à l'articulation temporo-maxillaire gauche.

Malgré tout l'attrait qu'il y a à diagnostiquer une fracture de ce genre, il ne faut pas perdre de vue qu'il y a en même temps une commotion cérébrale, et dans l'intérêt du blessé, les accidents cérébraux doivent toujours primer le traitement local.

NOTE SUR LA MORTALITÉ DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS,

par M. le docteur Crequy.

A une époque où on se préoccupe, à juste titre, de la question des nouveau-nés, il m'a paru intéressant de rechercher dans un quartier de Paris (La Chapelle-Saint-Denis), quelle pouvait être sur la mortalité l'influence du biberon relativement à l'allaitement naturel.

Je dois au concours de deux sage-femmes instruites, Mme Durozière et Mlle Vergnet, de m'avoir fourni les éléments de cette petite note.

Mes observations portent sur 300 enfants, nés du 1er juin 1867 au 1er juin 1868, et observés jusqu'à trois mois au minimum.

154 appartiennent au sexe masculin;
146 au sexe féminin;
235 ont été nourris au sein;
64 au biberon;
1 est mort-né.

Parmi les enfants élevés au sein, 25 ont succombé, ce qui donne une mortalité de 10,63 p. 100, parmi ceux élevés au biberon, 33 sont morts, c'est-à-dire 51 p. 100.

La mortalité est donc cinq fois plus grande chez les enfants élevés au biberon que chez les enfants nourris au sein.

181 allaités par leur mère, ont donné 15 morts, autrement dit 8,28 p. 100.

54 élevés par des nourrices, à leur domicile, ont donné 10 morts, ce qui fait 18 p. 100.

Les enfants élevés par leur mère, donnent donc une mortalité plus de moitié moins considérable que les enfants élevés par des nourrices.

Je n'ai pu faire la comparaison entre la mère et la nourrice sur lieu, ce mode d'allaitement ne pouvant exister dans les classes pauvres. Je suis persuadé que si un relevé exact était fait, l'allaitement maternel dans ce cas, primerait encore l'allaitement mercenaire.

Si en effet, on attribue à l'impressionnabilité de la mère, une large part dans les accidents qui arrivent à l'enfant, à combien de vicissitudes n'est pas soumis l'enfant élevé par une nourrice sur lieu. Une bonne nourrice en province, voit son lait se tarir à Paris, en dépit de tous les régimes auxquels on la soumet.

Il n'y a rien d'étonnant à cela quand on voit des jeunes filles bien réglées, en province, s'étioler en arrivant à Paris, et être plusieurs mois sans voir leurs règles, bien qu'elles soient soumises à une meilleure nourriture que chez leurs parents. La sécrétion lactée ne subit-elle pas une influence analogue? n'est-il pas arrivé à chacun de nous, d'être obligé, pour cette cause ou une autre de changer un enfant plusieurs fois de nourrice; le plus souvent, ces changements ne peuvent se faire sans préjudice pour les enfants; l'allaitement maternel nous paraît donc préférable, jusqu'à ce que des chiffres exacts viennent nous démontrer le contraire. A un point de vue général, remplacer la mère par une nourrice, c'est condamner l'enfant de cette dernière, au biberon, et faire peser sur lui les chances de mortalité inhérentes à ce mode vicieux d'alimentation, c'est déplacer le problème et non le résoudre. D'un autre côté, en poussant ainsi les classes élevées de la société, à se débarrasser des soins de la maternité, n'est-ce pas donner l'exemple à la masse du peuple, du peu de cas, que moralement, on doit faire de ces soins. Le médecin, ce me semble, ne devrait conseiller une nourrice que dans le cas où il juge la mère d'une santé trop délicate pour élever son enfant, et céder moins souvent qu'il ne le fait aux exigences sociales; il est triste de le dire, la question de nourrice, paraît être plus souvent une question de fortune, qu'une question d'aptitude.

Sur les 235 enfants élevés au sein, 185 l'ont été à Paris, 50 en province, les premiers ont donné 14 morts, ou 7,56 p. 100, les seconds, 11, c'est-à-dire 22 p. 100.

Les enfants élevés au sein, à Paris, donnent donc une mortalité moindre que ceux élevés en province; ceci tient en grande partie à ce que les enfants de Paris ont été nourris par leurs mères.

Mais pour l'allaitement artificiel, les choses se passent d'une manière inverse.

21 élevés au biberon, à Paris, donnent 14 morts, ou 66 p. 100.

43 élevés en province, donnent 19 morts, ou 44 p. 100.

La principale cause de cette différence réside surtout dans la meilleure qualité du lait et la vie au grand air, préférable à celle que les enfants mènent à Paris.

En résumé, ce petit tableau nous permet de résoudre plusieurs questions qui nous sont fréquemment adressées et qui me paraissent de la plus haute importance au point de vue de l'accroissement de la population qui, malgré ce qu'on a dit, à Paris, du moins, dépend bien plus de la mortalité des nouveau-nés que du manque de naissances.

1° La mère doit nourrir son enfant;

2° Si elle ne le peut, il doit être mis au sein sur lieu;

3° Si la fortune ne le permet, il devra être mis au sein à domicile, de préférence près des parents;

4° Si enfin l'enfant doit être élevé au biberon, la campagne devra être préférée à la ville.

Je dois ici faire remarquer le zèle que les deux sages-femmes qui m'ont fourni les éléments de cette petite note, ont mis à accomplir cette tâche; si dans un quartier pauvre nous sommes parvenus sur 300 enfants à en faire élever 235 au sein, dont 181 par leurs mères, et avoir en conséquence une mortalité beaucoup moindre que celle qui existe en général dans de semblables conditions, il ne faut pas croire que ce soit sans efforts. Ce n'est le plus souvent qu'après avoir démontré par des chiffres et l'exemple des mères voisines, les funestes résultats de l'allaitement artificiel, que nous sommes parvenus à les décider d'entreprendre une tâche dont elles se seraient volontiers débarrassées dans l'ignorance du danger qu'elles faisaient courir à leur enfant.

Malheureusement nous ne sommes pas toujours aussi bien secondés; bien des sages-femmes trouvant une légère rémunération dans le placement d'un enfant en nourrice y voient le moyen d'augmenter les faibles ressources d'une profession aussi pénible qu'ingrate. Quelques personnes émues de ces abus et d'autres plus graves, n'ont pas hésité à demander la suppression des sages-femmes; mais qui ne voit de suite les résultats d'un pareil acte?

Je pourrais citer tel quartier de Paris ayant 50,000 habitants et n'ayant que 6 ou 7 docteurs en médecine et 3 officiers de santé qui se trouveraient obligés de faire 1,500 à 2,000 accouchements; il n'en ont pas le temps et une rémunération suffisante ne viendrait as compenser les sacrifices nombreux que leur ont imposés de longues et pénibles études.

Mais cette difficulté déjà grande à Paris, le serait beaucoup plus en province où souvent un médecin compte 8 à 10,000 habitants dans une circonscription de 2 à 3 lieues de rayon. La suppression des sages-femmes aurait pour conséquence d'abandonner les femmes pauvres au soins des matrones, c'est-à-dire qu'au lieu d'avoir quelques soins elles n'en auraient plus du tout.

Je pense donc qu'il ne peut être sérieusement question de supprimer les sages-femmes, mais qu'on devrait exiger d'elles des connaissances plus étendues et des notions plus justes sur les soins à donner aux enfants.

A Paris, dans les quartiers pauvres, plus de trois quarts des accouchements sont faits par des sages-femmes. Qui ne voit de suite l'énorme influence qu'elles peuvent avoir sur le mode d'alimentation et par conséquent sur la mortalité des nouveau-nés.

Voulez-vous diminuer cette mortalité qui pèse sur les premiers jours de notre existence, entourez-les de soins tendres et éclairés, et personne plus que la femme n'est propre à remplir cette noble mission; mais au lieu d'en faire une profession en quelque sorte infime, relevez-là en honorant convenablement celles dont vous exigerez plus de savoir et de dignité.

Je sais bien que la ville de Paris confie les soins à donner aux femmes indigentes à un certain nombre d'entre elles, comme elle confie les soins des malades à un médecin du bureau de bienfaisance, mais, médecins et sages-femmes sont nommés par les membres du bureau de bienfaisance, lesquels sont complétement étrangers à la médecine et ne peuvent nullement juger des aptitudes de ceux auxquels ils confient ces fonctions si graves.

Un jury médical seul peut remplir cette mission.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE

PAR LES COURANTS CONTINUS

Par le docteur Jules Chéron, docteur ès sciences.

(Suite.)

Obs. I. — R. C..., tourneur en cuivre, 45 ans, est atteint de rhumatisme articulaire chronique généralisé. Les pieds sont déformés les doigts sont déjetés vers le bord cubital de la main; les articulations métacarpo-phalangiennes présentent chacune le volume d'une grosse noix. Ces tumeurs sont dues principalement à des hydarthroses avec hyperthrophie des synoviales, auxquelles s'ajoute l'augmentation de volume des surfaces articulaires. Toutes les autres articulations sont plus ou moins tuméfiées, plus ou moins douloureuses. Tous les mouvements sont conservés, mais la plupart sont diminués dans leur étendue, soit par la douleur, soit par des productions anormales, des contractures ou des atrophies musculaires.

La représentation des mains du malade avant le traitement, en A et en B, d'après des photographies, nous montre, en outre de la déformation, le degré maximum d'extension A et de flexion B qu'il peut leur donner.

Le malade rapporte le début de son affection au 12 juin 1845, époque à laquelle, après une marche de dix heures, étant soldat en Algérie, il s'étendit sous sa tente. Pendant la nuit, le vent arracha celle-ci, et le lendemain, en s'éveillant, il se trouva enseveli sous la neige.

Pendant deux années, il ressentit des douleurs peu intenses dans nn certain nombre d'articulations; mais, à partir de 1847, celles-ci devinrent plus aiguës, et la déformation avec gonflement commença à apparaître. Depuis lors, la maladie a toujours progressé; les traitements les plus variés ont été mis en usage sans résultats.

Les muscles du cou, envahis à plusieurs reprises, ont mis chaque fois le malade dans l'impossibilité de travailler,

Des poussées inflammatoires ont souvent lieu, principalement aux mains.

L'appétit est languissant; le sommeil est mauvais. Le travail que fait le malade est très-pénible pour son état de souffrance; il réveille très-souvent des douleurs dans les épaules, les coudes et les mains.

Des pollutions nocturnes très-fréquentes survenant sans excitation augmentent encore l'état de fatigue continuelle qu'éprouve le malade.

L'examen de l'urine permet d'y constater chaque fois une petite quantité d'albumine.

Le 15 avril 1867, je commence à traiter C... par les courants continus, portant d'abord mon attention sur la main et le bras droits.

Un courant descendant, fourni par 18 piles de 11 centimètres, au sulfate de plomb, est dirigé à travers la main, le pôle positif, muni d'une éponge mouillée, placé sur une tuméfaction douloureuse au niveau de l'extrémité inférieure du radius, et le pôle négatif sur les articulations métacarpo-phalangiennes, dix minutes sur chacunes d'elles. Dès la première séance la douleur diminue.

Dans les applications suivantes, répétées de deux en deux jours, les articulations métacarpo-phalangiennes diminrent de volume; les mouvements deviennent plus faciles; la peau commence à se rider à ce niveau, et la couleur lie-de-vin de cette dernière commence à faire place à une coloration plus normale.

Des courants de 36 éléments sont dirigés à travers l'articulation radio-carpienne, qui est absolument immobile et douloureuse. Après douze applications, le mouvement est revenu au point de permettre au poignet de faire sur l'avant-bras un angle de 150°.

Aucun mouvement de latéralité n'est encore possible.

Pendant cette période, la force des courants a fatigué la main, les articulations métacardo-phalangiennes sont redevenues douloureuses et tuméfiées, et quelques jours après, une poussée inflammatoire se déclare sur le dos de la main.

Dans le but de calmer la douleur et de résoudre ce commencement d'inflammation, un courant de 18 éléments est appliqué, le pôle positif sur le point tuméfié, et le pôle négatif sur la partie moyenne des extenseurs de l'avant-bras. Après douze minutes d'application de ce courant ascendant, la douleur a considérablement diminué, et le mouvement est redevenu facile. Deux jours après, je fus très-étonné de trouver les articulations métacarpo-phalangiennes libres et beaucoup moins tuméfiées que je ne les eusse jamais vues.

A partir de ce jour, les courants assendants furent seuls employés. Le malade put dès lors supporter des courants forts : 40 éléments au sulfate de plomb, et même 30 éléments de Remak. Après la vingt-deuxième séance, il n'existe plus trace d'albumine dans l'urine.

Aujourd'hui, 20 novembre, nous sommes arrivés à la cinquante-huitième séance. Voici l'état du malade :

Les articulations scapulo-humérales sont assez libres pour que le malade puisse, par derrière le dos, toucher avec la main le coude opposé. Les articulations du coude ont cessé d'être douloureuses; les mouvements dont elles sont le centre sont devenus plus libres. Les articulations des poignets gagnent chaque jour, et la tuméfaction considérable et couleur de lie-de-vin, qui existait au niveau de chaque articulation métacarpo-phalangienne a complétement disparu; la peau a repris une couleur normale; les mains peuvent saisir avec force. Le malade raconte, comme preuve, qu'il monte dans l'omnibus et en descend lorsque celui-ci est en marche, ce qu'il n'eût jamais osé faire il y a quelques mois.

La représentation des mains du malade en ce moment, C. D (cinquante-huit applications), nous montre qu'il lui est possible de fermer et d'ouvrir complétement celles-ci, en même temps que nous voyons combien les articulations se sont réduites de volume. — Ces dessins ont été faits d'après des photographies.

Notre malade peut travailler beaucoup plus vite et beaucoup mieux; il développe une somme de force plus considérable. La même quantité de travail peut être faite par lui avec un tiers du temps qu'il y employait avant le traitement. Le travail n'éveille plus aucune douleur. L'appétit est bon et soutenu; le sommeil aussi. Le malade ne res-

sent plus le grand abattement qu'il éprouvait chaque matin au sortir du lit.

La marche, lourde et pénible il y a six mois, est aujourd'hui très-facile.

Je ferai remarquer que le courant ayant été simplement appliqué sur la main ou le bras droit pendant tout le traitement, il n'en est pas moins survenu une amélioration générale qui équivaut à une guérison.

Toutes les articulations sont devenues indolores; les déformations se sont atténuées; les mouvements sont devenus plus libres.

L'albumine a disparu de l'urine; le sommeil et l'appétit sont revenus; le malade prend de l'embonpoint. Le bras électrisé est de 1 centimètre et demi plus volumineux que l'autre. Les pollutions nocturnes ont complétement disparu vers la quinzième application.

Les médecins allemands qui se sont occupés des courants continus (Remak, Benédik, etc.), ont déjà signalé cet effet général du courant continu, quel que soit son point d'application. Ce n'est point ici le lieu d'en rechercher la cause.

Obs. II. — Mathieu R... est âgé de 52 ans, il exerce la profession de puisatier. Ses mains sont déformées. Le poignet gauche est le siége d'une petite tumeur, dure et allongée, au niveau de l'extrémité du radius.

L'articulation radio-carpienne de la main droite est augmentée de volume et complétement immobile.

Les muscles de l'avant-bras sont considérablement atrophiés.

Aujourd'hui, Mathieu travaille avec difficulté; il ne peut tenir les instruments avec assez de vigueur; lorsqu'il reçoit le moindre choc ses articulations deviennent très-douloureuses.

Le traitement est entrepris au mois de mai 1868, alors que le malade est atteint de rhumatisme articulaire chronique depuis quatorze ans.

Le pôle positif étant appliqué sur les articulations métacarpo-phalangiennes, le pôle négatif est placé sur la peau sclérosée du dos de la main, où la circulation commence à se rétablir après une dizaine d'applications.

Les muscles sont aussi traités par des courants ascendants, et nous voyons, après 34 applications, les articulations métacarpo-phalangiennes permettre la flexion à peu près complète des phalanges.

L'articulation radio-carpienne est redevenue mobile, de façon que la main peut faire sur l'avant-bras un angle de 140 degrés.

La tumeur du poignet a diminué notablement, et aujourd'hui, après 76 applications, notre malade se considère comme guéri.

La sensibilité anormale a disparu des articulations; il peut serrer vigoureusement l'objet qu'il tient dans la main. Les muscles ont repris une partie de leur volume et de leur puissance.

L'effet général que le courant continu exerce sur la nutrition s'est fait sentir de la façon la plus caractéristique sur ce malade, en amenant la disparition de la dyspepsie, qui le fatiguait depuis plus de deux années.

(*A suivre*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 12 octobre 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un extrait du procès-verbal de la séance du Conseil central d'hygiène et de salubrité relatif au rapport général présenté par l'Académie sur les maladies épidémiques qui ont régné en France en 1869; — 2° deux copies du registre d'inscription des malades traités à l'hôpital thermal d'Hammam Meskoutin pendant la première et deuxième saison de 1868, et de Barèges pendant la saison 1868.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Closmadeuc (de Vannes), relative aux faits de syphilis vaccinale du Morbihan. Dans sa lettre précédente, M. Closmadeuc avait mis en doute la parfaite exactitude des faits consignés dans la thèse de M. Bourdais. Dans sa réponse à cette lettre, M. J. Guérin aurait déclaré que l'exactitude de ces faits est attestée par le témoignage de M. le docteur Denis (d'Auray).

M. Closmadeuc adjure M. Guérin, dans l'intérêt de la vérité, de citer la pièce ou les pièces sur lesquelles il s'appuie pour opposer le témoignage et l'opinion de M. le docteur Denis (d'Auray) à ceux de M. Closmadeuc.

M. J. Guérin demande la parole à l'occasion de cette lettre.

M. Closmadeuc, dit-il, me prête des paroles que je n'ai pas dites; je n'ai fait que répéter, dans mon dernier discours, un passage de la thèse de M. Bourdais. Voici textuellement ce que j'ai dit : « M. Bourdais est parvenu à retrouver soixante-dix enfants, et c'est en présence de M. Denis lui-même, l'un des auteurs de la première communication, et grâce à son obligeance, qu'il a pu visiter quelques-uns de ceux auxquels ce médecin avait donné ses soins. »

Je m'étonne, ajoute M. Guérin, qu'on me mette au défi de prouver ce que je n'ai pas dit.

2° Une lettre de M. le docteur Bourdais, en réponse aux allégations de M. Closmadeuc (de Vannes). Voici le texte de cette lettre relativement à l'objet du litige : « 1° Il résulte d'une lettre du 1er octobre dernier, que M. le docteur Closmadeuc (de Vannes) a bien voulu me faire l'honneur de m'adresser, en réponse à ma demande d'explications sur le sens des paroles ci-dessus de M. Henri Roger, que, en aucun cas, il n'a entendu mettre un instant en cause ma bonne foi ni l'honnêteté d'intention que semblaient si directement attaquer les paragraphes de la lettre de M. Closmadeuc. — 2° J'envoie en dépôt à l'Académie la copie de la lettre de feu M. Closmadeuc (d'Auray) datant du 9 juillet 1866, dont j'ai fait usage, afin de lui démontrer par le simple rapprochement de cette lettre avec ma thèse, pages 9 et 11, le peu de fondement de cette assertion, que je me serais servi d'écrits posthumes pour dénaturer le caractère et le sens des observations. (Suivent les citations des passages de la lettre de feu M. le docteur Closmadeuc, d'Auray.)

3° Une lettre de M. le maire de Pierre Buffière, par laquelle il prie l'Académie de se faire représenter par un délégué à l'inauguration de la statue de Dupuytren qui sera faite le 17 du courant, à une heure.

M. le Président demande à M. Cruveilhier s'il consent à représenter l'Académie dans cette circonstance.

M. Cruveilhier répond que, non-seulement comme ancien élève et ami, mais encore comme compatriote de Dupuytren, il accepte cette mission avec reconnaissance.

4° Une lettre de M. le docteur Chassagny (de Lyon), accompagnant l'envoi d'un pli cacheté portant cette suscription : « De l'accouchement prématuré artificiel. » (Accepté.)

5° Une lettre de M. le docteur Martinenq, de Grasse (Alpes-Maritimes), ayant trait à la discussion sur la vaccine.

6° Une lettre de M. le docteur Hoffmann, pharmacien, sur la théorie de l'essence de térébenthine employée comme contre-poison du phosphore.

7° Une lettre de M. le docteur Odier (de Genève), relative aux pesées des enfants, moyen dont il maintient la valeur contre les dénégations de M. Husson.

9° Un travail manuscrit de M. le docteur Raimbert (de Chateaudun), intitulé : *Recherches expérimentales sur la transmission du charbon par les mouches*. (Comm., MM. Boulay et Davaine).

10° Un mémoire de M. Personne *sur l'action toxique de l'acide pyrogallique*. (Comm. MM. Regnaud, Gobley et Bussy.)

11° M. Mathieu présente un instrument construit par lui sur les indications de M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de la Maternité, et destiné à pratiquer, avec une grande facilité et une innocuité à peu près complète, la cautérisation intra-utérine.

Cet instrument que l'on peut appeler sonde à triple courant se compose : 1° d'un tube métallique ayant la forme d'un cylindre aplati latéralement de 2 millimètres de hauteur, courbé dans son quart antérieur de manière à faciliter son introduction et divisé intérieurement en trois canaux, un médian, un supérieur et un inférieur, lesquels ne communiquent en aucun point, et viennent s'ouvrir par trois pertuis, le médian à l'extrémité, le supérieur sur la concavité et l'inférieur sur la convexité de la sonde; 2° de trois ampoules de caoutchouc, une médiane, une supérieure, une inférieure fixées sur trois tubes distincts qui s'irradient à la partie supérieure de la sonde et ne sont que la continuation des trois canaux mentionnés plus haut et renfermés dans le tube. Enfin un petit pavillon aplati, ménagé sous l'ampoule médiane, est destiné à tenir facilement l'instrument.

L'instrument est plongé par sa petite extrémité successivement dans l'eau distillée, dans une solution de nitrate d'argent et dans une solution de chlorure de sodium. A chaque immersion l'ampoule médiane d'abord, la supérieure ensuite, l'inférieur enfin ont été pressées d'abord pour en chasser l'air, puis livrées à elles-mêmes afin d'obtenir leur réplection par aspiration. L'instrument est ainsi amorcé et les trois ampoules remplies, la médiane d'eau distillée, la supérieure de nitrate et l'inférieure de chlorure de sodium. Le spéculum est appliqué. La sonde, tenue par le pavillon mentionné plus haut, pénètre doucement dans la cavité utérine, et ne s'arrête que sur le fond de l'organe. L'ampoule médiane est doucement pressée, et l'eau distillée lave l'intérieur de la matrice, puis ressort chargée de mucosités sur les parois de la sonde et tombe dans le vagin. Le chirurgien comprime alors l'ampoule supérieure, et la solution de nitrate d'argent projetée sur la paroi antérieure de la matrice, tapisse ses parois latérales et vient s'accumuler sur la partie la plus déclive. C'est alors que pour neutraliser l'excédant de cette solution caustique, le chirurgien injecte, en comprimant l'ampoule inférieure, la solution de chlorure de sodium qui forme, ainsi qu'on le sait, un chlorure d'argent insoluble. Ce précipité tombe à son tour dans le vagin, et pour peu qu'on veuille hâter son issue, il est facile de le faire en comprimant de nouveau l'ampoule médiane, dont l'eau distillée entraîne le tout par un dernier lavage.

Les avantages de l'instrument sont : 1° Introduction facile;

2° Chargement des trois ampoules des plus rapides et des plus commodes;

3° Disposition qui permet de faire trois injections successives et différentes sans déplacer une seule fois l'instrument;

4° Innocuité de l'injection caustique, puisqu'une fois son action produite, elle se trouve immédiatement neutralisée par le chlorure;

5° Possibilité de produire, au moyen de ce système, à la surface interne de l'utérus, une série de précipités à action topique, dont l'application peut rendre des services.

Cet instrument, dont le système est facilement applicable aux injections vésicales kystiques et autres, a été expérimenté depuis environ six semaines et a donné de très-bons résultats.

M. Tardieu offre en hommage à l'Académie une brochure de M. Virchow sur l'*Hygiène scolaire*, traduite par M. le docteur Decaisne.

M. le Président annonce à l'Académie que M. le professeur Bouisson (de Montpellier) assiste à la séance.

Sur l'invitation de M. le président, M. Voisin donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Cerise. La lecture de ce discours est accueillie par les applaudissements de l'assemblée.

RAPPORTS

M. Gobley lit une série de rapports sur les remèdes secrets, dont les conclusions sont adoptées sans discusion.

LECTURE

M. Léon Labbé donne lecture d'un travail intitulé : *Expériences physiologiques sur le chloral*, par MM. les docteurs Léon Labbé et Etienne Goujon.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le chloral, introduit en quantité suffisante dans le sang d'un animal, produit l'anesthésie chez ce dernier, et cela sans passer par la période d'excitation qui se produit toujours par le chloroforme.

2° Introduite dans le tube digestif ou sous la peau, cette substance produit d'abord le sommeil, puis l'anesthérie, mais à un degré moindre que si elle était introduite dans le sang. — Il y a, dans ce cas, un peu d'excitation avant le sommeil, mais il y a loin de là à de l'hypéresthésie.

3° Pour les différentes raisons énumérées plus haut, nous ne pensons pas que le chloral agisse en se transformant en chloroforme.

Suite de la discussion sur la mortalité des enfants nouveau-nés.

M. Fauvel lit un discours dont voici les principaux points et le résumé :

M. Fauvel après avoir énoncé les motifs qui l'ont engagé à prendre la parole dans cette discussion, rapporte en ces termes l'impression qu'a produite sur lui le rapport de la commission. Après trois ans, le résultat de tant de travaux est l'exhumation d'un règlement suranné, tombé en désuétude, que la commission propose comme remède à un mal profond qui a ses racines dans notre organisation sociale. Que des médecins expérimentés, que des hommes, qui, d'ordinaire ont tant de peine à se plier aux formalités administratives, aient été pris d'enthousiasme pour la réglementation au point de croire que l'effroyable mortalité qui pèse sur les enfants envoyés en nourrice, puisse être conjurée par une réglementation à outrance de l'industrie de l'allaitement, j'avoue que cela m'a surpris au plus haut degré. La crainte que l'Académie ne suive les errements de la commission, est une des causes, qui m'ont poussé à prendre la parole.

M. Boudet a déjà fait une critique, très-fondée, du rapport; j'y adhère; seulement, je ferai remarquer que M. Boudet n'a adressé sa critique qu'à M. Blot le rapporteur, tandis qu'en vertu de la solidarité des membres de la commission, c'est à la commission tout entière qu'elle devait s'adresser.

J'ai dit que j'adhérais d'une manière générale aux critiques de M. Boudet; mais mon appréciation du rapport diffère à plusieurs égards de celle qu'en a faite notre collègue. Je vais beaucoup plus loin que lui dans mon dissentiment avec la commission. Non-seulement je regrette dans le rapport les nombreux *desiderata* qu'y a signalés M. Boudet, mais je repousse complétement le projet de règlement qui en est la conclusion capitale. De sorte qu'à mes yeux le rapport est complètement à refaire.

Telle est la proposition que j'ai l'intention de justifier aujourd'hui devant l'Académie.

La commission a paru croire qu'il lui suffirait de connaître le chiffre de la mortalité pour en déduire la prophylaxie. Elle a agi en cela, comme un médecin, qui ne connaissant d'une maladie, que la mortalité qu'elle occasionne, prétendrait en déduire le traitement. Elle a cru que le rôle de l'Académie consistait seulement à appeler l'attention du gouvernement sur la question. Elle a mal compris son rôle; elle n'a pas vu que la tâche était de faire voir à la commission mixte (la commission administrative), des résultats scientifiques qui pussent servir de base à une bonne réglementation et non pas de faire elle-même un règlement qui trahit son incompétence et l'expose à de justes critiques.

Ainsi, la commission a méconnu son rôle: elle a suivi les indications de MM. Brochard et Monnot et les tendances de M. Husson. Seulement M. Husson en homme expérimenté en cette matière, n'admet l'utilité de cette intervention de l'Académie dans la réglementation que dans des limites assez restreintes.

La véritable question à traiter par la commission devait être, non pas le fait de la grande mortalité des enfants, qui est connu de tout le monde maintenant, mais bien la cause principale de cette mortalité. La grande mortalité des enfants mis en nourrice tient, comme le disait M. Husson, en 1866, et ainsi qu'il l'a répété dans la dernière séance, à des origines nombreuses et complexes. Or, toutes les causes de mort chez les nouveau-nés peuvent être ramenées à trois. 1° la faiblesse native plus commune chez les enfants naturels; 2° le défaut de soins; 3° l'insuffisance ou la mauvaise qualité de nourriture. De ces trois causes, la plus influente est la troisième, c'est l'insuffisance de l'allaitement, la pénurie de bonnes nourrices. Cela résulte de tous les documents publiés. Cette cause se trouve souvent associée aux deux autres.

Il est incontestable que le lait de femme est insuffisant, en France, pour nourrir convenablement tous les nouveau-nés. Ici M. Fauvel entre dans quelques développements pour établir les points suivants savoir : les preuves de la pénurie de bonnes nourrices, les conséquences de cette pénurie, les causes du manque de bonnes nourrices, les conditions dans lesquelles se trouvent la plupart des nourrices chargées des enfants pauvres. Puis, arrivant au remède proposé par la commission, il montre que la commission a été séduite par les résultats avantageux obtenus par les soins de la direction municipale des nourrices, et qu'elle a espéré que par l'application de ses règlements on obtiendrait des résultats analogues. Mais, fait remarquer M. Fauvel, on n'a pas fait attention que les conditions n'étaient point les mêmes, que la direction municipale applique ses règlements dans un cercle restreint, ce qui rend l'application d'autant plus facile, qu'elle en seconde singulièrement l'efficacité, en venant en aide par des secours et des allocations.

Passant, enfin, à l'étude du règlement proposé, M. Fauvel montre qu'il n'est pas nouveau, qu'il reproduit textuellement l'ordonnance de police du 26 juin 1842, qui est tombée en désuétude. Une seule chose y a été ajoutée, le carnet. Or le carnet, qui n'est autre chose que la reproduction du livret des ouvriers auquel on a renoncé depuis longtemps, est une mesure que nos mœurs repoussent, et qui ne pourrait d'ailleurs avoir aucune efficacité. Le règlement proposé aurait pour conséquence d'écarter toutes les mauvaises nourrices; ce serait là un effet purement restrictif; mais augmenterait-il le nombre des bonnes nourrices? L'erreur de la commission est de croire que les ressources pour l'allaitement sont suffisantes, et qu'il ne s'agit que d'en régler l'emploi. Il n'en est malheureusement pas ainsi. Les ressources actuelles sont au-dessous des besoins. On aura beau réglementer la famine et la misère, on ne produira ni l'abondance ni la richesse.

Voici en quels termes M. Fauvel résume cette première partie de son discours :

La commission était saisie d'une des questions les plus importantes qui aient été soumises à l'Académie, celle de l'énorme mortalité des enfants mis en nourrice. Elle avait, selon moi, à étudier scientifiquement le mal, non-seulement dans sa gravité, mais surtout dans les causes qui l'amènent, pour en déduire l'indication des mesures propres à l'atténuer; au lieu de cela, la commission s'est contentée de constater la gravité du mal, c'est-à-dire la grande mortalité parmi les nourrissons (fait déjà connu et sur lequel tout le monde était d'accord); puis, partant de ce fait, et abandonnant de propos délibéré le côté médical de sa tâche, qui était de fournir les bases scientifiques d'un travail administratif, elle a, en quelque sorte, usurpé le rôle de la commission administrative en venant proposer l'adoption d'un règlement ancien, tombé en désuétude (règlement qu'elle aggrave dans plusieurs de ses dispositions), comme étant un moyen d'atténuer un état de choses qui comporte de tout autres remèdes.

Ayant méconnu la véritable cause du mal, elle s'est trompée sur l'indication à remplir, si bien qu'à mon sens, la réglementation qu'elle propose, loin d'être un palliatif, aurait, par certaines de ses dispositions, un effet contraire à celui qu'elle attend.

Après une telle appréciation, que je n'ai pas la prétention de croire infaillible, mais que je donne comme étant le résultat d'une profonde conviction, l'Académie comprendra que je ne sois pas disposé, quant à présent, à lui proposer de sanctionner l'œuvre de la commission.

Il me reste, pour justifier mes critiques, à exposer comment j'aurais compris le travail dont la commission était chargée. C'est ce que je ferai dans une autre séance. (Applaudissements et marques nombreuses d'assentiment.)

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La prochaine réunion de la Société de thérapeutique aura lieu vendredi prochain 15 octobre, à quatre heures, dans le local ordinaire des séances, à la mairie du 1er arrondissement, salle des Secours mutuels.

— Les travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux commenceront vendredi 15 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours seront ouverts le mardi 26 octobre. Ils auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° Anatomie chirurgicale, M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les mardis et vendredis;

2° Anatomie descriptive, M. le docteur Nicaise, prosecteur, les lundis et jeudis;

3° Physiologie, M. N..., prosecteur, les mercredis et samedis.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

— L'administration des hôpitaux vient, dit-on, de décider que le nombre des accouchements pratiqués dans les services spéciaux serait diminué d'un tiers. On y suppléerait en disséminant une partie des femmes en couches dans les services généraux de médecine et en en plaçant une partie chez les sages-femmes de la ville.

— D'après les dernières nouvelles venues des Indes, le choléra, loin de s'arrêter, paraîtrait avoir continué à s'étendre. Il sévit à Sangor, Tubbulpire, Allahabad, Cawnpore, Luckow, Orgzabad, Agra et Morar. Plus de 200 militaires appartenant à l'armée des Indes auraient déjà succombé.

— La cérémonie de l'inauguration de la statue de Dupuytren à Pierre-Buffière aura lieu dimanche prochain 17 octobre.

— La Société anatomique reprendra ses séances vendredi 15 octobre, à trois heures précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

Rendiconto statistico.... Compte rendu statistique de la clinique ophthalmologique de l'Université royale de Naples (de novembre 1867 à février 1868), par M. le docteur GIANGIUSEPPE REALE. — Naples, 1869.

Considérations médico-philosophiques sur quelques points de l'éducation des enfants, par le docteur Alph. LOUIS BLANC. — In-8° de 140 pages. Prix : 2 francs.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. FOLLIN et Simon DUPLAY. — Tome III°, fascicule 2 (pages 220-444. Figures 37-107). Prix : 3 fr. 50 c.

Guide du médecin et du touriste aux bains de la vallée du Rhin, de la forêt Noire et des Vosges, par le docteur AIMÉ ROBERT, rédacteur en chef de la *Revue d'Hydrologie médicale*. 1 vol. in-18 de 570 pages. Prix : 6 fr.

De la Contagion, seule cause de la propagation de la lèpre, par le docteur CH. DROGNAT-LANDRÉ. Brochure in-8° de 87 pages Prix : 2 fr. 50.

Bulletin et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. Tome 5°, 2° série, année 1868. 1 vol. grand in-8°. Prix : 5 fr.

Études expérimentales sur la régénération des tissus cartilagineux et osseux, par le docteur X. PEYRAUD. — 1 vol. in-8° de 122 pages, avec 3 planches et 17 fig. Prix : 3 fr. 50.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes des mois de juillet, août et septembre 1869.

Dans le numéro de mardi dernier (Compte rendu de la Société médicale des hôpitaux) nous avons donné, d'après le rapport de la commission des maladies régnantes, les chiffres de la mortalité générale comparée des hôpitaux et hospices de Paris pendant les trois premiers trimestres de 1869 et la caractéristique générale de la constitution médicale de la période estivale (juillet, août et septembre). Nous allons emprunter aujourd'hui à ce rapport quelques-uns des faits principaux qui ressortent de l'analyse des divers groupes de maladies qui ont été observées durant cette période.

Voici d'abord quelles sont ces maladies, d'après le chiffre de mortalité qu'elles ont produit : fièvre typhoïde, pneumonies, entérites, variole, diarrhées, érysipèles, bronchites, pleurésies, scarlatine, rougeole, affections diphthéritiques, ictère, rhumatisme articulaire, etc.

Les affections des voies respiratoires ont subi l'atténuation propre à la saison. Il y a toutefois une petite restriction à faire à cette proposition. Ainsi le mois de juillet a compté plus de décès par pneumonie que le mois de janvier; et en juin, la proportion de la mortalité par pneumonie s'est élevée au chiffre le plus élevé de l'année.

Les pleurésies ont conservé pendant l'été une fréquence et une gravité telle, que la mortalité causée par ces affections est supérieure en juillet à celle du mois de janvier, et qu'elle est égale en août à celle du mois de mars.

Les affections rhumatismales, très-communes malgré la saison d'été, ont donné lieu à un nombre de décès relativement considérable; elles se sont montrées généralement tenaces et compliquées, avec une déplorable fréquence des lésions endo-péricardiques.

La mortalité causée par les affections diphthéritiques, par le croup en particulier, a fléchi dès le mois de mai dans des proportions assez considérables : 30 décès en avril; 12 seulement en mai; 11 en juin; 4 seulement en juillet; mais dès le mois d'août elle se relève à 14.

Pendant l'été de 1869, l'épidémie de scarlatine a continué à suivre une marche progressivement croissante dans la ville comme dans les hôpitaux, et le nombre des décès causés chaque mois par cette fièvre éruptive a plus que doublé. Cette progression a affecté, dans la population militaire, des caractères de diffusion et de lenteur rarement observés dans les autres pyrexies exanthématiques. La mortalité est restée dans des proportions relativement restreintes : 7 décès en juillet; 8 en août.

La progression de l'épidémie a été signalée de divers côtés. M. Bergeron a constaté dans son service, pour le seul mois de septembre, 8 cas de scarlatine, dont 6 développés dans le service des chroniques sans qu'aucun scarlatineux eût été introduit dans la salle; seulement, il y avait alors dans le service des aigus, un scarlatineux en pleine desquamation, atteint d'arthrite suppurée de l'épaule, consécutive à la scarlatine. Sur ces 8 cas, il n'y a eu qu'un seul décès. A cette occasion, M. Bergeron a remarqué une singulière disposition à la suppuration chez les scarlatineux.

L'épidémie de variole a subi pendant l'été une atténuation très-notable, et le chiffre de la mortalité causée par cette affection, qui était encore, en juin, de 23, est descendu à 13 en juillet, à 11 en août. On a noté en juillet, dans le service de M. Laboulbène, à Necker, 2 varioles avec *rash* guéries. A la même époque, M. Gubler remarquait que dans son service de l'hôpital Beaujon les éruptions varioliques s'étaient montrées sans avoir été précédées de *rash*. En septembre, M. Gubler a observé deux cas de variole confluentes chez des malades vaccinés dans leur enfance, mais sans résultat, et chez lesquels on ne trouvait aucune cicatrice vaccinale. L'un de ces malades, âgé de 19 ans, est en voie de guérison; l'autre a succombé au huitième jour de la période d'éruption.

L'épidémie de rougeole est restée stationnaire. Il y a eu à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. H. Royer, en juillet, 11 cas de rougeole, dont 9 simples, terminés par la guérison, 2, suivis de décès, l'un par une gangrène de la bouche, l'autre, par une coqueluche avec convulsions épileptiformes ultimes; en août, 5 cas, dont 2 compliqués de broncho-pneumonie, tous guéris; en septembre, 3 cas simples, sans complications. — A l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Bergeron, pendant le 1er septenaire du mois d'août, 6 cas, dont 5 compliqués, 2 de broncho-pneumonie, 2 de croup et le 5e de broncho-pneumonie et de croup à la fois, et tous les 5 suivis de mort.

L'épidémie de fièvre typhoïde, qui avait subi au mois d'avril, une exacerbation momentanée et qui avait ensuite décliné de mois en mois, s'est relevée en août et en septembre, frappant en même temps la population civile et la population militaire, l'enfance et la jeunesse. Du 3 au 14 septembre, 17 militaires sont entrés à l'hôpital Saint-Martin, atteints de fièvres typhoïdes à formes variées, 2 seulement ont succombé, l'un au cours de la maladie, l'autre pendant la convalescence.

Depuis le 15, il n'y a eu aucune entrée nouvelle pour cette affection. Cette petite endémie n'a donc duré que 12 jours seulement.

Au Val-de-Grâce, pendant la même période, à peu près, du 3 au 23 septembre, il a été reçu dans le service de M. Vallin, 15 malades atteints de fièvre typhoïde, 9 cas très-graves, dont 3 décès; 4 d'intensité moyenne, 2 légers. Les deux autres services de médecine du Val-de-Grâce ont reçu le même nombre de fièvres typhoïdes, soit 45 cas dans le même mois, pour tout l'hôpital.

(Nous comptions trouver dans le rapport quelques renseignements fournis par les médecins des hôpitaux civils, soit sur les caractères de la maladie, soit sur les traitements mis en usage. Nous avons été complétement déçus à cet égard. Si la petite épidémie actuelle continue, nous tâcherons de suppléer au silence du rapport à cet égard).

La période estivale a donné lieu, comme tous les ans, à un nombre plus ou moins considérable d'affections des voies digestives et notamment de diacrises intestinales primitives ou secondaires, idiopathiques ou symptômatiques. Un certain nombre de ces diacrises ont acquis un degré d'intensité assez élevé et ont revêtu les diverses variétés des affections cholériformes. Dans les hôpitaux civils, la mortalité due aux affections diarrhéiques appartient presque entièrement aux asiles de l'Enfance, où l'on a constaté un certain nombre de cas de l'affection cholérique spéciale à cet âge. A l'hôpital des Enfants, vers le mois de juillet, au moment des grandes chaleurs, M. H. Royer, a observé 4 cas de diarrhée catarrhale intense, et 1 cas de véritable choléra infantile terminé par la mort; en août, 6 cas de diarrhée cholériforme, et 4 cas de diarrhée infantile suivie de mort. En septembre, le nombre de ces affections a considérablement diminué et il n'y a plus de cas de mort.

Dans les hôpitaux militaires, les flux intestinaux se sont également montrés avec une grande fréquence. Au Val-de-Grâce, en juillet, il y a eu dans le service de M. Colin, un grand nombre de cas d'embarras gastriques, de diarrhée et d'ictère, en même temps que des cholérines, mais sans terminaison fatale. Dans le même hôpital, au mois d'août, on a reçu un nombre considérable de diarrhées dysentériques qui ont cédé rapidement sous l'influence du repos, du régime et de moyens très-simples, tels qu'un verre d'eau de Sedlitz ou un peu d'opium et de bismuth. A l'hôpital Saint-Martin, sur 137 fiévreux entrés en juillet, M. Champouillon a compté 39 cas de diarrhée aiguë et 5 cas de flux dysentérique. M. Champouillon attribue ces affections, non point à l'abus des fruits, comme on est généralement porté à le faire, mais aux mauvaises qualités des eaux dont font usage les militaires casernés sur la rive droite de la Seine. — Il y aurait là un sujet d'enquête.

M. Bergeron a signalé 2 cas de cachexie paludéenne, non pas à titre de maladies régnantes, mais comme exemple d'un fait qui se reproduit, dit-il, avec une fréquence déplorable, l'envoi en nourrice d'un certain nombre d'enfants de Paris dans des contrées marécageuses.

Parmi les affections du système nerveux, M. Gubler a signalé 2 cas d'insolation ayant produit : chez un malade, des attaques éclamptiques suivies d'un état comateux avec déviation conjuguée des yeux, un état cataleptique des extrémités supérieures, avec présence d'une énorme proportion de sucre et d'albumine dans les urines; et chez un autre, la forme comateuse avec congestion probable des hémisphères, avec présence d'albumine seulement dans les urines.

Un mot seulement sur la phthisie pulmonaire qui a donné, comme toujours, durant cette période, le chiffre de la mortalité le plus élevé, uniquement dans le but de constater, avec le rapporteur de la commission, que cette mortalité, bien qu'à peu près invariable en apparence, à toute époque de l'année, subit en réalité un abaissement sensible dans ses proportions durant la période estivale et sous l'influence manifeste de l'élévation de la température et des qualités générales de la saison. Ainsi la mortalité par phthisie pulmonaire, qui a été de 51,30 p. 100 au mois de janvier 1869, s'est abaissée à 48,74 p. 100 en juin, et à 40,94 en juillet, pour reprendre sa marche ascensionnelle en août et septembre.

— Nous recevons à l'instant par le *Lyon médical* le bulletin des maladies régnantes de Lyon. Voici ce qu'il renferme d'essentiel :

La constitution médicale a peu changé, c'est toujours le carac-

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur Broussais et sur son œuvre

Par M. PAUL REIS (1).

La médecine, depuis le commencement de ce siècle, a vu son domaine s'agrandir dans des proportions considérables; les nouveaux moyens d'investigation, l'application plus exacte des sciences accessoires et le progrès incessant de la physiologie expérimentale ont, en effet, tellement augmenté le champ de l'observation, qu'il reste peu de temps à la jeune génération médicale qui veut se tenir au courant des progrès incessants de la science, pour lire les ouvrages de leurs devanciers.

Cette étude des auteurs anciens est, il faut l'avouer, complétement abandonnée de nos jours, et par ces mots *auteurs anciens*, nous comprenons ceux qui illustraient le commencement de ce siècle; et si, pour appuyer la vérité de notre dire, nous voulions un exemple, nous n'aurions qu'à prendre le nom de Broussais. Ce nom que nous voyons reproduit à chaque instant dans nos ouvrages classiques, ce nom qui caractérise une des plus grandes réformes qu'ait subies l'art de guérir, le plus grand nombre, pour ne pas dire tous les médecins de notre époque, ne le connaissent que par des appréciations plus ou moins partiales et par la polémique que ce hardi novateur avait soulevée; mais bien peu ont lu et médité ses ouvrages. Aussi voyons-nous M. Reis s'efforcer aujourd'hui de résumer d'une manière claire et succincte les travaux de Broussais, et montrer les points capitaux de sa doctrine. Nul n'était mieux à même d'accomplir cette tâche profitable à tous. Élève de Broussais et ayant suivi depuis toutes les modifications qui sont survenues dans la science médicale, il a pu apprécier à sa juste valeur l'impulsion que son maître a imprimée à la médecine du dix-neuvième siècle.

L'auteur débute par l'histoire de la vie de Broussais. Dans cette première partie, un fait nous a surtout frappé, c'est que Broussais appliquait sur lui-même et sur les siens sa thérapeutique avec la plus grande sévérité. On trouve, en effet, la relation d'un traitement que Broussais institua lui-même pour une indisposition dont il fut atteint au mois de novembre 1819, et pour laquelle, dans l'espace de peu de jours, il se fit appliquer un nombre considérable de sangsues et pratiquer six saignées.

Une seconde partie de l'ouvrage contient les œuvres de l'illustre réformateur, et l'auteur commence par la plus remarquable d'entre toutes, par l'histoire des phlegmasies chroniques.

Appliquant à l'étude des maladies inflammatoires son remarquable esprit d'observation, examinant avec un soin que nul n'avait eu jusqu'alors les désordres cadavériques, Broussais en écrivant le *Traité des phlegmasies chroniques*, a fait une œuvre impérissable et dont nous voyons aujourd'hui les applications incessantes.

M. Reis a surtout insisté sur la partie de ce travail qui a trait aux phlegmasies chroniques du poumon, et particulièrement à la phthisie. Il nous montre que dès 1808 et avant les recherches de Bayle, Broussais professa le premier qu'il n'existe pas de phthisie pulmonaire sans tubercules. Ces derniers étaient, comme on le sait, pour Broussais, le résultat de la phlegmasie chronique du poumon, et provenaient particulièrement de l'inflammation des lymphatiques.

Cette théorie a été reprise de nos jours sous un aspect différent par l'école allemande, et tout le monde se rappelle la vive discussion qui s'établit à ce sujet à l'Académie de médecine il y a quelques mois, sur les remarquables travaux de M. Villemin.

Dépourvu des moyens d'investigation modernes qui ont permis d'établir l'histologie pathologique, Broussais ne pouvait connaître les éléments primordiaux du tubercule, cette hypergenèse du tissu conjonctif; et comme l'a fort bien dit notre maître, M. le professeur Béhier, il y a loin entre l'inflammation telle que la comprenait Broussais et celle que nous montrent les nouvelles théories allemandes, généralement adoptées aujourd'hui; mais ce que l'on ne pourra jamais retirer à l'éminent observateur, c'est d'avoir montré l'influence de ces tubercules sur la marche des inflammations pulmonaires et d'avoir tracé un tableau clinique excellent de cette pneumonie à marche lente et destructive, que les auteurs allemands ont décrite sous le nom de *pneumonie caséeuse*.

(1) Paris, Asselin, éditeur, 1869.

tère infectieux qui semble marquer la plupart des affections aiguës. Depuis quelques jours cependant, l'état catharral paraît vouloir revenir en scène, mais seulement sur un plan encore éloigné.

Ce sont toujours les fièvres typhoïdes qui attirent le plus l'attention, soit par leur fréquence soit par leur gravité. Cependant elles sont moins abondantes que pendant les précédentes quinzaines, et la petite épidémie de dothiénentéries semble entrer dans la période de décroissance.

Les fièvres intermittentes arrivent toujours en assez grand nombre dans les hôpitaux; elles sont peu graves et cèdent promptement au sulfate de quinine; la plupart sont quotidiennes. Il existe une certaine quantité de névralgies périodiques sans origine paludéenne.

Les services de médecine ont reçu dernièrement plusieurs érysipèles spontanés, quelques-uns avec des caractères ambulant et adynamie très-prononcée. On ne dit pas que dans les services de chirurgie cette fâcheuse complication ait de nouveau fait des ravages notables.

Les dyssenteries tendent à disparaître. Quant aux diarrhées, elles sont infiniment moins fréquentes, et le caractère cholériforme a tout à fait disparu.

Les rhumatismes aigus sont en très-petit nombre et les fièvres éruptives ne font plus parler d'elles.

Blessure de la face dorsale de la main. Section complète du tendon de l'extenseur propre de l'index. Suture, au bout de cinq jours, du tendon divisé. Cicatrisation des bouts du tendon avec retour des mouvements du doigt.

La *ténoraphie*, c'est-à-dire la suture des bouts d'un tendon divisé, ne réussit pas seulement dans les blessures récentes des tendons, elle donne aussi des succès et doit être au moins tentée dans les lésions du même genre qui ont déjà plusieurs jours de durée. Il y a tout lieu, dans le dernier cas, d'espérer une réunion par seconde intention, et par suite, le retour des mouvements de l'organe auquel se rend le tendon qui a été coupé. C'est ce que démontre le fait suivant.

Un jeune homme de seize ans, Léon L..., exerçant la profession d'orfévre, reçut, dans la soirée du 26 juin dernier, un coup de couteau sur la face dorsale de la main gauche, au niveau de la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen du second métacarpien. Il y eut une hémorrhagie abondante qu'on arrêta par le tamponnement. Le lendemain, le blessé se présente à la consultation d'un des grands hôpitaux de Paris, où l'on se contente de prescrire des pansements avec le vin aromatique. La plaie prit bon aspect, Mais L... remarqua bientôt que le doigt indicateur pendait inerte, dirigé vers la face palmaire de la main, et qu'il ne pouvait le relever. Il fut alors conduit par son père à la clinique particulière de M. Fano, le 1er juillet, c'est-à-dire cinq jours après l'accident.

M. Fano constate qu'il existe, sur la face dorsale de la main gauche, une plaie transversale, de 4 centimètres de long sur 2 de large, comprenant la peau, le tissu cellulaire, le tendon de l'extenseur propre de l'index et la portion de l'extenseur commun avec laquelle le premier s'unit. La plaie est déjà en voie de cicatrisation. Après avoir été débarrassée, par le lavage, du pus qui la recouvre, M. Fano reconnaît vers le milieu un lambeau, d'un blanc brillant, nacré, résistant, nettement divisé, répondant au bout digital de l'extenseur propre de l'index. En effet, lorsqu'on saisit cette portion blanche entre les mors d'une pince, et que l'on exerce sur celle-ci de légères tractions, on étend le doigt indicateur, qui retombe dès qu'on cesse les tractions. Le bout central du tendon est rétracté et ne se voit pas au fond de la plaie. Le doigt indicateur est privé de tout mouvement volontaire d'extension.

M. Fano soulève le bout digital du tendon avec des pinces et le traverse, à quelques millimètres de sa section, avec une aiguille, dont le chas porte un fil ciré. Il procède ensuite à la recherche du bout central rétracté au milieu des chairs, ce qui nécessite un débridement perpendiculaire à la direction transversale de la plaie qui occupe la face dorsale de la main, et une dissection minutieuse.

Le bout central ayant été retrouvé, M. Fano le traverse avec le fil qui a traversé antérieurement le bout périphérique, et fixe les deux bouts l'un contre l'autre au moyen d'un point de suture simple. Un des chefs est coupé près du point de réunion, l'autre, fixé sur le dos de la main par un carré de sparadrap de diachylon. On recommande un pansement à l'eau froide pour prévenir une réaction inflammatoire. Pour favoriser l'agglutination des bouts du tendon, la main est placée en permanence dans l'extension, à l'aide d'une planchette coudée.

Les jours suivants, absence de tout phénomène inflammatoire intense. Le 4 juillet, chute du fil de la suture, le tendon divisé est presque entièrement recouvert de bourgeons charnus; l'indicateur exécute quelques mouvements d'extension. Le 9, la plaie marche vers la cicatrisation; les mouvements de l'index sont plus étendus. On continue le pansement à l'eau froide et on maintient la main dans la situation précédemment indiquée.

Le 11 août, la plaie est entièrement cicatrisée; les mouvements d'extension de l'index sont complétement rétablis. Tout l'appareil contentif est enlevé. Le 20 août, le patient se présente de nouveau à la clinique; il reste une légère roideur des doigts, due sans doute à leur immobilité prolongée. L... annonce qu'il a repris ses travaux.

Dr Brochin.

CLINIQUE DE VALS. — M. Clermont (de Lyon).

Eaux reconstituantes. — Source Rigolette.

I

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs de nos eaux alcalines gazeuses *tempérantes* ou *peu minéralisées*; nous avons ensuite distingué, parmi les plus saturées de principes fixes, celles qui ont à la fois le plus de magnésie et le moins de fer, deux agents minéralisateurs qui semblent s'exclure réciproquement dans la composition d'une eau minérale, comme le démontre l'examen comparatif de diverses analyses chimiques. Ces eaux sodo-magnésiennes sont, avons-nous dit, légèrement *laxatives*. Il nous reste encore, pour compléter le tableau abrégé des sources sodiques à Vals, à parler de celles qui ont au suprême degré la propriété la plus générale des eaux carbo-sodiques, l'action *tonique et reconstituante*.

Une proportion relativement plus grande de fer, de gaz carbonique et de chlorure de sodium coïncidant chez elles avec une moindre quantité de magnésie, donne à ces eaux des qualités physiologiques plus stimulantes, et nous ont permis d'en faire une catégorie à part dans la grande classe des eaux de Vals. Elles n'ont pas, nous croyons utile de le faire remarquer une fois de plus, pour caractère unique de contenir en solution plus ou moins de bicarbonate de soude, ainsi que nous l'avons entendu dire à plusieurs personnes qui, évidemment, ne peuvent être initiées à ces détails minutieux et didactiques d'hydrologie pratique; car, ajouterons-nous pour mieux vous faire comprendre encore, si par hypothèse on supposait nos eaux toniques privées de bicarbonate de soude, elles n'en resteraient pas moins à un autre degré des eaux *toniques et reconstituantes*, tout comme les autres eaux dont nous avons parlé antérieurement, conserveraient leur caractère de *tempérantes* ou *laxatives*, en les supposant soumises préalablement à cette élimination hypothétique du même sel alcalin.

Ce serait une méthode expéditive et facile en apparence, mais en réalité illégitime et peu rationnelle, de ne tenir compte pour l'emploi de nos eaux alcalines gazeuses que d'un seul des agents thérapeutiques qu'elles contiennent, et de ne différencier leur action probable sur l'économie que par le chiffre plus ou moins élevé de leur dosage en bicarbonate de soude. On peut, dans une certaine mesure, comprendre que des personnes complétement étrangères à l'hydrologie médicale, et n'ayant d'ailleurs à envisager que le point de vue industriel de l'exploitation des eaux minérales, aient proposé de désigner les diverses sources d'une même station par un nom générique commun, accompagné d'un numéro d'ordre, pour chacune d'elles, indiquant sa teneur en bicarbonate de soude, sans s'inquiéter de la valeur thérapeutique des autres agents chimiques, qui, en leur imprimant des actions diverses, permettent aux uns de combattre l'anémie ou la chlorose, et donnent à d'autres la propriété d'être opposées avec succès aux états pléthoriques, aux hyperémies aiguës, etc.

A coup sûr, jamais un praticien, tant soit peu au courant de l'hydrologie médicale, ne pourra approuver ni encourager l'application d'une idée de ce genre, susceptible, il est vrai, de rappeler à l'esprit la quantité d'un des composants d'un produit très-complexe, mais donnant à ce composant une prépondérance exclusive et illégitime, cachant même sous une apparence de simplification mathématique une source certaine et indéfinie d'erreurs et de conséquences fâcheuses soit pour les malades, soit peut-être pour les médecins eux-mêmes.

L'étude des différences établies par la nature elle-même entre les diverses sources d'une station, constitue la partie délicate, mais essentielle de l'hydrologie médicale au point de vue pratique; cette vérité peut être posée en principe pour celles des stations thermales qui possèdent plusieurs sources analogues, comme Vichy, Plombières, le Mont-Dore, et notamment Vals, où les eaux minérales de chaque source ont chacune une résultante curative variable, non-seulement en bicarbonate de soude, note certainement très-importante dans le clavier thérapeutique, mais aussi en raison des proportions d'autres agents minéralisateurs, capables d'imprimer par eux-mêmes de profondes modifications sur l'organisme.

Parmi les nombreuses sources reconstituantes de Vals, il en est deux déjà très-connues: celles de *la Rigolette* et de *la Magdeleine*, qui sont l'objet d'une grande exportation, et qui ont largement contribué à fonder la clinique de Vals et à agrandir la réputation de cette station.

Les propriétés toniques et stimulantes de l'eau de *la Rigolette*, sur laquelle nous avons déjà plusieurs fois attiré l'attention des praticiens, sont facilement constatées dans les anémies et les chloroses, dans les états atoniques de l'appareil digestif et dans la plupart des affections chroniques accompagnées de la langueur et de l'adynamie des forces vitales.

Son action sur l'estomac et les fonctions digestives est telle, qu'elle nous semble prédestinée à répondre au désir de M. le docteur Dieu, lorsqu'il dit: « Faites en sorte qu'une chlorotique *mange*, *digère* et *assimile*, ne fût-ce que du fromage blanc et de la salade; réalisez ce triple problème et vous verrez si les roses de la santé ne viendront pas s'épanouir sur cette figure que les côtelettes, le fer et le quinquina, ont laissée si longtemps pâle et blême. »

De même que nos eaux les plus minéralisées par le fer, le chlorure de sodium et le gaz carbonique, l'eau de la Rigolette n'est pas applicable aux états morbides s'accompagnant de douleurs épigastriques et intestinales, non plus que si les voies urinaires sont le siége d'une irritation dure et pénible; mais elle est conseillée avec avantage dans les maladies des viscères abdominaux, après la période aiguë, dans les états anémiques, comme aussi dans les diarrhées atones. Son action stimulante a été, dans cette dernière circonstance, comparée avec quelque raison à celle d'un agent qui produit une irritation substitutive; c'est le coup de fouet qui réveille l'organisme endormi sous l'influence débilitante d'un processus morbide déjà ancien.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 6 août 1869. — Présidence de M. Lagneau.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Le *Bulletin de la Société de médecine pratique* (année 1868);

2° Le programme du *Congrès scientifiques de France, sa 36e session*, à Chartres;

Puis vient après l'analyse de *l'examen des doctrines* dont l'auteur donne un long et minutieux résumé, qu'il termine par cette saine et juste appréciation: « Cet ouvrage nous paraît être un chef-d'œuvre de polémique; malheureusement il n'est rien moins que propre à démontrer la fixité, partant la certitude de la science dont il refait l'histoire; après avoir constaté la chute des différents systèmes invoqués et pratiqués depuis Hippocrate, la doctrine physiologique, après quelques années d'un éclatant succès voit, elle aussi, son règne brillant finir dans l'indifférence et l'oubli. Depuis sa décadence, nulle méthode générale n'ayant prévalu, la thérapeutique a vacillé dans le doute, et les spécifiques se sont partagé la faveur publique. Nos grands maîtres en sont revenus, les uns à l'empirisme, les autres à l'expectation hippocratique. Se fondant sur cet axiome qu'une maladie connue est à moitié guérie, on s'est appliqué particulièrement à perfectionner le diagnostic; en sorte qu'il est aujourd'hui plus difficile de guérir que de reconnaître sûrement les maladies. Les voies nouvelles ouvertes par les observations histologiques et par l'expérimentation sur les animaux, conduiront-elles, dans un avenir plus ou moins prochain, les médecins à la possession des moyens curatifs, qui placent enfin la thérapeutique au niveau des autres parties de la science? »

Nous le pensons; et à voir l'ardeur qu'apporte la jeune génération médicale à ces recherches, on peut prédire que cet avenir n'est pas éloigné. Mais, et c'est ici que nous nous séparons de l'auteur, il faut, pour atteindre ce but, éloigner toute idée de système, et ce n'est que lorsque l'analyse patiente des faits aura montré leur juste signification, que nous pourrons peut-être synthétiser et créer alors une véritable doctrine médicale. Livrons-nous donc le moins possible à la théorie et ayons pour guide ces paroles de Broussais que, par une incroyable inconséquence, il a suivies si peu lui-même : « Point de système préconçu, dit-il, point de serment *in verba magistri*. Je n'ai jamais eu d'idées *a priori*, et même je n'y crois pas. Je ne conclus jamais que forcé par une masse de faits, et suis très-réfractaire à ce qu'on appelle la crédulité. »

L'ouvrage de M. Reis se termine par l'analyse d'œuvres moins importantes de Broussais : le *Traité de physiologie appliquée à la pathologie*, le *Catéchisme de la médecine physiologique*, *l'Irritation et la folie*, *le Choléra morbus épidémique*, et enfin les *Annales de la médecine physiologique*, où M. Reis a recueilli les faits les plus intéressants et les plus curieux.

Tel est l'ouvrage que nous venons d'analyser; fait dans un excellent esprit, ce travail nous donne en quelques pages un résumé fidèle de l'œuvre de Broussais; il permet à quiconque n'a pu étudier les ouvrages nombreux de l'illustre réformateur, de le connaître et de l'apprécier.

Dujardin-Beaumetz.

Hygiène des écoles.

Chargé par le ministre de l'instruction publique de Prusse d'étudier la question de l'hygiène des écoles dans ce pays, notre éminent confrère le professeur Virchow, a rédigé sur ce sujet un petit mémoire, dont nous devons la traduction à M. Decaisne (1). Voici qu'elles seraient, d'après M. Virchow, les causes principales de maladies inhérentes aux conditions et au régime des écoles.

1° L'air du local sur la pureté duquel le nombre des élèves, le chauffage, la ventilation, l'humidité du parquet et des murs, la poussière, agissent d'une manière très-puissante;

2° La lumière dépendante de la position de l'édifice et de la salle d'études, de la grandeur des fenêtres et de leur situation par rapport aux tables, de la couleur des murs, de l'éclairage artificiel;

3° La manière dont les enfants sont assis à l'école, surtout les proportions des bancs et de la table, la largeur des places, leur disposition, la durée du temps pendant lequel l'enfant reste assis;

4° Les exercices du corps, particulièrement le jeu, la gymnastique, le bain, leur installation, leur surveillance, la mesure de ces exercices comparée au temps pendant lequel l'élève reste assis et à la durée des travaux intellectuels;

5° La tension de l'esprit, sa durée, sa mesure appliquée à chaque individu, la réglementation des heures de congé et des vacances, les travaux domestiques et ceux de l'école, etc.;

6° Les punitions, surtout les châtiments corporels; 7° l'eau potable; 8° les lieux d'aisances; 9° le choix de livres de l'école (grosseur des caractères) et des objets destinés à être montrés.

(1) *Hygiène des écoles*, par Rud. Virchow, traduit par le docteur Decaisne. Broch. in-8°. Paris, 1869.

3° Les *Mémoires et comptes rendus de la Société médicale de Lyon*, tome VIII, 1868.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le préfet de la Seine, demandant à la Société de faire visiter plusieurs employés de son administration qui sollicitent leur mise à la retraite.

A propos de la correspondance, MM. Gallard et Worms demandent la parole.

M. GALLARD. J'ai l'honneur de vous offrir, de la part de M. Nathan Bozeman, de New York, une brochure intitulée : *Opération de la fistule vésico-vaginale sans le secours d'aides, avec un parallèle de sutures à clamp métallique, à points séparés et à boutons* (*Clamp interruptes silver an button suture*), par Nathan Bozeman, de New York, 1869.

Cette brochure est divisée en 3 parties : dans la 1re, l'auteur décrit un appareil de support et de contention, et dans la 2e un spéculum à ressort tenant tout seul. La 3e partie est consacrée à l'examen comparatif des sutures employées pour la guérison de la fistule vésico-vaginale.

1re partie. — *Appareil de support et de contention*. Il est destiné à maintenir la malade dans une position proposée, il y a environ quarante ans, par le professeur Roux, et bientôt après par le professeur Wurtzer, de Bonn.

Cette position, que Bozeman appelle la position à angle droit, sur les genoux et la poitrine, n'avait pas, dit-il, été utilisée suffisamment par ces illustres chirurgiens, qui avaient négligé deux de ses plus importants avantages : l'absence de pression sur l'abdomen et la possibilité qu'elle donne de se passer d'aides pour l'opération. L'appareil décrit par Bozeman est précisément destiné à assurer ces deux résultats ; il a en outre l'avantage, dit son auteur, d'offrir une grande sécurité dans l'administration des anesthésiques.

2e partie. — *Spéculum à ressort tenant tout seul (spring and self retaining speculum)*. Bozeman avait déjà fait connaître ce spéculum, il y a un an environ, dans le *New York medical Ricood* ; mais il revient sur sa première description pour y ajouter quelques nouveaux perfectionnements : « Grâce à eux, dit-il, c'est un instrument aussi simple et aussi utile que possible. Nous croyons que tôt au tard on reconnaîtra sa supériorité pour toutes les opérations de la paroi antérieure du vagin et du col, auxquelles il permet de procéder sans aides. »

On voit combien cette préoccupation *d'opérer sans aides* est grande pour Bozeman. C'est sans doute sous son empire qu'il a inventé ce spéculum, comme son appareil de contention : « Ces perfectionnements, dit-il plus loin en y faisant allusion, marquent une nouvelle ère dans l'histoire des fistules vésico-vaginales. »

En terminant cet article, il revendique énergiquement l'invention de ce spéculum, et rappelle que le premier il en a décrit le principe en janvier 1868. Il est donc juste de lui donner le nom de Bozeman et non pas celui de J. C. Nott, qui paraît avoir voulu s'en attribuer l'honneur.

3e partie. — *Sutures*. C'est au mode de suture que Bozeman attache la plus grande importance pour le succès de l'opération. C'est au procédé qu'il emploie qu'il doit surtout d'avoir observé la guérison des six cas de fistules qui se sont présentés à lui depuis l'invention de son appareil et de son spéculum. Sept opérations ont suffi pour oblitérer huit trajets fistuleux, dont un vésico-utérin. Ce procédé de suture, il l'a fait connaître il y a bientôt quatorze ans et l'a appliqué depuis à l'exclusion de tout autre. C'est la suture en bouton (*button suture*), dont Fallin a bien résumé le manuel opératoire dans son *Traité de pathologie externe* (T. II, p. 369). Je ne m'arrêterai donc pas à le décrire, et me contenterai d'indiquer les avantages que revendique pour lui son auteur :

1° Action isolée et indépendante des sutures ;

2° Coaptation parfaite des bords de la fistule et possibilité de les maintenir en contact durant la période de réparation ;

3° Fixité et support parfait des bords de la fistule ;

4° Protection des bords avivés de la fistule contre les sécrétions utérines et vaginales et contre l'urine lorsqu'il y a plus d'un orifice fistuleux, et qu'on n'a pas jugé à propos de les opérer tous dans la même séance. Bozeman rapporte ensuite deux observations de fistules vésico-vaginales opérées et guéries par son procédé. La seconde surtout est très-intéressante, par le parallèle qu'elle a permis d'établir entre les différents modes de sutures mis successivement en usage sur la malade pour l'oblitération de la même fistule.

La suture à clamp fut trois fois appliquée sans succès. La suture métallique à points séparés échoua ensuite deux fois ; une seule suture à bouton suffit pour amener la guérison parfaite.

Cette observation est tout à fait remarquable par le soin avec lequel elle a été rédigée, recueillie, et par les réflexions qui l'accompagnent. Celles qui terminent la brochure méritent d'être citées :

« Ce n'est pas dans le plus ou moins d'adresse d'un chirurgien, mais bien dans la supériorité du procédé opératoire, qu'on doit trouver l'explication des résultats différents d'une même opération...

« ... Ce sont les faits qui jugent la valeur des différents modes de suture qui ont été décrits...

« Le sujet en vaut la peine ; quel que soit le résultat obtenu, il doit être révélé.

« Je fais donc appel à la relation loyale des résultats donnés par n'importe quelle espèce de suture...

« Les faits parlent eux-mêmes ; un seul, s'il est bien constaté, vaut autant, pour un esprit pratique, que mille opinions et affirmations, quel qu'en soit du reste l'auteur. »

Ces belles paroles ne peuvent manquer d'être approuvées de chacun ; il est peut-être plus douteux qu'on s'y conforme.

M. J. WORMS. J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de l'auteur, M. le docteur Bœckel, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, un mémoire *sur la périostite phlegmoneuse aiguë.*

Ce travail, qui a pour base 12 observations nouvelles, vient pleinement confirmer les vues signalées dans un premier mémoire de M. Bœckel, en 1858, et qui avait vivement fixé l'attention à cette époque. Quelle que puisse être souvent la difficulté du diagnostic, je suis porté à croire que le nombre relativement si considérable de périostites phlegmoneuses aiguës observées dans les services hospitaliers de Strasbourg et dans la pratique de toute l'Alsace, tient plus encore à la fréquence avec laquelle cette maladie se présente dans ces contrées, qu'à la précision avec laquelle elle y a été étudiée. Je n'en veux d'autre preuve que les cinq observations de périostite phlegmoneuse aiguë citées par M. Bœckel et observées par M. le Dr Sieffermannen 1867 dans une petite circonscription médicale du Bas-Rhin.

Des 12 observations nouvelles que renferme le mémoire, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° La périostite phlegmoneuse est sous la dépendance d'une cause générale dyscrasique.

2° La localisation la plus fréquente se fait dans le périoste et la couche osseuse contiguë.

Elle ne procède pas de l'ostéo-myélite et peut très-souvent ne pas y donner naissance.

Quand l'ostéo-myélite existe, elle est déterminée par l'affection primitive du périoste.

3° Les têtes osseuses peuvent être atteintes et déterminer le décollement des épiphyses et des pyarthroses suraiguës.

4° Les enfants et les adolescents sont seuls frappés par cette affection.

5° Elle est quelquefois précédée par un léger traumatisme ou par un refroidissement.

6° Les os les plus fréquemment atteints sont le tibia et le fémur, puis le péroné, l'humérus, le maxillaire inférieur, le calcanéum. Quelquefois, deux os sont atteints simultanément.

7° La marche de la maladie est généralement aiguë, quelquefois suraiguë. Le pus peut se produire en vingt-quatre heures, et la mort survenir à la fin du deuxième ou du troisième jour.

La maladie alors revêt le caractère du typhus aigu.

8° Quand l'affection suit une marche plus lente, il peut se produire des fractures spontanées dans les points nécrosés du membre.

9° Le traitement doit être énergique et consister avant tout dans des incisions longues et profondes, même si la fluctuation n'est pas encore évidente. C'est le seul moyen de sauver le membre et souvent la vie.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire en l'un de ses membres correspondants, M. le docteur Kuhn, médecin de la maison centrale de Gaillon.

M. PERRIN. Dans une de nos dernières séances, vous m'avez fait l'honneur de me charge de vous rendre compte de l'analyse du *Recueil de la Société médicale d'Indre-et-Loire* pour l'année 1866, et du premier fascicule du 1er semestre de 1867.

Parmi les principaux travaux contenus dans ces *Recueils*, je signalerai en particulier les deux suivants : 1° De l'utilité des exutoires dans quelques accidents de fièvres intermittentes invétérées, par M. le docteur Mazel, de Nîmes ; 2° Du traitement médical consécutif à l'opération de la kélotomie, par M. le docteur Louis Thomas.

En vantant les bons effets des exécutoires dans les fièvres intermittentes rebelles, M. Mazel entend faire allusion à ces fièvres rebelles, anciennes, où la rate reste volumineuse et indurée malgré l'injestion de fortes doses de sulfate de quinine ; dans lesquelles la teinte jaunâtre de la peau, l'infiltration du tissu cellulaire, les épanchements dans les cavités séreuses, l'alanguissement de toutes les fonctions, n'impliquent que trop souvent l'impuissance de la thérapeutique et ce que, avant la découverte du quinquina, Sydenham appelait l'opprobre de l'art. C'est alors, selon M. Mazel, que l'emploi des topiques irritants, à tort oublié, et, suivant les indications, combinées avec le sulfate de quinine par la méthode endermique, peut être d'un grand secours.— A l'appui de cette assertion, M. Mazel cite trois observations : — dans la première, il s'agissait de fièvres rebelles, compliquées d'engorgement de la rate, d'anasarque générale, ayant cinq ans de durée, et dans lesquelles l'application sur la région splénique de trois vésicatoires saupoudrés de 0,50 grammes de sulfate de quinine, suffit pour amener en moins de quarante jours une guérison radicale.

Le traitement topique fut aidé de l'usage à l'intérieur du sous-carbonate de fer uni à l'opium, et d'un régime azoté.

Dans la seconde observation, le fébricitant était malade depuis dix-huit mois. Les accès étaient quotidiens ; — le foie était volumineux avec accompagnement d'anasarque. — Trois cautères appliqués successivement sur la région hépatique suffirent pour ramener le malade a un état complet de santé, après un traitement de soixante-cinq jours. Enfin, dans la troisième observation, un succès non moins complet fut obtenu, après trente jours de traitement chez un jeune homme atteint depuis plusieurs années de fièvres opiniâtres. Il n'est pas besoin d'ajouter que, selon les indications, l'emploi des exutoires précités n'exclut en aucune façon le concours des fébrifuges administrés seuls ou combinés aux fondants et aux amers de toute espèce. Il convient enfin d'ajouter que, selon M. Mazel, la puissance du vésicatoire *loco dolenti*, pansé avec le sulfate de quinine, serait véritablement décuplée ; — aussi conseille-t-il vivement cette addition, sans peut-être se préoccuper assez des vives douleurs que ce moyen occasionne, et même des accidents cutanés de sphacèle qui en ont été la conséquence. Malgré cette dernière réflexion, le rapporteur n'hésite pas à donner son approbation entière à la médication rappelée par notre confrère, et oubliée depuis la découverte du quinquina. Ceux qui, comme M. Mazel, habitent des contrées où l'influence paludéenne y développe ses manifestations extrêmes, manifestations parfaitement inconnues à Paris, seront heureux de s'appuyer, dans des cas analogues, de l'expérience consommée d'un excellent praticien et d'un bon observateur.

J'arrive ensuite au travail de M. Louis Thomas ayant trait à la médication consécutive à l'opération de la kélotomie. — Doit-on à l'exemple de Dionis et de Sabatier, faire suivre l'opération de la hernie étranglée de l'administration d'un purgatif, ou, à l'exemple du chirurgien anglais et de quelques chirurgiens français, repousser complètement cette pratique, comme inutile et même comme nuisible, pour lui substituer l'emploi de l'opium à haute dose. Telle est la question capitale chaudement posée et discutée par notre confrère, et, en fin de compte, résolue par le rejet absolu, dans la kélotomie de l'usage des purgatifs. Si, pour les partisans d'un purgatif après l'opération, ce mode d'agir à pour avantage de produire l'évacuation des matières accumulées dans le bout supérieur de l'intestin, de donner la preuve du rétablissement de la perméabilité de l'intestin, et enfin de combattre l'atonie intestinale en réveillant le mouvement péristaltique paralysé ou perturbé, il n'est pas démontré, d'autre part, aux chirurgiens opposés à ce genre de médication, que les accidents d'étranglement soient absolument dus à l'accumulation d'une grande quantité de matières au-dessus de l'anse intestinale herniée. Selon M. Thomas, c'est à une cause tout autre qu'un obstacle mécanique que les accidents doivent être rapportés. « De même que, à l'état normal, dit M. L. Thomas, c'est par le mécanisme des actions reflexes que s'accomplissent les sécrétions et les mouvements du tube digestif, de même les accidents de l'étranglement herniaire sont tous dus à des actions réflexes dont le point de départ est l'irritation des nerfs de l'anse intestinale herniée. Comment, en effet, expliquer par un obstacle au cours des matières contenues dans l'intestin les accidents qui accompagnent l'étranglement d'une partie seulement de la circonférence de l'intestin, de l'épiploon ou de l'appendice iléo-cœcal ? » Pour toutes ces raisons, et d'autres que nous croyons pouvoir passer sous silence, notre confrère se croit parfaitement fondé à admettre que la rétention des matières fécales ne doit pas être considérée comme la cause essentielle des symptômes de l'étranglement. A l'appui de son opinion, il cite des observations qui démontrent que les accidents de l'étranglement herniaire cessent, à moins de complications, bien entendu, aussitôt que le débridement a fait cesser la compression de l'intestin, et qu'ils ne se reproduisent pas quoique les malades n'aillent pas à la garde-robe, ni immédiatement après l'opération, ni dans les jours qui suivent, ni même dans la semaine qui suit l'opération.

Cela dit, notre confrère rejette absolument les purgatifs, parce que si l'intestin est perforé ou sphacélé, ils peuvent être la cause directe d'un épanchement intra-péritonéal, et, dans les cas ordinaires, favoriser l'extension au péritoine de la phlegmasie de l'intestin hernié ; aussi, pour lui, la première indication médicale à remplir, une fois la réduction opérée, est-elle de placer, grâce à l'ingestion de l'opium, l'intestin dans des conditions d'immobilité et de repos qui favorisent la résolution de l'inflammation et, en cas de perforation, la formation d'adhérences aussi précieuses que salutaires. Dans tous ces cas, l'opium s'administre à la dose de 10 centigrammes, pour 10 pilules prises dans les vingt-quatre heures. Quant aux purgatifs, ils ne devront pas être employés avant le troisième ou quatrième jour après l'opération, et encore seulement, ajoute M. L. Thomas, s'il y a une indication absolue.

Si nous osions nous prévaloir dans l'espèce d'une compétence qui ne nous appartient qu'en partie, il nous serait peut être permis d'émettre ici un avis, en disant que la doctrine de notre jeune confrère nous paraît trop absolue. Non, il n'est pas cliniquement exact et conforme à l'observation de tous les jours que l'emploi des purgatifs doive être absolument rejeté à la suite de l'opération de *toute kélotomie*. Mais ce qui est vrai, et on cela M. L. Thomas aura ou le mérite de le faire entendre bien haut, c'est que l'emploi banal des purgatifs est aussi aveugle que dangereux. C'est donc à distinguer les cas, et à poser des indications conformes, que dorénavant devront s'appliquer nos chirurgiens, et non à faire prévaloir telle ou telle doctrine absolue que la clinique ne justifie presque jamais. Que M. Thomas, dans le problème posé par lui, s'attache rigoureusement à l'observation clinique pure, qu'il accorde moins d'importance au rôle des actions reflexes dans la production des accidents de l'étranglement d'une hernie, et il ne tardera pas à s'apercevoir qu'il a été trop loin, et que, dans un certain nombre de cas qu'il ne serait pas difficile d'énumérer, il est certain que l'action mécanique a joué le principal et quelquefois l'unique rôle, et qu'en pareil circonstance, rejeter l'emploi des purgatifs, c'est renoncer à tort de remplir une indication thérapeutique aussi évidente pour le médecin que salutaire pour le malade.

Nous terminerons là cette analyse du mémoire de notre confrère, en vous priant en même temps de déposer honorablement dans vos archives les deux recueils des travaux de la Société de médecine d'Indre-et-Loire qui vous ont été adressés, et dont nous regrettons de n'avoir pu vous donner une connaissance plus étendue.

M. BLONDEAU. Je ne suis pas convaincu de l'efficacité des exutoires dans les cas rapportés par M. Mazel. On peut se demander si le traitement général reconstituant n'a pas joué là le rôle capital.

M. PERRIN. La multiplicité des faits qu'il a observés, dans lesquels la médication tonique qu'il préconise est venue à bout des accidents que le sulfate de quinine, administré par les voies digestives, avait été impuissant à modifier, autorise M. Mazel à croire à l'efficacité réelle des exutoires.

Pour ma part, j'ai eu occasion de voir, dans un pays où elles sont endémiques, les fièvres paraître résister au sulfate de quinine, et la cachexie consécutive à l'empoisonnement miasmatique ne pas céder sous l'influence d'une médication tonique et reconstituante. C'est dans des cas analogues que le traitement de M. Mazel lui a donné les bons résultats qu'il proclame. Il est revenu à la médication en honneur chez les médecins avant l'invention du quinquina, médication qu'on a laissé un peu trop dans l'oubli.

Tout en approuvant M. Mazel, je trouve qu'il ne se préoccupe peut-être pas assez des accidents que le sulfate de quinine, appliqué sur la peau dénudée, est susceptible de provoquer, accidents qui vont jusqu'au sphacèle, et que l'on a déjà eu occasion de rappeler, à diverses reprises, dans des discussions soulevées ici.

M. LE PRÉSIDENT. La question soulevée par le rapport de M. Perrin doit entraîner nécessairement une discussion, à laquelle plusieurs d'entre vous ont manifesté de prendre part en demandant la parole à ce sujet. Il serait bon de la mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance et de reprendre l'ordre du jour de la séance d'aujourd'hui.

M. J. WORMS. Je regrette l'absence de mon honorable contradicteur et ami M. Forget, j'aurais voulu élucider avec lui quelques points sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus, que j'appellerai myomes avec les histologistes, quand elles seront comme la tumeur que je vous ai présentée, constituées presque exclusivement par des fibres musculaires lisses.

Je ne puis admettre ce que disait M. Forget au sujet de la cautérisation de la muqueuse, qui ne peut être que celle de l'utérus, car la tumeur par elle-même n'a aucun revêtement propre, si ce n'est une couche très-pauvre de tissu conjonctif.

Dans le cas qui fait l'objet de la discussion, la tumeur qui avait sans doute été interstitielle, était libre dans l'utérus quand j'ai dû songer à combattre l'hémorrhagie, laquelle provenait de l'utérus et non de la tumeur. Je ne pouvais donc songer à cautériser utilement la partie saillante de celle-ci.

Je crois, du reste, que d'une manière générale et à part quelques cas observés par Virchow et Klob, l'écoulement du sang provient de l'utérus lui-même. Cependant, il faut reconnaître que dans certains cas, — et ces cas sont nombreux, — l'hémorrhagie

provient de la tumeur. Ce sont ceux dans lesquels cette tumeur tient encore à l'utérus par un pédicule petit, mais épais, où elle est presque sessile. Dans ce cas, cette tumeur est constituée par son tissu propre et par une double enveloppe de tissu utérin et de membrane muqueuse, laquelle est hypertrophiée et d'une vascularité exagérée. Il n'en est plus ainsi quand le pédicule de la tumeur est allongé par le fait de sa distension, et à plus forte raison quand il n'y a plus de pédicule; alors c'est de l'utérus seul que l'hémorrhagie peut provenir.

Relativement au nom de *myome* que M. Worms a adopté, suivant l'exemple d'un grand nombre d'auteurs; je crois que celui d'*hystérôme*, également adopté par des auteurs non moins recommandables que le premier, je crois que le nom d'*hystérôme* est de beaucoup préférable, en ce sens que les espèces de tumeurs qu'il désigne sont constituées par plusieurs éléments du tissu propre de l'utérus.

M. WORMS lit l'observation suivante, relative à un cas de rétrécissement syphilitique de la bronche gauche (1).

M. GUSTAVE LAGNEAU. Les lésions syphilitiques du larynx et de la trachée sont relativement fréquentes. Tout récemment, l'Académie de médecine et la Société de chirurgie se sont occupées de ces graves affections à propos du mémoire de M. N. Trélat sur la trachéotomie dans les lésions syphilitiques des voies respiratoires; travail dans lequel se trouvent rappelées de nombreuses observations. (*Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, avril et mai 1869.)

Quant aux lésions syphilitiques des bronches en particulier, elles sont heureusement assez rares.

« Les lésions syphilitiques des voies respiratoires, dit M. Virchow, deviennent de plus en plus problématiques à mesure qu'on descend vers les bronches. » (*Syphilis constitutionnelle*, page 150, trad. de Gérard, 1860.)

Lorsqu'en 1861 je passai ma thèse sur les maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis, après avoir rappelé quelques remarques d'Astruc, de Schroader, Van der Kolk, de MM. Stokes, Byme, sur les affections syphilitiques des bronches, je rapportai, d'après M. Munk, l'observation recueillie par M. Sadowski, de Prague. Dans ce cas, de nombreuses petites ulcérations existaient au larynx; il n'y en avait pas dans la trachée, mais au-dessous de la bifurcation elles apparaissaient de nouveau, et devenaient de plus en plus nombreuses dans les petites ramifications.

Que les ulcérations soient petites et nombreuses, ou qu'elles soient larges, profondes et en petit nombre, dans la plupart des cas recueillis par MM. Moissenet, Chassaignac, Demarquay, Virchow, Lancereau et plusieurs autres observateurs, ces ulcérations, ou les cicatrices avec brides fibreuses qui leur succèdent, siégent principalement au voisinage de la bifurcation, ainsi que le remarque M. Charnal, dans sa thèse sur les *Rétrécissements cicatriciels de la trachée* (Paris, 1859, n° 78, p. 31).

La pièce que nous présente M. Worms rappelle le rétrécissement cicatriciel syphilitique d'une bronche dont M. Lancereaux donne le dessin dans son *Traité historique et pratique de la syphilis* (1866, pl. 11, fig. 2, obs. XXVII[e], p. 318).

L'épaississement de la paroi bronchique, que l'on remarque sur cette pièce, semble pouvoir être rapproché des exsudats ou modules gommeux décrits par M. Wagner.

Quant aux lésions pulmonaires constatées par M. Worms, elles paraissent être également des gommes ou syphilômes plus ou moins circonscrits, ainsi que MM. Ricord, Mac-Carthy chez l'adulte, M. Depaul chez le nouveau-né, ont eu l'occasion d'en observer.

Il importe de faire cette remarque, car parfois, ainsi que l'aurait observé M. Toulmouche, à la suite de rétrécissements syphilitiques rebelles du larynx et de la trachée, la tuberculose véritable se développerait chez des sujets antérieurement parfaitement sains (*Archives générales de médecine*, t. X, p. 66, 1857) (1).

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : Dr LÉON BLONDEAU.

(1) Voir le numéro 105.

(1) Pour l'indication des ouvrages de quelques auteurs cités dans ces courtes remarques, et de bien d'autres s'étant également occupés des lésions syphilitiques des voies respiratoires, on peut consulter les travaux susmentionnés de MM. Virchow, Trélat, Lancereau, Charnal, ainsi que ma thèse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Le docteur Lacaze, si connu pour ses goûts artistiques et sa collection de peintures, auxquels il avait consacré la plus grande partie de sa fortune, vient de mourir dans sa maison-musée de la rue du Cherche-Midi. Il a voulu, par un testament, montrer qu'il n'avait jamais sacrifié aux séductions de l'art les intérêts de la science. Il a légué : 1° à la *Faculté de médecine*, une rente annuelle de 5,000 francs, pour fonder un prix biannuel de 10,000 francs, à décerner à l'auteur du meilleur travail sur la fièvre typhoïde ou sur la phthisie; 2° à l'*Académie des sciences*, une rente de 15,000 francs, pour fonder trois prix biannuels de 10,000 francs chaque, à décerner aux auteurs de travaux de physique, de chimie et de physiologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des syphilides vulvaires, par le docteur Paul SPILLMAN, ancien interne de l'hôpital de Lourcine. — 1 vol. in-8° avec 3 planches. Prix : 3 fr.

Nouvelles considérations sur la périostite phlegmoneuse et ses modes de terminaison, par le docteur Eug. BŒCKEL, professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg. — Br. in-8° de 48 pages : Prix : 1 franc.

Considérations médico-philosophiques sur quelques points de l'éducation des enfants, par le docteur Alph. LOUIS BLANC. — In-8° de 140 pages. Prix : 2 francs.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. FOLLIN et Simon DUPLAY. — Tome III[e], fascicule 2 (pages 220-444. Figures 37-107). Prix : 3 fr. 50 c.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

ACADÉMIE DES SCIENCES

SOCIÉTÉS SAVANTES

On a longtemps et à peu près universellement admis l'opinion que les mouches sont les agents de transport, de dépôt et d'inoculation du virus charbonneux. Le fait a été mis en doute dans ces derniers temps. On n'a pas oublié, en effet, la discussion qui a été engagée sur ce sujet par les travaux de MM. Devers et Gallard, sur le développement spontané de la pustule maligne chez l'homme.

M. Raimbert ayant jugé opportun de rechercher jusqu'à quel point les mouches doivent être accusées de transmettre le virus charbonneux, s'est livré à une série d'expériences dans le but de chercher à résoudre expérimentalement les questions suivantes :

1° Les mouches qui piquent peuvent-elles inoculer la pustule maligne ou charbon ?

2° Les mouches ont-elles la propriété de transporter le virus charbonneux ?

3° Le virus charbonneux, déposé sur l'épiderme, peut-il pénétrer cette membrane et s'inoculer ?

La découverte de M. Davenne relative à l'existence des bactéridies dans le sang des animaux atteints de sang de rate ; la transmission de ces corpuscules par inoculations successives à d'autres animaux, qui succombent à l'inoculation ; la constatation de la présence de ces bactéridies dans la sérosité des vésicules et de l'escarrhe de la pustule maligne et dans la sérosité infiltrée de l'œdème malin, en démontrant une corrélation de cause à effet entre le sang de rate ou charbon des animaux et la pustule maligne, semblent devoir conduire naturellement à considérer comme capables de transmettre cette affection les corps souillés de sang provenant d'animaux morts du charbon et contenant des bactéridies. C'est en s'appuyant sur ce fait que M. Raimbert a essayé de déterminer expérimentalement la possibilité du transport du principe charbonneux et de son inoculabilité par les mouches.

M. Raimbert a dû faire préalablement une distinction entre deux ordres différents de mouches : les unes (appartenant presque toutes aux hyménoptères), armées d'un aiguillon qu'elles portent dans la partie postérieure de leur abdomen et à la base duquel sont les glandes vénéneuses qui versent leur liqueur dans la blessure qu'il a faite ; les autres (appartenant à l'ordre des dyptères), munies d'organes buccaux composés de soies ou d'un suçoir piquant. « Deux cas, dit M. Raimbert, peuvent se présenter : dans le premier, ces insectes se nourrissent exclusivement du sang d'animaux vivants comme paraissent faire les taons ; dans le second, ces mouches piquantes se nourrissent aussi bien du sang d'animaux morts que de celui d'animaux vivants : de là la nécessité d'expérimenter séparément sur les deux espèces de mouches. » C'est ce qu'il a fait.

Il serait beaucoup trop long de reproduire ici les détails très-circonstanciés des nombreuses expériences que rapporte M. Raimbert. Nous nous bornerons à énoncer les conclusions du travail qu'il vient de soumettre sur ce sujet à l'Académie des sciences.

Voici ce qui résulte de trois séries d'expériences relatives aux trois questions formulées en tête de ce travail :

Sur la première question : les mouches qui piquent peuvent-elles inoculer le charbon ? les résultats ont été constamment négatifs.

De la seconde série d'expériences, sur le point de savoir si les mouches peuvent être des agents de transport du virus charbonneux, il est résulté que les diverses espèces de mouches, la mouche domestique, la mouche à viande, la mouche César, la mouche carnassière, etc., ont la faculté de recueillir, avec leur trompe, leurs pattes et leurs ailes, le principe charbonneux et même de l'amalgamer dans leur abdomen, pour le transporter ou le déposer sur les parties découvertes du corps ; mais qu'il ne suffit pas que ce principe morbigène soit mis en contact avec la peau pour produire la pustule maligne, qu'il faut encore qu'il traverse les diverses couches épidermiques et atteigne le derme.

Le principe charbonneux déposé sur l'épiderme peut-il traverser cette membrane ? Sur cette troisième question, les expériences ont donné un résultat affirmatif (ce qui, par parenthèse, peut servir à éclairer quelques points de la question controversée de l'absorption par la peau).

De sorte que M. Raimbert s'est cru fondé à conclure :

Que les mouches qui se posent sur les cadavres des animaux morts du charbon ou sur leurs dépouilles, et s'en nourrissent, ont la faculté de transporter le virus charbonneux et de le déposer sur la peau ;

Que le principe charbonneux déposé sur la peau peut en traverser les différentes couches.

Les expériences de M. Raimbert affirment, comme on le voit, la transmissibilité du principe charbonneux par l'intermédiaire des mouches, mais sans infirmer pour cela la possibilité du développement spontané de la pustule maligne. Cette dernière question reste toujours à l'étude.

— Les hésitations continuent sur l'action physiologique du chloral. Voici un nouvel expérimentateur, M. Landrin, qui a fait des observations desquelles il résulterait que chez le chien, même à la dose de 4 grammes, l'hydrate de chloral, quelque soit son mode d'administration, n'est ni hypnotique, ni anesthésique, ni hyperesthésique, et qu'il n'amène pas la résolution musculaire ; enfin que, à cette dose, il ne présente, pour ces animaux, aucun danger. — Est-ce bien du même corps qu'il s'agit dans toutes ces expériences contradictoires ?

On trouvera plus loin la relation des expériences de MM. Léon Labbé et E. Goujon, dont nous avons fait connaître les conclusions dans le compte rendu de l'Académie de médecine (numéro de jeudi dernier).

Nous signalerons également à nos lecteurs la communication de M. le docteur Chalvet, qu'on lira ci-après sur les moyens pratiques d'obvier à la mortalité des enfants nouveau-nés. Cette communication, indépendamment de son intérêt direct, emprunte un intérêt d'actualié à la discussion pendante devant l'Académie de médecine.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

De l'ovarite.

(Leçons recueillies par M. RAYMOND, interne du service) (1).

3e LEÇON.

Je vous ai indiqué, en termes généraux, il est vrai, mais cependant d'une façon assez précise les causes qui président habituellement au développement de l'ovarite, et je ne crois pas avoir besoin d'y revenir. Mais, au point où nous sommes arrivés de l'étude de cette maladie, il nous reste à rechercher si plusieurs de ces causes ne sont pas susceptibles d'imprimer à l'inflammation qu'elles provoquent des modifications particulières telles qu'elles puissent constituer autant d'espèces ou de variétés différentes de la même maladie.

De ces espèces ou variétés, les plus généralement admises sont celles qui se produisent sous l'influence du rhumatisme, de la blennorrhagie, du tubercule et du cancer.

En ce qui concerne l'influence rhumatismale, il faut bien se garder de la confondre avec celle qui résulte tout simplement de l'impression du froid. Le froid est une des causes qui agissent le plus fréquemment et le plus sûrement pour déterminer l'inflammation de l'ovaire, et on exagérerait singulièrement la fréquence de l'ovarite rhumatismale, si, comme l'a fait, il y a quelques années, mon savant collègue et ami, M. Chauffard, à propos non pas de l'ovaire, mais du péritoine pelvien (ce qui serait, il est vrai, plus admissible), on considérait comme dépendant du rhumatisme tous les cas dans lesquels la phlegmasie a débuté après un refroidissement.

Je ne reconnais le caractère rhumatismal de l'ovarite que dans les cas où elle se développe chez un sujet rhumatisant, et concurremment avec d'autres manifestations rhumatismales. Ces cas sont fort rares ; Kruger et Murat, qui admettent l'ovarite rhumatismale, n'en citent pas d'exemple ; Copland en a rapporté deux observations seulement dont vous trouverez l'analyse dans le mémoire de M. Chereau, et vous avez actuellement la bonne fortune d'en observer un exemple chez la malade qui occupe le lit n° 37 de notre salle Sainte-Geneviève, et qui était, il y a peu de jours couchée au n° 40 de la même salle.

Cette femme, qui est actuellement dans notre service depuis seize jours, est âgée de 26 ans ; elle est forte, vigoureuse, bien constituée ; elle présente cette coloration et cette transparence de la peau que vous remarquez si habituellement chez les rhumatisants, mais elle n'a pas eu d'autre attaque de rhumatisme que celle à laquelle nous avons assisté. Elle a été réglé à 16 ans, bien dès le début et a eu une seule grossesse, qui s'est terminée par un accouchement à terme, sans le moindre accident consécutif, il y a 4 ans. Jamais elle n'a éprouvé de symptômes morbides du côté des organes génitaux. Il y a juste un mois, elle avait alors ses règles depuis trois jours, elle demeura longtemps exposée à l'impression du froid et de l'humidité ; après avoir lavé du linge pendant deux heures, elle reçut la pluie en rentrant chez elle, et, quoique tous ses vêtements fussent mouillés, elle attendit plus d'une heure avant d'en changer. Le froid l'avait tellement envahie, qu'elle resta longtemps sans pouvoir se réchauffer, après s'être mise au lit, et qu'elle fut prise d'un violent frisson qui dura plus d'une demi-heure. — Ses règles, qui coulent d'habitude cinq à six jours, furent supprimées quoiqu'on ne fût qu'à la fin du troisième jour. — Le lendemain, elle éprouva du malaise, de la courbature, de la fatigue, une grande faiblesse avec de la céphalalgie, elle eut de la soif, de l'anorexie et quelques envies de vomir, mais elle n'éprouva de douleurs vives en aucun point du corps. Elle se leva même et put rester quatre heures hors de chez elle ; ce fut la fatigue qu'elle ressentit, et non la douleur, qui la força à se recoucher. Les choses se passèrent absolument de la même façon pendant les jours suivants, et c'est seulement après huit jours de cet état de malaise, plutôt que de maladie bien dessinée, qu'elle fut prise d'un frisson violent, lequel dura deux heures et fut suivi d'une grande chaleur, puis d'une sueur profuse, abondante. Le lendemain de ce frisson, c'est-à-dire le neuvième jour après l'exposition au froid humide, qui marque le début de son état maladif, cette femme se trouva littéralement clouée dans son lit, toutes ses articulations étant extrêmement endolories, en même temps que rouges et tuméfiées. — C'est postérieurement à cette manifestation morbide du côté des articulations, qu'elle éprouva presque simultanément des douleurs également vives dans le ventre, au niveau de la région ovarienne gauche et dans la poitrine, à la base du thorax des deux côtés, mais surtout à gauche. A dater de ce neuvième jour, la fièvre persista et le frisson revint quotidiennement quoique moins intense que le huitième jour, mais toujours suivi de sueurs abondantes. Il en fut ainsi pendant six jours, au bout desquels les douleurs articulaires diminuèrent, les douleurs abdominales persistant et l'appareil fébrile ayant conservé toute son intensité. — C'est à la fin de ces six jours, par conséquent au commencement du seizième jour, compté à partir de son exposition prolongée au froid humide, que cette femme a été soumise à notre examen. — Ses articulations étaient alors à peu près complétement libres, quoique encore un peu raides et douloureuses, mais dans les grands mouvements seulement. Il y avait de la toux sèche, et quoique le point de côté eût presque complétement disparu, il existait à la base de la poitrine du côté gauche et en arrière, un peu de matité avec affaiblissement du murmure respiratoire, révélant un très-léger épanchement pleurétique. — La peau était chaude ; le pouls, faible, battait 104 fois par minute. Le ventre, un peu tendu et un peu plus chaud qu'à l'état normal, était douloureux à la pression dans toute la région sous-ombilicale, et principalement dans la fosse iliaque gauche. On n'y sentait aucune tumeur à la palpation, mais le toucher vaginal permettait de constater à peu près les mêmes signes que nous avons relevés chez la malade dont je vous a parlé au commencement de ces leçons.

Le museau de tanche, un peu entr'ouvert, saillant dans le vagin, surtout par sa lèvre antérieure, un peu proéminente et légèrement exulcérée, était dirigé vers le pubis ; le corps de l'utérus, incliné en arrière n'était pas tuméfié, mais le long de son bord gauche en remontant très-haut on sentait une petite tumeur arrondie, un peu plus volumineuse que le pouce, mobile et fuyant sous le doigt, mais très-douloureuse à la pression. — Le corps et le col de l'utérus étaient insensibles, mais lorsqu'on imprimait des mouvements de latéralité à cet organe, on développait immédiatement une sensation douloureuse extrêmement vive.

A ces signes, vous reconnaissez, messieurs, à n'en pas douter, une inflammation de l'ovaire gauche. Cette ovarite est bien due à l'influence du froid humide, mais contrairement à ce qui arrive d'habitude, au lieu de se manifester immédiatement après l'application de la cause qui lui a donné naissance, elle tarde plusieurs jours à se montrer. — Que s'est-il passé pendant cet intervalle d'un septénaire ? La malade a éprouvé tous les prodromes qui précèdent l'invasion du rhumatisme, puis elle a été prise de rhumatisme articulaire aigu généralisé ; c'est donc postérieurement à l'invasion de l'arthrite rhumatismale que l'ovarite a fait son apparition et s'est révélée par les symptômes morbides qui lui sont propres. — Evidemment cette ovarite est de même na-

(1) Voir les numéros des 22 et 26 juillet, 19, 26 et 31 août 1869.

turc que l'arthrite généralisée qui l'a précédée; comme elle, elle est de nature rhumatismale, ainsi que le point pleurétique, qui s'est produit en même temps, et dont nous avons retrouvé les derniers vestiges. — La marche ultérieure de la maladie s'est, du reste, ressentie de cette origine. — Vous savez que le propre de la phlegmasie rhumatismale est d'affecter une prédilection marquée pour les séreuses, et d'être souvent excessivement fugace dans ses manifestations. — Or, d'une part, le péritoine a été un peu plus largement touché chez cette malade, qu'il ne l'est d'habitude dans l'ovarite simple; d'un autre côté la résolution paraît devoir se faire avec une rapidité qui n'est pas celle des cas ordinaires. En effet, après être restée dix jours en traitement dans nos salles, cette femme, déjà guérie de son rhumatisme, s'est trouvée tellement bien, qu'elle a demandée à quitter l'hôpital. Sa région ovarique gauche était encore un peu endolorie, et un examen approfondi des organes permettait toujours de sentir, sinon de limiter exactement, la petite tumeur fermée par l'ovaire gauche enflammé. Cependant, lorsqu'elle a voulu reprendre ses occupations, ce ne sont pas les symptômes dépendant de l'ovarite qui l'ont mise dans la nécessité de s'aliter à nouveau, mais bien ceux du rhumatisme. Elle est marchande fruitière dans un marché, et dès qu'elle a repris sa place, exposée à tous les courants d'air, elle a senti revenir des douleurs, d'abord dans les membres inférieurs, puis dans le bas-ventre, enfin dans les membres supérieurs, et, chose remarquable, tandis que les douleurs abdominales se calmaient par le repos au lit, celles des membres continuaient à s'aggraver au point de nécessiter la rentrée de la malade à l'hôpital. — Depuis son retour, séparé sa sortie par un intervalle de trois jours seulement, je n'ai pas constaté d'augmentation sensible du volume de l'ovaire malade, le veutre est resté plutôt engourdi que douloureux, la fièvre s'est calmée, les articulations elles-mêmes sont devenues moins douloureuses sous la seule influence du repos, de quelques narcotiques et de plusieurs bains de vapeur. Aussi, aujourd'hui, bien que nous ne soyons qu'au trente deuxième jour depuis l'application de la cause, seizième depuis l'invasion de la maladie confirmée, jecrois que nous pouvons considérer la convalescence comme franchement établie. Cependant nous n'aurons de certitude absolue à cet égard qu'après la prochaine époque menstruelle, laquelle ne peut tarder à arriver, puisqu'il y a un mois que la malade était en pleine éruption de ses règles (1).

(*A suivre*).

(1) Les choses se sont passées ainsi qu'il avait été prévu. Les douleurs rhumatismales ont persisté quelques semaines encore après les règles, mais il n'y a plus eu aucun trouble morbide du côté de l'ovaire. — La résolution de cette ovarite s'est donc faite en moins d'un mois; cette particularité seule suffirait pour démontrer qu'elle était bien réellement rhumatismale. T. G.

DES MOYENS PRATIQUES D'OBVIER A LA MORTALITÉ DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

Par M. le docteur P. Chalvet.

La question de la mortalité des enfants nouveau-nés revient périodiquement à l'ordre du jour devant l'Académie de médecine, et elle s'est toujours, jusqu'ici, terminée sans solution pratique.

En sera-t-il de même cette fois encore? Espérons le contraire, surtout si les médecins veulent bien s'empresser de fournir le résultat de leurs observations. Voilà cinq ans que je mets et remets sur le métier un mémoire sur l'élevage des enfants nouveau-nés. Je crois avoir réussi à résoudre cette importante question, en m'inspirant simplement des procédés des éleveurs, procédés que nous avons dû modifier selon les besoins de l'organisation sociale de l'espèce humaine.

Ces procédés sont à la fois basés sur l'anatomie, la physiologie et l'expérimentation. Après l'expérimentation du laboratoire, est venue l'application à la puériculture.

Il me suffira de fixer aujourd'hui l'attention des orateurs de l'Académie sur les quatre propositions suivantes, qui seront prochainement développées dans ce même journal :

1re proposition : L'enfant nouveau-né doit toujours puiser sa nourriture dans *l'allaitement*. La principale source, et peut-être l'unique source de la mortalité des enfants nouveau-nés et de la mauvaise constitution, doit être cherchée dans l'alimentation prématurée;

2e proposition : L'allaitement maternel ou par la nourrice doit être incontestablement préféré; mais ce moyen est inapplicable dans les deux tiers des cas : deux tiers environ des enfants des grands centres de population ne peuvent *être suffisamment* nourris au sein.

3e proposition : Dans l'état actuel des choses, l'allaitement par l'animal est le seul moyen de porter remède à la mortalité des nouveau-nés, et d'élever le niveau de la santé publique, dans les grands centres de population surtout;

4e proposition : Des *fermes-nourrices*, organisées aux environs des grandes villes par *l'industrie privée*, d'après les indications pratiques fournies par la science, remplaceront, à n'en pas douter, dans un avenir prochain, l'immorale et meurtrière industrie des nourrices.

Je ferai seulement observer aujourd'hui, relativement à ces propositions, dans le but de justifier la dernière, que presque tous les enfants qui sont livrés aux nourrices des départements sont condamnés à ne pas être allaités au sein, attendu qu'une femme ne peut, en général, nourrir deux enfants, ni concurremment, ni successivement. Aussi, l'un des deux nourrissons, ou les deux à la fois, subissent l'allaitement animal, ou, ce qui est plus fâcheux et habituel, *l'alimentation prématurée*.

Pour aboutir fatalement à ce résultat, point n'est besoin d'envoyer les nouveau-nés au fond des campagnes, loin de toute surveillance efficace; malgré tous les efforts administratifs, sous prétexte de leur donner du bon air, presque toujours on ne leur offre que la misère. Ce fait étant bien établi, mieux vaut les faire allaiter au biberon dans un centre où une surveillance active peut être exercée, soit par les parents, soit par l'administration.

Des fermes-nourrices seules fourniront les moyens d'atteindre ce but, pour les enfants qui sont dans l'impossibilité d'être nourris au sein ou conservés chez leurs parents. Ces fermes seront en même temps une *école pratique* de puériculture qui permettra de combattre les habitudes vicieuses d'élevage par les démonstrations positives de la statistique.

Du jour où ces fermes seront organisées par l'industrie privée, la statistique périodique se chargera de stimuler le zèle et la sagacité des intéressés, car il faut bien qu'on le sache, l'éloquence de la tribune sera toujours moins persuasive que la voix de l'intérêt! Qu'on le remarque bien, nous ne condamnons pas tous les enfants au biberon, mais seulement ceux qui ne peuvent jouir des bienfaits de l'allaitement maternel.

De plus, nous espérons réhabiliter le biberon, injustement incriminé. Le biberon est un instrument admirable. Ce n'est pas l'instrument qui nuit, mais son contenu. Nous n'en dirons pas autant du *petit-pot*, il est toujours détestable. Il faut bien que l'on sache que l'enfant nouveau-né doit *téter* et non *boire*.

Mais il faut bien l'avouer aussi, le commencement de l'allaitement au biberon est difficile à diriger, lorsque le sein de la mère n'a pas été donné pendant quelques semaines au moins. Avec cet adjuvant, la direction du biberon devient facile; dans le cas contraire, il faut une certaine habitude pour graduer cette alimentation et la tenir complètement en rapport avec les aptitudes digestives du nouveau-né.

Tout le secret de l'élevage git dans *la conduite de l'allaitement*.

Je n'ai pas besoin de dire que je ferai la guerre aux *laits artificiels*, qu'on a conseillé de substituer au lait naturel. Il faut bien peu connaître la nature pour rêver de pareilles substitutions.

Nous établirons, par notre statistique personnelle, que notre quatrième proposition est en tout point réalisable : nous osons même affirmer qu'on cherchera vainement une autre solution qui satisfasse à toutes les conditions imposées par notre état social.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE PAR LES COURANTS CONTINUS

Par le docteur Jules Chéron, docteur ès sciences.

(Suite.)

Obs. III. — Adrien D..., mécanicien de chemins de fer, 31 ans, est atteint de rhumatisme articulaire chronique depuis quinze ans. Il en rapporte la cause à l'exercice pénible de sa profession.

Depuis quatre ans, D... a abandonné sa profession, il travaille à la serrurerie, mais c'est avec grande difficulté qu'il gagne de quoi se suffire.

Il a maigri et perdu ses forces, surtout depuis deux ans; l'appétit s'exerce mal; il est incommodé par de fréquentes migraines.

Les mains sont déformées en nageoire, les articulations métacarpo-phalangiennes qui, au dire du malade, étaient devenues, il y a quelques années, grosses comme des noix, sont aujourd'hui considérablement atrophiées, la flexion n'est sensible qu'à demi, puisque le malade ne peut suffisamment rapprocher les doigts de la paume de la main pour maintenir un rouleau de bois de 2 centimètres de diamètre.

La peau des mains est luisante, tendue et amincie.

L'articulation du poignet est déformée et les muscles superficiels de la face extérieure de l'avant-bras sont atteints de rétraction.

L'articulation du coude est déformée et peu mobile, celle de l'épaule est douloureuse.

Les pieds, quoique déformés aussi, sont moins malades que les mains.

L'articulation du genou est fréquemment douloureuse; la marche est pénible.

J'applique d'abord de larges excitateurs à éponges, l'un sur les articulations métacarpo-phalangiennes, l'autre sur l'articulation du poignet. Le pôle négatif est ensuite laissé sur la face dorsale de la main jusqu'à rougeur intense de la peau. Le courant est fourni par 24 couples de Remak.

Après deux mois d'un semblable traitement, pratiqué trois fois par semaine pendant douze à quinze minutes chaque fois, l'état de notre malade présente la modification suivante :

Les doigts peuvent atteindre la paume de la main et la presser avec une certaine vigueur.

Les grandes articulations n'étant plus douloureuses peuvent exécuter des mouvements beaucoup plus étendus.

L'articulation du poignet qui était complétement immobile, commence à exécuter un léger mouvement de flexion.

Au point de vue de la santé générale, l'amélioration est plus sensible encore; la migraine (qui incommodait le malade trois et quatre fois par semaine) ne s'est montrée que cinq fois en deux mois; l'appétit est bon; les jambes ne sont plus douloureuses.

Le traitement, continué pendant cinq mois encore, a donné des résultats satisfaisants au point que le malade, débarrassé de la migraine et des douleurs articulaires, a recouvré des forces suffisantes pour exercer le métier de serrurier sans éprouver les difficultés qu'il éprouvait antérieurement.

Obs. IV. — Mlle B..., âgée de 22 ans, appartenant à une famille qui jouit d'une grande aisance, est atteinte de rhumatisme articulaire chronique progressif. Le début de la maladie remonte à trois ans. Une grande jointure, l'articulation tibio-fémorale gauche fut envahie d'abord, et progressivement l'articulation tibio-fémorale droite, les articulations des pieds et des orteils, celle des poignets et des doigts.

Le médecin qui le premier lui donna des soins pratiqua quatre saignées abondantes à quelques jours d'intervalle et appliqua 40 sangsues aux genoux et aux articulations tibio-tarsiennes. Il prescrivit, en outre, une diète sévère. Mlle B... garda le lit pendant dix-huit mois; les douleurs avaient promptement cessé, mais tout mouvement était absolument impossible. L'émaciation fut portée à son comble.

Au mois de juin 1868, je fus appelé à voir Mlle B... et à lui donner des soins. Voici l'état dans lequel je la trouvai :

L'amaigrissement est considérable; cependant les fonctions digestives s'exécutent bien, et la malade a de l'appétit.

Les articulations tibio-fémorales sont tuméfiées; les muscles biceps crural demi-membraneux et demi-tendineux sont rétractés.

Les orteils présentent des ankyloses au niveau des articulations de la phalange avec la phalangine; les mouvements des articulations tibio-tarsiennes sont bien moins étendus qu'à l'état normal; elles ne présentent pas de déformation.

Les articulations scapulo-humérales ne peuvent exécuter que des mouvements très-peu étendus; ainsi le bras ne peut être éloigné du corps au-delà de 65 degrés.

Les mains, déformées, présentent le deuxième type décrit par M. Charcot (1); les phalanges ne peuvent être fléchies sur les métacarpiens; les tendons de l'extenseur commun des doigts, durs et grossis par l'incrustation calcaire, font relief sur le dos de la main.

La jeune malade ne peut faire que quelques pas, fortement soutenue par deux personnes. Elle ne peut porter les aliments à sa bouche; on la fait manger comme un petit enfant. L'appétit commence à revenir et le sommeil aussi.

En présence de cet état, je donnai peu d'espoir à la famille, qui insista cependant pour que l'emploi de l'électricité fût tenté.

La main droite, plus malade que l'autre, est soumise à l'action d'un courant ascendant de 24 éléments de Remak.

Des courants ascendants de 30 éléments Remak, dirigés à travers les muscles contracturés de l'avant-bras, donnèrent assez de jeu aux articulations pour permettre à la malade de porter les aliments à la bouche, et peu de temps après elle peut porter à ses lèvres un verre plein jusqu'au bord.

Un traitement semblable est dirigé sur le bras gauche avec le même succès. Après la onzième séance, Mlle B... peut se servir des deux mains et ne plus emprunter le secours de personne pour porter les aliments à la bouche.

Les articulations des doigts sont assez mobiles pour permettre de saisir un objet un peu volumineux et de toucher du piano. Mais la déformation persiste, et la flexion dans les articulations métacarpo-phalangiennes résiste encore.

Notre attention se porte alors sur les jambes. Trois séances de vingt minutes, avec un courant ascendant formé par 30 éléments Remak, suffisent pour faire disparaître les contractures des fléchisseurs de la jambe et de la cuisse. Pendant quelque temps encore, ce même courant dirigé de la même façon, augmente le volume des muscles en même temps que leur vigueur, et Mlle B... peut marcher seule sans trop de fatigue.

Un mois de ce traitement (c'est-à-dire 12 séances) appliqué aux muscles de la jambe et de la cuisse et à l'articulation tibio-fémorale permet à la malade de se lever de son siége et de marcher sans le secours de personne et de monter l'escalier appuyée sur le bras de sa mère.

Tel est l'état de Mlle B... après cinq mois de traitement par les courants continus constants, pendant lesquels 37 applications de 20 minutes chacune ont été faites.

Obs. V. — Armand R..., fondeur, âgé de 44 ans, est atteint depuis cinq années de gonflements des articulations des doigts et des poignets, avec déformation. Les grandes articulations, peu déformées, sont douloureuses et peu mobiles, les muscles sont considérablement atrophiés.

Depuis deux ans, il a abandonné l'exercice de sa profession, car ses forces sont perdues. Il a considérablement maigri. Ses fonctions ne s'exercent plus qu'avec difficulté.

Il a très-souvent la migraine, et l'analyse de l'urine répétée un grand nombre de fois, révèle toujours la présence d'une certaine quantité d'albumine dans ce liquide. Les mains, déformées en nageoires, sont d'une couleur lie de vin et toujours glacées ou brûlantes.

Les doigts, raides et douloureux, ne peuvent exécuter que des mouvements forts restreints.

Des rétractions musculaires, dont les fléchisseurs de l'avant-bras sont le siége, portent la main dans la flexion permanente.

Le traitement a été commencé le 8 décembre, avec 14 couples de Remak. Le courant ascendant, appliqué sur les articulations métacarpo-phalangiennes et sur l'articulation du poignet, ne produit que des résultats locaux, appréciables pendant les 10 à 12 premières applications. Mais bientôt le malade accuse des changements au point de vue de la santé générale; l'appétit devient bon, ainsi que le sommeil, et l'hypéresthésie des mains diminue très-sensiblement.

L'urine contient encore de l'albumine, mais la quantité a notablement diminué.

Jusqu'à 25 applications, l'albumine existe encore, mais en diminuant de plus en plus; après la trentième, il n'en existe plus aucune trace.

Les articulations métacarpo-phalangiennes sont à peine tuméfiées, elles ne sont plus douloureuses. Celles des poignets sont devenues beaucoup plus libres, et les douleurs ont disparu des grandes articulations alors que nous sommes arrivés à la cinquantième application.

Depuis plusieurs années, le malade ne pouvait porter sa main gauche à la tête, aujourd'hui il la porte jusqu'à l'occiput.

11 applications sont encore faites, et notre rhumatisant reprend son travail.

Sept mois après il a pris un embonpoint notable; les fonctions s'exécutent bien; l'albumine n'a pas reparu dans l'urine; les forces se maintiennent, et les mains, quoique déformées, présentent assez de vigueur et assez de liberté dans les mouvements pour permettre à notre malade d'exercer sa profession.

Obs. VI. — Au mois d'avril 1867, je reçus la visite de Mme D. J.; Elle n'a jamais eu de douleurs bien vives, et n'était la gêne considérable qu'elle éprouve dans les articulations des poignets et des doigts, ce qui l'empêche de se livrer aux travaux d'aiguille, elle supporterait, dit-elle, assez facilement cette infirmité.

Les doigts sont déjetés en dehors (en nageoires), et les articulations métacarpo-phalangiennes sont le siége d'un gonflement. L'articulation du poignet est en partie déformée et presque immobilisée. Les pieds sont dans un état tout aussi déplorable. Quant aux grandes

(1) *Maladies chroniques des vieillards*, p. 203.

articulations, elles sont de temps en temps le siége de douleurs peu intenses.

L'œdème a envahi les membres inférieurs, et se montre quelquefois aux mains et aux avant-bras.

La main gauche, plus malade que la droite, attire d'abord notre attention.

Un courant ascendant de 20 couples de Remak est dirigé, des articulations métacarpo-phalangiennes à l'articulation du poignet. A chaque application, le malade ressent une plus grande liberté dans les mouvements des doigts. Les gonflements articulaires tendent à diminuer. Cependant, jusqu'à la douzième séance, l'amélioration n'a pas marché rapidement.

A partir de cette époque, des oscillations de courants furent pratiquées avec le pôle négatif sur toutes les parties tuméfiées, et les mouvements commencèrent à devenir libres de la façon la plus sensible.

La malade a supporté 51 applications du courant constant, et jusqu'à la quarantième fois le courant a toujours été appliqué sur la main gauche.

Les 11 dernières applications furent consacrées surtout à la main droite et aux muscles des avant-bras, dont la puissance avait, depuis plusieurs années, considérablement diminué, vu l'immobilité à peu près complète de la main sur l'avant-bras.

Aujourd'hui, Mme D. J... peut coudre, tricoter, et se livrer enfin aux différents travaux d'aiguille.

La sensibilité douloureuse des mains a disparu, ainsi que les gonflements articulaires; la déformation est beaucoup moins grande, le jeu des articulations est complétement libre, et les douleurs qui revenaient très-souvent dans les grandes articulations, n'ont pas reparu depuis longtemps.

Obs. VII. — Mme Julie S..., blanchisseuse, âgée de 49 ans, est atteinte depuis dix-huit années de rhumatisme noueux, qui a amené la déformation des mains. Toutes les grandes articulations sont douloureuses et jouissent de mouvements peu étendus.

Il y a dix-huit mois, la malade vit un gonflement œdémateux apparaître le soir au niveau des malléoles; en peu de temps il tendit à augmenter chaque jour et arriva au point de ne plus permettre l'usage des chaussures ordinaires.

Cet œdème, qui existe aujourd'hui à l'état permanent, s'élève jusqu'à la partie supérieure des cuisses; la démarche de Mme S... est lourde et difficile; elle ne peut plus exercer sa profession.

Les mains et les pieds sont continuellement le siége d'une chaleur brûlante.

Lorsque la malade est restée quelques heures en repos, les articulations deviennent raides, la marche est impossible.

Nous faisons l'application d'un courant continu fourni par 19 éléments Remak sur le sciatique et sur le crural, à la partie supérieure de la cuisse. Nous répétons ensuite les mêmes applications sur le plexus brachial, l'un des pôles étant placé dans la fosse sous-claviculaire, et l'autre dans le creux axillaire.

Après 20 applications, il y a un peu plus de facilité dans les mouvements; les articulations présentent moins de raideur.

Le même traitement est continué pendant sept mois encore. A cette époque, l'œdème a diminué, la marche est devenue plus facile, les vertiges ont disparu.

Malgré le long espace de temps consacré au traitement, l'amélioration n'a pas été aussi remarquable que dans les autres cas; c'est au mauvais état général de la malade et à sa mauvaise santé depuis l'âge de vingt ans qu'il faut en attribuer la cause.

Après avoir rapporté ces quelques observations, nous avons à distinguer les formes du rhumatisme articulaire chronique dans lesquelles le courant continu est destiné à produire de bons résultats, à indiquer la limite du service qu'il peut rendre et son mode d'application dans le rhumatisme articulaire chronique progressif, avec ou sans complications viscérales. Nous avons vu le courant continu, dans la forme atrophique et dans la forme œdémateuse, produire deux sortes d'effets dont l'amélioration locale et l'amélioration générale sont le résultat.

Analysons maintenant l'action du courant continu dans les deux formes de rhumatisme articulaire chronique progressif. Dans le rhumatisme articulaire chronique progressif, forme atrophique, les lésions que l'on a à combattre sont nombreuses, et nous pouvons les ranger sous trois chefs principaux :

1° Les contractions spasmodiques et les rétractions musculaires;

2° Les déformations articulaires par déplacement, qui sont d'abord la conséquence des rétractions spasmodiques les hydarthroses, les ankyloses.

3° La sclérodermie et l'atrophie des tissus.

Quelle action les courants continus constants peuvent-ils exercer sur les contractions spasmodiques et les rétractions musculaires?

Lorsque le médecin peut intervenir avec les courants continus, avant que les contractions spasmodiques soient devenues des rétractions, il peut faire cesser celles-ci et empêcher par conséquent les ankyloses et les déformations, en portant toute son attention sur les articulations douloureuses qui sont le siége d'un travail de prolifération que le courant continu peut arrêter.

Les contractions spasmodiques ne sont que des phénomènes réflexes dont la stimulation a pour siége les articulations douloureuses, ainsi que le pense M. Charcot, ainsi que le démontre encore le mode de traitement que nous préconisons,

Or, ce qu'il importe d'abord de faire et ce qui porte le mieux remède aux contractions spasmodiques et aux déformations, c'est de faire disparaître la douleur des articulations qui en sont le siége.

Un courant continu traversant chaque articulation pendant cinq ou dix minutes à chaque application, conduit à ce résultat dans un temps relativement très court.

Il ne nous appartient pas de décider actuellement de quelle façon agit le courant continu sur les lésions articulaires à ses différentes périodes, les expériences que nous faisons en ce moment sur les animaux n'étant pas encore assez avancées pour être exposées avec avantage; cependant l'action bien connue qu'exercent les courants constants sur les circulations locales, qu'ils accélèrent alors qu'elles sont languissantes, et qu'ils peuvent même rétablir alors que le cours du sang est arrêté dans un grand nombre de capillaires, nous permet de concevoir l'arrêt de l'atrophie des têtes articulaires et des cartilages, par l'impulsion qu'imprime à la nutrition l'accroissement de circulation dont le courant continu est la cause.

La plupart du temps, le médecin n'a à traiter par les courants continus que des malades atteints de rhumatisme chronique articulaire progressif, à forme atrophique chez lesquels les têtes articulaires ont contracté de nouveaux rapports qu'il est impossible de faire cesser alors même qu'on parvient à guérir les contractions spasmodiques qui les ont amenés.

Il y a cependant quelques groupes de muscles qu'on peut guérir, lorsque la maladie est ancienne, ce qui rend le plus grand service aux malades. Tels sont les pronateurs de l'avant-bras, qui sont toujours atteints de contractions, aussi bien que les fléchisseurs de la main et le biceps brachial, au membre inférieur le biceps crural, demi-tendineux et le demi-membraneux.

Les contractions spasmodiques de ces muscles cèdent assez rapidement sous l'influence d'un courant ascendant de 30 à 40 couples de Remak, lorsque les articulations ont cessé d'être douloureuses, car, si la douleur persiste dans les articulations voisines, l'expérience m'a prouvé que c'est en vain qu'on essayerait de réduire ces contractions, ce qui vient à l'appui de la manière de voir de M. Charcot, à savoir : que les contractions musculaires du rhumatisme chronique sont produites par une véritable action reflexe dont l'articulation douloureuse est le stimulus.

En outre, il existe d'autres contractures, ou plutôt des rétractions musculaires, dans les différentes formes de rhumatisme articulaire chronique, consécutives aux précédentes, elles se forment de la manière suivante : lorsque les articulations ont cessé d'être douloureuses, ce qui arrive à la longue, le stimulus douloureux n'existant plus, la cause productive des rétractions spasmodiques ayant cessé, celles-ci persistent cependant; mais ici ce ne sont plus des phénomènes reflexes, ce sont des états musculaires en relation avec les nouveaux rapports articulaires établis par stimulation permanente, et devenus eux-mêmes permanent par modifications anatomiques des muscles, alors même que le stimulus qui les a produits n'existe plus.

En général, ces rétractions consécutives aux contractions spasmodiques sont très anciennes, et, comme je le disais tout à l'heure, cet état correspondant à une modification anatomique du muscle, les courants constants peuvent améliorer cet état, mais ils ne rendront jamais aux muscles leur longueur première, ni même leur longueur nécessaire, comme cela arrive pour les contractions spasmodiques.

Dans ces rétractions, les courants énergiques et prolongés, 30 couples de Remak, produiront en un très-petit nombre d'applications le meilleur résultat qu'on puisse en espérer.

2° *Quelle action les courants continus constants peuvent-ils exercer sur les déformations articulaires et sur les ankyloses dans les différentes formes du rhumatisme articulaire chronique.*

La déformation articulaire étant le résultat de la destruction du cartilage et de l'atrophie de l'os, il s'ensuit que, la conformation des têtes articulaires étant complétement modifiée, le courant constant, alors même qu'il pourrait s'opposer au travail de dégénération et favoriser la réparation du tissu, serait impuissant à rendre aux surfaces articulaires leur forme première.

Conséquemment, la douleur et la tendance à l'aggravation de la déformation ayant disparu de l'articulation malade, on a obtenu du courant constant tout ce qu'il est rationnellement permis de lui demander.

Quant aux ankyloses, elles peuvent reconnaître plusieurs modes de formation. Le courant continu pouvant être employé avantageusement à les modifier dans certains cas, il est bon de rappeler ceux-ci :

Les végétations osseuses, qui établissent de véritables ponts d'une surface articulaire à l'autre, produisent des ankyloses que le courant continu serait vainement employé à faire disparaître sans opération préalable.

Les ankyloses celluleuses, au contraire, et celles qui résultent de la fixation des ligaments dans leur gaîne par l'incrustation de sels calcaires, peuvent être avantageusement combattues par l'emploi des courants continus.

Dans une circonstance semblable, je donnais des soins à une jeune dame dont les phalanges ne pouvaient être fléchies sur les métacarpiens, véritable calcification ayant envahi les gaînes des tendons de l'extenseur commun des doigts et de l'extenseur propre de l'index; dans cette circonstance, je plaçai le pôle positif sur l'articulation du poignet pendant une vingtaine d'applications. Je fis avec un tampon des frictions sur la face dorsale du métacarpe; le tendon de l'extenseur propre de l'index et l'articulation metacarpo-phalangienne de ce doigt reprirent bientôt leurs mouvements; cependant ils étaient diminués tant par l'immobilité des autres doigts que par les rapports communs qui existent entre les tendons de l'extenseur commun des doigts; les tendons des trois derniers doigts commençaient à céder lorsque la malade cessa de se faire traiter. J'emploie le même mode de traitement chez la personne qui fait l'objet de l'observation n° IV, et le résultat obtenu jusqu'ici nous fait espérer que nous arriverons à rendre, au moins en partie, le mouvement aux articulations metacarpo-phalangiennes, rendues immobiles par une véritable calcification déposée dans les gaînes de l'extenseur commun des doigts.

(*A suivre*).

EXPERIENCES PHYSIOLOGIQUES SUR LE CHLORAL

Par MM. les Drs Léon Labbé et Étienne Goujon

L'espérance de la découverte d'un nouvel agent anesthésique et les contradictions si formelles qui se sont produites depuis peu relativement à l'action du chloral, étaient bien propres à stimuler le zèle des expérimentateurs qui ne manqueront certainement pas d'apporter de toutes parts leur contingent de lumières sur cette intéressante question.

Nous devons à l'obligeance de M. Follet, qui a bien voulu nous remettre du chloral de même provenance que celui qui a servi à M. Demarquay, d'avoir pu nous même expérimenter cette substance. C'est le résumé succinct de nos recherches que nous présentons aujourd'hui à l'Académie, nous réservant de revenir plus tard sur cette question, et de lui donner les développements qu'elle peut comporter.

Nos expériences ont été faites sur des animaux assez divers : des chiens, des lapins, des rats, des oiseaux et des grenouilles, et chez tous ces animaux, le chloral a donné lieu aux mêmes phénomènes. Nous avons introduit cette substance dans l'organisme par trois voies différentes : directement dans le sang, par une injection dans une veine d'une patte postérieure; dans le tube digestif par l'estomac et le rectum; et enfin, sous la peau, par une injection dans le tissu cellulaire. Un grand nombre de fois nous avons répété ces expériences, qui nous ont paru très-concluantes pour juger du pouvoir anesthésique du chloral. 2 grammes de cette substance dissous dans 15 grammes d'eau distillée étaient injectés dans le sang, et immédiatement l'animal tombait comme foudroyé dans la résolution la plus complète. La respiration était d'abord très-accélérée, les battements du cœur très-tumultueux; mais, en 3 ou 4 minutes ces fonctions se régularisaient et l'animal paraissait tout à fait dormir du sommeil physiologique, et ce sommeil a duré, pour les différents chiens, une heure et demie à trois heures. L'insensibilité a été complète pour tous ces animaux pendant un espace de temps qui a varié de 35 minutes à une heure et quart, c'est-à-dire qu'il ne se produisait aucune réaction chez eux si on leur incisait la peau ou si on les pinçait dans leurs parties les plus sensibles, les pattes et le nez.

Un fait nous a surtout frappé dans cette anesthésie généralisée, c'est l'insensibilité qui se montre sur le globe oculaire, alors que toutes les autres parties du corps se montrent encore sensibles. Le contraire a lieu pour le chloroforme et d'autres agents anesthésiques; la cornée est encore sensible alors que les autres parties du corps ne le sont plus. Comme M. Demarquay, nous avons constaté un abaissement de température d'un degré et même plus chez les animaux ainsi endormis, et cela est tout à fait conforme à ce qui se passe pendant le sommeil naturel; mais nous n'avons jamais constaté de vascularisation plus grande des oreilles des animaux, pouvant rappeler ce qui a lieu après la section du grand sympathique au cou, ces organes nous ont paru au contraire plus pâles et plus froids qu'à l'état normal. Chez les chiens, alors que le sommeil est le plus profond, les yeux sont toujours assez fortement convulsés et dirigés en bas, mais ne semblent pas notablement congestionnés.

L'injection du chloral dans le sang a pu être répétée plusieurs fois sur le même animal sans qu'il paraisse en résulter une altération de sa santé. Les animaux, en sortant de ce sommeil, ont une marche très-incertaine, et ils titubent comme dans un état d'ivresse; mais ils se remettent bientôt et mangent d'un très-bon appétit dès qu'ils peuvent se maintenir un peu en équilibre. La dose de 2 grammes paraît être la quantité nécessaire pour produire l'insensibilité chez un chien de moyenne taille; avec 1 gramme seulement, ces animaux s'endorment, mais ils sont encore très-sensibles.

Introduit dans le tube digestif, le chloral donne lieu aux mêmes phénomènes que si on l'introduit directement dans le sang; mais il faut atteindre des doses plus élevées (3 et 4 grammes), et les effets ne sont pas aussi immédiats ni l'insensibilité aussi prononcée.

Injectée sous la peau, la substance que nous étudions s'absorbe beaucoup plus lentement que par le canal intestinal. Une expérience bien simple, que nous avons répétée plusieurs fois, met bien ce fait en évidence: à plusieurs oiseaux de même taille et de même espèce, nous injections, aux uns sous la peau, aux autres dans l'intestin, une suffisante quantité de chloral pour les tuer (25 centigr.). Ceux qui avaient reçu le produit sous le tube digestif succombaient 10 à 12 minutes après l'injection; ceux qui l'avaient reçu sous la peau vivaient encore 25 à 30 minutes après la mort des premiers.

En outre d'être absorbé lentement sous la peau, le chloral a un inconvénient bien plus grave, si on l'introduit par cette voie, et cela surtout si la solution est un peu concentrée, il produit des décollements de la peau avec suppuration et escarrhes assez étendues.

Pour plusieurs raisons, nous ne pensons pas que le chloral introduit dans l'économie donne naissance à du chloroforme. Jamais les animaux maintenus sous l'influence du chloral n'exhalaient l'odeur du chloroforme. On ne perçoit que l'odeur du chloral si on s'approche de leur nez. Le sang d'un chien qui avait reçu une forte dose de chloral ne sentait nullement le chloroforme; ce même sang chauffé avec un peu de potasse n'avait pas d'odeur caractéristique. Il est du reste difficile de reconnaître la présence du chloroforme, et il n'existe pas, que nous sachions, de réactif qui nous le fasse constater en pareil cas. Le sang des animaux tués par le chloral ne présente rien de spécial à noter: peut-être celui des veines est-il un peu plus foncé qu'il ne devrait l'être, mais il se coagule, comme d'habitude, presque immédiatement en sortant d'une artère ou d'une veine. Les globules se déforment rapidement et se réunissent par groupes ag-

glutinés ensemble. Ces phénomènes se produisent également alors que les animaux ont succombé à un autre genre de mort.

Sachant que les urines qui contiennent du chloroforme réduisent la liqueur cupro-potassique, nous avons examiné celles de la plupart de nos animaux, et dans aucun cas nous n'avons pu réduire la liqueur cuivreuse. Une dernière raison nous paraît avoir une grande valeur pour montrer que le chloral agit bien par lui-même et non en se transformant en chloroforme, c'est la suivante : Depuis longtemps les expériences de Flourens, de MM. Gosselin et Longet, nous ont appris que de très-petites doses de chloroforme, introduites directement dans le sang, produisent très-rapidement la mort, et que si la quantité est insuffisante pour tuer l'animal, il est très-malade et ne s'endort pas.

Nous avons nous-même, ces jours derniers, injecté 80 centigr. de chloroforme dans le sang d'un chien vigoureux et il fut pris immédiatement d'une angoisse effrayante et d'un véritable accès de fureur qui dura dix minutes; il est tombé ensuite dans un très-grand abattement, sa respiration resta très-gênée et bruyante jusqu'au lendemain, et il ne s'endormit pas. Dans ce cas, on percevait manifestement l'odeur du chloroforme en s'approchant de l'animal.

La quantité de chloroforme que pourraient fournir deux grammes de chloral serait plus que suffisante pour produire les accidents que nous connaissons, si ce dégagement de chloroforme se produisait spontanément dans le système circulatoire.

Il ne nous a pas été possible, jusqu'à présent, de préciser le mode d'action du chloral; nous avons seulement constaté chez les animaux que l'on fait périr par cette substance, que le cœur continue à battre longtemps après que la respiration a cessé, signe qui distingue encore l'action de cette substance de celle du chloroforme qui, on le sait, arrête brusquement les mouvements du cœur.

La mort se produit d'une façon lente, par le ralentissement de plus en plus grand des mouvements respiratoires et du cœur. L'autopsie ne révèle rien de caractéristique ; les viscères abdominaux sont un peu congestionnés, et les centres nerveux ne nous ont pas paru gorgés de sang plus que de coutume. Les nerfs et les muscles restent excitables par l'électricité, longtemps après la mort des animaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous annoncions, il y a quelques jours à peine, la perte regrettable du docteur Cerise, mort entouré de sympathies unanimes du corps médical. Aujourd'hui, nous avons encore le triste devoir d'annoncer la mort d'un de nos plus honorables chirurgiens, qui, comme Cerise, ne comptait également que des amis dans le corps médical de Paris. M. Paul Guersant, chirurgien honoraire des hôpitaux, ancien chirurgien de l'hôpital des Enfants, l'un des membres fondateurs de la Société de chirurgie, vient de mourir. Ses obsèques ont eu lieu vendredi dernier, au milieu d'un nombreux concours de confrères et d'amis, parmi lesquels on remarquait presque tous les membres de la Société de chirurgie et de la Société de médecine pratique de Paris. Le deuil était conduit par M. Blache, son beau-frère, et M. René Blache, son neveu.

—

M. le docteur Fort recommencera son cours annuel d'anatomie, le jeudi 21 octobre, à midi 1/4, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. Deux leçons auront lieu tous les jours.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 10 au 16 octobre, donne les chiffres suivants :

Variole, 10. — Scarlatine, 3.— Rougeole, 3.— Fièvre typhoïde, 22. Érysipèle, 6.— Bronchite, 48.— Pneumonie, 32. — Diarrhée, 14.— Dyssenterie, 3.— Choléra, 1.— Angine couenneuse, 2.— Croup, 7. — Affections puerpérales, 4.— Autres causes, 597. — Total : 752.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 3 au 9 octobre : Variole, 4.— Scarlatine, 216.— Rougeole, 22.— Fièvre typhoïde, 24. — Typhus, 9. — Érysipèle, 6. — Bronchite, 74. — Pneumonie, 54. — Diarrhée, 57. — Dyssenterie, ». — Choléra, 2. — Angine couenneuse, 9.— Croup, 13.— Affections puerpérales, 11.— Autres causes, 866. — Total : 1,367.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'assistance publique, n° 9e (septembre), avec 3 photographies et 1 planche. Prix : 2 fr.

Des fractures de la rotule et de leurs différents modes de traitement, par le docteur Le Coin, ancien interne de l'hôpital de Vincennes. — 1 vol. in-8. Prix : 2 fr.

Fracastor.— La syphilis.—Le mal français. Traduction et commentaires, par le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, professeur, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — 1 joli vol. in-18. Prix : 2 fr. 50.

Des syphilides vulvaires, par le docteur Paul Spillman, ancien interne de l'hôpital de Lourcine. — 1 vol. in-8° avec 3 planches. Prix : 3 fr.

Nouvelles considérations sur la périostite phlegmoneuse et ses modes de terminaison, par le docteur Eug. Bœckel, professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg. — Br. in-8° de 48 pages : Prix : 1 franc.

Considérations médico-philosophiques sur quelques points de l'éducation des enfants, par le docteur Alph. Louis Blanc. — In-8° de 140 pages. Prix : 2 francs.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur la mortalité des enfants a occupé la plus grande partie de cette séance. M. Devilliers s'est défendu contre les critiques dont son premier discours et son projet de réglementation ont été l'objet, maintenant que la commission avait le devoir de se préoccuper tout aussi bien des modifications à introduire dans les règlements en vigueur, que des questions morales et scientifiques soulevées par le sujet. M. Fauvel a terminé son argumentation. On a vu, dans son premier discours, avec quelle énergie de conviction et quelle puissance de logique il a signalé les nombreuses lacunes du rapport. La part faite à la critique — et elle est large — M. Fauvel s'était imposé à lui-même l'engagement d'indiquer la marche qu'aurait dû suivre, suivant lui, la commission. C'est ce qu'il a fait hier dans son second discours.

Trouver les moyens d'améliorer les conditions de l'allaitement en vue de diminuer la mortalité qui pèse sur les enfants nouveau-nés, tel est, pour lui, le problème. Le moyen principal serait d'encourager l'allaitement maternel, et par là, de diminuer le nombre des enfants à confier à l'allaitement mercenaire. L'autorité et la réglementation n'ont rien à faire ici. C'est par la voie seule des conseils et de la persuasion qu'on peut espérer atteindre ce résultat. Qui est mieux à même que les médecins d'éclairer à cet égard la conscience des familles? Mais il faudrait pour cela qu'ils eussent un peu moins de complaisance qu'ils en ont généralement pour les exigences conventionnelles qui éloignent tant de mères des devoirs de l'allaitement. Peut-être faudrait-il aussi qu'ils fussent plus convaincus eux-mêmes, non-seulement de l'importance du devoir social dont ils seraient à même d'aider ainsi l'accomplissement, mais encore des inconvénients réels qui peuvent résulter souvent pour les mères de cette infraction à la loi naturelle.

Mais si les conseils et la persuasion peuvent suffire pour les femmes des classes riches ou aisées, en est-il de même pour celles de la classe pauvre? M. Fauvel ne s'est pas dissimulé, ici, une difficulté plus sérieuse. Ce ne sont ni des conseils ni des règlements qu'il faut, mais des secours effectifs, qui permettent de concilier les devoirs maternels avec les nécessités même de l'existence.

C'est ici que se dresse de nouveau et toujours le grand et terrible problème du paupérisme, que cotoient incessamment toutes les questions d'hygiène, problème qu'il n'appartient pas à la médecine de chercher à résoudre, sans doute, mais sur lequel elle est bien souvent à même de fournir à qui de droit des indications utiles. N'est-ce pas ici le cas?

Si l'argent — puisqu'il faut appeler les choses par leur nom — est nécessaire pour favoriser l'allaitement maternel dans les classes pauvres, il ne l'est pas moins pour assurer les meilleures conditions possibles de l'allaitement mercenaire, dont on ne supprimera pas complétement, en définitive, l'indispensable concours, quelque restriction qu'on désire y apporter. Et, à ce propos, M. Fauvel qui se montre très-peu favorable, et non sans de très-bonnes raisons, à l'extension de l'industrie des nourrices, en est venu à se demander si, plutôt que d'avoir recours à des nourrices qui sont loin de réunir toutes les conditions désirables, il ne serait pas mieux de chercher à combler le déficit de la lactation par l'allaitement artificiel. Nous sommes très-disposé à croire, avec M. Fauvel et avec notre collaborateur M. Chalvet, et pour en avoir plusieurs fois apprécié par nous-même les bons résultats, qu'on a beaucoup trop négligé et déprécié dans ces derniers temps ce mode d'allaitement. Nous croyons que le biberon n'a été à peu près généralement abandonné que parce qu'on ne s'en était pas servi dans les conditions convenables. C'est là un des points de pratique à examiner ou plutôt à expérimenter de nouveau.

En résumé : des conseils, et c'est là principalement l'affaire des médecins, des subsides et des secours d'argent là où les conseils ne sauraient suffire, voilà ce qui, aux yeux de M. Fauvel, vaut mieux que les meilleurs règlements. A qui demander les subsides nécessaires pour encourager et faciliter l'extension de l'allaitement maternel dans les classes pauvres? Ceci n'est pas notre affaire. Mais, du moins, nous est-il permis et nous est-il imposé même par la gravité et l'importance du sujet de joindre ici notre sincère adhésion aux félicitations et aux encouragements que M. Fauvel a adressés du haut de la tribune académique à ceux de nos bienfaisants confrères qui ont eu l'heureuse idée de fonder une société spéciale d'encouragement et de protection, en faisant appel aux dons privés et volontaires.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

De l'ovarite.

(Leçons recueillies par M. RAYMOND, interne du service) (1).

3e LEÇON.

(Suite).

M. Ricord, et après lui M. Bourraud, M. Bernutz et un certain nombre d'autres auteurs ont considéré la phlegmasie de l'ovaire comme une complication fréquente de la blennorrhagie virulente. Il est à remarquer que c'est dans les services spéciaux de l'hôpital de Lourcine que leurs observations ont été recueillies et que la blennorrhagie complique la majeure partie des maladies que l'on est appelé à soigner dans cet hôpital. Cela seul explique pourquoi la proportion des ovarites attribuées à la blennorrhagie y est si considérable, car le même rapport n'existe pas ailleurs ; et, sans vouloir contester l'existence de cette variété de la phegmasie ovarienne, dont j'ai pu présenter un exemple aux personnes qui, il y a trois ans, me faisaient l'honneur de suivre ma clinique dans cet hôpital (2), je me range complétement à l'avis de M. Alph. Guérin, qui considère l'ovarite comme une des complications les plus rares de la blennorrhagie. Cette complication, M. Bernutz la regarde comme aussi fréquente que l'inflammation du testicule dans la blennorrhagie de l'homme, et, suivant l'analogie jusqu'au bout, il la localise dans le péritoine pelvien, ou du moins dans cette portion du péritoine qui revêt l'ovaire, de même que l'inflammation testiculaire dépendant de la blennorrhagie se localise dans la tunique vaginale, portion de séreuse détachée du péritoine. Aran, n'admettant pas cette assimilation, a surtout insisté sur le mécanisme de la propagation de la phlegmasie qui s'étendrait de proche en proche à travers les conduits génitaux, depuis le vagin et le museau de tanche jusqu'à la trompe et à l'ovaire, en passant par la cavité utérine. Il a remarqué que, indépendamment de toute blennorrhagie, l'inflammation de la muqueuse qui revêt la cavité du corps de l'utérus coïncide souvent avec celle de l'ovaire, et il a considéré celle-ci comme la conséquenc de celle-là. Le fait est vrai en soi, tout en étant moins général qu'Aran l'a prétendu ; mais lorsque j'ai eu occasion de l'observer, j'ai, la plupart du temps, trouvé un rapport de causalité inverse de celui qui avait été admis par cet auteur ; c'est-à-dire que si l'ovarite est quelquefois secondaire, elle est le plus souvent primitive, et il est plus fréquent de voir la métrite intervenir pendant son cours que solliciter son apparition.

Je n'ai pas rangé l'ovarite syphilitique au nombre des ovarites généralement décrites, quoiqu'il ne me répugne en aucune façon d'admettre son existence. Ce que nous savons du testicule syphilitique peut parfaitemnet nous permettre d'entrevoir des lésions analogues dans l'ovaire syphilitique. Je crois, pour mon compte, avoir vu un cas au moins, peut-être deux, dans lesquels une tuméfaction notable de l'ovaire ne me paraissait pas pouvoir être expliqué par d'autres causes ; mais ces faits ne sont pas restés pendant un temps assez long soumis à mon observation, pour que j'aie pu être suffisamment édifié sur leur véritable signification ; aussi je me borne à vous les indiquer en attendant des observations plus concluantes et surtout plus complètes.

Dans le cancer de l'utérus, les ovaires sont souvent enflammés, et cela indépendamment de toute extension de la matière cancéreuse jusqu'à leur tissu propre. Cette ovarite, essentiellement secondaire, peut n'être considérée que comme un épiphénomène d'une maladie plus grave. A ce titre, elle n'a qu'une médiocre importance. Cependant vous ne devez pas ignorer que, d'une part, elle peut marcher de pair avec la péritonite qui se développe dans le petit bassin autour d'un utérus cancéreux; que souvent elle la précède ou même la sollicite, et que les différences si tranchées entre les sensations douloureuses éprouvées par deux femmes atteintes de cancer utérin peuvent dépendre de ce que chez l'une l'ovaire est intact, tandis que chez l'autre il est enflammé. Il y a plus, outre la douleur qu'elle détermine, l'ovarite crée un véritable danger pour la femme atteinte de cancer, en ce que, sous l'influence d'une irritation, même légère, l'inflammation peut prendre tout d'un coup des proportions considérables et s'étendre rapidement au péritoine. C'est ce qui explique, pour un certain nombre de cas, les accidents si fréquents et si prompts à la suite des tentatives de cautérisation ou d'excision pratiquées pour le traitement du cancer de l'utérus.

L'inflammation de l'ovaire est assez fréquente chez les phthisiques pour que l'on ait pu considérer le développement de la tuberculisation pulmonaire comme une des conséquences possibles de l'ovarite. J'avoue que sur ce point les faits me paraissent susceptibles d'une interprétation notablement différente. Je reconnais la corrélation qui existe entre la phthisie et l'ovarite, et je vous ai montré, chez la première malade dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir, la diathèse tuberculeuse agisssant comme cause prédisposante de l'inflammation de l'ovaire. Je puis ajouter que l'ovarite, développée dans ces conditions, prend plus facilement que toute autre le caractère de la chronicité, et se distingue surtout par sa persistance en même temps que par son peu de tendance à la résolution. Que la présence de cette maladie chronique influe sur la marche de la phthisie, qu'elle contribue à activer le développement des tubercules et leur ramollissement, cela s'explique tout naturellement, et l'expérience nous a appris à voir souvent la phthisie pulmonaire faire de rapides progrès sous l'influence d'une ovarite intercurrente. Je ne serais même pas étonné que les choses se passassent ainsi chez notre malade du n° 32. Mais soyez bien assurés que cela n'arrive que chez les femmes qui sont déjà en puissance de la diathèse tuberculeuse, et que jamais vous ne verrez cette dernière se développer par le fait seul de la présence d'une phlegmasie de l'ovaire, aussi grave que vous puissiez la supposer. Chassez donc toute crainte lorsque vous êtes en présence d'une femme dont vous connaissez suffisamment l'état de santé antérieur et les antécédents de famille, pour pouvoir être certains qu'il n'y a chez elle aucun vice tuberculeux. Mais, par contre, redoutez, que chez les femmes atteintes de phthisie, l'ovarite imprime une marche plus rapide à la diathèse en même temps que cette dernière sera la cause, non-seulement de la persistance et de la chronicité de la phlegmasie ovarienne, mais aussi de sa tendance plus grande à la supppuration.

On rencontre quelquefois des tubercules développés dans l'ovaire ou sur le péritoine environnant ; mais ce fait est fort rare, et ce n'est pas la présence de cette lésion anatomique qui constitue, à proprement parler, la variété d'ovarite désignée sous le nom de tuberculeuse. Cette dernière est l'inflammation de l'ovaire modifiée dans sa marche par la présence de la diathèse tuberculeuse, alors même qu'il n'y a pas de tubercules dans d'autres organes que dans les poumons.

Ce que je viens de dire à propos des diverses variétés de l'ovarite éclaire le pronostic de cette maladie. Vous voyez qu'elle met rarement la vie en danger lorsqu'elle est primitive, à moins cependant qu'elle n'aille jusqu'à la suppuration, auquel cas elle peut avoir une terminaison funeste. Sauf dans la variété rhumatismale, et lorsqu'elle ne dépasse pas la période congestive, l'ovarite se termine rarement par une guérison prompte et complète. Dans le plus grand nombre des cas, elle dure de longs mois, et elle détermine souvent une stérilité irrémédiable. Lorsqu'elle est secondaire, comme dans le cancer et la phthisie, l'ovarite devient une complication fâcheuse qui peut déterminer des accidents graves et contribuer par elle seule à hâter l'époque de la mort.

Le diagnostic vous a été indiqué avec grand soin, et ce serait m'exposer à des redites aussi fastidieuses qu'inutiles que de revenir sur ce sujet, au moins en ce qui concerne la différence à établir entre l'inflammation de l'ovaire et celle des organes voisins ou la névralgie lombo-abdominale. Je veux cependant vous parler de deux maladies qui n'ont pas été comprises dans ma précédente énumération, et qui cependant pourraient être confondues avec l'ovarite. C'est d'abord la colique néphrétique ; mais le début subit, l'extrême intensité de la douleur, sa localisation dans la région rénale, ses irradiations dans la grande lèvre plutôt que dans la cuisse mettront sur la voie d'un diagnostic que le toucher viendrait ensuite éclaircir d'une façon définitive, si besoin était, en ne permettant pas de retrouver cette tumeur douloureuse qui est constituée par l'ovaire enflammé.

Quant à l'autre maladie que je veux vous apprendre à distinguer de l'ovarite, il ne me serait certainement pas venu à l'esprit de vous en parler si je ne m'étais trouvé moi-même sur le point de commettre l'erreur contre laquelle je veux vous mettre

(1) Voir les numéros des 22 et 26 juillet, 19, 26, 31 août et 19 octobre 1869.

(2) Leçon sur l'ovarite blennorrhagique, faite à l'hôpital de la Pitié le 16 décembre 1866.

en garde. Si bizarre que cela puisse paraître, il est cependant des cas où l'on se trouve exposé à confondre une ovarite avec une colique de plomb, et c'est ce qui nous est arrivé pour la malade qui occupe actuellement le lit n° 14 de la salle Sainte-Geneviève. Cette femme, qui est âgée de 25 ans, est employée dans une fonderie de caractères d'imprimerie ; elle a déjà eu, à trois ou quatre reprises, des attaques de colique de plomb, dont la dernière remonte à cinq mois, et elle s'est présentée à nous se disant atteinte de la même maladie. Mais en l'examinant et l'interrogeant avec soin, nous avons constaté d'abord qu'elle ne présente pas sur le bord libre des gencives le liseré caractéristique de Burton ; puis, que son ventre, au lieu d'être aplati, est légèrement tendu et douloureux, surtout à l'hypogastre, que la pression, loin de calmer la douleur abdominale, l'exaspère, surtout lorsqu'elle est pratiquée au niveau de la fosse iliaque gauche, dans la région de l'ovaire ; enfin qu'il y a eu des frissons au début, et que maintenant encore il y a peu de fièvre ; que la douleur est survenue assez rapidement, sans cause connue, qu'elle a été lancinante, avec son maximum d'intensité dans le point correspondant à l'ovaire. Puis, ce qui a dissipé tous nos doutes, l'examen direct par le toucher nous a permis de saisir sous les doigts la tumeur formée par l'ovaire enflammé.

Les signes communs et qui peuvent justifier la confusion, sont la douleur abdominale vive, avec constipation, s'accompagnant quelquefois de nausées et même de vomissements.

(A suivre).

LE CHLORAL

M. le docteur Jules Worms nous communique la note suivante :

Le 27 juin, j'ai reçu de M. le docteur O. Liebreich, de Berlin, une certaine quantité d'hydrate de chloral. Je l'ai fait dissoudre dans 10 parties d'eau et je l'ai administrée avec addition d'un peu de sirop d'orange, à 7 malades (3 hommes et 4 femmes) placés dans mon service à l'hôpital Rothschild. Les doses employées ont été : 0,50, 0,75, 1 gr., 1 gr. 50, 2 gr. et 2 gr. 50 du médicament.

Dans cette première série d'expériences, 5 malades sont complétement restés réfractaires à l'action du chloral. Deux femmes, dont l'une avait pris 2 gr. 50 et l'autre 0,75, se sont endormies peu d'instants après l'ingestion du médicament. Le sommeil s'est prolongé pendant plusieurs heures. La sensibilité était conservée ; mais les malades, réveillées par le contact d'un corps froid ou par une piqûre d'épingle se rendormaient immédiatement.

Le 6 juillet, j'ai administré des doses un peu plus élevées de 1 gr. 50 à 3 gr. à 4 malades. Le malade qui avait pris 3 grammes n'a éprouvé aucun effet. Il a diné deux heures après avoir bu la solution sans s'apercevoir d'aucun malaise.

Les 3 autres malades ont dormi presque immédiatement après l'ingestion du médicament.

Deux de ces malades étaient insensibles à une piqûre d'épingle. Chez l'un des deux, l'insensibilité a persisté après le réveil.

Dans ces derniers jours, j'ai de nouveau administré le chloral à 7 malades à la dose de 2, 3 et 4 grammes.

L'effet a été nul chez l'un des malades ; les 6 autres (4 femmes et 2 hommes) ont tous dormi pendant plusieurs heures. Chez les deux femmes, il y a eu une très-légère anesthésie.

En ville, j'ai obtenu un sommeil très-calme avec 50 grammes, chez une femme sujette à l'insomnie.

De ces expériences faites sur 19 malades, 10 hommes et 9 femmes, je crois pouvoir tirer les conséquences que voici :

1° Le chloral, dissous dans 10 parties d'eau, peut être administré en boisson sans le moindre inconvénient jusqu'à la dose de 4 grammes.

2° Son efficacité commence à la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes. J'attribue bien les insuccès que j'ai eus dans une première fois à l'insuffisance des doses employées. Cependant il y a des sujets réfractaires même aux doses de 2 et de 3 grammes.

3° Un sommeil calme, souvent profond, pendant lequel ni la température, ni le rhythme du pouls et de la respiration ne sont modifiés, survient dix ou quinze minutes après l'ingestion du chloral, et se prolonge pendant sept ou huit heures. Le réveil n'est accompagné ni de lourdeur de tête ni de malaise de l'estomac. Il peut y avoir une légère hébétude, qui se dissipe rapidement.

Celui-ci peut-être administré avant ou après le repas, et n'exerce aucun trouble sur la digestion.

En somme, l'hydrate de chloral me paraît être un agent inoffensif aux doses où je l'ai employé, et je pense qu'il rendra d'utiles services comme hypnotique. En effet, la propriété qu'il a de déterminer le sommeil presque instantanément n'appartient à aucun agent connu parmi ceux que l'on administre par les voies digestives.

Le chloral a, en outre de la promptitude de son action, cette supériorité sur l'opium et ses dérivés, qu'il ne provoque après le sommeil ni torpeur ni malaise.

INTOXICATION OCCASIONNÉE PAR LE COLLYRE D'ATROPINE

Observation recueillie par le docteur José Laurenzo à Bahia (Brésil).

Ayant lu dans la *Gazette des Hôpitaux* du 26 juin, un cas d'intoxication qui s'est produit dans le service de M. le professeur Richet, il m'a semblé convenable de publier un fait semblable, survenu dernièrement dans ma clinique.

Le 4 juillet, j'ai fait l'opération de la cataracte sur un vieillard de 75 ans, selon le procédé linéaire, modifié de M. Græfe. L'extraction du crystallin a eu lieu à l'aide de la cuiller, le crochet ayant été employé inutilement à cause de la profondeur de l'œil. Trente-six heures après, le malade commençait à se plaindre de douleurs à l'œil opéré, dont la conjonctive était légèrement injectée. Redoutant le développement d'une iritis, j'ordonnai entre autres prescriptions l'instillation, matin et soir, d'un collyre de sulfate neutre d'atropine, à la dose de 0,05 du sel pour 16 grammes d'eau distillée.

Pendant trois jours, rien ne parut altérer l'état du malade, dont les douleurs semblaient être amoindries ; l'injection de la conjonctive étant restée la même, la pupille était limpide : tout concourait à éloigner la crainte de l'iritis.

A ma visite suivante, mon distingué collègue le docteur Cunha Castro, dans la maison de santé duquel se trouvait l'opéré, me fit savoir que le malade avait eu une nuit agitée et un léger délire, et que même avant l'opération, il s'était plaint d'avoir un sommeil agité.

J'interrogeai le malade, que je trouvai calme, cohérent dans ses réponses, et je ne pus rien observer qui donnât lieu à craindre une complication sérieuse.

Je pensai que le malade, habitué à une nourriture succulente, et se trouvant dans des conditions tout opposées et surtout manquant d'appétit, souffrait de ce changement d'habitudes, ce qui produisait cette excitation nerveuse qui se manifestait pendant le sommeil : on sait que le sommeil est le thermomètre de la faiblesse.

Le jour suivant, rien de nouveau.

Le surlendemain, le docteur Cunha Castro me paraissait appréhensif au sujet du malade, en me faisant part, avant la visite, de son état. Il avait été très-agité, délirant, et les infirmiers l'avaient surveillé toute la nuit ; le docteur croyait à des symptômes d'une affection sympathique du cerveau.

Ainsi prévenu par mon collègue, qui avait été témoin des scènes de la nuit, j'examinai à mon tour le malade, qui, cette fois, me parut tantôt distrait, tantôt préoccupé exagérément de sa famille assez éloignée, ou inquiet sur son état.

Tout cela m'inspirait des craintes sérieuses sur l'état du malade, sans que je susse m'expliquer les causes de ces phénomènes.

Je n'admettais pas l'idée d'une affection sympathique du cerveau, parce que, indépendamment de tout ce que je pourrais dire, je ne découvrais pas de cause capable de la produire.

Cependant, une circonstance excita mon attention, c'était l'intermittence des souffrances qui s'aggravaient la nuit, et disparaissaient pendant la journée ou diminuaient beaucoup.

Tout à coup je pensai au collyre d'atropine, et je demandai si on avait continué son usage ; à la réponse affirmative, je crus avoir trouvé la cause de toutes ces altérations, quoiqu'il fût reconnu par le docteur Cunha Castro et moi que la dose instillée eût été insuffisante ordinairement à produire des effets aussi exagérés.

Le résultat vint confirmer ce jugement, car l'état du malade alla de mieux en mieux dès l'interruption des instillations du collyre.

Ce n'est pas la première fois que j'ai eu à observer des phénomènes d'intoxication produits par des doses minimes de substances actives, ou par des doses régulières de substances moins énergiques.

J'ai eu un malade à tempérament sanguin, qui, lors d'un second accès de fièvre intermittente, ayant pris 2 grains de valérianate de quinine (vérifié), pendant la période fébrile, manifesta des symptômes d'intoxication si effrayants, que plusieurs médecins en consultation crurent se trouver en présence d'une fièvre pernicieuse.

Et cependant, en dépit de leur opinion, le malade se rétablit promptement, sans le secours de moyens énergiques que l'on avait cru indispensables pour le sauver.

De tels faits ne doivent pas échapper à l'attention du médecin, car ils servent à démontrer que, dans des circonstances données, l'effet du médicament peut varier beaucoup, et surtout leur connaissance fait savoir que cet effet est en raison inverse de la résistance organique.

RÉSECTIONS DU GENOU

M. le docteur Lucien Pénières a réuni, dans les recueils périodiques d'Angleterre, d'Allemagne et d'Amérique, près de 600 observations de résection dont 431 sont relatives aux seules résections pour tumeur blanche. L'analyse de ces 600 observations, jointes à celles qu'il a pu recueillir lui-même dans les hôpitaux de Paris, a conduit M. L. Pénières à des résultats et à des conclusions qu'il formule en ces termes dans le résumé d'un travail récemment publié sur ce sujet (1).

La mortalité, à la suite de la résection du genou, est de 30,7 p. 100 ; elle est inférieure à celle de l'amputation de cuisse pour tumeur blanche du genou.

La résection doit toujours être préférée à l'amputation entre 5 et 35 ans, en l'absence de toute complication, quand les lésions bien limitées aux têtes articulaires ne sont pas d'une date trop ancienne et qu'elles ont résisté à tout mode de traitement.

Un raccourcissement considérable lié à l'arrêt de développement du membre inférieur chez l'enfant n'est pas inévitable. Il est plutôt le fait de la lésion qui a donné lieu à l'opération qu'à l'opération elle-même. Il n'est le fait de l'opération que lorsque l'extrémité fémorale inférieure a été enlevée tout entière, avec le cartillage épiphysaire. Il ne peut être une contre-indication.

L'excision de la rotule est indiquée ; elle abrége la durée du traitement, diminue les chances de mortalité et d'amputation secondaire.

Les débris de la capsule doivent être enlevés avec beaucoup de soin, ausi bien que les fongosités synoviales.

L'extension du membre sera pratiquée sur la table même de l'opération, le malade étant encore sous l'influence du chloroforme et l'immobilisation assurée dans l'appareil choisi, pendant toute la durée du traitement.

Administration d'un régime tonique et fortifiant pendant toute la durée du séjour au lit. Pansements simples sans déranger l'appareil.

La mortalité, dans la résection pour ankylose, est moins élevée que dans les affections suppurées du genou.

En raison de la bénignité relative de cette opération, on est autorisé à la pratiquer quand une déviation angulaire s'oppose à l'exercice de la marche, et que le malade, sous le coup d'attaques incessantes de douleur et d'insomnie, perd ses forces.

La résection appliquée au traitement des plaies par armes à feu a donné de très-beaux résultats dans la pratique civile ; elle sera préférée à l'amputation dans les cas de localisation bien déterminée des désordres au genou, sans complication.

La chirurgie militaire a besoin d'en appeler à de nouvelles expériences avant de se prononcer définitivement sur la valeur de la résection appliquée aux blessures produites par les armes de guerre.

Pour les plaies pénétrantes qui ouvrent largement l'articulation, la résection a été employée quelquefois avec avantage.

L'amputation devra lui être préférée dans le traitement des tumeurs malignes du genou.

Les résections partielles ont, de tout temps, donné des résultats inférieurs aux résections totales ; il faut les proscrire. Une exception doit être faite en faveur de la rotule qui, pour certaines affections chroniques, a été excisée avec succès.

(1) *Des résections du genou.* Broch. gr. in-8°, 1869, chez Adrien Delahaye.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 19 octobre 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° une série de rapports de MM. de Confévron et Mougeot, de MM. Perrichou, Haime, Déchaud, sur les épidémies qui ont régné en 1868 et 69 dans les arrondissements de Langres et de Chaumont, et dans les communes de Plénée-Jugon, de Monthodon et dans la ville de Montluçon. (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° un travail de M. le docteur Pons, de Bez, près le Vigan, traitant du principe vital ; 2° un travail de M. le docteur Rabuteau, intitulé : *Recherches sur trois anesthésiques nouveaux, le bromoforme, le bromal et l'iodal.* (Comm. MM. Wurtz et Gosselin) ; 3° une lettre de M. le maire de Bagnères de Bigorre, informant l'Académie que le conseil municipal de cette ville a voté la création d'un prix de quatre mille francs, qui serait décerné dans le courant de l'année 1873 à un ouvrage, manuscrit ou imprimé, d'au moins 300 pages in-8°, traitant principalement des eaux minérales de Bagnères de Bigorre, considérées dans leur composition chimique, leur aménagement et leur action thérapeutique. En votant cette création le conseil municipal exprime le désir que l'Académie veuille bien se charger de décerner ce prix.

M. Blache dépose sur le bureau, au nom de M. Georges Dieulafoy, sa thèse inaugurale sur la mort subite dans la fièvre typhoïde.

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Bourdillat, un volume intitulé : *Calculs de l'urètre, et des régions circonvoisines chez l'homme et chez la femme.*

M. Ricord offre en hommage, au nom de M. le docteur Alfred Fournier, une traduction du poëme de Frascator sur la syphilis.

Suite de la discussion sur la mortalité des enfants nouveau-nés.

M. Devilliers lit un nouveau travail à ce sujet.

M. Devilliers, malgré l'autorité de ses contradicteurs, déclare avoir à opposer, à l'un des motifs assez sérieux, et à l'autre des faits assez précis pour qu'il croie nécessaire de les exposer. Il pense que la commission avait à se préoccuper tout aussi bien des modifications à introduire dans le règlement que des questions morales et scientifiques soulevées par le mémoire de M. Monot. Il croit donc qu'au point de vue du droit qu'avait la commission de proposer des modifications aux règlements existants, il ne doit pas y avoir de doute, et que pour elle c'était un devoir de le faire. Agir autrement eût été abdiquer le rôle qui lui revient naturellement.

Est-ce à dire qu'il n'y ait rien de mieux à faire ? Telle n'est pas la pensée de M. Devilliers, qui entre, à cet égard, dans des développements que leur étendue ne nous permet pas de reproduire de souvenir.

M. Fauvel, définissant en ces termes l'objectif de la commission : trouver un remède à la mortalité des nourrissons, déclare qu'il importait pour elle de rechercher avant tout quelles étaient les causes de cette mortalité. Il fallait, dit-il, une enquête préparée par la commission elle-même, c'est-à-dire exécutée d'après un programme rédigé par elle et ayant en vue des recherches à venir plutôt que rétrospectives. Les éléments de l'enquête ont été indiqués dans le rapport. La commission a indiqué les points sur lesquels les recherches administratives devaient porter. S'il était donné suite à ces indications, on obtiendrait en peu d'années des renseignements du plus haut intérêt pour le problème à résoudre.

Indépendamment d'une enquête administrative, la commission pouvait encore puiser à une autre source, en consultant les conseils d'hygiène et de salubrité des départements. Une simple circulaire posant clairement une série de questions eût suffi pour cela...

Il fallait, ajoute M. Fauvel, rechercher comment les choses se passent dans les autres pays.

Préparer ces diverses enquêtes, réunir tous les documents propres à éclairer la question, aurait dû être les premiers soins de la commission.

En résumé, la tâche qu'il y avait à remplir pour la commission se trouve très-clairement indiquée : trouver les conditions de l'allaitement en vue de diminuer la mortalité qui pèse sur les enfants nouveau-nés. Tel est le problème.

Le moyen principal serait d'encourager l'allaitement maternel et par là de diminuer le nombre des enfants à confier à l'allaitement mercenaire.

Pour la classe riche, les conseils suffiraient. — L'autorité n'a pas à intervenir.

Pour les familles pauvres, ce ne sont ni des conseils ni des règlements qu'il faudrait, mais des secours effectifs. C'est là une question à étudier dans ses moindres détails et qu'on ne peut qu'indiquer ici.

Après avoir parlé des mères, M. Fauvel cherche ce qu'il est pos-

sible de faire à l'égard des nourrices. C'est encore là pour lui une question d'argent.

Du reste, peu favorable à l'extension de l'industrie des nourrices, qui aura toujours un côté fâcheux, il en est à se demander si plutôt que d'avoir recours à des nourrices ne réunissant pas toutes les conditions défavorables, il ne conviendrait pas mieux de combler le déficit par l'allaitement artificiel. M. Fauvel pense qu'on a condamné trop vite le biberon. A défaut de bonnes nourrices, le biberon pourrait être d'un précieux secours.

Jusqu'à quel point l'allaitement artificiel praticable avec avantage dans la famille, sous les yeux de la mère, l'est aussi par des mains nourricières? La question, vaudrait la peine à ses yeux, d'être étudiée. Il serait déplorable que ce moyen fût expérimenté avec toutes les précautions convenables et sur une assez large échelle pour arriver à des résultats décisifs.

Après avoir spécifié les causes du mal et indiqué le remède, l'orateur expose comment il est possible de se procurer celui-ci.

Si vous voulez diminuer la grande mortalité qui pèse sur les enfants des familles nécessiteuses, dit-il, il faut procurer à ces enfants le lait nécessaire à leur alimentation et de bons soins; et pour cela il faut de l'argent.

Nous sommes encore bien loin de la réglementation, avant tout il faut de l'argent. Comment en obtenir?

Si je ne suivais que mon inclination, je dirais que c'est à la charité privée qu'il faut avoir recours, que c'est à des souscriptions individuelles et volontaires qu'il faut le demander, laissant à des associations protectrices de l'œuvre le soin de recueillir les dons et de les distribuer. J'y verrais plusieurs avantages, sans compter celui d'exciter chez nous, pour un noble but, l'initiative individuelle si défaillante, j'y verrais l'avantage de permettre aux classes aisées de tendre une main amie à ceux que la fortune a moins favorisés et de resserrer ainsi le lien social.

Force serait d'avoir recours à l'intervention du gouvernement et de réclamer en faveur de l'enfance une part dans le budget de l'Etat. Il serait à désirer que le gouvernement intervînt directement le moins possible dans la distribution des secours pour ne pas affaiblir l'initiative individuelle et qu'il se contentât de subventionner des sociétés protectrices de l'enfance créées sur le modèle de celles qui existent déjà.

Un mot de la réglementation. Dès l'instant que je propose de subventionner l'allaitement dans le cas d'insuffisance des ressources, cela entraîne l'idée d'une surveillance. Il est juste que la personne subventionnée soit soumise à un contrôle; mais que l'Etat intervienne entre la famille et la nourrice non subventionnée, je ne vois là qu'une prétention subversive que rien ne justifie... (Des bravos et des marques nombreuses d'approbation accueillent cette seconde partie de l'argumentation de M. Fauvel).

LECTURE

M. BÉCLARD, lit pour M. DUBOIS (d'Amiens), la suite des *Recherches historiques sur la vie privée de l'Empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.*

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 20 août 1869. — Présidence de M. LAGNEAU.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Un travail de M. le docteur da Costa Alvarenga, médecin du roi de Portugal, intitulé : *Remarques sur les ectocardies à propos d'une variété encore non décrite de trochocardie*, traduit du Portugais par M. le docteur Marchant (de Bruxelles);

2° Rapport sur la *Statistique des hôpitaux S. Jose, S. Lazaro et Desterio, de Lisbonne, l'année 1865, dressée suivant le plan et sous la direction du docteur da Costa Alvarenga*, traduit du portugais par M. le docteur Lucien Papillaud.

En envoyant ces pièces, M. le docteur Alvarenga écrit pour demander le titre de membre correspondant.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Cortese (de Florence), remerciant la Société du titre de membre correspondant qui lui a été conféré dans une séance précédente.

M. LE PRÉSIDENT nomme une commission composée de MM. Léon Labbé, Voisin et Blachez, rapporteur, pour faire un rapport sur les titres de MM. Tissier et Delpeuch à leur candidature comme membres titulaires de la Société.

L'ordre du jour appelle la discussion à propos du rapport présenté dans la séance dernière par M. le docteur Perrin sur l'*Utilité des exutoires dans le traitement des fièvres palustres invétérées.*

M. GÉRY (père). Dans la dernière séance, j'avais demandé la parole à l'occasion du rapport de notre collègue, M. Perrin, pour lui soumettre cette observation. Je ne suis pas aussi convaincu qu'il paraît l'être des bons effets des exutoires dans les cas rapportés par M. le docteur Mazel, et, pour ma part, je persiste dans ma confiance pour les préparations au quinquina. Je sais par expérience que le sulfate de quinine ne réussit pas toujours, qu'il faut parfois y renoncer, alors qu'on l'a administré plus ou moins longtemps chez des malades. Au commencement de ma carrière médicale, j'ai exercé, dans une localité du département de Seine-et-Marne, où les fièvres intermittentes sont endémiques.—J'ai même pris cette maladie pour sujet de ma thèse inaugurale, car j'avais commencé l'exercice de la médecine avant d'être reçu docteur. — J'ai donc eu souvent l'occasion de voir de ces fièvres rebelles au sulfate de quinine. Mais alors j'avais recours à d'autres préparations de quinquina, plus particulièrement au vin, et fréquemment j'ai eu à m'en applaudir.

Quant aux accidents cachectiques consécutifs, je les combattais par le régime tonique et reconstituant sans avoir besoin de recourir aux exutoires qui, dans les faits rapportés par M. Mazel, me semblent avoir joué un rôle très-contestable, que pour mon compte, j'attribue bien plutôt à ce régime tonique auquel M. Mazel soumettait simultanément ses malades. Ma conviction me paraît d'autant plus justifiée que M. Perrin nous dit que, dans les faits en question, la guérison a été obtenue après un temps assez long, quarante jours même; or, un bon régime soutenu pendant ce temps me semble suffisant pour en obtenir les bons effets, attribués à tort, selon moi, aux exutoires.

Quant à l'action fâcheuse que peut produire le sulfate de quinine appliqué par la méthode endermique, on vous a rappelé, dans notre dernière séance, que, d'une part, cette méthode d'administration du sel quinique était très-douloureuse; que, d'autre part, elle était susceptible de déterminer, sur le derme dénudé, une inflammation vive, qui pouvait aller jusqu'au sphacèle. Sur ce point j'appuierai ce qui a été dit et répété ici pour avoir été moi-même témoin de ces accidents, parfois très-sérieux.

M. GUIBOUT. Ce qui a été dit de l'inefficacité du sulfate de quinine chez certains malades atteints de fièvres palustres est incontestable. Il en est du reste du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes, où il est si merveilleusement utile en général, comme du mercure dans la syphilis. En général, et personne ne saurait le contester sérieusement, le mercure est le remède par excellence de la vérole à ses premières périodes; mais, dans certains cas, chez certains malades, son action est tout à fait nulle. Cela tient sans doute, pour le sulfate de quinine comme pour le mercure, à ce que certains individus ont une idiosyncrasie particulière qui les rend rebelles à ces médicaments.

Cependant cette idiosyncrasie, cette disposition particulière de l'économie peut être accidentelle. Pour le sulfate de quinine dont il s'agit plus spécialement ici, pour le sulfate de quinine, dis-je, il se peut qu'il n'ait aucune action, parce qu'il existe un état d'embarras gastrique qu'il importe avant toute chose de modifier. Dans ces cas, en ayant soin d'administrer, au préalable, un vomitif ou éméto-cathartique, et au besoin un purgatif; en ayant soin de maintenir le malade à une certaine diète, le sulfate de quinine sera fructueusement donné, alors qu'auparavant il était resté sans effet.

M. LUNIER. Messieurs, j'entends parler des préparations de quinquina, du sulfate de quinine en particulier, pour le traitement des fièvres palustres. Je suis étonné qu'il n'ait point encore été question d'une autre méthode dont j'ai été, pour ma part, à même d'apprécier les excellents résultats : c'est l'*hydrothérapie*. J'ai longtemps habité la Sologne et le Poitou, provinces où, vous le savez, du reste, les fièvres intermittentes sont endémiques et d'une rare intensité. Or, l'hydrothérapie, dont plusieurs médecins ont à juste titre vanté les bons effets, est, d'après l'expérience que j'en ai faite moi-même, un traitement énergique et d'une efficacité presque immanquable. A ce titre, il m'a paru important de le rappeler ici.

M. GÉRY (père). M. Guibout me fournit l'occasion de rappeler un détail de pratique dans le traitement des fièvres intermittentes, détail que je n'avais garde d'omettre dans les circonstances dont je vous ai parlé. J'avais toujours soin, en effet, au début du traitement, et avant de donner le sulfate de quinine ou le vin de quinquina, de débarrasser les premières voies en administrant un éméto-cathartique. Ainsi, dans les cas où les malades étaient rebelles à l'action du sulfate de quinquina, cette inefficacité du médicament ne pouvait pas être mise sur le compte de l'embarras gastrique, qui n'existait plus.

Je ne saurais dire d'expérience ce que vaut l'hydrothérapie, dont M. Lunier nous vante les bons effets; mais je suis d'autant plus porté à en penser ce qu'il en pense lui-même que les bains d'immersion — qui ne sont après tout qu'une forme de cette hydrothérapie — m'ont rendu de réels services dans certains cas. Je dois ajouter toutefois, qu'il ne m'a pas été donné de les employer aussi souvent que je l'eusse désiré, parce que les malades de la campagne au milieu desquels j'exerçais acceptaient rarement de s'y soumettre.

M. ANTONIN MARTIN. L'administration du sulfate de quinine par la méthode endermique n'est point assurément une nouveauté. On y a longtemps eu recours en Afrique; mais depuis longtemps aussi on y a renoncé en raison des accidents qu'elle provoque et qu'il est inutile de rappeler. Ces accidents sont d'autant plus fréquents que les individus soumis à ce mode de traitement y sont plus prédisposés; ce sont, en effet, en général — et les malades de M. Mazel devaient être dans ce cas—des individus dont les tissus sont infiltrés en raison même de la cachexie, et l'on comprend la tendance plus grande de ces tissus à devenir, sous l'influence d'une irritation plus ou moins violente, le siége d'inflammations plus susceptibles que d'autres à se terminer par gangrène. On comprend donc que les exutoires présentent les mêmes dangers; aussi, j'appuie ce que disait tout à l'heure mon honorable collègue, M. Géry, pour considérer les observations de M. le docteur Mazel comme peu concluantes, et je crois que, dans les succès obtenus, le régime tonique reconstituant a plus fait que les vésicatoires ou les cautères.

Je m'associe surtout aux observations de M. Lunier en faveur de l'hydrothérapie, dont les travaux de M. le docteur L. Fleury et les faits observés en grand nombre dans la clinique de Montpellier, où les occasions de combattre les fièvres palustres sont si fréquentes, nous ont démontré l'incontestable utilité.

M. BLONDEAU. Il n'a été question que du sulfate de quinine pour le traitement des fièvres intermittentes. Assurément le sulfate de quinine a des indications formelles en certains cas. Il a des avantages, mais on peut dire que, dans la généralité des cas, le quinquina en poudre lui est préférable. Il coupe non moins sûrement les accès et en prévient non moins sûrement le retour. Il s'agit seulement de l'administrer convenablement, méthodiquement. M. Lunier, qui a exercé dans le Poitou, dans la Sologne et dans le pays blaisois, a dû retrouver, dans ces pays, les traditions de Bretonneau et apprécier l'efficacité de la méthode préconisée par ce maître, méthode que Trousseau ne cessait de rappeler, parce que, entre ses mains comme entre les mains de beaucoup d'autres, elle donnait de merveilleux résultats. Cette méthode, vous la connaissez, elle n'est autre que celle de Sydenham, combinée avec celle de Torti.

M. MARTIN. Je répondrai à M. Blondeau que cette méthode n'est pas toujours applicable; que bien des individus ne peuvent supporter les doses de poudre de quinquina qu'elle comporte.

Relativement à ce qu'ont dit MM. Guibout et Géry de la nécessité de commencer souvent le traitement de la fièvre intermittente par l'administration d'un éméto-cathartique, c'est là une pratique générale du médecin d'Afrique; mais je partage l'opinion de M. Géry sur l'inefficacité, en certains cas, des préparations de quinquina, nonobstant l'usage préalable de la médication évacuante. Il est des individus chez lesquels on arrive à la saturation quinique comme chez certain chlorotique on arrive à la saturation du fer. Chez les premiers comme chez les seconds, il importe, de toute nécessité, de suspendre le traitement pour le reprendre après un certain temps, car alors, l'accoutumance passée, les remèdes agissent.

M. DE RANSE. On a parlé de la méthode endermique pour l'emploi du sulfate de quinine, et l'on a, avec juste raison, rappelé ses dangers; mais je crois que la méthode hypodermique employée en particulier par nos médecins militaires, n'a pas eu les mêmes inconvénients.

Je vous demanderai si quelques-uns d'entre vous ont eu l'occasion de recourir à la médication arsenicale préconisée par Boudin dans le traitement des fièvres intermittentes rebelles.

De l'hydrothérapie, je répéterai ce qu'en ont dit MM. Lunier et Martin. Les accès et les accidents consécutifs sont avantageusement combattus par ce moyen. C'est là un fait acquis à la médecine par l'expérience d'un grand nombre de médecins et parfaitement mis en lumière par M. le docteur Fleury dans un travail spécialement consacré à ce sujet.

M. LUNIER. J'aurais un mot à dire sur l'emploi du quinquina. Dans la méthode de Bretonneau, il faut souvent aller jusqu'à des doses énormes dans les vingt-quatre heures : 16, 24, 32, 60 ou même 80 grammes. On comprend combien il est souvent difficile de faire absorber d'aussi grandes quantités d'écorce du Pérou, même sous forme d'infusion; c'est donc là un inconvénient sérieux de sa méthode. Aussi, dans les pays où j'observais les fièvres intermittentes, n'y avait-on pas recours. J'ajouterai, du reste, que si Bretonneau en a obtenu de bons effets, c'est qu'il exerçait dans des localités où les fièvres palustres sont moins rebelles que dans celles dont je vous ai parlé.

M. BLACHEZ. M. de Ranse a dit ce que je voulais dire. J'ai suivi les cliniques hydrothérapiques; j'ai donc été à même de constater les heureux résultats du traitement par l'eau froide dans les fièvres intermittentes; je comprends dès lors comment M. Fleury s'étonne qu'on ait encore recours au sulfate de quinine quand on peut substituer à ce médicament un moyen thérapeutique aussi essentiellement reconstituant que l'est l'hydrothérapie et d'une application comparativement aussi facile.

Je ne conteste pas assurément l'efficacité des préparations au quinquina, mais elles ont des inconvénients que n'a pas l'hydrothérapie. A l'hôpital du Gros-Caillou, où j'ai été chargé d'un service, j'ai eu à traiter de ces fièvres d'Afrique invétérées, irrégulières, à types mêlés; l'hydrothérapie en venait merveilleusement à bout. Bien entendu le médecin n'en est pas moins tenu, pour ce traitement comme pour tout autre, à certaines précautions; mais, je le répète, j'ai constaté de nombreux succès; jamais je n'ai vu d'inconvénients.

M. GÉRY. M. Martin nous a dit que les estomacs susceptibles supportaient mal la poudre de quinquina. Je rappellerai qu'il n'en est plus ainsi du vin, préparation dont je faisais usage de préférence aux autres, alors surtout que le sulfate de quinine avait échoué. J'insiste encore sur la nécessité du régime reconstituant, et j'ajouterai que souvent il fallait dépayser le malade pour obtenir sa guérison.

M. GUIBOUT. On s'explique, ce me semble, très-bien le succès du traitement hydrothérapique dans les accès de fièvres intermittentes par la perturbation que cette médication amène dans l'économie, et plus spécialement dans le système nerveux. Je demanderai cependant à ceux de nos collègues qui en ont vanté les merveilleux effets si ce traitement a la même efficacité contre les névralgies intermittentes dont le sulfate de quinine vient si merveilleusement à bout.

Contre les accès de fièvres intermittentes, la médication diaphorétique a été longtemps employée, et employée avec succès. L'acétate d'ammoniaque occupait, dans cette médication, une place importante. C'est à lui, évidemment, qu'il faut attribuer les effets d'un traitement empirique qui, je me le rappelle, était d'un usage vulgaire dans un pays où j'ai passé mon enfance, et où les fièvres de marais étaient alors endémiques. Ce traitement empirique consistait à faire prendre au malade de l'urine dans laquelle on avait fait bouillir une certaine quantité d'ails, et à laquelle on ajoutait du poivre et du sel. A l'époque dont je vous parle, c'était là le remède employé par les paysans, qui jamais n'avaient recours au médecin pour leurs *fiévreux*.

M. BLACHEZ. Je puis donner à M. Guibout le renseignement qu'il demande relativement à l'efficacité du traitement hydrothérapique contre les fièvres d'origine palustre. Ces affections cèdent rapidement sous l'action de l'hydrothérapie.

M. DUROZIER. En rappelant que les diaphorétiques ont été préconisés dans le traitement des fièvres intermittentes, M. Guibout eût pu mentionner les bains de vapeur donnés dans le stade de froid.

M. ANTONIN MARTIN. A cette méthode de la sudation se rapporte l'emploi de la potion stibiée et opiacée de Pesson, pendant longtemps employée par les médecins de nos possession d'Afrique lorsque le quinquina et le sulfate de quinine venaient à leur manquer.

M. BLONDEAU. Nous voici assurément bien loin du point de départ de cette discussion, mais puisqu'on énumère les moyens de couper les accès de fièvres intermittentes, permettez-moi de vous rappeler encore celui que M. Hérard a essayé sur les indications de M. le docteur J. Guyon, et qui consiste dans l'emploi des alcooliques. M. Hérard rapporte plusieurs faits observés par lui d'individus dont les accès étaient immédiatement coupés par l'administration d'un verre de rhum au début du stade de froid.

M. VOISIN. Plusieurs de nos collègues ont beaucoup vanté l'hydrothérapie dans le traitement des fièvres intermittentes rebelles et de la cachexie que ces fièvres entraînent à leur suite. Mais cette médication nécessite des appareils qui, quelque simples qu'on les imagine, ne sont pas faciles à employer dans les campagnes. D'une part, les habitants des campagnes n'ont pas les moyens de se les procurer; d'autre part, ils n'ont guère le loisir de se soumettre à une médication qui nécessite toujours un certain temps; aussi, reviendrai-je aux préparations de quinquina, et à leur défaut aux préparations arsenicales.

M. DE RANZE. Quand un procédé aussi simple que l'hydrothérapie nous présente toutes les chances de succès, ce procédé doit, sur tout autre, avoir la préférence. Les difficultés dont nous parle

M. Voisin sont beaucoup plus apparentes que réelles. Le temps que ce traitement réclame, chaque jour le malade peut le prendre ; quant à l'appareil, pourquoi les médecins de campagne n'en auraient-ils pas un à mettre à la disposition de leur clientèle?

M. GUIBOUT. Je soutiens l'opinion de M. Voisin, m'appuyant sur les motifs qu'il a présentés, et en ajoutant celui-ci : que si l'hydrothérapie est utile, c'est aussi une arme à deux tranchants qui doit être maniée avec une excessive prudence. De plus, en admettant qu'elle puisse être toujours employée avec tous les soins désirables, je doute que ce soit là un moyen que l'on fasse aisément accepter aux gens de la campagne. Or, ce sont eux qui nous donnent le plus grand nombre de malades de fièvres intermitentes. Comme M. Voisin, je reviens aux préparations de quinquina et aux préparations arsenicales.

Mais pour les préparations au quinquina, pour le sulfate de quinine surtout, médicament d'une valeur vénale très-chère, il faut que le médecin se méfie des sophistications.

A ce sujet, j'aurai toujours présent à l'esprit l'histoire d'un malade à qui je donnai, il y a quatre ans, des soins pour une fièvre intermittente dont le diagnostic ne pouvait laisser le plus petit doute dans l'esprit. Le sulfate de quinine avait été fourni par une pharmacie du voisinage, et j'en avais porté la dose quotidienne jusqu'à 2 grammes sans en obtenir aucun effet, quand j'en envoyai chercher dans une autre officine. Dès la première dose, deux fois moins forte que celle que j'avais donnée la veille, dès cette première dose, l'accès fut coupé.

M. CHAUSIT. La remarque que vient de faire M. Guibout a une grande importance, et bien que le fait soit malheureusement trop connu, on ne saurait trop répéter qu'il est très-peu de pharmacies où l'on soit sûr d'avoir du sulfate de quinine parfaitement pur.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le Secrétaire annuel : Dr LÉON BLONDEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On lit dans *la Santé publique* les détails suivants sur la marche de la dernière épidémie de choléra qui a sévi en Afrique :

Le choléra, qui vient de sévir avec tant de violence sur la côte occidentale d'Afrique, notamment en Gambie, a disparu complétement de cette colonie anglaise.

Le nombre total des victimes, à Sainte-Marie de Bathurst, s'est élevé à 1,333 sur une population de 4,000 à 4,500 âmes, composée presque en totalité de nègres et de mulâtres; sur les 25 blancs qui forment la petite colonie européenne, un seul a été atteint par la maladie et a été heureusement sauvé.

The Lancet, dans son numéro du 21 août, fournit des détails importants sur la marche du choléra dans ces contrées.

Le Maroc communique avec le Sénégal par des caravanes régulières. Le choléra y a régné pendant l'été de 1868, et en automne il sévissait à Podor, gros village sur le fleuve Sénégal où ces caravanes aboutissent.

On signalait son apparition à Saint-Louis le 1er décembre. Cette ville est située dans une île à l'embouchure du Sénégal. De là, en remontant le fleuve qu'il avait d'abord descendu, il atteignit Richardtoll et Vagana, deux marchés qui sont en constante communication avec le bassin de la Gambie, et particulièrement avec l'île Mac-Carthy, située dans ce fleuve à 180 milles de son embouchure.

Le 9 avril 1869, le choléra faisait son apparition dans l'île Mac-Carthy, et moins d'un mois après, le 5 mai, on le signalait à Bathurst, dans l'île Sainte-Marie, à l'embouchure de la Gambie; il y a sévi pendant deux mois.

La Lancette ajoute que le choléra s'est mis à remonter les fleuves du Sénégal et de la Gambie, et qu'il s'étend dans l'Afrique centrale.

En même temps, par le littoral, il a gagné, au commencement de juin, l'île de Gorée, possession française, située à 90 milles au nord de l'embouchure de la Gambie. D'après les dernières nouvelles, le chiffre des morts y atteint une moyenne de 14 par jour sur une population de 2,525 habitants.

— Le conseil municipal de Bone vient de décider qu'une des rues nouvelles recevrait le nom de *Sollier*, en reconnaissance du dévouement que ce médecin militaire a déployé pendant la dernière épidémie, et des secours qu'il a prodigués aux pauvres jusqu'au complet épuisement de ses forces.

— L'administration de l'assistance publique, à Paris, a complété dernièrement l'organisation du personnel médical de l'hôpital Napoléon de Berck-sur-Mer par la nomination d'un interne résidant dans l'établissement.

Le choix de l'administration est tombé sur M. Larrieu, élève des hôpitaux et fils d'un praticien distingué de Saint-Hilaire (Lot-et-Garonne.)

— Voici ce que des échos lointains nous rapportent sur quelques-uns des sujets qui ont été exposés ou discutés au congrès de Florence : Un travail de M. le docteur Roth, de Londres, sur les causes de la grande mortalité des enfants, dans les villes manufacturières, et sur les moyens d'y remédier; communications de M. le docteur Lombard sur la présentation des enfants nouveau-nés aux mairies; de M. le docteur Crispino sur la rage; de M. le docteur Commaselli sur la cachexie cardiaque ; un mémoire de M. Galassé sur la suppression des miasmes paludéens et des fièvres paludéennes qui déciment les populations des marais Pontins.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Fracastor.— La syphilis.—Le mal français. Traduction et commentaires, par le docteur Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, professeur, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — 1 joli vol. in-18. Prix : 2 fr. 50.

Des syphilides vulvaires, par le docteur Paul SPILLMAN, ancien interne de l'hôpital de Lourcine. — 1 vol. in-8° avec 3 planches. Prix : 3 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des bruits pleuraux et pulmonaires dus aux mouvements du cœur.

Les mouvements du cœur peuvent, dans certains cas, produire, dans la plèvre ou le poumon, des bruits insolites, susceptibles de donner lieu à des erreurs de diagnostic, de faire croire, par exemple, à une maladie soit de l'endocarde, soit du péricarde, lorsqu'il ne s'agit que d'une disposition anatomique particulière des poumons et du cœur, ou de lésions pulmonaires limitées, temporaires, et le plus souvent sans gravité. Telle est la proposition que M. le docteur P. Choyau a cherché à démontrer dans un travail (1) dont il a puisé les principaux éléments dans des observations recueillies pendant son internat, dans divers services des hôpitaux de Paris, et en particulier de celui de M. Potain, qui avait déjà attiré son attention sur quelques bruits de la région précordiale qui, pour lui, n'avaient pas d'autre cause. Il importait, pour la pratique, de pouvoir établir pendant la vie le siége exact de ces bruits insolites de la région précordiale.

Il est indispensable de rappeler ici quelques notions d'anatomie qui permettront de mieux saisir la production de ces bruits anormaux.

Dans le plus grand nombre des cas, sur le cadavre, le bord antérieur du poumon gauche recouvre le bord gauche du cœur et une partie de sa face antérieure. La pointe du cœur est libre et se trouve en rapport avec le quatrième espace intercostal ou la face interne de la cinquième côte. Le poumon droit ne recouvre que l'oreillette du même côté ; la veine cave supérieure est une très-petite portion de l'aorte ascendante.

Pendant la vie, principalement à l'état d'aspiration, les deux poumons s'avancent de chaque côté de la ligne médiane et recouvrent encore davantage le cœur, surtout à gauche. Mais ces rapports peuvent varier notablement : dans l'emphysème, par exemple, le cœur peut se trouver complétement séparé des parois thoraciques par le parenchyme pulmonaire, de telle sorte que sa limitation offre de sérieuses difficultés. D'autres fois, la disposition normale est plus ou moins exagérée, et une portion considérable du poumon peut recouvrir la presque totalité de la face antérieure du cœur. Qu'une pleurésie adhésive survienne dans ces conditions, elle maintiendra d'une façon permanente cette disposition. Il arrivera alors qu'au moment de la systole, les deux ventricules, les artères aorte et pulmonaire, viendront comprimer la lame de poumon maintenue fixe au-devant du cœur, et chasser l'air qui s'y trouve contenu. D'où les bruits insolites en question, et dont il s'agit maintenant d'étudier avec l'auteur de ces recherches, la véritable valeur au point de vue séméiologique.

Ces bruits, dit M. Choyau, peuvent siéger : 1° dans la plèvre ; 2° dans une portion de poumon malade (caverne, bronchite, congestion) ; 3° dans une portion de poumon saine.

1° Les bruits anormaux de la cavité pleurale produits par les mouvements du cœur, sont les mieux connus ; ils ont été déjà signalés par quelques auteurs comme des phénomènes d'auscultation peu habituels et pouvant induire en erreur ; notamment par M. Barth et par Stokes, qui en ont rapporté chacun un exemple. M. Choyau en rapporte un exemple nouveau qui lui a été communiqué par un de ses collègues d'internat.

Dans ce cas, un bruit de frottement pleural, synchrone aux mouvements du cœur, avait fait croire à l'existence d'une péricardite. La malade (c'était une femme) ayant succombé à une congestion avec apoplexie pulmonaire double, on ne trouva à l'autopsie qu'une petite fausse membrane, due à une péricardite ancienne, et ne pouvant produire aucune espèce de bruit anormal. A la partie antérieure de la face interne du poumon, la plèvre était recouverte de fausses membranes rugueuses, récentes, contre lesquelles le cœur était projeté à chaque systole ventriculaire, et produisait ainsi le bruit de frottement qui avait donné lieu à une erreur de diagnostic.

Comment prévenir, se demande M. Choyau, une pareille erreur de diagnostic ? — Voici quelques signes qu'il indique :

En général, dit-il, précédé ou accompagné d'une douleur thoracique toujours vive, ce bruit de frottement est extrêmement superficiel et d'une intensité variable. Il s'entend principalement à la partie moyenne de la région précordiale, dans un point assez éloigné du sternum. Presque toujours unique, et coïncidant alors avec la systole ventriculaire, il accompagne bien plus rarement la diastole que le véritable frottement péricardique. Très-près de lui, souvent dans l'endroit même où il existe, on trouve une sonorité manifeste qui révèle la présence du poumon. Dans un grand nombre de cas, son apparition est suivie d'un épanchement de liquide dans la cavité pleurale. Il disparaît alors, pour être entendu de nouveau lorsque le liquide est résorbé. Souvent permanent, il cesse parfois pendant chaque inspiration pour se produire de nouveau à toutes les contractions ventriculaires qui coïncident avec l'expiration.

Il faudra rechercher avec soin si ce bruit de frottement ne se produit pas aussi dans les mouvements respiratoires, dans les grandes inspirations en particulier. Dans ce cas, le diagnostic deviendrait, en effet, beaucoup plus facile à établir, malgré la multiplicité des bruits.

Lorsqu'un frottement synchrone à la contraction ventriculaire se montrera en dehors de tout autre phénomène de péricardite, avec les caractères et dans les conditions qu'on vient d'indiquer, on devra plutôt croire à l'existence d'une pleurésie.

Les bruits dus aux mouvements du cœur et se passant dans un poumon malade, moins connus que les précédents, et mentionnés seulement comme possibles par Laënnec, ont été constatés assez souvent par M. Choyau, qui en rapporte six exemples.

Dans un premier cas, observé dans le service de M. Vigla à l'Hôtel-Dieu, il s'agit d'une jeune femme de 22 ans ayant une caverne très-étendue qui occupait le lobe supérieur du poumon gauche. En même temps que le gargouillement dû aux mouvements respiratoires, l'oreille percevait un certain nombre de gros râles humides, lors de chaque contraction ventriculaire. Pendant la suspension volontaire de la respiration, on entendait très-manifestement ces mêmes râles humides au niveau du troisième espace intercostal, près du sternum, accompagnant chaque systole du cœur. Cette malade étant morte au bout de peu de jours, l'autopsie est venue révéler une disposition favorable pour la production des bruits entendus pendant la vie. Il existait une adhérence intime du péricarde et de deux feuillets pleuraux, maintenant au-devant du cœur une portion considérable du poumon gauche ; en même temps qu'une caverne remplie d'air et de liquide dans cette partie du poumon. Le péricarde offrait son aspect habituel, le cœur avait son volume normal et ne présentait aucune lésion valvulaire.

Le deuxième fait, recueilli dans le service de M. Hérard, est exactement semblable au premier ; on y voit également une caverne très-étendue occupant le lobe supérieur du poumon gauche, accusée par de gros râles humides, synchrônes à chaque systole du cœur.

Un troisième fait, observé par M. Duguet dans le service de la clinique de l'Hôtel-Dieu, est relatif à un cas de pneumonie catarrhale généralisée, avec foyer gangréneux considérable du poumon gauche. Indépendamment du bruit de gargouillement très-marqué que l'on entendait à chaque mouvement respiratoire, un peu au-dedans et au-dessus du mamelon, on entendait également le même bruit dans l'intervalle de ces mouvements, à chaque pulsation cardiaque. A l'autopsie, on trouva le poumon gauche adhérant dans les deux tiers supérieurs à la paroi thoracique antérieure, et c'est dans cette portion adhérente du poumon qu'existait une vaste cavité gangréneuse. Le péricarde et le cœur étaient normaux, d'ailleurs.

Le quatrième fait est un de ceux que M. Choyau a recueillis à l'hôpital Necker, dans le service et sous les yeux de M. Potain. Ici, il s'agit encore d'une phthisie pulmonaire, mais avec pneumothorax. Le bruit de tintement métallique caractéristique de cette lésion présentait, dans ce cas, cette particularité que dans le côté gauche de la poitrine, il accompagnait chaque systole ventriculaire, de sorte que chaque contraction du cœur produisait un bruit semblable à l'éclatement sonore d'une belle musique. Après la mort, en ouvrant la poitrine, on trouva la cavité pleurale gauche largement ouverte et remplie d'air. Le poumon gauche était affaissé et accolé au péricarde, contre lequel il était maintenu par des adhérences anciennes, très-étendues et très-solides. Le cœur se trouvait refoulé contre le poumon droit et placé derrière le sternum, dont il était séparé par la cavité pleurale gauche distendue. Cette cavité renfermait environ 200 grammes de sérosité, à la surface de laquelle on remarquait quelques bulles gazeuses au moment de l'ouverture de la poitrine. Enfin, il existait sur le bord postérieur du poumon gauche, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, une petite ouverture fistuleuse, arrondie, entourée de couches pseudo-membraneuses.

Cette disposition permettait d'expliquer de la manière suivante

(1) *Des bruits pleuraux et pulmonaires dus aux mouvements du cœur*, par le docteur Choyau. Broch. in-8°.

FEUILLETON

Recherches historiques sur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.

Par M. Fr. DUBOIS (D'AMIENS)

(Suite).

Nous revenons à l'histoire des maladies et des infirmités de César Auguste. C'est surtout dans les dernières parties de sa vie que ses infirmités vinrent en quelque sorte s'ajouter à ses maladies ; car celles-ci passant à l'état chronique, devenaient à leur tour des infirmités ; c'est là du reste ce qui arrive presque toujours à mesure que les années s'accumulent ; nos maladies, d'abord transitoires deviennent permanentes ; ainsi en était-il d'Auguste ; Suétone, à qui rien n'échappe et pour qui rien ne paraît avoir été caché, nous apprend que l'Empereur avait tout le corps maculé de taches, surtout le devant de la poitrine et de l'abdomen, et concurremment avec ces taches se trouvaient des callosités provenant dit-il, d'une espèce de *prurigo* affectant la forme d'un *impetigo*. (*Calles quibusdam ex prurigine corporis*.)

Je dois faire remarquer ici que le scrupuleux traducteur de Suétone, La Harpe, semble à dessein éviter les termes techniques. Au lieu de parler d'impetigo et de prurigo, il dit tout simplement que l'Empereur était couvert de dartres. Ajoutons qu'ici se trouve un autre exemple du peu de compétence de La Harpe en ce qui concerne cette matière toute médicale ; il est dit dans le texte qu'Auguste était atteint d'une paralysie de la hanche et de la jambe gauche, telle qu'il en résultait souvent une véritable claudication (*ut sæpè etiam indè claudicaret*), mais qu'il corrigeait cette faiblesse à l'aide de sable chaud et à l'aide de tiges de roseau (*remedio arenarum et arundinum confirmabatur*.) La Harpe traduit en disant qu'Auguste se raffermissait en appliquant du sable chaud et un roseau fendu, sur la partie affectée ; mais La Harpe ne s'en tient pas là, il ajoute au bas de la page une note à l'adresse des médecins de son temps : « c'est à nos savants, dit-il, à apprécier ces remèdes de la médecine antique. » Ainsi La Harpe ne voit pas que ce roseau fendu qu'il donne comme un remède de la médecine antique n'était employé que comme moyen de contention, c'est-à-dire en guise d'attelle.

Je viens de dire que les infirmités chez Auguste se mêlaient aux maladies ; il était atteint d'un autre commencement de paralysie qui l'empêchait parfois de fléchir le doigt indicateur de la main droite, il y éprouvait la sensation d'un engourdissement causé par le froid, de là une rétraction telle, que pour écrire, il était obligé d'avoir recours à une espèce de support en corne ; du reste, il n'en souffrait pas, et il en était de même pour sa jambe ; mais par contre, il souffrait cruellement de la vessie, et de ce côté il n'éprouvait de soulagement que quand il était parvenu à rendre quelques graviers en urinant (*calculis demum per urinam ejectis*). Ce que le bon M. La Harpe traduit en disant, qu'Auguste rendait alors des petits cailloux. Ainsi à toutes ces infirmités bien caractérisées il faut ajouter une gravelle.

Nous venons de voir que de ces infirmités, il en était qui offraient un certain degré de gravité ; quelques-unes affectaient une véritable périodicité. Ainsi il en était qui lui revenaient presque toujours dans le mois où il était né, et vers le commencement de chaque printemps ; il se sentait alors tourmenté, mais non pas comme le dit son traducteur, d'un gonflement du diaphragme ; on ne sait où La Harpe a été chercher cela, le texte dit tout simplement, que cette espèce de gonflement occupait la région précordiale (*præcordiorum inflatione tentabatur*). La Harpe n'est pas plus exact dans l'énumération des autres maux dont Auguste était affecté, et parfois il confond de simples incommodités avec de graves maladies. Ainsi quand l'historien nous dit que sous l'influence du vent du midi l'Empereur se plaignait de pesanteur d'estomac (*gravidine*) le traducteur nous donne ces pesanteurs pour des fluxions. Le fait est qu'Auguste se trouvait tout aussi mal de la chaleur que du froid (*neque frigora, neque æstus facile tolerabat*.)

Mais il est temps de voir de quelles précautions, de quels soins il s'entourait pour soutenir cette santé toujours chancelante ou plutôt, pour nous servir des expressions de son historien, à l'aide de quels moyens il croyait pouvoir la fortifier (*tantam infirmitatem tuebatur*.)

C'est en quelque sorte un cours d'hygiène que nous allons faire

la production du tintement métallique à chaque systole ventriculaire. A chaque contraction cardiaque, le cœur attirait en avant le poumon gauche, qui lui adhérait intimement et permettait ainsi à l'air de s'introduire plus facilement dans la cavité pleurale par la fistule accolée aux parois thoraciques. Il y avait, à ce moment, explosion d'une bulle qui recommençait à chaque systole. Ce tintement métallique n'était pas dû au premier bruit normal du cœur retentissant dans la cavité pleurale distendue par l'air, il ne coïncidait pas exactement avec ce premier bruit, il le suivait ; on l'entendait surtout, d'ailleurs, en dehors et en arrière, ce qui n'eût pas eu lieu s'il se fût agi du retentissement des bruits cardiaques, qui s'entendent presque exclusivement en avant.

Dans les cinquième et sixième faits, il s'agit de bruits pulmonaires précordiaux isochrones aux battements de cœur, dépendants de congestion pulmonaire chez des sujets atteints de fièvre typhoïde. Dans le premier de ces faits, observé à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Vigla, le bruit anormal synchrone avec le battement du cœur entendu à une certaine période de la fièvre typhoïde, pouvait faire croire à une péricardite. Telle avait été d'abord la pensée de M. Vigla. Mais l'absence de tout autre signe physique et de tout autre trouble fonctionnel dût bientôt faire éloigner cette idée. Pour M. Choyau (ici la vérification n'a pu être faite, le malade ayant heureusement guéri), l'origine de ce bruit anormal était due à ce que le cœur était recouvert par une portion de poumon, comme le démontrait du reste la percussion, et que chacune de ses contractions déterminait une sorte de crépitation qui, pour l'oreille, se rapprochait du frottement péricardique. La cessation de ce bruit anormal à dater du commencement de la guérison et de la résolution de l'engorgement pulmonaire, milite, en effet, en faveur de cette hypothèse.

En résumé, les faits dont nous venons d'exposer une relation sommaire, d'après le travail très-intéressant de M. Choyau, nous paraissent établir d'une façon non douteuse, la réalité des bruits pulmonaires dus aux mouvements du cœur, et devront être pris en considération comme des renseignements utiles pour la rectification d'erreurs possibles et souvent trop faciles de diagnostic.

Il nous resterait à parler des bruits dus aux mouvements systoliques et diastoliques du cœur et des gros vaisseaux et siégeant dans une portion des poumons sains. Mais cela nous entraînerait trop loin pour aujourd'hui. Nous en ferons le sujet d'un second article.

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques.

Nous avons vu appliquer, dans le service de M. Léon Labbé, à la Clinique, la méthode des injections hypodermiques, dont nous entretenions récemment nos lecteurs. Voici le résumé tout sommaire des résultats obtenus.

M. L. Labbé s'est servi de la formule de M. A. Martin (bi-iodure de mercure ioduré) à la dose de dix gouttes de solution, ce qui correspond à 2 centigrammes de bi-iodure. Les injections ont été pratiquées chez trois malades principalement, chez un homme et deux femmes. Il en a été fait à peu près quarante et quelques.

Chez les femmes, les douleurs ont été assez vives à la suite des deux premières injections, puis elles ont été moins marquées lors des injections suivantes :

Chez un homme, d'ailleurs pusillanime, la douleur a été un peu vive lors de la première injection.

Chez une des femmes, deux injections ont donné lieu à deux petits points d'induration un peu persistants.

Aucune des injections n'a été suivie d'abcès. Deux fois seulement on a vu survenir une très-petite escharre, très-superficielle; M. Labbé attribue ce très-léger accident à ce fait que la piqûre du trocart n'avait pas agi assez profondément. Depuis qu'il a eu le soin de faire un large pli à la peau avant d'enfoncer le trocart, et d'injecter ainsi le liquide assez profondément dans le tissu cellulaire, loin de la face profonde de la peau, il n'a pas vu survenir cette petite complication. Les malades ainsi traités n'ont pas eu de salivation (un d'eux a eu 17 injections).

Ce dernier malade, affecté de chancre du fourreau et de roséole, a vu son état s'améliorer rapidement. La roséole avait été peu intense.

Une femme en pleine roséole, et ayant des plaques muqueuses des lèvres et des amygdales, a vu rapidement tous ces accidents disparaître.

Dans ce moment, un homme atteint de plaques muqueuses profondes, traitées inutilement au Midi par le protoiodure, par les applications locales les plus énergiques, a déjà 13 injections. Il les supporte bien, mais il n'y a pas de changement très-notable dans l'aspect de ses amygdales.

En somme, M. Labbé n'a pas eu à se plaindre jusqu'à présent de l'emploi des injections, mais il se tient sur la réserve et ne veut pas se laisser aller à les exalter outre mesure.

Épidémie de fièvre bilieuse typhoïde à Rive-de-Gier.

M. le docteur Hervier, à Rive-de-Gier, nous informe par une lettre, qu'il a régné dans cette localité une épidémie de fièvre lente, continue, bilieuse, typhoïde, etc.; quelques cas ont présenté la forme rémittente bilieuse.

Quoi qu'il en soit, il y a eu en septembre 1869 cinquante décès, répartis comme suit pour les âges :

De 0 à 10 ans, 17; de 10 à 20, 14; de 20 à 30, 12; de 30 à 40, 5; de 40 à 50, 2. Total, 50.

Autant de filles que de garçons. La durée moyenne de la maladie chez les décédés a été de 13 à 14 jours.

400 malades ont été frappés, tous enfants et adultes.

La durée moyenne de la maladie a été de 13 à 14 jours chez les guéris et les décédés.

La moyenne des décès étant de 30 par mois à Rive-de-Gier, le mois de septembre en a présenté 80 environ.

Rien de semblable à Gisors et à Saint-Chamond, villes voisines et presque similaires pour les travaux, le genre de vie et l'orientation.

Nous reviendrons sur quelques particularités de cette épidémie.

Dr Brochin.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE PAR LES COURANTS CONTINUS

Par le docteur Jules Chéron, docteur ès sciences.

(Suite.)

Quelle action les courants continus peuvent-ils exercer sur la sclérodermie et l'atrophie des tissus ?

Dans la forme atrophique du rhumatisme articulaire chronique, lorsque la maladie s'est prolongée pendant un certain temps, il se produit une induration de la peau, une sorte de sclérodermie (Vidal), l'enveloppe cutanée froide, lisse et polie est anormalement tendue. Les os, les muscles, et toutes les parties molles, sont atteints d'atrophie.

Employés de la façon suivante, les courants continus modifient avantageusement cet état scléreux de la peau.

La main est placée dans un vase contenant de l'eau salée à la température de 30 à 35° ; le pôle négatif de l'appareil est mis en rapport avec le liquide, le pôle positif étant placé sur les extenseurs de la main, à la partie moyenne de l'avant-bras.

Ce mode opératoire présente l'avantage de mettre en même temps toute la peau de la main en rapport direct avec le courant; en outre les escharres sur une peau en cet état, étant faciles à produire par l'application directe du tampon ou de l'éponge, on se met à l'abri d'un semblable accident par le procédé que nous indiquons, le pôle positif pouvant être changé de place sur l'avant-bras (1).

(1) Ce mode opératoire a été employé dans un certain nombre de cas qui ne figurent pas dans les observations rapportées dans ce travail.

Après un certain nombre de ces applications, la peau de la main se réchauffe, et, la circulation s'établissant avec une certaine facilité, les veines sont de nouveau visibles, la peau devient flexible, elle perd son aspect luisant et ne s'applique plus sur les surfaces osseuses avec la même tension. Les mouvements des doigts bénéficient en même temps de cette amélioration.

Un semblable traitement, continué de cette manière pendant sept mois a modifié d'une façon très-sensible l'atrophie des deux mains, qui, quoique déformées, ont repris un certain volume, une sorte d'embompoint.

L'atrophie de tous les tissus, que détermine le rhumatisme articulaire, est donc combattue avec succès par les courants continus, et cet effet est constaté facilement sur le tissu musculaire surtout.

Le malade qui fait l'objet de l'observation n° I, présentait, il y a neuf mois, un avant-bras dont la circonférence mesurée à 3 centimètres de l'épicondyle, était égale à 19 centimètres, aujourd'hui elle est représenté par 23.

Sur des muscles qui ne sont ni le siége de contractions spasmodiques ni de rétractions, l'effet se produit avec une grande rapidité.

Quand à la forme œdémateuse du rhumatisme articulaire chronique progressif, plus rare que la forme atrophique, nous en rapportons deux cas: nous avons obtenu dans le premier seulement un excellent résultat; dans l'autre, l'amélioration s'est montrée lentement et n'a pas atteint le même degré. Il est bon de rappeler que la maladie remontait à dix-huit années, et que l'état général était aussi mauvais que possible.

L'œdème étant causé par l'embarras à l'écoulement du contenu des vaisseaux, il nous est facile de donner ici l'explication physiologique de l'action du courant continu dans la forme œdémateuse du rhumatisme articulaire chronique. C'est en restituant aux vaisseaux leurs propriétés contractiles et en les activant, c'est aussi en favorisant les circulations collatérales autour des points où la circulation est entravée par compression, que les courants continus font disparaître l'œdème lié au rhumatisme.

Lorsque l'œdème a envahi les membres inférieurs, ce n'est pas sur les parties œdématiées qu'il faut appliquer les tampons, on s'exposerait à produire rapidement des escarrhes; le meilleur moyen consiste à placer les rhéophores sur les nerfs qui se distribuent à la partie œdématiée.

Le courant descendant est celui qui active le mieux sa disparition.

Les articulations et les muscles sont ensuite traités comme il a été dit précédemment.

Lorsque le courant continu est fermé sur un point quelconque du corps, un travail s'opère entre le moment d'application et celui de la rupture, et l'on peut dire que c'est pendant cette période, alors que l'œil n'a point à contempler la contraction musculaire que détermine le courant d'induction, que le travail puissant du courant continu s'opère.

Le courant continu se répand dans l'économie tout entière, et les expériences de Matteucci ont démontré que le corps d'un animal sur lequel un courant continu est fermé présente en tous ses points des courants dérivés. La sensation de goût qu'éveille le courant continu appliqué souvent à une grande distance de la tête, en est une nouvelle preuve.

Grâce à cette faculté d'expansion, expansion qui a lieu par les nerfs en mettant en jeu leur pouvoir électrotonique, par les muscles et par les liquides de l'économie qui le transmettent au loin en vertu de leur conductibilité physique, le courant continu exerce sur la nutrition une action puissante dont nous allons rappeler les principales preuves.

La nature de notre sujet ne comporte pas une étude de mécanisme de la nutrition et du mode d'action du courant sur celle-ci, aussi ne voulons-nous rapporter que les preuves que l'étude clinique du rhumatisme articulaire chronique nous a permis de déduire en faveur de l'action reconstituante du courant continu sur l'économie tout entière, sur la nutrition.

---

ici, et pour y apporter quelque ordre, nous diviserons nos matières à peu près comme on le fait dans nos livres classiques. Ainsi nous parlerons d'abord des *circumfusa*, puis des *applicata*, puis des *ingesta*, etc., etc. Mais toujours en suivant l'exemple donné par Suétone, c'est-à-dire sans sortir encore de la vie intérieure ou de famille (*referam nunc interiorem familiaremque vitam.*)

Je viens de dire que César Auguste était tout aussi incommodé d'une température élevée que d'un froid intense, aussi avait-il eu soin dans le choix d'une habitation, de se ménager tout ce qui pouvait atténuer les effets toujours fâcheux pour lui des températures extrêmes. La maison qu'il occupait était située sur le mont Palatin, elle avait appartenu à Hortensius; l'Empereur l'habita pendant près de quarante ans, hiver comme été, et cela bien que le climat de Rome ne fût pas très-favorable à sa santé (*quamvis parum salubrem valetudini suæ urbem romam experiretur*), et il n'en continuait pas moins de coucher dans la même chambre ; seulement il s'était réservé une pièce dans l'endroit le plus élevé de la maison, pour s'y retirer et ne pas être importuné, c'était son cabinet de travail, son Τεχνυφυον, disait-il, c'est-à-dire son laboratoire. Toutefois, quand il se sentait indisposé, il se faisait transporter dans quelque habitation suburbaine, et plus particulièrement dans la maison de Mécène; ajoutons qu'il cherchait de préférence, mais toujours sans trop s'éloigner de Rome, soit le littoral de la Campanie, soit même les rives adjacentes.

C'était surtout le soleil direct que redoutait Auguste, même en hiver aussi choisissait-il pour chambre à coucher d'été, une pièce bien aérée, spacieuse et fraîche. Après avoir veillé quelque temps dans sa litière, il passait dans sa chambre à coucher et se mettait au lit, où il ne dormait jamais plus de sept heures. Ses insomnies étaient fréquentes, mais alors on venait lui faire quelque lecture. Il lui était très-pénible de se lever de grand matin; s'il avait à voyager, c'était à petites journées, et même, après les guerres civiles, il finit par renoncer à toute espèce d'exercice un peu violent.

Si maintenant nous passons aux *applicata*, nous verrons que César Auguste avait encore surtout en vue de ménager sa santé. Il portait en hiver quatre tuniques et par-dessus une grosse toge, ce qui ne l'empêchait pas de se garnir chaudement la poitrine, les cuisses et les jambes. Il ne se promenait jamais au grand air sans avoir la tête couverte. Tout lui semblait à craindre; outre le soin qu'il prenait en été de rafraîchir sa chambre par un jet d'eau constamment entretenu dans le péristyle, il se baignait de temps en temps à grande eau; mais plus souvent encore il se bornait à de simples ablutions d'eau froide, tantôt échauffée aux rayons du soleil; d'autres fois, et cela, disait-il, pour calmer ses nerfs (*nervorum causa*), avec de l'eau de mer ou avec de l'eau provenant des sources d'Albe.

Il faut dire qu'ici la Harpe a été pris d'un scrupule assez singulier. Le texte dit que, pour faire ses ablutions, Auguste, assis sur une planchette, remuait alternativement les mains et les pieds. La Harpe trouve que c'était là un genre d'exercice par trop bizarre, et que, pour lui, il a dû préférer une version plus décente, ce qui ne l'empêche pas de nous donner, dans une note au bas de la page, la traduction littérale elle-même. On se demande pourquoi la Harpe se trouve plus à l'aise au bas de la page que dans le texte lui-même? Mais je reviens aux vêtements que préférait Auguste; ils n'étaient rien moins que somptueux : c'étaient, dit son historien, des costumes de ménage (*veste non aliâ quam domesticâ*). Il n'en portait point d'autres que ceux qui avaient été confectionnés par sa femme, sa sœur ou ses filles; ses toges n'étaient ni trop larges ni trop étroites. Somme toute, si on en excepte ses chaussures, qu'il portait très-hautes, afin de paraître un peu plus grand, Auguste, loin de viser à l'élégance, suivait plutôt en cela les règles de l'hygiène et du bon sens.

Passons maintenant des *applicata* aux *ingesta*. Ici nous allons voir qu'Auguste obéissait plutôt encore aux exigences de sa constitution qu'aux coutumes de son temps. Il était avant tout d'une sobriété dont rien n'approche. Suétone entre à ce sujet dans les plus petits détails, et il ne craint pas d'en faire l'aveu, il ne veut rien omettre, dit-il (*ne hoc quidem omisserim*). Il nous apprend d'abord que ce prince mangeait très-peu (*cibi minimi erat*), et que son pain était de qualité commune. Il joignait parfois à cela quelques petits poissons, du lait et des figues fraîches. L'heure de ses repas n'était point réglée; il se mettait à table quand le besoin de manger se faisait sentir ; c'était quelquefois dans sa litière ou même dans une promenade à pied. Il aimait à faire remarquer lui-même sa sobriété. Il disait un jour à Tibère dans une de ses lettres : « Jamais juif, jour de sabbat, n'a observé de jeûne plus rigoureux que moi. Aujourd'hui, à peine ai-je mangé deux bouchées (*duas buccas manducavi*). » Il ne buvait que très-peu de vin, et de préférence à tout autre, celui des Alpes.

(*A suivre*).

D'abord les fonctions digestives sont activées; en effet, bon nombre de fois j'ai pu noter l'augmentation notable de l'appétit chez les rhumatisants qui l'avaient perdu depuis longtemps.

La disparition de migraines à forme congestive aussi bien que le retour d'un sommeil calme et profond dont les malades étaient privés, peut s'expliquer par l'action exercée sur la circulation par le courant continu.

Mais ce qui est plus caractéristique encore que tout cela, c'est le retour général des forces, la disparition de pertes séminales et principalement la cessation d'un état albuminurique que des malades atteints de rhumatisme articulaire chronique progressif et arrivés à un degré fort avancé d'amaigrissement et de faiblesse nous avaient présenté.

Lorsque le traitement est suivi pendant un temps assez long pour permettre de rétablir les fonctions principales dans leur état normal, le malade ne tarde pas à prendre de l'embonpoint; c'est ce que nous avons constaté chez les malades qui font l'objet des observations (1 et 5).

Leur état d'émaciation s'en allait progressant chaque jour; aussi les effets reconstituants du courant continu ont-ils pu être appréciés même par des personnes étrangères à l'art qui voyaient journellement ces malades.

Ces quelques remarques me semblent suffisantes à prouver l'action reconstituante du courant continu et n'y aurait-il que le fait de la disparition de l'albumine de l'urine de certains rhumatisants, sous son influence, qu'il suffirait à lui seul à démontrer l'action puissante qu'il exerce sur la nutrition, abstraction faite du point de l'économie sur lequel il est appliqué.

Car l'albumine, dans l'urine de certains malades atteints de rhumatisme articulaire chronique progressif, correspond à une altération profonde de la nutrition, à une cachexie qui caractérise avec l'albuminurie un appauvrissement extrême du sang.

Pour obtenir de semblables résultats, il n'est pas nécessaire de diriger le courant d'une extrémité à l'autre du corps.

Journellement nous avons l'occasion de voir des malades sur les membres desquels nous appliquons un courant continu pour combattre des rétractions musculaires, des arthrites rhumatismales, etc., qui accusent les modifications que nous avons signalées plus haut.

Un courant dirigé d'une extrémité du corps à l'autre, de la moelle lombaire à la moelle cervicale, par exemple, agirait puissamment sur la nutrition; mais, quoique capable de modifier en même temps les lésions locales, il n'en viendrait pas à bout avec la même rapidité; il n'aurait même pas sur ces lésions une puissance d'action aussi grande.

Il y a donc tout avantage à appliquer, dans le rhumatisme articulaire chronique, le courant sur les lésions qu'on a pour but de combattre.

On n'en exerce pas moins une action curative sur l'état général, qu'on voit, dans le plus grand nombre des cas, se modifier assez rapidement.

Les complications viscérales sont-elles des contre-indications à l'emploi du courant continu?

Les seules complications viscérales sur lesquelles j'ai jusqu'ici porté mon attention sont la péricardite et l'endocardite, la migraine, la néphrite albumineuse, l'asthme et la dyspepsie.

Dans plusieurs cas de rhumatisme articulaire chronique partiel, nous avons vu les malades atteints de péricardite éprouver un bien-être particulier après un certain nombre d'applications faites sur les articulations malades.

Plus tard, ce fait, aussi bien que l'induction physiologique, nous engagea à tenter l'action du courant continu dans quelle péricardite. L'une de nos observations surtout est pleine d'intérêt, nous la publierons ultérieurement.

Deux cas d'asthme compliquant le rhumatisme chronique ont été amendés par l'action indirecte du courant continu.

Journellement nous observons la disparition de la migraine, ou tout au moins l'éloignement de son retour périodique, chez des malades traités par des courants continus pour une affection locale, telle qu'arthrite, paralysie, contracture, etc. Celle qui accompagne le rhumatisme chronique, disparaît en même temps que la maladie s'améliore. Chez trois malades dont les observations figurent ici, nous avons noté la disparition complète de cet épiphénomène.

Quant à la dyspepsie, nous avons vu chez les malades qui font le sujet des observations 2, 3 et 5, qu'elle tend à disparaître après quelques applications du courant continu, toujours en vertu de l'action générale qu'il exerce sur l'économie tout entière.

Nous savons que l'albuminurie qu'on observe dans le rhumatisme chronique est celle que Niemeyer désigne sous le nom de néphrite parenchymateuse, qui est surtout la maladie des individus faibles et épuisés. Caractérisée à son début par la présence de l'albumine seulement et par l'appauvrissement excessif du sang appartenant en propre au rhumatisme; l'examen microscopique de l'urine permet d'y voir les petits cylindres fibrineux couverts d'épithélium; chez d'autres, ces mêmes cylindres en sont dépourvus.

Chez quelques malades cités plus haut, après un certain nombre de séances (de 28 à 40 au maximum), l'albumine et les cylindres disparurent de l'urine, sous l'influence de l'action exercée par le courant continu sur la nutrition.

Ces quelques observations tendent à prouver que, loin d'être une contre-indication, les complications viscérales peuvent être améliorées et souvent guéries par l'action des courants continus, sans que cette dernière puisse, en aucun cas, aggraver l'état du malade atteint de rhumatisme articulaire chronique avec complication viscérale.

La plupart des cas rapportés dans ce travail ont été vus par MM. les docteurs G. Désarenes, Joubert, Goujon, Martin-Lauzer Moreau-Wolff, Rey, etc., qui ont bien voulu contrôler à plusieurs reprises les effets obtenus.

Il nous a semblé bon, au début de l'emploi d'un nouveau moyen de traitement, d'appeler quelques confrères à juger avec nous des ressources que peuvent fournir, dans la maladie qui nous occupe, les courants continus constants.

Il résulte des observations qui précèdent :

Que les déformations articulaires produites par le rhumatisme chronique sont très-avantageusement modifiées par les courants continus constants;

Que les douleurs disparaissent ou s'atténuent en un petit nombre d'applications;

Que certaines ankyloses, alors que l'atrophie ne s'est pas complétement emparée des articulations, peuvent céder sous leur influence;

Que les encroûtements calcaires, les contractures, les rétractions et les atrophies musculaires que fait naître le rhumatisme chronique, sont toujours amendés et souvent guéris par ce mode de traitement;

Que l'application des courants continus constants n'est point pénible, et que, en outre de l'action locale, ces courants exercent encore sur l'économie tout entière une action puissante qui ranime les fonctions alanguies et met l'organisme en état de réagir contre la dyscrasie, en imprimant à la nutrition une impulsion qui lui manque, ce qui tend non-seulement à enrayer la maladie, mais encore à la guérir;

Enfin, que les preuves de cette action générale, au point de vue clinique, ressortent de la disparition de la plupart des complications viscérales qui accompagnent le rhumatisme noueux et de l'amélioration rapide de la santé des rhumatisants.

DE L'HÉMÉRALOPIE ENDÉMIQUE

ET DE SON TRAITEMENT PAR LA CALABARINE

Par le docteur Xavier GALEZOWSKI.

La cécité nocturne ou héméralopie est un état de la vue, dans lequel les malades perdent la faculté de voir le soir. Nous savons aujourd'hui qu'elle s'observe chez toutes les personnes atteintes de rétinites pigmentaires congénitales ou syphilitiques acquises, et qu'on l'explique dans ces cas par un rétrécissement concentrique du champ visuel périphérique, par l'atrophie progressive et l'infiltration pigmentaire de la rétine.

Mais il y a une autre forme d'héméralopie : c'est celle qui se montre épidémiquement au printemps ou en automne dans quelques pays de préférence, et surtout dans les régions tropicales. C'est l'héméralopie endémique. On la voit surtout se produire parmi les soldats qui séjournent dans des casernes mal aérées et humides, ou lorsqu'ils couchent sous les tentes et sur un sol humide. Il n'est pas rare non plus de voir apparaître l'héméralopie chez les marins; tous les médecins de marine connaissent cette affection, et les *Archives de médecine navale* contiennent de nombreuses recherches à ce sujet.

Nous devons particulièrement attirer l'attention de nos lecteurs sur les recherches qui ont été faites à ce sujet par M. Martialis en France, et par M. Quaglino en Italie; elles tendent à démontrer que la rétine subit une modification dans sa nutrition, et qu'il s'y produit une sorte de suffusion séreuse, soit périvasculaire, soit sur toute son étendue.

Ayant été appelé cette année par notre distingué confrère M. Perron, médecin major de 1re classe au 64e de ligne, à donner des soins à plusieurs soldats de son régiment atteints d'héméralopie endémique, nous avons pu constater chez le plus grand nombre d'entre eux des altérations ophthalmoscopiques très-importantes, et qui se traduisaient par des contractions spasmodiques des parois des artères centrales de la rétine.

Ordinairement, lorsqu'on examine les vaisseaux rétiniens de l'œil sain, depuis leur point de départ sur la papille jusqu'à la partie périphérique, on ne voit point d'interruption dans leur trajet. Il n'y a que les infiltrations et les exsudations de la rétine qui peuvent les masquer sur une certaine étendue.

Dans quelques cas pourtant, dont je rapporte plus loin les détails, j'ai pu constater la disparition par place des artères au voisinage de la papille, sur un trajet une ou deux fois grand comme la papille du nerf optique. Il était évident pour moi qu'il s'agissait d'une sorte de contraction des parois vasculaires, qui me semblait le mieux expliquer une sorte d'anesthésie rétinienne qui se déclarait tous les soirs. J'ai examiné même un de mes malades dans la journée et le soir, et j'ai pu me convaincre que la contraction vasculaire s'observait sur une plus grande étendue. Avec la guérison des malades, j'ai vu la circulation reprendre son cours normal.

M'appuyant sur ces faits et l'explication que je leur donnai, je me suis décidé à employer chez ces malades le collyre à l'ésérine, contenant 0,02 pour 10 grammes, espérant de cette façon élargir les vaisseaux, rompre leur spasme et rétablir la circulation.

L'expérience a complétement confirmé l'exactitude de mon observation, et au bout de trois ou quatre jours d'instillation du collyre d'ésérine, l'héméralopie disparaissait totalement et la circulation devenait régulière dans toute la rétine.

Voici un fait que j'ai recueilli à ma clinique.

Obs. I. — M. J..., âgé de 29 ans, militaire, vint me consulter le 30 juin 1869 pour le trouble de la vue qu'il éprouvait depuis trois jours le soir. Il me déclarait, ainsi qu'un de ses camarades, que passé huit heures, il ne voyait plus à se conduire. En l'examinant en présence de M. le docteur Morel, médecin major de la garde de Paris, nous avons pu constater une légère suffusion séreuse péripapillaire dans les deux yeux. Mais ce qui m'avait surtout frappé, c'est l'interruption des tranches artérielles principales sur une assez grande étendue; phénomène que je voyais déjà pour la deuxième fois dans la même maladie. Je lui prescrivis l'instillation du collyre d'ésérine dans la dose de 2 centigrammes pour 10 grammes, et déjà, le 10 juillet, il était complétement guéri.

Sur mon invitation, M. le docteur Perreon a entrepris le traitement de ses héméralopes, et voici la note qu'il a eu l'obligeance de me communiquer.

Obs. I. — G... Pierre, soldat au 64e de ligne, 2e bataillon, 4e compagnie, se présente à notre visite le 3 mai; cet homme dit ne pas y voir aussitôt que vient le soir. Nulle autre affection, pas d'antécédents morbides; il est, du reste, fort et vigoureux.

Nous l'admettons à notre infirmerie, et nous prescrivons le premier jour diète le matin, 30 grammes de sulfate de soude, instillation quatre fois dans la journée de quatre gouttes d'ésérine, quelques frictions ammoniacales autour des orbites.

Le cinquième jour, G... demande sa sortie, nous disant y voir aussi bien qu'avant l'invasion de sa maladie.

Obs. II. — R... Jules, du 64e de ligne, 5e régiment, 1er bataillon, se présente à notre visite étant atteint depuis six jours d'héméralopie.

Cet homme est pâle, anémique, d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique.

Malgré ces mauvaises conditions et le peu de moyens que nous avons à notre disposition (comme médicaments), nous le soumettons purement et simplement aux instillations de quatre gouttes d'ésérine dans la journée; sept jours après, le malade se dit guéri et demande sa sortie.

Le 13 juin, l'affection récidive et demande un traitement beaucoup plus long, puisqu'il ne sort de l'infirmerie que le 25 (12 jours au lieu de 7).

Le 2 août, le malade a changé de milieu, il est dans un camp, sous la tente; nouvelle récidive, nouvelle instillation d'ésérine, et après six jours de traitement, guérison complète et plus de récidive.

Obs. III. — Jean A..., du 64e de ligne, 1er bataillon, 1re compagnie, caporal, se présente à notre visite le 12 juin, comme héméralope depuis quinze jours. Étonné d'une invasion aussi longue, nous lui demandons comment il se fait qu'il ne soit pas venu plutôt à notre visite; celui-ci nous a répondu qu'ayant été héméralope l'an passé pendant presque tout l'été, il demandait tout simplement à être exempt du service de nuit, comme il l'avait été l'année précédente par le médecin qui nous a précédé.

Ne tenant nul compte de ces antécédents, le caporal A... entre à notre infirmerie.

D'une taille élevée, pâle, le teint terreux, nous soumettons notre malade à un régime tonique, en même temps qu'aux instillations de quatre gouttes d'ésérine quatre fois dans la journée. Le septième jour il sortit guéri; mais eu égard à sa constitution détériorée, l'affection récidiva dix-neuf jours après sa sortie de l'infirmerie. Nouvelle entrée le 19 juillet, qui nécessita quatorze jours de traitement.

Enfin le 2 août, c'est-à-dire dix jours après notre arrivée au camp de Saint-Maur, A... subit l'influence de ce nouveau milieu, et l'héméralopie apparut pour la troisième fois.

Six jours d'instillation suffisent pour le guérir et le rendre à son service.

Obs. IV. — Clément C..., soldat à la 2e compagnie du 1er bataillon du 64e de ligne, se présente à notre visite.

D'un tempérament fort et vigoureux, d'une constitution lymphatique sanguine, il est pris depuis quatre jours de l'héméralopie, qui motive son entrée à l'infirmerie.

Aussitôt soumis aux instillations d'ésérine et aux frictions ammoniacales péri-orbitaires. Il sort guéri le 11 du même mois, c'est-à-dire après neuf jours de traitement.

Nous pourrions ajouter aux observations ci-dessus les sieurs V.... (André), C... (Joseph), P... (Jules), soldats au même régiment, tous guéris par le même moyen, c'est-à-dire par le principe actif de la fève de calabar.

Ces observations sont très-concluantes, elles ont été recueillies avec beaucoup de soin, et M. Perreon affirme que de tous les médicaments qu'il avait employés précédemment, le calabar est le le seul qui lui semble agir le plus efficacement contre l'héméralopie.

Il faut dire cependant que, dans un cas d'héméralopie endémique, l'usage de l'ésérine est resté sans aucun effet. Quel est la cause de cet insuccès? Il est difficile de se prononcer. Peut-être la cause de l'héméralopie n'était pas la même, d'autant plus que l'ophthalmoscope, dans ce cas, ne m'a point permis de trouver la moindre lésion ni dans les vaisseaux ni dans la substance propre de la membrane nerveuse.

Il serait difficile de porter aujourd'hui un jugement définitif sur une maladie sur laquelle les recherches sont encore très-incomplètes, ainsi que sur son traitement. Nous croyons cependant utile de formuler en quelques mots les notions que nous avons pu recueillir sur cette affection.

1° L'héméralopie endémique est une affection de la membrane nerveuse, caractérisée par une contraction spasmodique des artères de la rétine et son anesthésie consécutive.

Dans certaines formes de la maladie, on trouve des infiltrations séreuses blanc-grisâtres, surtout au pourtour de la papille,

comme cela avait été démontré par MM. Quaglino (1) et Martialis (2), et que j'ai pu vérifier cette année sur quelques-uns de mes malades.

2° Cette affection est le plus souvent endémique, et s'observe dans les pays et les localités où les fièvres paludéennes exercent leurs ravages. On la rencontre aussi très-souvent parmi les marins ou les soldats de terre qui bivouaquent sous les tentes dans les plaines humides.

3° L'héméralopie endémique guérit assez rapidement, mais elle laisse une disposition aux récidives au printemps et en automne. M. le docteur Perrecn m'a affirmé avoir vu les mêmes individus être pris de l'héméralopie pendant plusieurs printemps successifs.

4° L'héméralopie atteint les deux yeux à la fois et au même degré.

5° Cette forme d'amblyopie peut être simulée dans les régiments, ce qui est ordinairement assez difficile de vérifier, surtout si les phénomènes ophthalmoscopiques sont nuls, comme cela arrive quelquefois. Mais enfermés pour un ou deux jours dans une chambre, où règne une obscurité complète, on les fait facilement abandonner leur projet de tromper. L'ennui les prend, et ils se déclarent guéris. Il faut dire pourtant que c'est aussi un moyen parfaitement rationnel de traitement que celui qui consiste à enfermer le malade pendant quelques jours dans un endroit complétement obscur.

6° L'usage interne d'huile de foie de morue, et les fumigations au moyen des vapeurs de foie d'un animal quelconque dirigées sur l'œil, n'ont aucune efficacité contre cette affection. On obtient, au contraire, plus de succès par les vomitifs et les purgatifs, l'affection étant souvent liée à un état gastrique.

7° L'héméralopie qui accompagne la rétinite pigmentaire congénitale ou syphilitique est permanente, tandis que celle-ci est passagère. La première, progressive mène à une cécité complète ; la dernière, au contraire, est bénigne et se termine le plus souvent par une guérison.

(1) Quaglino. — Giornale d'Oftalmologia italiano, 1865. — *Des conditions pathologiques de l'héméralopie.*

(2) Martialis. — *De l'héméralopie* (*Archives de médecine navale*, 1868).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 15 octobre 1869, ont été nommés présidents :

De la Société de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin : M. le docteur Bourbier;

De la Société de secours mutuels dite Association Rethéloise, à Rethel : M. le docteur Réberotte-Labesse;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Lille : M. le docteur Cazeneuve;

De la Société de secours mutuels des médecins de l'arrondissement, à Compiègne : M. le docteur Colson.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Bouillaud, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année classique 1869-1870, par M. Proust, agrégé près ladite Faculté.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.* — M. Baggio, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille (emploi vacant).

M. Paquet, docteur en médecine, suppléant pour les chaires de chirurgie et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite École (emploi vacant).

M. Follet, docteur en médecine, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite École, en remplacement de M. Paquet.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.* — M. Combalat, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à ladite École, en remplacement de M. Broquier, décédé.

M. Nicolas, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, en remplacement de M. Combalat.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Durac est nommé chef des travaux anatomiques et suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à ladite École, en remplacement de M. Labéda, appelé à d'autres fonctions.

— La cérémonie de l'inauguration de la statue de Dupuytren a eu lieu dimanche dernier 17 octobre, à Pierre-Buffière, conformément au programme arrêté. La séance était présidée par M. Cruveilhier. L'assemblée se composait presque entièrement de médecins, auxquels s'étaient joints M. le comte de Beaumont et un de ses fils, gendre et petit-fils de Dupuytren ; le préfet de la Haute-Vienne et plusieurs fonctionnaires. Des discours ont été prononcés par : M. Bardinet, directeur de l'École de médecine de Limoges, au nom du corps médical de la Haute-Vienne ; M. Larrey, au nom de l'Académie des sciences ; M. Brierre de Boisemont, en qualité de délégué du conseil général de l'Association des médecins de France ; M. Deperret-Muret, médecin et maire de Pierre-Buffière, et par M. le préfet.

La cérémonie terminée, les assistants sont allés visiter la maison de Dupuytren, où a été gravée l'inscription suivante : « Ici est né Guillaume Dupuytren, le 5 octobre 1778. » Le banquet d'usage a clos la journée.

— Clientèle à céder à Paris; bonne société de secours mutuels. S'adresser à M. Dupuy, 28, rue Crozatier.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 25 octobre 1869.

Aucune communication médicale à l'Académie des sciences, sauf une note de M. Hahn, faisant jouer un certain rôle à la tension du cou dans la production du goître.

« A Luzarches, presque toutes les femmes d'ouvriers étaient autrefois affectées de goîtres. Aujourd'hui ni les jeunes filles ni les femmes n'ont plus de goître. Les eaux contiennent du sulfate de chaux en assez grande quantité; elles sont incrustantes; elles marquent à l'hydrotimètre, savoir : la fontaine la plus fréquentée, 34 degrés; les autres 40 et même 72 degrés. Mais les eaux sont toujours les mêmes et cependant le goître ne semble plus qu'héréditaire dans quelques familles; il a disparu dans les hameaux et dans les communes voisines, où les eaux sont plus ou moins salubres. Je pense que ces résultats proviennent, en grande partie, de ce que les femmes ne font plus de dentelle : au siècle dernier, des ouvrières par centaines s'occupaient à ce travail, et, dès l'âge de quatre à cinq ans, lorsqu'un enfant pouvait faire agir ses doigts, on lui donnait un petit métier et on l'exerçait à faire mouvoir ses fuseaux et à faire le point. Alors, par suite de la tension du cou pour suivre le dessin avec des épingles, l'infirmité du *gros cou* se déclarait dès l'enfance, et les générations se suivaient avec cette infirmité. Maintenant on ne travaille plus à la dentelle : on fait de la couture, de la broderie, des boutons, des gants, etc., et on remarque que le goître n'apparaît plus que rarement : on peut compter par unité ce que l'on comptait par centaine. Ce résultat ne vient-il pas confirmer l'opinion que l'habitude de tenir le cou en avant peut être une des causes du goître? Enfin, dernière remarque, les hommes étaient et sont encore peu atteints de cette infirmité. »

— A Nantes, nouvelles opérations d'ovariotomie, par M. le professeur Letenneur, et nouveaux succès.

Dans un cas, il s'agissait d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, chez une femme de 41 ans.

Dans l'autre cas, la malade, âgée de 30 ans, était atteinte d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Cette opération présente plusieurs difficultés. Il existait de larges adhérences pariétales; l'opération fut suivie d'hémorrhagie, d'obstruction intestinale.

Ces observations représentent le troisième et quatrième cas d'ovariotomie, et le deuxième et troisième succès dus à M. Letenneur.

— A Paris, la Cour impériale vient de rendre un arrêt qui aura du retentissement dans le corps médical.

« La Cour,

« Statuant sur l'appel interjeté par M. le procureur impérial près le tribunal de Chartres, du jugement du 4 août 1869, qui a renvoyé la femme Faustin de la poursuite dirigée contre elle;

« Considérant que de l'instruction et des débats résulte la preuve que la femme Faustin, après avoir pris dans sa maison l'enfant de la femme Hauss, qu'elle était chargé de nourrir, a négligé les soins de propreté, d'entretien, d'alimentation que nécessitait l'âge de cet enfant;

« Considérant que la femme Faustin, devenue enceinte, hors d'état de continuer de nourrir l'enfant de la femme Hauss, n'a pas averti la mère, et, cessant d'allaiter son nourrisson, a eu constamment et uniquement recours au lait de chèvre en quantité insuffisante;

« Considérant qu'il est suffisamment établi que cette imprudence et cette négligence de la part de la femme Faustin ont été la cause involontaire de la mort de la fille Hauss, âgée de quatre mois seulement;

« Considérant que la femme Faustin s'est ainsi rendue coupable du délit d'homicide par imprudence, prévu et puni par l'article 319 du Code pénal;

« Par ces motifs,

« Met l'appellation et le jugement dont est appel à néant;

« Émendant, et faisant ce que les premiers juges auraient dû faire,

« Déclare la femme Faustin coupable du délit d'homicide commis par imprudence, prévu et puni par l'article 319 du Code pénal;

« Mais considérant qu'il existe des circontances atténuantes,

« Condamne la femme Faustin en quinze jours de prison, et la condamne aux frais de première instance et d'appel. »

— La question des nourrices est tellement à l'ordre du jour, que chacun désire apporter sa pierre à l'édifice.

M. le docteur Henry Berthelot, médecin-inspecteur du service des enfants assistés, à Chamborigand (Gard), pense que pour obtenir une surveillance rigoureuse des nourrices, il serait nécessaire d'appuyer l'autorité morale du médecin de l'autorité de la commune.

Notre honorable confrère pense qu'en payant 1 franc par mois, soit 12 francs par an, les parents auraient une sécurité très-grande.

Ces 12 francs seraient répartis de la manière suivante :

6 francs pour la commune où résiderait la nourrice.

6 francs pour le médecin-inspecteur.

Par *médecin-inspecteur*, M. le docteur Berthelot entend un médecin choisi *librement* par les familles ou par le maire de la commune où serait placé l'enfant.

Ce médecin se chargerait — moyennant cette faible subvention, — de visiter l'enfant tous les mois; de tenir tous les trois mois ses parents au courant de son état de santé, et, dans les cas où il y aurait lieu de prévenir la famille des accidents qui pourraient menacer l'enfant.

Pour que ce service pût fonctionner régulièrement, il faudrait le concours du maire et du médecin.

Les 6 francs accordés à la commune permettraient de rémunérer l'agent que le maire déléguerait pour aider l'œuvre de surveillance.

— De son côté, M. le docteur Decaisne, nous adresse la note suivante :

« Dans son discours sur la mortalité des enfants, M. le docteur Fauvel, peu partisan, et avec juste raison, selon nous, de l'industrie des nourrices, s'est demandé si l'on ne négligeait pas trop en ce moment l'allaitement artificiel, tant décrié depuis quelques années, et si on ne pourrait pas, par ce moyen, combler le déficit de la lactation signalé de toutes parts. L'orateur conclut à une large expérimentation sur ce point.

Il nous semble que l'expérience a été faite, et comme nous l'avons dit ailleurs, l'usage du biberon dans de bonnes conditions peut et doit rendre les meilleurs services. Ceci ne fait aucun doute, et des milliers d'exemples sont là pour le prouver. Malgré nos préférences bien marquées pour l'allaitement maternel, dont on se dispense trop facilement aujourd'hui, nous nous associons à l'opinion de M. Chalvet, sur l'allaitement artificiel, et à l'approbation que lui donne M. Brochin dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 21 octobre.

Mais nous pensons que l'allaitement artificiel ne doit jamais être confié à des mains mercenaires. Il y faut tant de soins de toutes sortes et tant de bonnes conditions que ce n'est pas trop de toute l'intelligence, de tout le dévouement, de toute la tendresse de la mère pour remplir une pareille tâche.

Mais l'allaitement artificiel est-il possible dans les classes pauvres des grandes villes?

Eh bien ! quoique mon assertion puisse paraître excessive, je ne crains pas de le répéter, et d'autres l'ont dit avant moi : *Tout enfant de la classe pauvre, élevé au biberon, à Paris, est, presque à coup sûr, un enfant mort.*

J'en appelle à tous les médecins qui ont exercé à Paris; si nous ne savions la part si grande qu'il faut faire à l'incurie, à l'ignorance, à toutes les mauvaises conditions de la misère, ne serait-on pas tenté, bien souvent, de ne voir dans l'allaitement artificiel, tel qu'on le pratique chaque jour sous nos yeux, que l'infanticide déguisé? »

— Un de nos confrères, M. Louis La Caze, avait réuni une splendide collection de tableaux. A l'ouverture de son testament, on trouva que, désireux de ne pas voir disperser une réunion si remarquable, M. le docteur La Caze en faisait don au musée du Louvre.

Ce legs a été non-seulement agréé par l'administration avec la reconnaissance que méritait cet acte de générosité, mais il vient d'être décidé qu'une des grandes salles du Louvre sera entièrement consacrée à recevoir la galerie La Caze, et prendra le nom du donateur.

Dr E. Le Sourd.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gallard.

De l'ovarite.

(Leçons recueillies par M. Raymond, interne du service)

3e leçon.

(Suite et fin).

Le traitement de l'ovarite diffère sensiblement de celui des autres phlegmasies utérines ou péri-utérines. Comme ces dernières maladies, l'inflammation de l'ovaire commande les antiphlogistiques, mais dans l'ovarite simple, non puerpérale, ils doivent être employés avec beaucoup plus de ménagement et de mesure encore que dans la métrite ou dans le phlegmon péri-utérin. Au début tout à fait, surtout dans la forme franchement inflammatoire, quelques émissions sanguines sont utiles, particulièrement chez les femmes fortes et vigoureuses. On peut appliquer de 4 à 12 sangsues, soit au haut des cuisses, soit sur l'hypogastre, mais, en général, je préfère les ventouses scarifiées, appliquées au nombre de 4 à 6 sur l'hypogastre. Elles ont cet avantage de combattre plus directement la douleur que ne le font les sangsues appliquées sur le même point. Cette première émission sanguine, extrêmement modérée, comme vous le voyez, pourra être renouvelée au bout de cinq ou six jours, si la persistance des phénomènes inflammatoires le commande. Ce n'est pas pendant cette première période de l'ovarite que je fais usage des sangsues appliquées sur le col de l'utérus, je les réserve pour une époque plus éloignée, alors que la maladie paraît avoir une certaine tendance à s'éterniser et que des congestions périodiques mensuelles me révèlent une aggravation des symptômes inflammatoires à chaque époque des règles. Alors j'applique de 2 à 4 sangsues sur le museau de tanche, quelques jours avant l'apparition des règles, et je recommence quelques jours après que les règles ont disparu. Cette manière de procéder a pour avantage de combattre l'effet fâcheux produit par la congestion menstruelle, et de favoriser ainsi la résolution. J'y ai recours assez habituellement pendant plusieurs mois consécutifs; mais sans pratiquer aucune autre émission sanguine dans l'intervalle. La perte de sang qui en résulte est tellement minime, qu'elle peut être supportée même par les femmes les plus affaiblies, car elle se confond avec celle de l'hémorrhagie menstruelle.

Comme accessoires et souvent même comme traitement principal quand les émissions sanguines sont contre-indiquées, ce qui est assez rare, il faut avoir recours aux topiques émollients sous toutes les formes et aux narcotiques que l'on associe aux émollients : les bains tièdes prolongés, les bains de siége matin et soir avec la décoction mélangée de plantes mucilagineuses comme la feuille de mauve, la racine de guimauve, la graine de lin, et de plantes narcotiques comme la jusquiame, la morelle et la belladone; les cataplasmes laudanisés; les injections et les quarts de lavement laudanisés : tels sont les moyens qui réussissent le mieux pendant cette première période.

Les malades ne devront pas être mises complétement à la diète; mais leur alimentation devra être légère, peu abondante, et il conviendra de les purger de temps en temps, soit avec l'huile de ricin, soit avec le calomel.

Plus tard, lorsque l'induration a succédé à la congestion des premiers temps, deux circonstances dominent toute la thérapeutique : 1° combattre la douleur; 2° provoquer la résolution des produits plastiques épanchés, tant dans le parenchyme de l'ovaire que sur sa surface extérieure, dans le péritoine. Alors sans renoncer aux narcotiques émollients des premiers jours, aux bains, aux cataplasmes, aux injections, il faudra cependant ajouter à leur action celle des calmants les plus efficaces. Le quart de lavement rendu mucilagineux par l'addition de l'amidon, et contenant de 10 à 15 gouttes de laudanum, produit un grand soulagement quand il est administré le soir et peut être gardé toute la nuit. Aran avait l'habitude de verser une certaine quantité de laudanum dans le vagin, préalablement ouvert par le spéculum, et d'y projeter ensuite de l'amidon de façon à faire un magma qu'il laissait en place pendant vingt-quatre heures. J'ai eu souvent recours à ce moyen, dont l'effet est beaucoup moins assuré qu'on serait tenté de le croire en raison de la quantité de laudanum employé, mais qui est cependant fort utile.

C'est à ce moment surtout que les vésicatoires doivent être employés. Leur action résolutive n'est pas aussi efficace qu'on peut le désirer, et je leur préfère souvent des cautères placés sur l'hypogastre, à 4 ou 5 centimètres en dehors de la ligne médiane. Mais les vésicatoires ont un autre avantage : c'est celui d'ouvrir une voie pour l'application de la morphine par la méthode endermique; et à cet égard ils rendent de grands services dans une maladie dans laquelle l'élément douleur joue un rôle aussi important. Ce n'est du reste pas seulement par des applications topiques que l'élément douleur doit être combattu; il faut encore administrer les narcotiques et notamment l'opium par la bouche. Beaucoup de malades ne peuvent passer une nuit calme et tranquille qu'à la condition de prendre de 5 à 10 centigrammes d'extrait d'opium, et je ne crois pas qu'il soit souvent utile de dépasser cette dose, quoiqu'on puisse la doubler sans inconvénient; mais il vaut mieux ne pas la faire prendre en une seule fois, et donner des pilules de 1 à 2 centigrammes qui

sont administrées toutes les deux heures, jusqu'à production du sommeil ou tout au moins de la somnolence.

Vous vous trouverez souvent fort bien d'associer l'opium au calomel, dont vous utiliserez ainsi la double action purgative et résolutive.

Pour cette action résolutive, c'est sur les exutoires dont je vous ai parlé, et sur les cautères en particulier que je compte le plus. Cependant, avant de déterminer les malades à recourir à ce moyen, qui leur répugne et les effraye, vous éprouverez souvent une certaine résistance, et alors vous ferez bien de les préparer tout doucement, soit en leur plaçant une série de vésicatoires volants, que vous panserez avec le cérat mercuriel, soit en leur faisant sur le ventre des badigeonnages avec la teinture d'iode, badigeonnages qui seront réitérés tous les trois ou quatre jours. Quant aux autres fondants, tels que les pommades iodurées ou les iodures à l'intérieur, n'en attendez pas grand effet.

Les bains et les douches vous seront d'un grand secours. Les bains alcalins tièdes pourront être employés dès le début; quant aux douches, et surtout aux douches froides, il ne faudra y avoir recours qu'à dater du moment où l'état congestif aura complétement disparu. J'ai vu souvent des recrudescences fâcheuses de l'inflammation succéder à l'emploi prématuré de ce précieux moyen de traitement qui demande à être manié avec la plus excessive circonspection. Les eaux minérales sont extrêmement utiles dans le traitement d'une maladie aussi longue et aussi tenace. Les unes peuvent avoir une action résolutive directe, ce sont les eaux alcalines et les eaux bromurées ou iodurées. Je ne conseille pas les eaux de Vichy dans le traitement de l'ovarite, et cependant, si on ne les employait qu'en bains ou en douches, elles auraient de très-bons effets. Mais, en dépit des recommandations contraires, les malades envoyées à cette station veulent boire les eaux, et, même celle des sources qui contiennent du fer, elles ont une action altérante fort préjudiciable pour des organismes aussi profondément débilités. C'est pourquoi je vous engage à diriger vos malades affectées d'ovarite, préférablement vers Plombières, Ems ou Carlsbad.

En dehors de l'action résolutive spéciale aux eaux minérales dont je viens de parler, vous pouvez employer, surtout lorsque la maladie a une longue durée, des eaux dont l'action tonique et stimulante se fera sentir sur la santé générale de votre malade. C'est à ce point de vue seulement que vous aurez recours aux eaux sulfureuses ou même aux bains de mer, ou, plus simplement encore, à un séjour à la campagne, dans un pays sain, bien aéré et un peu boisé, où le soleil puisse être facilement supporté et où les promenades soient agréables et faciles.

Lorsque l'ovarite se termine par suppuration, on peut être conduit à agiter la question de savoir s'il faut intervenir chirurgicalement pour ouvrir l'abcès ou s'il faut l'abandonner aux seuls efforts de la nature. En général, l'abcès est trop profondément placé pour qu'il soit possible de reconnaître sa présence au moment même où il se forme ; on ne peut donc pas l'attaquer dès le début. S'il s'enkyste, il vaut encore mieux le respecter que de s'exposer au risque de blesser des organes importants pour l'atteindre. Ce n'est donc que dans les cas où il vient faire saillie à l'extérieur, soit du côté du vagin, soit du côté du rectum ou vers la peau, qu'il peut y avoir quelque avantage à l'ouvrir. Dans tous ces cas, il suffit d'une simple ponction avec le bistouri, et cette ponction doit être faite sur le point le plus proéminent. C'est surtout lorsqu'elle peut être faite du côté du vagin qu'il peut y avoir quelque avantage à se hâter de pratiquer cette ponction; et sauf ces cas et ceux où l'abcès vient faire saillie sous la peau, il est préférable d'attendre l'ouverture spontanée de l'abcès qui se fait le plus habituellement dans le rectum.

L'hygiène des femmes atteintes d'ovarite doit être attentivement surveillée. Il ne convient pas de les maintenir longtemps à un régime trop sévère, comme celui que nous avons conseillé pour les premiers jours de la maladie. Leur alimentation doit être substantielle et fortement réparatrice sous un petit volume. Il est essentiel qu'elles évitent les brusques changements de température et surtout l'impression du froid; aussi doit-on exiger qu'elles portent un vêtement de flanelle directement appliqué sur la peau et principalement sur la peau du ventre. Elles doivent prendre un exercice modéré, plutôt à pied qu'en voiture, dont les cahos peuvent amener un retentissement douloureux sur l'organe malade. Il leur faut éviter surtout les fatigues, aussi bien les fatigues morales que les fatigues physiques, et renoncer, pendant toute la durée de leur traitement, aux plaisirs du monde; car, pour elles, les émotions résultant de la vue de certains spectacles, les fatigues et les entraînements du bal, la lecture même de certains livres sont aussi à redouter qu'une marche prolongée ou un travail pénible.

Le calme et le repos physique, le calme et le repos moral que nous conseillons ici doivent avoir pour conséquence le calme et le repos le plus complet possible du système génital. Vous n'avez pas oublié, en effet, que tout acte, même physiologique, des organes génitaux se traduit par une suractivité de la circulation qui détermine un afflux sanguin et vient apporter un nouvel élément au travail inflammatoire. Théoriquement donc, on est conduit à conseiller aux malades affectées d'ovarite, d'éviter tout ce qui peut déterminer une congestion, aussi peu durable soit-elle, des organes génitaux, et par conséquent de s'abstenir de tout rapprochement sexuel pendant tout le cours de leur maladie. Mais ici, comme en beaucoup de circonstances, la théorie est loin de pouvoir se mettre aussi complétement d'accord avec la pratique que nous pourrions le désirer, et nous avons le droit, je dirai plus, le devoir de rechercher si une défense aussi absolue n'aurait pas, dans le cas où elle serait rigoureusement observée, infiniment plus d'inconvénients que d'avantages. Je suis parfaitement convaincu de ses inconvénients, et je vous demande la permission de vous les indiquer sans entrer dans des détails dont l'extrême délicatesse du sujet me commande de m'abstenir. Il est évident que si la continence la plus absolue peut être observée sans lutte ni sans combat, cette continence constituera un état physiologique assez favorable à la guérison pour devoir être scrupuleusement respecté. Mais si, au contraire, la femme est obligée de lutter contre l'ardeur de ses sens; si, sans trêve ni repos, elle est tourmentée de désirs qui la tiennent dans un état d'éréthisme d'autant plus prolongé que sa passion sera plus inassouvie, bien certainement il y aura alors avantage à lui permettre de se satisfaire, et le rapprochement désiré procurera une détente suivie d'un moment de calme et de repos que l'on n'aurait jamais obtenu sans lui. De semblables exigences sont en réalité fort rares; mais, en dehors d'elles, combien de femmes, et je parle des plus chastes, des plus honnêtes, ne sont-elles pas tourmentées par la crainte que la continence imposée à leur mari par suite de leur état maladif ne jette ce dernier en dehors des voies régulières du mariage? Croyez-vous que les poignantes préoccupations nées de ces craintes, souvent trop fondées, ne seront pas plus nuisibles à leur santé que ne le seraient quelques rares infractions à la règle d'une continence absolue dont l'observance est souvent si difficile? C'est pour ces motifs que, tout en recommandant une grande réserve dans les relations conjugales, je me garde bien de les proscrire d'une façon absolue, et mes malades ne s'en trouvent pas plus mal.

Je vais même plus loin, et je me demande si, dans certaines circonstances, l'acte sexuel ne doit pas avoir une influence favorable sur l'issue de l'ovarite et constituer son meilleur mode de traitement. C'est lorsque cet acte peut être suivi de la conception. Bischoff a établi que chez les femmes enceintes, à partir du quatrième ou cinquième mois de la gestation, l'ovaire est « petit, sec, pâle, raccorni, contenant peu de sang,» c'est-à-dire dans un état complétement opposé à celui qui marque le premier degré de l'inflammation. Si donc il était possible de placer un ovaire enflammé dans cette condition, on ferait plus pour sa guérison qu'il ne nous est possible de faire à l'aide des traitements les mieux dirigés, d'autant plus que cet état de repos persisterait pendant plusieurs mois, pendant lesquels l'organe se trouverait soustrait aux congestions périodiques de la menstruation qui sont, vous le savez, la pierre d'achoppement du traitement de l'ovarite. Or, la fécondation est loin d'être complétement empêchée par l'ovarite, surtout pendant ses premières périodes ; et alors même qu'elle opposerait un obstacle insurmontable à l'imprégnation, ce qui est loin d'être vrai, il resterait encore, dans les cas d'ovarite uni-latérale, la ressource de l'ovaire sain pour justifier l'espoir d'une grossesse. Cela suffit pour que cet espoir ne soit pas abandonné. Les exemples ne sont pas rares d'inflammations péri-utérines anciennes guéries par une grossesse intermittente; mais parmi ceux que j'ai observés, je n'en ai pas vu qui se rattachent directement à l'ovarite simple. Cependant je n'hésite pas à penser que si la gestation a agi efficacement dans ces cas, ce n'est pas, comme on l'a cru, par la compression que l'utérus gravide a exercé sur les tissus enflammés, mais bien en détournant l'afflux sanguin de l'ovaire, en le décongestionnant, en le plaçant, pendant des mois, dans cet état d'anémie physiologique décrit par Bischoff.

Ces considérations doivent avoir pour vous, messieurs, un intérêt pratique immense. Vous serez souvent consultés par les familles sur la question de savoir s'il faut hâter ou retarder le mariage d'une jeune fille à laquelle vous donnez des soins et vous trouverez la mère d'autant moins disposée à exposer son enfant à toutes les conséquences du mariage, qu'elle aura remarqué que sa menstruation est irrégulière, douloureuse et accompagnée de symptômes qui peuvent vous permettre de soupçonner une inflammation de l'ovaire. S'il en est ainsi, si vous reconnaissez cet état de congestion périodique exagérée, qui fait prévoir l'ovarite comme prochainement imminente, ou qui même en marque le début, vous conseillerez le mariage. Vous le conseillerez par cette double raison que la jeune fille est encore apte à la fécondation, tandis qu'elle peut devenir complétement stérile si vous laissez la maladie faire des progrès, et que, si cette fécondation est obtenue, elle assurera la guérison probablement définitive d'un état qui n'est pas sans avoir ses inconvénients et ses dangers.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 22 octobre 1869. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Une grande partie de cette séance est consacrée aux élections de MM. les docteurs Brouardel, Lancereaux, Cointet titulaires, et Monteils, correspondant.

M. FÉRÉOL, à propos du procès-verbal et du rapport de M. Besnier sur les maladies régnantes, apprend à la Société qu'il a eu occasion récemment d'observer dans sa clientèle un certain nombre de fièvres intermittentes, prises à Paris. Il en cite particulièrement 7 cas parfaitement définis, tous guéris en peu de temps par le sulfate de quinine. Tous ces cas ont été observés par M. Féréol dans le même quartier, du côté de la rue de Rivoli, de la rue du Dix-Décembre, etc. Ce quartier venant justement de subir des mouvements de terrain considérables pour l'ouverture de nouvelles rues, M. Féréol croit devoir attribuer la cause de ces fièvres intermittentes à ces remaniements du sol. Il ajoute, en terminant, qu'il n'a pas vu de fièvres intermittentes *pernicieuses*.

M. GUIBOUT trouve la communication de M. Féréol d'autant plus intéressante, qu'il a observé de son côté des cas tout à fait analogues. Autrefois, ajoute M. Guibout, la fièvre intermittente était fort rarement observée à Paris, et quand on l'y voyait, c'est qu'elle y était importée de la province; or, depuis ces immenses mouvements de terrains effectués à Paris, la fièvre intermittente y est devenue endémique, et c'est ce que vient de nous prouver une fois de plus la communication de M. Féréol. Mais M. Féréol n'a pas vu de fièvres intermittentes *pernicieuses*, tandis que j'en ai vu un cas avec MM. Trousseau et Triboulet, chez une personne qui n'avait jamais habité ailleurs qu'à Paris, et qui par conséquent n'avait pu contracter cette fièvre intermittente pernicieuse qu'à Paris. Étant médecin à la maison de Chaillot, j'ai observé un autre cas de fièvre intermittente chez une femme de 70 ans; cette femme a été guérie par le sulfate de quinine. Il y a peu de temps, j'ai eu occasion d'en observer un autre cas chez une jeune personne de 17 ans qui a été prise subitement de vomissements nerveux, que le sulfate de quinine n'a pas tardé à arrêter. J'en ai vu encore un autre cas à l'hôpital Saint-Louis, chez un homme qui m'est arrivé couvert de cicatrices de ventouses scarifiées. Cet homme avait été traité dans un autre hôpital pour une sciatique. Je ne tardai pas à découvrir que j'avais affaire chez lui à une sciatique intermittente périodique ; le sulfate de quinine en a encore eu raison.

Il y a eu, tout récemment, dit en terminant M. Guibout, une discussion à ce sujet à la Société de médecine de Paris; nous avons tous été à peu près d'accord sur les causes de ces fièvres intermittentes; on les attribue aux mouvements de terrain qu'exigent toutes ces nouvelles constructions. M. Boinet, dans cette discussion a émis l'opinion qu'on devait chercher la cause de ces fièvres dans les égouts. Pour moi, je me range tout à fait à l'opinion de M. Féréol.

M. SIMON dit que jusqu'ici on n'a parlé que de fièvres intermittentes observées chez les adultes. M. Simon a eu occasion d'en observer récemment chez des enfants; il en cite plusieurs observations. Il rappelle, à cette occasion, l'observation d'une dame atteinte d'une diarrhée intermittente datant de vingt-six ans, chez laquelle le sulfate de quinine a produit les meilleurs effets.

M. CHAUFFARD rappelle que dans le dernier rapport sur les maladies régnantes, lu par M. Besnier, il a relaté un cas de fièvre intermittente tierce prise à Paris, et facilement jugée par le sulfate de quinine. M. Chauffard attribue à ces cas la même cause que M. Féréol et ses collègues.

M. GUÉRARD n'est pas d'accord avec ses collègues sur ce dernier point, et ne croit pas que ce soit là la véritable cause de la fièvre intermittente. Il y a 35 ans, dit-il, que, sans interruption, tous les ans, je vois des cas de fièvres intermittentes chez des personnes qui n'ont jamais quitté Paris : ce ne sont pas, pour lui, les démolitions, mais bien les défrichements, qui provoquent des fièvres intermittentes. M. Guérard ne s'étonne donc pas que plusieurs de ses collègues en aient observé des cas, puisque lui, pour sa part, en voit tous les ans.

M. FÉRÉOL maintient ce fait, que, pour lui, la constitution médicale de Paris a subi, dans ce sens, un changement notable depuis quelques années. Je connais, ajoute M. Féréol, malheureusement trop bien ces sortes d'affections, ayant été moi-même intoxiqué trois fois; je prétends qu'on n'avait jamais vu, avant ces grands mouvements de terrains, la véritable intoxication palustre à Paris. Jamais on n'avait vu la fièvre intermittente revenir trois fois, comme je l'ai vu chez une de mes clientes. Je reste donc convaincu que c'est à ces mouvements de terrains seuls que nous devons attribuer tous les cas de fièvre intermittente qu'on observe à Paris depuis quelque temps.

M. GUÉRARD répond que, pour sa part, voilà trente-deux ans qu'il en est atteint, au point qu'il est saturé de sulfate de quinine, et qu'il n'a jamais habité d'autre quartier que celui qu'il habite encore, et où il n'a été fait aucun changement depuis bien longtemps.

M. ARCHAMBAULT croit apporter une confirmation à la communication de M. Féréol, en disant qu'un de ses propres enfants a pris des accès de fièvre intermittente aux Tuileries. Ce serait un cas à ajouter à ceux que M. Féréol a observés dans le même quartier; d'où M. Archambault conclut qu'on doit évidemment les rapporter à la même cause, c'est-à-dire aux translations de terrains opérées dans ce quartier.

M. BERGERON croit qu'il serait utile, après de pareilles observations, de rechercher s'il n'y aurait pas un foyer local. Tout le monde sait, en effet, ajoute M. Bergeron, qu'on a vu des maisons qui étaient de véritables foyers de fièvres intermittentes, et dans lesquelles même on ne pouvait pas entrer sans être pris d'accès de ce genre.

M. ARCHAMBAULT dit que, dans le quartier qu'il habite, il vient de se faire des travaux considérables pour la construction de la rue Napoléon, et qu'il y a eu, pendant tout ce temps, un transport continuel de matériaux qui peut bien avoir donné naissance à ces fièvres intermittentes. M. Archambault rappelle à cette occasion l'observation qui a été faite sur des ouvriers coupant le silex dans les montagnes, et qui ont tous été atteints d'accès de fièvres intermittentes. Il n'y aurait donc rien d'étonnant, d'après lui, à ce que les derniers cas observés eussent une cause analogue, c'est-à-dire le transport des matériaux de construction.

M. LABBÉ. M. Marrotte, chargé par l'Académie de médecine d'un rapport sur le traitement des fièvres intermittentes par l'iode, m'avait prié de lui adresser tous les cas de ce genre qui me passeraient sous les yeux au bureau central. Ayant été élevé à Tours, je connais fort bien ces sortes d'affections, et voici quel a été le résultat de mes observations : c'est que la plus grande partie des fièvres intermittentes que j'ai adressées à M. Marrotte ont été contractées dans des quartiers où s'effectuaient de grands mouvements de terrain. D'autre part, étant chargé à la Pitié du service de M. Bernutz, j'ai eu occasion d'y voir une jeune fille atteinte de fièvre intermittente, elle n'en avait jamais eu dans son pays, et elle l'avait contractée à Paris justement dans les environs de la Pitié où l'on a fait récemment l'ouverture de plusieurs rues. Mais je dois ajouter que, jusqu'ici, tous les

cas que j'ai vus m'ont paru présenter des caractères de bénignité pour ainsi dire excessive. Un simple vomitif suffit pour tout faire disparaître.

M. CONSTANTIN PAUL dit qu'il y a deux ans, à l'époque où on a complétement remanié les terres du Luxembourg et où on a transporté toute la terre végétale de l'ancienne pépinière autour des vieux arbres de la terrasse, dans l'espérance de les rajeunir, plusieurs employés du Sénat ont été atteints d'accès de fièvre intermittente, lesquels ont été traités par l'administration d'une assez grande quantité de sulfate de quinine. Tous ces accidents ont disparu quand les travaux ont été finis.

PRÉSENTATION

M. FÉRÉOL fait distribuer à ses collègues la note imprimée qu'il a lue à la Société, *les rapports de la goutte et du rhumatisme* à propos de deux autopsies de goutteux faites à l'hospice des Incurables.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les affections puerpérales, soulevée par la lecture de M. Hervieux.

Discussion sur les affections puerpérales.

M. LABBÉ, qui a demandé la parole sur cette question, exprime le désir que cette question soit sérieusement discutée, vu les nouvelles mesures prises par M. le directeur de l'assistance publique, qui consistent à faire évacuer les salles de femmes en couches. M. Labbé s'engage à faire connaître, dans la prochaine séance, le résultat des observations qu'il a faites à ce sujet à la Pitié.

M. MOISSENET. La mesure à laquelle vient de faire allusion M. Labbé est loin d'être nouvelle, attendu qu'elle est mise en vigueur depuis le mois de juin 1867. Depuis cette époque en effet, toutes les femmes sont renvoyées chez des sages-femmes choisies *ad hoc* par l'administration, avec le concours d'internes des hôpitaux.

Ayant été chargé par l'Assistance publique de faire un rapport sur cette question, j'ai voulu savoir, pièces en main, quels résultats on avait obtenus. Ils sont des plus satisfaisants, puisque sur 205 femmes en couches admises chez ces sages-femmes, une seule a succombé; tandis qu'à la Maternité, la moyenne des morts était de 19 p. 100. C'est du moins la moyenne qui a été indiquée dans un article de M. Charrier, inséré dans la *Gazette des Hôpitaux*. En face d'une pareille situation, les conclusions de mon rapport étaient extrêmement sévères. Je ne demandais rien moins que la *suppression* des maternités, ou tout au moins leur remplacement par des maternités à chambres séparées par un couloir central et ne communiquant que par des couloirs extérieurs, mais n'ayant pas de communication directe entre elles. On comprendra que l'administration, alléguant des raisons d'économie, n'ait pas adopté sans opposition de pareilles conclusions. Du reste, devant les résultats fort avantageux obtenus grâce aux mesures prises par M. le directeur général, je trouve qu'il n'y a plus, à beaucoup près, autant de *desiderata*, d'autant plus que j'ai appris de la bouche même de M. le directeur, que le nombre des sages-femmes appelées à recevoir chez elles des femmes en couches va être doublé, triplé même, et qu'ainsi la mortalité des femmes en couches sera considérablement réduite. La discussion demandée par M. Labbé n'a donc plus autant de raisons d'être.

M. LALLIER croit, au contraire, que c'est le moment le plus opportun de discuter et de juger la valeur de ces mesures prises par l'administration.

M. GALLARD pense que la Société peut souvent, avec raison, revendiquer une grande part dans les mesures hospitalières, et croit, en conséquence, comme M. Lallier, qu'il serait opportun de discuter cette question des affections puerpérales, au moment même où l'on inaugure de nouvelles mesures. J'ai toujours, ajoute M. Gallard, combattu les grandes et les petites maternités. Dans le temps où j'étais chargé, à l'hôpital de Lariboisière, du service des femmes en couches, M. Husson convoqua tous les médecins des hôpitaux chargés, comme moi, de services d'accouchement, pour avoir notre opinion sur l'état actuel des choses. Nous étions à peu près tous d'accord sur cette question. Pour ma part, j'indiquai le moyen que je pratiquais à mon hôpital, et qui m'avait donné des résultats assez satisfaisants. Ce moyen consistait à faire évacuer toutes les femmes qui venaient d'accoucher, pour les disséminer dans les services généraux. Cette innovation, du reste, était pratiquée dans l'hôpital avant moi, et tous mes prédécesseurs s'étaient loués, comme moi, des résultats satisfaisants qu'ils avaient obtenus. Encouragé par ces résultats, je priai M. le directeur de l'assistance publique de faire faire des statistiques se rapportant à ce qui se passait à l'Hôtel-Dieu et à la Charité, dans le temps où il n'y avait pas dans ces hôpitaux de services spéciaux pour les femmes en couches, afin qu'on pût comparer alors avec ce qui s'y passe depuis l'époque où on a réuni les femmes en couches dans de mêmes salles. Je crois, en effet, qu'il y aurait là une comparaison intéressante à faire. Je viens d'apprendre qu'à l'avenir, comme mesure générale, on disséminerait les femmes en couches dans les services généraux.

La discussion reste à l'ordre du jour pour la séance prochaine.

La séance est levée à 5 heures un quart.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 11 août 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

— Les journaux de la semaine : le *Montpellier médical*; — le *Bulletin médical de l'Aisne*; — le *Sud médical*; — le *Journal de médecine de l'Ouest*.

— Le compte rendu statistique de la clinique ophtalmique de l'Université royale des études de Naples, 1867-1868, par le docteur Giangiuseppe Reale.

— *Sur quelques obstacles à l'urétrotomie*, par le professeur Fabri.

— *Sur la luxation postérieure complète du pouce*, par le même.

— *Sur une luxation ovalaire complète réduite par une nouvelle méthode*, par le même.

— *Sur les injections iodées dans l'ascite*, par le docteur Robell.

— *Étude sur la péritonite après l'ovariotomie*, par le docteur Nardou-Durozier.

COMMUNICATION

Anévrysme cirsoïde du cuir chevelu. — M. BROCA présente une malade à laquelle il a pratiqué avec succès une opération complexe ou plutôt une série d'opérations pour un cas d'anévrysme cirsoïde très-volumineux du cuir chevelu.

Le sujet est une jeune femme de 26 ans, d'origine allemande (elle est née dans la Hesse). A l'âge de 8 ans, elle reçoit un coup de pierre à la partie postérieure du crâne, qui, au dire de la malade, ne détermina ni plaie, ni écoulement de sang. Il faut ajouter que les renseignements positifs font défaut relativement aux suites immédiates de ce coup. Toujours est-il que, au bout d'un certain temps, il se manifeste une tumeur dont les parents s'aperçoivent sans y ajouter trop d'importance. A 17 ans, époque du mariage de la jeune fille, la tumeur avait le volume d'une noisette, et présentait des battements très-visibles. La jeune femme, emmenée en Espagne par son mari, consulte, à Barcelone, plusieurs médecins et chirurgiens, qui reconnaissent la nature anévrysmale de la tumeur, et déclarent qu'il ne faut pas y toucher. Conseil déplorable, car il eût suffi, à ce moment, d'une injection de perchlorure de fer pour guérir le mal avec facilité.

Quelques années plus tard, la tumeur avait fait des progrès notables. Il y a quatre ans, elle avait acquis le volume d'une grosse noix. A cette époque, la malade, voyageant en Hesse, son pays, va à Heidelberg consulter le professeur Chélius. Ce chirurgien parle de la nécessité d'une opération, mais, quand il s'agit de la pratiquer, il renvoie la malade de délais en délais, si bien que, lassée d'attendre, la jeune femme revient à Barcelone.

A partir de ce moment, les progrès de la tumeur deviennent de plus en plus rapides; les chirurgiens de Barcelone, consultés de nouveau, ne veulent pas opérer. C'est alors que la malade se décide à venir à Paris, où elle est adressée à M. Broca. Voici dans quel état elle se trouvait au moment où M. Broca la vit pour la première fois. Un moule en plâtre permet d'apprécier le volume de la tumeur et sa disposition générale.

Au sommet de l'occipital existe une tumeur pulsatile et réductible, d'un volume considérable. A cette tumeur centrale aboutissent quatre branches artérielles volumineuses, dont la communication directe avec la tumeur est rendue évidente par les résultats de la compression exercée sur chacune des quatre artères avec une lame de plomb.

Il s'agissait donc d'un anévrysme cirsoïde communiquant directement avec quatre vaisseaux. Or, une pareille disposition ne peut s'expliquer que par les effets d'un traumatisme.

Il existe deux espèces d'anévrysme cirsoïde : les uns qui atteignent sur place leur entier développement, les autres qui ont une marche envahissante et dont la cause est le plus souvent un traumatisme, dans un certain nombre de cas un nœvus.

Quel rapport existe-t-il entre ces diverses causes, et comment des causes si diverses peuvent-elles produire le même effet? Cette diversité de causes est d'ailleurs plus grande qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Quand on analyse les cas d'anévrysme cirsoïde, on reconnaît que chaque espèce se subdivise en deux groupes secondaires : dans l'un les artères sont le siége du mal; dans l'autre il y a communication des artères avec les veines.

Ainsi trois conditions se présentent dans l'anévrysme cirsoïde : 1° Blessures d'artères; 2° communication des artères avec les veines; 3° nœvus.

Le mécanisme de la production des anévrysmes cirsoïdes se comprend d'une façon rationnelle lorsqu'on passe du simple au composé.

Le cas le plus simple est celui dans lequel il y a communication entre les artères et les veines à la suite d'un traumatisme. Il se produit là ce qui se manifeste après la formation d'un anévrysme variqueux. Les artères se dilatent en largeur et en longueur jusqu'au niveau du point de communication avec les veines. La communication établie entre l'artère et la veine diminue naturellement la pression intérieure de l'artère; les parois de celle-ci se reposent et, consécutivement, comme il arrive de tout organe condamné au repos prolongé, s'atrophient et s'amincissent. C'est ainsi que s'amincissent les parois vasculaires dans la phlébartérie. Le phénomène est en proportion du rôle que joue l'élément musculaire dans la structure de la paroi vasculaire; il est à son minimum dans les grosses artères et à son maximum dans les artérioles. Nous devons nous attendre à voir le phénomène s'accentuer d'autant plus que les vaisseaux en communication sont plus petits.

Voilà donc un premier groupe : dilatation cirsoïde succédant à la communication établie entre les artères et les veines, et due à la diminution de la pression intérieure des parois artérielles, d'où résultent la perte de leur fonction et, consécutivement, l'atrophie, l'amincissement et la dilatation.

2° Quand l'anévrysme cirsoïde succède à un *nœvus*, le mécanisme est le même. Le nœvus n'est pas autre chose que la dilatation du réseau capillaire périphérique. Cette dilatation peut s'observer partout, au cuir chevelu, à la main, etc.

La dilatation du réseau capillaire a pour effet d'établir une communication plus facile entre les artères et les veines; il en résulte une diminution dans la tension vasculaire intérieure : l'artère terminale n'ayant plus à résister à cette tension, sa contractilité n'entre plus en jeu, sa fonction est supprimée; il s'ensuit une altération de texture, une atrophie, un amincissement des parois, d'où résulte une dilatation qui se propage de la périphérie au centre et atteint des artères de moyen calibre, comme celles de la main, de l'avant-bras et même, quoique plus rarement, celles du bras.

Dans ce cas encore, la dilatation cirsoïde dépend d'un trouble dans la circulation des artères terminales qui a réduit à néant la contractilité des parois artérielles.

3° Dans le cas de la malade, aucun des deux mécanismes précédents ne peut être invoqué. L'anévrysme cirsoïde est survenu à la suite d'un coup. La tumeur communique avec quatre artères; cette communication, au début, n'existait peut-être qu'avec deux artères seulement. Voici comment les choses ont dû se passer. Il y a eu division vasculaire sous la peau par suite du coup de pierre. Il s'est formé, à l'endroit frappé, un petit lac; à partir de ce moment les parois artérielles contractiles se sont trouvées dans des conditions anormales. Dans l'état physiologique, le sang doit traverser un cylindre qui va en se rétrécissant et se divisant, et qui, grâce à la contractilité musculaire de ses parois, le distribue suivant les besoins de la nutrition. Si la continuité des vaisseaux est interrompue, les conditions normales de la circulation se trouvent entièrement bouleversées dans la région où cette lésion s'est effectuée. C'est d'abord un trouble tout local. La tension artérielle diminue dans la partie qui en est le siége; il se produit un commencement de dilatation qui gagne de proche en proche, envahit les collatérales, et progresse constamment à mesure que, de proche en proche, se supprime la fonction artérielle dépendant de la contractilité musculaire de ses parois.

Au moment où la malade s'est présentée à l'examen de M. Broca, quatre artères au moins communiquaient avec le lac central.

Les symptômes étaient les suivants : 1° *battements* très-forts sur les artères, moindres, plus mollasses, moins saccadés sur la tumeur elle-même; on les voyait à l'œil, on les sentait à la main sur divers points, derrière les oreilles, à la nuque, au-dessus de l'arcade zygomatique; 2° *réductibilité* de la tumeur; 3° *bruit de souffle intermittent;* ou a vu quelquefois un bruit de souffle continu, saccadé, dans des cas d'anévrysme cirsoïde; mais M. Broca ne pense pas qu'il puisse jamais exister en l'absence de communication entre artères et veines. Dans le cas dont il s'agit, le bruit de souffle était intermittent, peu rude, accompagné d'un frémissement, *trill* analogue à celui de l'anévrysme artério-veineux, non continu, correspondant à la systole artérielle; 4° *douleurs* modérées, plus marquées dans la partie centrale qui était amincie, rougeâtre, violacée, et s'échauffait parfois au point de faire craindre une inflammation et une rupture; 5° dans la nuit, la malade entendait des battements qui troublaient son sommeil et la fatiguaient beaucoup.

En présence d'un cas de ce genre, M. Broca s'est demandé quel traitement il y avait à faire. Dans les anévrysmes cirsoïdes, le plus ordinairement, il n'existe pas de lac central; il n'y a que des tortuosités dilatées dans lesquelles on peut provoquer des coagulations locales au moyen d'injections de perchlorure de fer. On peut déterminer ainsi la formation de caillots du volume du petit doigt. Quand ils dépassent ces dimensions, les caillots chimiques ne sont pas sans inconvénients. On a vu, dans de gros anévrysmes ainsi traités, des caillots trop volumineux donner lieu à des accidents formidables d'inflammation et d'hémorrhagie.

Il a paru dangereux à M. Broca d'attaquer directement la tumeur par des injections coagulantes. Faire des injections partielles de manière à provoquer la formation de caillots moins gros que la poche, c'était s'exposer à voir ces caillots mobiles dans la poche, comme le battant d'un grelot, être entraînés par le courant sanguin, fragmentés et produire les graves accidents de l'embolie.

Il lui a paru qu'il était plus rationnel de chercher à obtenir la coagulation, en diminuant progressivement l'arrivée du sang dans la tumeur. Rejetant l'idée de la ligature des artères dilatées, dont les parois altérées dans leur texture n'auraient pu supporter le fil, il s'est décidé à les oblitérer par le procédé de l'*acupressure*, qui ne soumet les artères qu'à une striction temporaire d'environ vingt-quatre heures.

Dans une première séance, il y a aujourd'hui un mois, M. Broca ayant endormi la malade, lui a pratiqué successivement trois incisions sur le trajet des artères principales dilatées : l'occipitale, l'auriculaire postérieure et la temporale, qu'il a mises à découvert sans les dénuder; puis il a passé, au-dessous de chaque artère, l'aiguille à acupressure de Simpson, et, grâce à une compression de vingt-quatre heures, a réussi à interrompre le cours du sang dans ces vaisseaux.

Voici quelles ont été les suites de ces opérations ; les deux plaies temporale et auriculaire se sont réunies par première intention; seule, la plaie occipitale a suppuré. La tumeur s'est affaissée; les battements ont disparu dans une zone de 6 centimètres autour de l'oreille.

Il parut alors à M. Broca qu'il avait, dans cette première partie du traitement, assez diminué les battements, assez affaibli l'énergie du courant sanguin dans la tumeur, pour qu'il fût désormais possible d'y faire naître des caillots chimiques au moyen des injections de perchlorure de fer. Deux injections de perchlorure de fer : l'une de 5 gouttes, l'autre de 3, ont été faites à l'aide de la seringue de Pravas dans les artères temporale et occipitale, après avoir préalablement emprisonné, dans chaque vaisseau, une colonne de sang d'une certaine étendue, à l'aide de petits anneaux de plomb qui, l'injection faite, restèrent en place pendant six heures, pour favoriser la production des caillots fibrineux dans la tumeur. Dans le même but, au moyen d'un gros tube à drainage, il a divisé en trois zones successives les diverses parties de la tumeur.

Grâce à ces obstacles successifs, des caillots se sont formés et prolongés dans la poche centrale, qui a été oblitérée dans les deux tiers de son étendue. La coagulation ayant cessé de faire des progrès, les battements étaient revenus en partie, entretenus par ce qui restait de circulation dans la tumeur. M. Broca, dans une dernière séance, a tenté deux nouvelles injections de perchlorure de fer dans les vaisseaux antérieur et postérieur. L'essai d'injection dans le vaisseau postérieur a échoué; M. Broca, n'ayant pu obtenir la certitude que la canule de la seringue Pravas avait pénétré dans l'artère, n'a pas osé pousser l'injection, qui eût pu se répandre dans le tissu cellulaire sous-cutané. En revanche, la tentative d'injection dans le vaisseau antérieur a parfaitement réussi : M. Broca ayant eu le soin, comme pour les premières injections, d'emprisonner entre deux anneaux de plomb la colonne sanguine coagulée par l'injection et de la maintenir ainsi pendant dix heures, pour la consolidation des caillots, en même temps que ces mêmes anneaux exerçaient une compression favorable à la suspension du cours du sang dans les parties voisines.

Sous l'influence de cette manœuvre, la coagulation a fait de rapides progrès; la poche centrale est remplie maintenant par des caillots; il n'existe plus de bruit de souffle, et l'artère antérieure est complétement oblitérée. M. Broca espère que la coagulation continuant à faire spontanément des progrès, la guérison sera complète sous peu de jours.

M. Broca place sous les yeux de ses collègues le moule en plâtre de cette tumeur, fait par un artiste distingué, M. Baretta, à la fois

modeleur et peintre, dont le musée anatomo-pathologique de l'hôpital Saint-Louis atteste l'habileté. La malade est ensuite introduite dans la salle des séances et examinée par les membres de la Société de chirurgie.

M. HOUEL. M. Broca a cité un fait observé par M. Laugier, comme un exemple d'anévrysme cirsoïde. Il y a une erreur d'interprétation qu'il importe de signaler. La pièce anatomique est déposée au musée Dupuytren, c'est un anévrysme antério-veineux. Ce qui peut expliquer la méprise, c'est que la matière à injection coloriée rouge poussée dans les artères, a passé également dans les veines. L'artère auriculaire avait été déchirée et rompue, les branches artérielles au-dessus et au-dessous de la plaie n'ont pas subi de changement, mais les veines se sont largement développées. Robert s'est même servi de ce fait pour établir la différence entre l'anévrysme artério-veineux et l'anévrysme cirsoïde. Du vivant du malade, le bruit de souffle était évident au niveau de la communication de l'artère et de la veine.

M. BROCA. M. Houel doit aller un peu loin quand il dit que les artères n'avaient pas subi de modification; elles avaient dû se dilater pour fournir du sang à ces veines si volumineuses.

M. CHASSAIGNAC. M. Broca aurait dû essayer la compression de deux carotides. Il ne nous parle pas des petites plaies qui ont pu exister à l'endroit où le coup a porté, car les petites plaies des artères du crâne sont souvent la cause du développement d'anévrysmes cirsoïdes. Je ne saisis pas non plus très-bien l'utilité d'une incision préalable à l'acupressure. M. Chassaignac n'accepte qu'avec de grandes réserves les injections de perchlorure de fer dans les artères, et désapprouve l'extirpation des tumeurs érectiles.

M. BROCA. L'incision que j'ai faite avant de pratiquer l'acupressure a eu pour but de ne pas m'exposer à agir au hasard. Les morts à la suite d'injections de perchlorure de fer sont dues à des embolies; aussi ne faut-il agir que lorsqu'on est certain de pouvoir exercer une compression totale et complète. Ce qu'on peut affirmer, c'est qu'il y a péril à s'abstenir et que le traitement ne peut être suivi d'effet qu'à la condition d'être radical; or il ne peut l'être que par la ligature et par l'oblitération de toutes les bronches dilatées.

M. GUÉNIOT. M. Chassaignac repousse l'extirpation des tumeurs érectiles; j'ai dû cependant un succès à cette méthode. Il s'agissait d'un garçon boucher âgé de 18 ans portant une tumeur érectile de la région temporo-pariétale. M. Broca me conseilla l'usage des injection de perchlorure; mais comme la compression ne pouvait suspendre les battements, je ne crus pas devoir recourir à ce moyen: J'enlevai la tumeur. Pendant cinq ou six minutes, je crus être débordé par l'hémorrhagie; mais j'en vins à bout après avoir appliqué 20 ligatures au moins. Le malade a parfaitement guéri.

(*A suivre*).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 19 octobre, le docteur Bertier, médecin-inspecteur-adjoint à l'établissement thermal d'Aix-les-Bains (Savoie), est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Lycée impérial de Bourges.* — M. le docteur Bercioux est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Lhomme, démissionnaire.

— *École de médecine de Bordeaux.* — M. Jeannel, ancien professeur de thérapeutique et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur honoraire de ladite École.

— Le registre des inscriptions de la Faculté de médecine de Paris sera clos le 6 novembre.

— MM. les docteurs en médecine qui ont obtenu de Son Excellence M. le Ministre de l'Instruction publique l'autorisation de faire un cours à l'École pratique, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu samedi 30 octobre, à onze heures précises, dans la salle du conseil de la Faculté.

— Le courrier des Antilles apporte les nouvelles les plus satisfaisantes sur l'état sanitaire de nos colonies. La fièvre jaune avait presque complétement disparu; on ne signale que deux décès à la Guadeloupe, pendant la dernière quinzaine de septembre.

— Lundi, 6 décembre 1869, un concours public pour deux places d'élèves internes sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Le lundi 20 du même mois, s'ouvrira un autre concours dans le même hôpital, pour deux places d'élèves externes.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la commission administrative des hôpitaux, à Marseille.

— Position médicale à prendre à Nallier (Vendée). Population: 2,500; chemin de fer en construction; produit, 3,000 fr., susceptible d'augmentation; pas de pharmacien. S'adresser au maire ou à M. Auger, 27, rue Jacob, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bains turcs. Guide du baigneur, par le docteur Charles DEPRAZ, Prix: 60 centimes.

De la pyohémie ou fièvre suppurative, par PETER MURRAY BRAIDWOOD, docteur-médecin, ancien président du Royal médical Society d'Édimbourg. Traduction par Edw. ALLING, interne des hôpitaux de Paris. Revue par l'auteur. Travail ayant obtenu le prix Astley Cooper pour 1868. — 1 vol. in-8 de 300 pages, avec 12 planches chromolithographiées. Prix: 8 francs.

Traité pratique de l'art des accouchements, par les professeurs H. F. NÆGELE, professeur à l'Université de Heidelberg, et W. L. GRENSER, directeur de la Maternité de Dresde. Traduit sur la sixième et dernière édition allemande, annoté et mis au courant des derniers progrès de la science, par M. G. A. AUBENAS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Ouvrage précédé d'une introduction, par J. S. STOLTZ, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg. — 1870. 1 vol. in-8 de 800 pages, avec 1 planche sur acier et 207 figures. Prix: 12 francs.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

N° 126. — JEUDI 28 OCTOBRE 1869. 42e ANNÉE. JEUDI 28 OCTOBRE 1869. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois... 8 fr. 50 c. Six mois... 16 — Un an..... 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur la mortalité des enfants nouveau-nés a continué dans cette séance. Le débat est engagé, en ce moment, entre M. Husson et M. Fauvel, qui nous paraissent, après les explications nouvelles données de part et d'autre, beaucoup moins loin de s'entendre qu'on n'eût pu le croire d'abord : M. Husson, partisan très-modéré d'une réglementation dont M. Fauvel ne récuse pas absolument l'utilité; M. Fauvel, en appelant surtout de l'insuffisance de cette réglementation à des moyens d'action d'un ordre moral et économique beaucoup plus larges et plus adéquates aux véritables causes du mal, dont M. Hsson est loin de méconnaître la valeur, mais qu'il croit être au-dessus ou en dehors des attributions et du pouvoir de la commission. Entre ces deux honorables membres, la cause nous paraît entendue. Mais il s'en faut que le débat soit clos. A mardi, sans doute, de nouveaux orateurs.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté.

1re LEÇON.

(Recueillie par M. J. FINOT, élève du service.)

Messieurs, je veux vous entretenir aujourd'hui d'un point de pratique commun, sans être vulgaire, et qui tire son intérêt de sa fréquence même. Je veux vous parler des *points de côté*.

En d'autres termes, « un malade ayant un point de côté, quelle est son affection ? »

Vous n'ignorez pas, en effet, que c'est souvent ainsi que se pose à vous le problème clinique. Le symptôme le plus tapageur étant celui qui parle le plus haut, c'est de lui que se plaint surtout et d'abord le malade, lequel ne fait point de théorie, se préoccupe peu de la genèse de son mal, et, dans l'exposition de son cas, s'astreint médiocrement à la logique des causes et des effets. Il souffre, se plaint de ses souffrances et veut qu'on l'en délivre, la douleur étant pour lui tout son mal. Et si c'est d'un point de la poitrine qu'il souffre, «il a un point de côté, » et n'a que cela. Pour vous c'est autre chose. Cette douleur n'étant qu'un effet, de cet effet quelle est la cause? Eh bien, nous allons essayer de résoudre ce problème, et les éléments de solution ne nous font pas défaut.

Je commence par la malade couchée au n° 9 de la salle Saint-Charles. Il y a quelques jours qu'elle entrait pour un violent point de côté. Je la trouvai le lendemain matin en proie à une douleur tellement poignante du côté droit de la poitrine, qu'elle suspendait à mi-chemin ses mouvements respiratoires et s'efforçait d'immobiliser avec son bras la base de son thorax.

Quant aux renseignements qu'elle nous donnait, ils étaient des plus contradictoires : tantôt elle disait être tombée, la veille au matin, sur le dos, dans son escalier, et puis, dans la soirée, elle avait été prise de douleurs; tantôt elle disait que son malaise avait débuté plusieurs jours auparavant et qu'elle avait eu un frisson initial; puis elle disait n'en avoir pas eu. Peut-être cette incohérence tenait-elle à un état légèrement ébrieux, lequel était, comme pour le valet de Beaumarchais « un reste de la veille. »

Dépité par ces contradictions et pressé par le temps (c'était un jour de leçon clinique), j'allai au plus pressé. Il était évident que cette femme souffrait : sa respiration était pénible, sa voix entrecoupée. Avait-elle de la fièvre? Le doigt mis sur l'artère radiale m'apprenait que le pouls n'était pas accéléré; la main appliquée sur sa peau, que la température n'était pas augmentée; donc il n'y avait pas de fièvre et par suite pas de phlegmasie. Maintenant cette douleur dérivait-elle d'une affection des voies respiratoires? S'il y avait de la dyspnée, au moins la malade ne toussait pas. De sorte que les voies respiratoires devaient être rapidement mises hors de cause. Mais cette femme soutenait de sa main la base droite de son thorax, mais elle avait des habitudes d'ivrognerie, ce qui me conduisit à penser à une *hépatalgie* d'origine alcoolique.

Vous n'ignorez pas, en effet, que des substances irritantes comme le sont les liquides alcooliques, et le plus ordinairement mêlées à d'autres plus irritantes encore, peuvent, chez certains sujets, en traversant la veine-porte et en imbibant cette éponge vasculaire qu'on appelle le foie, y déterminer de la douleur : cela résulte des intéressantes recherches de Beau. A l'état aigu, l'ictère crapuleux (*a nimio potu*) n'a pas d'autre origine et, — à l'état chronique par suite de la chronicité même des habitudes alcooliques, la cirrhose a la même pathogénie.

Or, qu'il y eût de l'ivrognerie dans l'espèce, le fait ne pouvait être mis en question : d'abord la malade avait du tremblement des mains qu'elle attribuait à l'émotion et que je rapportais, moi, à l'alcoolisme, autorisé que j'étais, par le tremblement simultané et accusateur des lèvres et de la langue. De plus, les vaisseaux de la conjonctive étaient fort injectés et l'œil avait cet aspect brillant et presque larmoyant que donnent les habitudes bachiques. D'un autre côté, son squelette portait les traces de très-nombreuses fractures; chacun de ses radius, entre autres os, avait été fracturé à son extrémité inférieure, ainsi que le démontrait la déformation consécutive et caractéristique des poignets. Une femme n'a pas le droit d'avoir autant de fractures que cela; de telles lésions prouvaient des chutes violentes, et ces chutes, une infraction aux lois de l'équilibre non moins qu'à celles de la sobriété.

Ce qu'il y avait de plus évident, dans l'état actuel, c'était la douleur. Je résolus de la combattre, en attendant que je pusse poser un diagnostic définitif. En conséquence, je prescrivis l'application immédiate, à la base droite de la poitrine, de six ventouses scarifiées qui soulagèrent considérablement la malade.

A la visite du lendemain, je résolus d'être complétement édifié sur ce cas, et recommençai mon interrogatoire à nouveau. Il était certain que cette femme était tombée sur le dos, dans son escalier, et n'avait pas ressenti d'abord grande douleur de sa chute; ce qui peut s'expliquer par l'anesthésie de l'ivresse. Mais le soir le point de côté devint tel, que la malade en proie à l'angoisse respiratoire, fut admise d'urgence à l'hôpital, et son cas semblait tellement médical qu'elle fut placée dans un service de médecine et non de chirurgie.

Examinant plus à loisir, je fis mettre à nu la poitrine — qui était démesurément grasse, — et précisant de plus en plus le siége de la douleur qui n'avait plus la même diffusion que la veille, je promenai successivement le pouce sur les côtes de haut en bas, jusqu'à ce que, arrivé sur la quatrième côte, ma pression arracha un cri de douleur. Alors appliquant mes deux mains, l'une en arrière, l'autre en avant de la poitrine, je fis tousser la malade, et je perçus une légère crépitation dans le voisinage de la suture chondro-costale. Enfin, en arrière, je découvris une ecchymose, toujours au niveau de la quatrième côte; de sorte qu'il y a probablement sinon une fracture de cette côte à sa partie antérieure, au moins un *décollement* ou une *rupture du cartilage costal*, car la crépitation n'est pas sèche, elle ne se perçoit pas dans tous les mouvements, même exagérés de la poitrine, et la douleur est la plus aiguë au niveau du cartilage.

Ainsi ce n'était pas le foie qui souffrait, la douleur siége trop haut dans la poitrine. Il ne s'agit pas non plus d'une névralgie intercostale : les points d'élection des foyers de douleur antérieur et postérieur font défaut, et d'ailleurs la douleur n'existe pas au niveau des parties molles dans l'espace intercostal, mais elle se fait sentir sur un arc osseux correspondant. En résumé, voici donc un point de côté symptomatique d'une *fracture de côte*, mieux d'un *cartilage costal*.

Un bandage de corps solidement fixé a suffi au traitement. La douleur étant déjà notablement amoindrie par les ventouses de la veille.

Mais ce n'est pas que cette femme n'eût pu avoir une *névralgie intercostale* consécutive à *une colique hépatique*. La chose est si peu impossible — et pour mieux dire si fréquente — que vous en voyez actuellement un exemple chez la malade couchée au n° 38 de la même salle. Ici la colique hépatique n'est pas plus douteuse que sa cause : il y a quinze jours que la malade est entrée en proie à une vive douleur d'un certain point de l'hypochondre droit situé un peu au-dessous de la dernière fausse côte, sur une ligne verticale intermédiaire à l'aisselle et au mamelon, c'est-à-dire sur un point correspondant exactement à la vésicule du fiel, et au canal cholédoque; douleur exaspérée par les mouvements respiratoires et surtout par la toux. A ce véritable *point de côté inférieur*, survenu tout à coup, s'étaient ajoutés successivement des vomissements, puis de l'ictère, et enfin, pour qu'il n'y eût pas doute quant à la réalité non plus qu'à la cause matérielle de cette colique hépatique, les matières fécales furent tamisées, et des calculs biliaires y ont été recueillis, au nombre de plus de quarante. Eh bien, chez cette malade, indépendamment de la douleur d'élection au niveau de la vésicule du fiel, il existe une névralgie intercostale, d'origine réflexe, siégeant dans les huitième, septième et sixième espaces intercostaux droits. Névralgie caractérisée, pour la malade, par un endolorissement diffus de la base droite du thorax, avec foyers d'exacerbation en certains points, qui sont ceux d'émergence des nerfs intercostaux; névralgie caractérisée, pour vous, par ces signes mêmes, ainsi que par la douleur à la pression des

FEUILLETON

Recherches historiques sur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.

Par M. Fr. DUBOIS (D'AMIENS)

(Suite).

Jamais un affranchi n'était admis à sa table ; il savait choisir ses convives. Ses repas n'étaient que de trois services; rarement ils étaient de six. Il y régnait une sage liberté; la conversation était générale; lui-même l'engageait de préférence avec ceux qui gardaient le silence ou qui osaient à peine parler.

On sait que, chez les Romains, le repas principal avait lieu vers la fin du jour, et qu'il se prolongeait parfois fort avant dans la nuit. Pour attendre l'heure de ce repas, et dans la journée, l'empereur se contentait de prendre un peu de pain trempé dans de l'eau, ou un morceau de concombre, ou une tige de laitue, ou enfin un fruit acide et vineux. Voilà certainement des détails qui pourront paraître peu dignes de l'histoire, et cependant ils ne sont pas sans intérêt pour le médecin et pour le philosophe, car ils contribuent à faire connaître l'homme dans ce qu'il a de plus intime. Mais nous ne devons pas en rester là, c'est-à-dire ne considérer, dans César Auguste, que l'homme physique et ses besoins, sans sortir du domaine de l'hygiène, nous allons ajouter quelques mots sur ses tendances intellectuelles et morales.

Nous avons dit que l'éducation première d'Octave avait été l'objet des plus grands soins; mais ses études avaient été tout à coup interrompues à Apollonie. Heureusement elles étaient fort avancées, et si quelque chose ici doit nous étonner, c'est qu'il ait poussé si loin ses travaux d'esprit avec une constitution si frêle et si délicate. Que de fois il avait dû les suspendre! mais aussi, avec quelle ardeur il les reprenait! On sait que c'est par les arts libéraux que commençaient les études chez les anciens. Octave s'y était livré dès sa plus tendre enfance avec amour et persistance (*Cupidine et laboriosissime*). C'étaient les lettres grecques et latines qui l'attiraient tout particulièrement. Toutefois, il n'avait jamais pu s'exprimer couramment en grec ni écrire dans cette langue; mais, quand cela était nécessaire, il composait en latin et faisait traduire en grec. Que s'il avait à parler en public, ce qui lui arrivait assez souvent, il s'exprimait en termes élégants et tempérés. Évitant les sentences pompeuses et incorrectes, cherchant avant tout à rendre sa pensée d'une manière claire, simple et il ne pouvait souffrir les orateurs et les écrivains qui manquaient de goût : « Gardez-vous bien, écrivait-il à sa nièce Agrippine, d'écrire ou de parler avec recherche. »

Les critiques cependant ne lui ont pas manqué à lui-même. Il a été peut-être, de tous les empereurs romains, le plus en but aux attaques des libellistes; mais plus encore en ce qui concernait sa vie privée que pour ses actes publics. C'était, en effet, au sujet de ses mœurs qu'on cherchait à le dénigrer. Le plus acharné de ses ennemis était Marc-Antoine; puis arrivait Lucius, le frère d'Antoine; puis Sextus Pompée, puis Hirtius, c'est-à-dire ses ennemis politiques. On l'accusait de toutes sortes d'opprobres (*Variorum dedecorum infamiam subiit*); mais Suétone lui-même prend en cela sa défense. Il connaît et relate certaines débauches qu'on lui imputait; il les expose même avec une sorte de complaisance; mais il n'hésite pas à les déclarer fausses. « Auguste, dit-il, s'est parfaitement justifié de toutes ces infamies, et les a facilement réfutées (*Facillimè refutavit infamium impudicitiæ*). » Suétone insiste même pour justifier Auguste de toutes ces accusations, et il se fait en quelque sorte un devoir de protester contre ces prétendues turpitudes. Suivant lui, l'empereur Auguste, loin de se livrer à ces désordres, a fait preuve d'une chasteté qui ne s'était jamais démentie, aussi bien dans sa vie passée que dans celle qui allait suivre. (*Et presentis a posteræ vitæ castitate.*)

Il faut dire maintenant qu'Auguste était d'un grande tolérance à l'égard des écrivains, non-seulement en ce qui concernait la politique de son gouvernement, mais aussi envers ceux qui s'en prenaient à sa propre personne.

On sait que Tite-Live, dans ses *Décades*, n'avait été rien moins que favorable aux Césars, et qu'il s'en était exprimé librement. Pour toute marque de mécontentement, Auguste l'avait tout simplement nommé *le Pompéien*. Quant à ceux qui avaient publié contre lui

quatre apophyses épineuses correspondantes à ces trois espaces douloureux.

D'ailleurs, il est bien évident que ces douleurs ne sont point le symptôme d'une *pleurésie diaphragmatique*, assez souvent la conséquence d'une violente colique hépatique, et par simple propagation de l'irritation, devenue phlegmasique, du foie au péritoine d'enveloppe, de celui-ci au péritoine diaphragmatique, et de ce dernier à la plèvre voisine. Cela est évident, vous dis-je, parce que la pression des insertions diaphragmatiques n'éveille point de douleur, parce que la compression du nerf phrénique entre les deux scalènes n'en provoque pas davantage, parce qu'enfin il n'y a pas de douleur à l'épaule droite.

Mais ce n'est pas tout : cette névralgie intercostale existe aussi *du côté gauche* chez notre malade, et la chose devient ici plus complexe, comme la pathogénie différente. Il y a neuf ans qu'à la suite d'une affection utérine cette malade eut d'abord une névralgie iléo-lombaire, si commune en pareil cas, et qui est alors à l'affection de l'utérus ce que la névralgie des espaces intercostaux, comme dans le cas actuel, est à l'affection du foie, un phénomène réflexe de voisinage, — la réaction sympathique du contenu sur le contenant. Puis survint de la dyspepsie, puis de l'anémie, puis enfin une névralgie intercostale symptomatique de cette anémie et se manifestant à gauche, ainsi qu'il est habituel aux névropathes. Il n'y a pas à douter d'ailleurs qu'elle eût été dyspeptique et anémique. Le diagnostic fut fait alors par un médecin très-distingué, Becquerel, qui la soumit, avec un plein succès, à la médication si rationnelle en ce cas de l'hydrothérapie ; de sorte, qu'en résumé, il se pourrait bien faire que cette malade dût ses points douloureux au niveau de la vésicule biliaire, certainement à la colique hépatique, au niveau des derniers espaces intercostaux *droits*, probablement à une névralgie réflexe symptomatique de cette colique, et enfin au niveau des espaces intercostaux *gauches*, probablement encore à la dyspepsie et à l'anémie, dans lesquelles cette colique l'a de nouveau jetée.

Tout cela n'est que curieux ; mais voici qui est plus utile : je veux vous parler des *fausses maladies du cœur*.

Nous venons de voir que la névralgie intercostale d'autrefois, et qui était symptomatique de l'anémie, cette malade l'avait ressentie *à gauche*, et je vous ai dit que le fait était habituel ; eh bien, vous serez fréquemment consultés par des malades qui vous aborderont pleins de tristesse, en vous disant qu'ils souffrent cruellement d'une *maladie du cœur*. A quoi vous pouvez leur répondre hardiment, et sans auscultation préalable, que puisqu'ils *souffrent*, c'est qu'ils n'ont vraisemblablement pas de maladie du cœur, attendu que les affections organiques de ce viscère sont habituellement indolentes. Mais voici ce qui existe alors : ces gens-là sont des névropathes ; ils ont une névralgie intercostale gauche occupant les cinquième, sixième et quelquefois septième espaces ; que si, dans ce cas, vous appuyez fortement votre doigt au-dessous du mamelon, dans le cinquième espace, vous provoquez une vive douleur ; or, ce qu'a fait votre doigt, de dehors en dedans, la pointe du cœur le fait à chacune de ses systoles, de dedans en dehors. Mais, comme à chaque battement l'organe comprime le nerf malade, et comme ces chocs sont exagérés encore par les *palpitations* de l'anémie, le patient, associant dans son esprit ces palpitations, indice incontestable d'une perturbation fonctionnelle de l'organe, aux retentissements douloureux qu'elles provoquent, en conclut, avec assez de vraisemblance, à l'existence, chez lui, d'une maladie du cœur. Tout au moins de tels malades sont-ils autorisés à dire, ainsi qu'ils le font souvent, « qu'ils ont une douleur au cœur. »

Comme vérification de ce que je vous dis de l'indolence habituelle des affections organiques de ce viscère, considérez, je vous prie, tous ces malheureux qu'ont amenés dans nos salles d'énormes lésions cardiaques, et vous verrez qu'il en est peu d'entre eux qui se plaignent de souffrir du cœur ; de telle sorte qu'on pourrait croire, à première vue, que tous leurs organes sont malades, celui-là seul excepté.

L'exploration, la recherche des points douloureux vous a donc bien vite appris que vous avez affaire à une névralgie intercostale, et voilà le point de séméiotique désormais fixé. La partie pathogénique de la question reste encore à déterminer. Eh bien, votre client est un nerveux doublé d'un anémique ou d'un dyspeptique. Cherchez bien et vous trouverez la preuve de son état névropathique dans l'existence d'autres névralgies, lombaires ou iliaques, par exemple, si c'est une femme, ou bien dans l'existence antérieure de névralgie faciale, de migraines, etc. ; la preuve de son anémie dans la décoloration de ses tissus et l'existence d'un souffle doux à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou ; la preuve de son état dyspeptique, dans les caprices de son appétit et les difficultés de ses digestions.

Mais comment tout cela s'enchaîne-t-il ? Le voici : vous observez ces phénomènes nerveux chez des femmes qui ont des troubles de la menstruation et de la dyspepsie antérieure ou consécutive, ou chez des hommes qui sont femmes en ce point qu'ils vivent comme elles d'une existence sédentaire, chez les gens de lettres, par exemple, et, en général, chez tous ceux qui, développant exagérément leurs facultés sensibles ou intellectuelles au détriment de leur facultés locomotrices, ont perdu l'équilibre nerveux. De tels individus sont des monstruosités physiologiques ; ils sont, au point de vue fonctionnel, ce que sont, au point de vue matériel et organique, ces animaux ou ces plantes que l'industrie humaine a développés dans un certain sens exclusif, et, pour avoir mésusé de leur innervation, ils en sont arrivés à la folie de la sensibilité.

Tous ces gens à névralgies ou à névroses sont dyspeptiques ; aussi Beau se demandait-il si la dyspepsie ne serait pas la cause en quelque sorte anatomique de la névralgie intercostale : une aura douloureuse partie de l'estomac, traverserait les filets du plexus solaire, atteindrait les glanglions semi-lunaires, remonterait par les nerfs splanchniques aux ganglions thoraciques, d'où elle se réfléchirait directement sur les nerfs intercostaux gauches ; mais cette explication n'est pas rigoureusement physiologique en ce sens que toute action réflexe doit nécessairement passer par la moelle ; d'ailleurs, elle ne saurait s'appliquer aux névralgies dont la source est ailleurs que dans l'estomac (dans l'utérus, par exemple), ou le siége ailleurs que dans les nerfs intercostaux (ainsi, à la face). Notez, je vous prie, que, quelle que soit la source primitive du mal, la névralgie intercostale de l'anémie est toujours à gauche ; de telle sorte que, si elle existe à droite, on est autorisé à en rechercher l'origine directe dans la maladie d'un organe situé de ce côté (plèvre, poumon ou foie).

(A suivre).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 26 octobre. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre transmet un exemplaire de la 32e livraison de la carte de France à $\frac{1}{80,000}$ et un cahier de coordonnées géographiques de cette livraison.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le tableau des vaccinations pratiquées en 1868 dans le département de l'Ain ; — 2° une série de documents complémentaires concernant les vaccinations pratiquées en 1868 dans le département du Nord (Commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le docteur Descieux, accompagnant un travail manuscrit intitulé : *Mémoire sur la nécessité et les moyens d'enseigner quelques notions d'hygiène dans toutes les écoles* (Commissaires : MM. Bouchardat, Guérard et Delpech).

2° Une lettre de M. le docteur Bourdais, relative à la discussion de la vaccine, et ayant trait à une lettre adressée par M. Closmadeuc à M. Henri Roger sur le même sujet.

3° Une lettre de M. le docteur Beaugrand, bibliothécaire à la Faculté de médecine, relative à la discussion sur la mortalité des nourrissons.

M. Beaugrand, attaché à un bureau de bienfaisance d'un quartier pauvre, où semble, par conséquent, prédominer l'allaitement au sein, avait cru remarquer que les jeunes enfants nourris au biberon succombaient en grande majorité aux affections gastro-intestinales. Dans la crainte de se faire illusion, M. Beaugrand en appelle à ses confrères chargés de la vérification des décès dans le 1er arrondissement, en les priant de mentionner dans leurs bulletins le mode d'allaitement qu'avaient suivi les enfants succombant aux affections désignées sous les noms de diarrhée et d'entérite.

Suivent ces documents, partant de sept années (1860-66) et comprenant 1,279 cas, ainsi répartis quant au mode d'alimentation :

Au sein....................................	498
Au biberon................................	699
Sevrés prématurément.....................	82
	1279

Ces 1279 cas, subdivisés en trois sections, selon certaines périodes d'âges, donnent les résultats suivants :

1° De la naissance à 1 mois...	au sein....	203	600
	au biberon.	397	
2° De 1 à 3 mois............	au sein....	99	218
	au biberon.	119	
3° De 3 mois à 1 an.........	au sein....	196	461
	au biberon.	183	
	sevrés.....	82	
			1,279

(Commission des enfants nouveau-nés).

4° Une note de M. le docteur Tholozan, sur le choléra en Perse et la valeur des quarantaines par voie de terre (Commission du choléra).

PRÉSENTATIONS

M. Ricord présente, au nom de M. le docteur Berenger-Féraud, médecin principal de la marine, un livre intitulé : *Traité de l'immobilisation directe des fragments osseux dans les fractures.* Il faut remarquer que M. Berenger-Féraud, continuant les recherches qui avaient déjà fait le sujet d'un mémoire lu à l'Académie le 8 novembre 1864, a étudié d'une manière complète, au point de vue théorique et clinique, la valeur de l'enlacement des dents, de la pointe et de la griffe de Malgaigne, de l'enclavement des fragments, de la suture et de la ligature des os dans les fractions compliquées récentes et anciennes, ainsi que dans certaines opérations telles que le bec-de-lièvre, les résections et les tentatives de conservation des parties accidentellement séparées du corps.

M. Briquet présente, au nom de M. le docteur Béclère, un travail manuscrit ayant pour titre : *De la mortalité des enfants nouveau-nés et des moyens d'y remédier* (Commission des enfants nouveau-nés).

— M. le Président invite M. Larrey à donner lecture du discours qu'il a prononcé à Pierre-Buffières, au nom de l'Académie des sciences, pour l'inauguration de la statue de Dupuytren.

M. Larrey donne lecture de ce discours, qui est accueilli par les applaudissements de l'assemblée.

Suite de la discussion sur la mortalité des enfants nouveau-nés.

M. Husson. La discussion qui s'est ouverte à cette tribune, sur la mortalité des enfants, a inspiré à plusieurs de nos collègues de savants et chaleureux discours ; mais elle n'a point fait avancer d'un pas, je regrette d'avoir à le dire, la solution cherchée. Chacun, vérifiant pour nous cette vérité antique qu'il est plus aisé de faire ressortir les défauts de l'œuvre d'autrui que d'en produire une moins imparfaite, est venu payer son tribut, non en ces pièces de bon aloi qu'on appelle des idées, ou, si vous voulez, des moyens, mais avec cette monnaie courante de la critique dont tout Français lettré a les poches pleines. Le rapport de la commission, à laquelle vous aviez délégué le dangereux honneur d'étudier les questions pendantes, est devenu comme une cible où les orateurs ont dirigé à l'envi leurs coups, et, pour comble de malheur, c'est du sein de la commission elle-même que sont sortis nos premiers adversaires.

M. Devilliers, convaincu, après coup, que la commission n'avait pas été assez loin dans ses propositions, demande à l'Académie de consacrer, par son adoption, l'arsenal redoutable d'une réglementation raffinée. M. Boudet, qui retrouvait dans nos conclusions tout ce qu'il avait réclamé lui-même, ne pouvait être exigeant pour le fonds, et il a critiqué surtout la forme du rapport. Quant à M. Fauvel, il blâme tout, le fond aussi bien que la forme du rapport ; selon lui, la commission n'aurait trouvé rien de mieux à faire que d'exhumer un règlement de police suranné et tombé en désuétude ; il a

---

d'infâmes libelles, Tibère aurait voulu qu'on les punît sévèrement, et il en avait donné le conseil à l'empereur. Il aurait même voulu, comme le fait remarquer M. Villemain, communiquer au gouvernement d'Auguste, quelque chose de sombre et de soupçonneux. Il s'irritait à la lecture de ces écrits qui circulaient ainsi librement dans Rome. « Mais, lui écrivait l'empereur, ne vous indignez pas ainsi de ce qu'on dit de mal de moi ; c'est assez qu'on ne puisse pas m'en faire. (*Noli in hoc nimium indignari, quemquam esse qui de me male loquatur, satis est ne quis nobis malefacere possit*).

Maintenant, et pour pénétrer encore plus avant dans la vie intime de César Auguste, nous allons reprendre les choses d'un peu plus haut et le suivre jusque dans sa famille.

Lorsqu'il perdit sa mère, il n'en était encore qu'à son premier consulat ; sa sœur Octavie entrait dans la cinquante-quatrième année de son âge. Il avait été pour l'une comme pour l'autre pendant leur vie d'un dévouement sans bornes, et après leur mort, il leur rendit les plus grands honneurs. Il n'avait été fiancé qu'un moment à Claudia dans sa première jeunesse, puis, et dans les intérêts politiques, on l'avait marié à la belle-fille d'Antoine ; mais c'est Livie qui véritablement a été la compagne de sa vie. Livie appartenant à l'illustre famille des Claudes ; elle était à peine âgée de quatorze ans lorsque son père se tua après la bataille de Philippe ; mariée d'abord à Tibérius Néro, et proscrite avec lui, elle dut, pour échapper à la vengeance des triumvirs, s'enfuir aussi, portant son enfant dans ses bras, et accompagnée d'un seul serviteur : c'est cet enfant qui, sous le nom de Tibère, devait un jour succéder à César Auguste. Or, il se trouvait que la troupe chargée de poursuivre les deux époux était commandée par Octave lui-même. Livie put se mettre à l'abri et attendre des jours plus heureux, qui, du reste, ne tardèrent pas à se montrer, grâce au traité de paix momentané conclu entre Sextus Pompée et les triumvirs : c'est alors que Livie put se remettre en route pour se rendre en Italie, et qu'ayant rencontré Auguste, elle lui inspira le désir de la posséder. Cette union, disent les historiens, ne souffrit aucune difficulté ; Octave obligea tout simplement Tibérius Néro à lui céder sa femme. On ne sait jusqu'à quel point Livie en fut flattée, mais dans tous les cas, Tibérius Néro prit son parti de fort bonne grâce, et ici, pour mettre hors de doute cette bonne disposition, ou du moins pour la justifier, M. Naudet fait très-judicieusement remarquer que ce premier époux de Livie agit en cela comme devait le faire tout homme ayant soin de sa vie ; aussi, ajoute M. Naudet, au lieu de se séparer avec l'éclat d'un divorce, comme un époux mécontent, il agit avec elle paternellement, il la donna lui-même à Octave en mariage, et poussa la délicatesse jusqu'à lui constituer une dot ; et notez qu'elle était alors en état de grossesse. (*Quamvis prægnantem.*)

Quoi qu'il en soit, Suétone nous dit que l'attachement d'Auguste pour Livie ne se démentit pas un seul jour, qu'il l'aima pendant toute sa vie uniquement et constamment. (*Liviam Drusillam dilexit unice et perseveranter.*)

Engagée dans ces nouveaux liens, Livie n'eut plus d'enfant, elle eut cependant un commencement de grossesse, qui se termina par une couche prématurée ; mais l'empereur ayant marié Julie à Marcellus, puis à Agrippa, celui-ci lui laissa trois petits-fils, Lucius et Caius César, puis Agrippa Posthumus ; il semblait en cela heureux de tout point ; le malheur cependant ne devait point tarder à fondre sur ce chef d'une famille en apparence si unie et si bien disciplinée. (*Lætum eum atque fidentem a sobole et disciplinâ domus.*)

C'est là ce que nous allons avoir à raconter, et ce qui nous conduira à rechercher si, comme le veulent quelques-uns :

L'audace d'une femme arrêtant ce concours,
En des jours ténébreux a changé ces beaux jours.

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 5 novembre 1869, à trois heures et demie très-précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : 1° Élections à deux places vacantes de membres titulaires de la Société ; 2° Communication de M. Duchenne (de Boulogne) sur les contractures reflexes arthro-traumatiques ; 3° Des lésions des valvules du cœur d'origine palustre, par M. Durosiez ; 4° Continuation de la discussion sur les fièvres intermittentes rebelles.

été même jusqu'à nous dire, dans un élan de franchise excessive, que nous étions allés, avec une légèreté singulière, nous aventurer sur le terrain administratif. Je n'userai point vis-à-vis de lui de représailles, je me contenterai de lui dire à mon tour que, dans son appréciation du travail de la commission, comme dans la partie théorique de son discours, il s'est heurté à des contradictions, à des erreurs de fait, et qu'au lieu d'interroger les résultats connus pour en tirer des conclusions pratiques, il n'a fait que reproduire, avec un talent que je me plais à reconnaître, des idées maintes fois émises, en nous imposant d'ailleurs, dans un nouveau plan de campagne, des recherches impossibles ou, selon moi, sans utilité.

Mais avant de commencer la discussion, je demande la permission de rétablir sur un seul point dans leur exactitude, les opinions que notre collègue M. Fauvel m'a prêtées. Selon lui, ce serait le président de la commission qui aurait, par un penchant qu'il trouve naturel, inspiré à celle-ci la pensée de proposer, à l'encontre de l'industrie nourricière, l'organisation d'une surveillance administrative et médicale. La supposition est toute gratuite, et je n'ai eu à entraîner personne. Je ne me sens en aucune façon attiré vers la réglementation; je sais trop, par mon expérience quotidienne, combien il est difficile de ployer les hommes aux prescriptions des règlements indispensables, pour songer à en proposer qui seraient inutiles. Je suis aussi soucieux que qui que ce soit de la liberté personnelle, et désireux de laisser l'individu à son libre arbitre et à sa propre responsabilité. Mais il me faudrait n'avoir jamais ouvert un livre que vous avez tous lu (1) pour oublier que dans les sociétés civilisées, la loi est l'expression de la raison humaine; que, si elle suppose des principes antérieurs, elle contribue puissamment à l'amélioration des mœurs d'un peuple, à la condition de s'accommoder aux temps et aux lieux. Il en est de même, dans une sphère moins élevée, des règlements que les autorités préposées à la protection des intérêts sociaux ont le droit de faire pour les sauvegarder. Je ne saurais donc partager l'éloignement de notre honorable collègue pour une réglementation légale, modérée et nécessaire. Celle que nous avons proposée remplit ces trois conditions, et c'est ce que j'espère démontrer.

Le reproche le plus grave à ses yeux, que nous adresse M. Fauvel, c'est d'avoir tiré de la poussière de l'oubli, et d'avoir copié sans nul autre effort l'ordonnance de police du 20 juin 1842, qui régit à Paris l'industrie des nourrices et qui, selon lui, serait aujourd'hui sans application. Notre collègue se trompe; le règlement dont je viens de parler est parfaitement et constamment appliqué; il en acquerra la preuve s'il veut bien, comme je l'ai fait moi-même, se transporter à la préfecture de police ou dans un bureau de placement; il y verra le système en plein fonctionnement, avec la mise en scène des personnes et des choses...

Ici M. Husson expose le mode de fonctionnement des bureaux de placement, que la plupart de nos lecteurs connaissent déjà. Cet exposé lui fournit l'occasion de rectifier en ces termes une allégation de M. Fauvel relative aux nourrices de campagne.

Notre collègue prétend que le plus grand nombre des nourrices qui viennent prendre des enfants à Paris appartiennent à la classe nécessiteuse; il s'est même écrié, avec une éloquence qui vous a saisis, mais avec une exagération évidente : « C'est la misère qui est chargée de nourrir la misère. » Je ne contesterai pas que] parmi les nourrices auxquelles sont confiés des enfants parisiens, il ne s'en trouve qui, tombées dans le besoin par suite de l'ivrognerie ou de la paresse de leurs maris, cherchent des ressources dans l'industrie de l'allaitement; mais c'est là une exception; la plupart d'entre elles vivent déjà du salaire du chef de la famille, auquel peut s'ajouter celui d'un ou de plusieurs enfants. La nourrice elle-même travaille quelquefois chez elle, comme dans le département de l'Orne, où beaucoup de ces femmes confectionnent des gants, tout en se livrant aux soins du nourrisson et du ménage. Dans l'Yonne, dans la Sarthe, dans le Loiret, dans Eure-et-Loir, dans le Loir-et-Cher et dans le Cher, les nourrices sont généralement aisées. J'ai constaté moi-même, en visitant les placements du département de l'Yonne, que parmi les nourrices qui se chargent des enfants trouvés, dès leur naissance, il en est un bon nombre qui sont propriétaires. Il y a donc à reprendre beaucoup dans le sombre tableau que M. Fauvel vous a tracé des populations qui procurent des nourrices aux enfants de Paris.

Il n'est pas plus exact de dire que les mauvaises nourrices soient à peu près exclusivement le partage de la population nécessiteuse, et que, par suite, ce soit cette catégorie de population qui supporte en grande partie l'effroyable mortalité constatée par les statistiques. Je puis affirmer que, dans les classes pauvres, l'allaitement maternel est généralement pratiqué, non sans doute sans l'addition de nourriture donnée prématurément...

Il est aisé, ajoute M. Husson, après avoir terminé l'exposé du mode d'application que reçoit naturellement l'ordonnance de police du 20 juin 1842, d'apercevoir les vices et les lacunes qu'il présente. On ne trouve, en effet, aucune garantie dans le recrutement des nourrices opéré par des personnes illettrées et incompétentes. Le certificat du maire, qui n'est pas toujours donné avec l'indépendance désirable, atteste parfois des faits non vérifiés, ou se fait remarquer par des omissions qui ne sont pas toujours le résultat de l'ignorance ou du hasard. D'un autre côté, le certificat médical, qui atteste l'aptitude de la nourrice, et devrait être le document essentiel, émane d'un médecin placé dans la dépendance du bureau de location, et n'a pas, par conséquent, la valeur qu'on serait fondé à en attendre. L'âge minimum du lait n'est pas déterminé, et l'on a assigné à l'âge maximum une limite trop reculée. La surveillance locale, confiée à des meneurs ou à des meneuses qui ne sont, après tout, que de simples serviteurs des bureaux de placement, ne mérite en aucune façon la confiance des familles, et l'action efficace de l'autorité et des parents ne peut dès lors s'exercer que dans des occasions trop rares.

Ces inconvénients sont des plus graves, et nous avons dû chercher à y remédier. C'est dans ce but que nous avons présenté à la sanction de l'Académie la proposition de perfectionner la réglementation à laquelle l'industrie de l'allaitement est aujourd'hui soumise.

Est-il nécessaire de dire, pour répondre à une question de M. Fauvel, que nos propositions s'appliquent exclusivement aux marchés ouverts pour la location des nourrices, et que nous n'entendons nullement intervenir dans les rapports directs des familles avec les nourrices de leur choix? C'est l'élément médical surtout que nous avons voulu introduire dans cette réglementation. Dans notre système, la nourrice subit l'examen très-sérieux d'un médecin délégué. Le nourrisson est examiné lui-même au point de vue des affections contagieuses. Le livret ou carnet est visé dans les huit jours de l'arrivée du nourrisson, par le médecin cantonnal ou le médecin-inspecteur délégué par l'autorité, lequel constate l'état de santé de l'enfant. On prévoit, dans le même but, des visites successives. La santé du nourrisson et les soins qui lui sont donnés sont encore l'objet d'une constatation médicale au moment où il est repris par ses parents. Si l'enfant meurt, le médecin-inspecteur constate son décès et les causes de la mort, et c'est là un des éléments de la statistique permanente que nous croyons nécessaire. Enfin, des récompenses sont prévues pour la nourrice qui a bien rempli ses devoirs : le carnet doit en contenir la mention.

Nous ne nous sommes pas bornés à ces dispositions; nous avons proposé, sur l'hygiène des nouveau-nés et la conduite à tenir par les nourrices, une instruction familière qu'il me sera peut-être permis de qualifier d'excellente, puisque je suis étranger personnellement à sa rédaction. Cette instruction, que M. Fauvel a passée absolument sous silence, renferme de précieux conseils pour la bonne pratique de l'allaitement; elle prévoit les cas accidentels dans lesquels on peut recourir à l'allaitement mixte; elle retrace avec de minutieux détails ce qu'il faut faire alors et ce qu'on doit éviter. Elle fournit des conseils utiles sur les obligations de propreté, sur les soins de toutes sortes à donner aux enfants, soit pendant l'allaitement, soit pendant le sevrage, etc., etc.

L'Académie jugera par là si la commission, dans le travail qui lui a été confié, a, comme le prétend M. Fauvel, abandonné le terrain scientifique et médical pour tenter l'aventure d'une réglementation autoritaire.

Ce n'est pas à dire toutefois que nous ayons négligé de porter nos vues sur d'autres mesures qui rentraient moins directement dans les attributions de l'Académie.

Le rapport exprime, sous forme de propositions, des vœux relatifs à l'encouragement des sociétés et des comités locaux destinés à la protection de l'enfance; à l'institution, dans chaque département, de comices infantiles où seraient distribuées chaque année des récompenses aux nourrices méritantes; au transport des nourrissons. Nous avons demandé une inspection médicale régulière; la création d'une statistique permanente; enfin, l'institution, dans le sein de l'Académie, d'une commission qui suivrait le mouvement des faits constatés, et pourrait aider de ses lumières le gouvernement et le public lui-même. Nous avons recommandé aussi les secours temporaires, qui viennent si efficacement en aide aux mères pauvres, en leur permettant d'allaiter leur enfant.

Que doit-on attendre de l'ensemble des mesures que nous proposons? Assurément nous n'avons pas la naïveté de croire qu'elles auront pour effet certain de faire disparaître radicalement le fléau de la grande mortalité qui décime la première enfance; mais nous sommes du moins fondés à espérer qu'elles contribueront à l'atténuer dans une certaine proportion. Ce n'est pas là une simple espérance; nous pouvons invoquer sur ce point l'expérience acquise dans divers pays et chez nous. M. le docteur Lombard, de Genève, qui a exercé longtemps, pour l'hôpital de cette ville, la surveillance des enfants placés en nourrice à la campagne, nous apprend qu'elle produit les meilleurs résultats, et qu'elle a contribué à abaisser à 12,11 p. 0/0 la mortalité générale des enfants qui était naguère encore de 25,92 p. 0/0. En France, l'organisation du service des enfants assistés du département de la Seine et les perfectionnements qu'elle a reçus ont réduit sensiblement la mortalité d'une catégorie de nouveaux-nés, affectés pour la plupart de faiblesse native. D'un autre côté, M. Fauvel a cité lui-même les bons résultats obtenus dans le service de la direction municipale des nourrices, résultats assurément favorables que l'on doit surtout à la surveillance qui protége le recrutement et le choix des nourrices.

Nous maintenons donc l'efficacité d'une surveillance administrative et médicale appliquée à l'industrie des nourrices, remise aux autorités locales; et, en cela, nous ne sommes pas loin de l'opinion de M. Fauvel, qui déclare lui-même dans son discours qu'il n'est pas l'ennemi systématique de la réglementation, qu'il la croit utile dans une certaine mesure, et qu'il trouverait très-bon que les bureaux de nourrices fussent l'objet d'une réglementation et d'une surveillance spéciales.

Mais, dit M. Fauvel, le lait de femme n'est pas en quantité suffisante; prenez garde, vos règlements auraient pour effet de diminuer les ressources de l'allaitement mercenaire en écartant toutes les mauvaises nourrices, car je ne suppose pas, ajoute-t-il, que le nombre des bonnes s'en trouve augmenté. Je lui réponds que si les mesures que nous proposons doivent avoir pour résultat d'éloigner les mauvaises nourrices, nous n'en saurions être affligés, parce que nous n'en tenons, nous, aucun compte dans les ressources de l'allaitement. Quant à l'augmentation du nombre des nourrices pourvues d'un lait suffisant, il n'est peut-être pas impossible de l'obtenir, si j'en crois M. Fauvel lui-même, puisqu'il nous dit, dans un autre passage, que la solution du problème n'est pas difficile; qu'il suffit d'intéresser la nourrice à la conservation et à la prospérité du nourrisson.

La nourrice sera intéressée suffisamment au succès de l'allaitement si elle obtient à la fois des gages convenables et ces encouragements de la reconnaissance qui, pour produire leur effet, n'ont pas toujours besoin d'être pécuniaires. Or, si notre réglementation retranche tout d'abord les mauvaises nourrices, ce que nous souhaitons ardemment, voici ce qui arrivera par le jeu même de la loi économique : la demande étant plus grande que l'offre, le prix de location du lait s'accroîtra; de là un double effet : l'augmentation du prix créera de nouvelles nourrices, par l'appât d'un gain supérieur à celui que peuvent trouver un certain nombre de femmes dans le travail des champs, et cette élévation même, qui deviendra pour les ménages qui ne jouissent pas d'une grande aisance une charge au-dessus de leurs ressources, portera un grand nombre de mères à surmonter les prétextes et les petits obstacles qui s'opposent aujourd'hui à l'allaitement maternel et à se charger elles-mêmes du soin d'élever leurs enfants. Quant aux femmes qui seraient, par suite de leur mauvaise santé ou de leur misère, dans l'impossibilité physique de remplir leurs devoirs maternels, l'assistance publique ou privée y pourvoira comme aujourd'hui, et dans une plus forte mesure qu'aujourd'hui, s'il est nécessaire.

Ne devons-nous pas compter aussi, pour rendre plus fréquent dans les villes l'allaitement maternel, sur l'influence si puissante des médecins, dont la sollicitude est maintenant éveillée? J'espère, et je crois, avec M. Fauvel, que leur action s'appliquera davantage à conseiller aux mères de ne pas confier à d'autres le soin de l'éducation de leurs enfants nouveaux-nés...

Puisque je parle ici de l'allaitement maternel, je m'empresse de dire que j'adhère sans réserve aux paroles si judicieuses que notre collègue a fait entendre à ce sujet. Il n'est personne aujourd'hui qui puisse douter que là seulement est le salut des jeunes générations.

Mais si je suis complétement d'accord avec M. Fauvel sur les avantages de l'allaitement par la mère, je ne saurais adhérer à ses vues sur l'allaitement artificiel. Il a parlé, selon moi, trop favorablement de ce mode de nourriture pour l'enfant nouveau-né. Sans doute, l'allaitement artificiel doit être préféré à une nourrice dépourvue de lait; et lorsque l'enfant est déjà âgé de cinq à six mois, il peut être alterné utilement avec l'allaitement naturel, dans le but de soulager une mère faible, et à la condition de s'y appliquer avec des soins minutieux. Mais, en dehors de ces cas, l'emploi du biberon ne saurait produire presque toujours que de mauvais résultats. Le biberon, dont se servent toutes les nourrices, est pour beaucoup dans la mortalité. Je ne puis résister au désir de citer à cet égard l'opinion d'un médecin des hôpitaux, dont les lumières égalent le zèle consciencieux. Chargé à Paris de l'inspection de la vérification des décès dans plusieurs arrondissements de la rive gauche de la Seine, M. le docteur Bourdon a constaté une différence très-considérable dans la mortalité comparée des quartiers où l'on pratique l'allaitement maternel et de ceux où l'on recourt plus généralement à l'allaitement artificiel par le biberon. Les chiffres qu'il a bien voulu me fournir établissent que, dans les quartiers soumis à son inspection où les enfants reçoivent le lait de femme, la mortalité des enfants de la naissance à cinq ans était de 25,80 p. 100, tandis que dans ceux où l'on fait usage du biberon, elle s'était élevée à 62,80 p. 100; et il faut ajouter que le nombre des enfants âgés de moins d'un an entrait dans le calcul pour plus des trois quarts. Je suis donc peu sympathique à l'expérience en grand que notre collègue voudrait tenter pour démontrer les avantages ou les dangers de l'allaitement artificiel, et je serais, pour mon compte, si cela dépendait de moi, peu disposé à lui fournir la matière d'une telle expérimentation.

Je dirai peu de chose (car nous sommes sur ce point en parfait accord) sur l'utilité qu'il y aurait à proportionner aux besoins les secours à donner aux femmes pauvres pour qu'elles puissent allaiter leurs enfants.

Le principe des subventions est donc admis; il est déjà largement appliqué; et si, pour remédier au mal signalé, il suffisait d'en étendre les bienfaits, je suis disposé à croire que l'État n'hésiterait pas à favoriser, par de nouvelles allocations, les sociétés charitables qui se forment dans le but de faciliter aux mères les soins qu'elles doivent aux nouveau-nés. Je crois, avec M. Fauvel, que c'est surtout aux œuvres de bienfaisance privée que devrait être confiée la répartition de ces subventions spéciales.

Parmi les nombreux reproches que M. Fauvel a faits à la commission, il en est un que je ne dois pas laisser non plus sans réponse. Notre collègue l'accuse d'avoir méconnu l'origine du mal, et il m'accuse moi-même de n'avoir pas mentionné la cause principale de la mortalité. J'ai démontré, je crois, que la commission avait sainement apprécié ces causes. M. Fauvel n'en a trouvé que trois, et assurément elles sont plus nombreuses; je les ai énumérées dans mon discours de 1866; mais, dans l'énumération des causes principales, il en a oublié une que M. Jules Guérin a si bien indiquée dans un discours remarquable prononcé dans la séance du 15 janvier 1867; je veux parler de l'alimentation prématurée; on ne saurait, en effet, la confondre avec le défaut d'alimentation, qui amène la mort par inanition du nouveau-né.

En dépit donc des assertions de notre contradicteur, nous croyons avoir demandé à toutes les sources connues les renseignements et la lumière dont nous avions besoin, et avoir rempli un programme rationnel et efficace. Mais nous avons dû nous abstenir de compliquer inutilement les recherches et de tenter l'impossible.

Si l'Académie est suffisamment éclairée par les faits qui ont déterminé nos convictions; si elle pense comme nous qu'il y a urgence à remédier aux maux qu'enfante l'allaitement mercenaire, qu'elle vote les propositions que nous lui avons soumises, et qui nous paraissent répondre aux nécessités de la situation et à l'attente publique.

Si, au contraire et sans s'arrêter aux grandes et nombreuses indications que nous avons essayé de recueillir et de mettre en lumière, elle ajourne sa délibération pour s'en référer aux études supplémentaires et pour la plupart impossibles, que M. Fauvel prétend imposer à la commission, nous nous inclinerons devant sa décision souveraine, mais je craindrais, pour mon compte, que les résolutions qu'elle prendrait alors ne donnassent point satisfaction à l'opinion publique, et qu'elles ne fussent considérées comme un aveu d'impuissance.

M. FAUVEL désire répondre immédiatement quelques mots à certains points du discours de M. Husson, dans lesquels son honorable contradicteur lui prête des opinions toutes différentes de celles qu'il a exprimées.

M. Husson le présente comme étant l'adversaire systématique de toute réglementation, tandis que M. Fauvel a seulement soutenu que, dans la question à résoudre, c'est-à-dire pour diminuer la mortalité parmi les nourrissons, la réglementation proposée serait impuissante.

M. Husson croit le contraire; mais tout en faisant l'apologie de cette réglementation, il a oublié de démontrer comment ce règlement remédierait à la pénurie de bonnes nourrices. Toute la question est là. Il y a pénurie de lait; comment la réglementation proposée produirait-elle l'abondance?

(1) Montesquieu. *De l'Esprit des lois.*

M. Husson reproche à M. Fauvel d'avoir avancé un fait inexact, en disant que le règlement de 1842 n'est pas exécuté.

Or, à ce sujet, M. Fauvel n'a fait que reproduire ce qu'ont affirmé les personnes le mieux informées, M. Brochard entre autres.

Mais si ce règlement est si bien exécuté, et s'il n'a pas empêché les résultats déplorables que nous connaissons, comment se fait-il que M. Husson le propose comme remède au mal? N'y a-t-il pas là une contradiction manifeste? Ce ne sont pas certainement les légères modifications que la commission a introduites dans le règlement de 1842 qui le rendraient plus efficace; pas même l'innovation du *carnet*, qui exigerait une loi pour devenir obligatoire.

M. Husson critique beaucoup ce que M. Fauvel a dit de la misère nourrissant la misère, et il oppose à cette manière de voir le résultat de ses propres observations, qui lui ont montré que la généralité des nourrices vivaient dans une certaine aisance. M. Fauvel répond que ce qu'il a avancé est le résultat des observations faites par les médecins qui ont vu les choses de plus près; qu'il ne s'agit pas ici des nourrices de l'assistance publique, sur lesquelles ont porté les remarques de M. Husson, mais de celles des petits bureaux, qui donnent l'effroyable mortalité que nous savons.

L'objection de M. Husson porte donc à faux.

M. Husson suppose que M. Fauvel recommande l'allaitement artificiel, et pour le combattre il invoque une statistique de laquelle il résulte qu'à Paris la mortalité est plus grande parmi les enfants élevés au biberon que parmi ceux nourris au sein par leurs mères. Mais M. Fauvel n'a pas dit autre chose. Cela est admis par tout le monde; seulement il a ajouté qu'on s'était peut-être trop pressé de condamner absolument l'allaitement artificiel; que, dans l'état de pénurie où nous étions, il ne fallait pas rejeter définitivement cette ressource avant de l'avoir expérimentée d'une manière convenable. Il y a loin de là à une recommandation.

M. Husson prétend encore que M. Fauvel a méconnu les causes diverses de la mort des nourrissons en les réduisant à trois, et en omettant celle qui résulte d'une alimentation mal appropriée. M. Fauvel répond qu'en réalité toutes ces causes, énumérées par M. Husson, y compris l'alimentation mal appropriée, rentrent dans les trois chefs suivants : faiblesse native, défaut de soins, insuffisance ou mauvaise qualité de la nourriture.

Relativement aux enquêtes à faire, c'est à tort que M. Husson prête à M. Fauvel la pensée qu'elles devaient être faites par la commission; M. Fauvel a dit seulement qu'il appartenait à la commission d'en tracer le programme.

Quant aux renseignements à obtenir des conseils d'hygiène, il n'y avait pas à craindre de ce côté les difficultés que redoute M. Husson, et il est certain qu'on eût obtenu, par cette voie, des renseignements du plus haut intérêt, témoin le rapport présenté à ce sujet à la Société médico-chirurgicale de Bordeaux.

En résumé, M. Fauvel pense que, dans son discours, M. Husson est resté à côté de la vraie question, qui est *la pénurie des nourrices et les moyens d'y remédier*.

M. Husson ne nous a pas dit comment le règlement qu'il propose remplirait ce but.

M. Fauvel persiste à croire que la réglementation est ici une question secondaire; qu'avant tout il fallait indiquer les moyens d'augmenter les ressources, et il croit que ces moyens sont de favoriser l'allaitement maternel dans toutes les classes de la société, et de faire en sorte que les nourrices mercenaires soient intéressées par un salaire convenable à la conservation de leurs nourrissons; et il est convaincu qu'il n'y a que des subventions pécuniaires suffisantes (là où les ressources manquent) qui puissent amener ce résultat, et que ces subventions, il faut les demander à la charité privée, ou, à défaut, au budget de l'État.

La séance est levée à 5 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du pied, et de la forme hygiénique des chaussures, par le docteur Nystroïn, avec une préface du docteur Santesson, traduit sur la 2ᵉ édition suédoise. — In-8° avec 46 figures dans le texte. Prix : 1 fr. 50.

De la reproduction des animaux infusoires. (Étude médico-zoologique), par le docteur Léon Marchand, professeur agrégé à l'École supérieure de Paris. — Paris, 1869, 1 vol. gr. in-8° de 95 pages et 2 pl. Prix : 3 fr.

Des positions inclinées et du nouveau traitement des affections puerpérales, par le docteur E. Verrier. — Paris, 1869, in-8° de 17 pages. Prix : 1 fr.

Les eaux minérales lithinées, par le docteur A. Buez. — Paris, 1869, in-18 de 32 pages. Prix : 1 fr.

De la Contagion, seule cause de la propagation de la lèpre, par le docteur Ch. Drognat-Landré. Brochure in-8° de 8 pages Prix : 2 fr. 50.

Bulletin et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. Tome 5ᵉ, 2ᵉ série, année 1868. 1 vol. grand in-8°. Prix : 5 fr.

Études expérimentales sur la régénération des tissus cartilagineux et osseux, par le docteur X. Peyraud. — 1 vol. in-8° de 122 pages, avec 3 planches et 17 fig. Prix : 3 fr. 50.

Considérations médico-philosophiques sur quelques points de l'éducation des enfants, par le docteur Alph. Louis Blanc. — In-8° de 140 pages. Prix : 2 francs.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'assistance publique, n° 9ᵉ (septembre), avec 3 photographies et 1 planche. Prix : 2 fr.

Nouvelles considérations sur la périostite phlegmoneuse et ses modes de terminaison, par le docteur Eug. Bœckel, professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg. — Br. in-8° de 48 pages : Prix : 1 franc.

Le directeur, Dʳ E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à cause de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas Mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'emploi des lacs élastiques dans la réduction des luxations.

L'introduction des agents élastiques dans la thérapeutique des luxations, dont nous sommes redevables à MM. Legros et Auger, constitue un véritable progrès dans la pratique chirurgicale, qui ne nous paraît pas avoir reçu encore, nous ne savons trop pourquoi, l'accueil qu'il mérite, et n'a pas pris la place qui lui est due.

Voici une nouvelle note que M. le docteur A. Dubrueil a bien voulu nous commuiquer sur ce sujet, et sur laquelle nous appelons l'attention de nos lecteurs.

« Un mot d'abord sur son application, qui jusqu'à présent n'a été faite qu'à des cas récents et surtout à des luxations de l'épaule. Le malade est assis sur une chaise, et la contre-extension est faite à l'aide d'un lacs, qui passe dans l'aisselle et est attaché, d'autre part, sur un corps immobile, un lit, par exemple.

Avec de larges bandelettes de sparadrap, longitudinalement appliquées sur le bras et à l'avant-bras, et fixées elles-mêmes par des bandelettes circulaires, on forme une anse, dans laquelle on passe des lacs élastiques, bandes-tubes, avec lesquelles on forme des anneaux, qui s'engagent d'une part dans l'anse de diachylon, et vont, d'autre part, prendre un point d'appui sur un objet dont on puisse les décrocher facilement, ou qui soit lui-même susceptible d'être mobilisé, tel que le bouton d'une fenêtre, que l'on ouvre de manière à faire brusquement cesser l'extension. Voilà l'appareil réduit à son maximum de simplicité, et tel qu'on l'emploie dans les deux services de chirurgie de Lariboisière pour les luxations récentes de l'épaule. On laisse le malade vingt minutes dans cette position, et au bout de ce temps on ouvre brusquement la fenêtre au bouton de laquelle sont fixés les lacs élastiques ; sans que l'on ait besoin de faire de coaptation, la luxation est réduite.

En multipliant les anneaux de caoutchouc, on augmente la force de traction, ce que l'on peut également obtenir avec des moufles ou un treuil ajoutés à l'appareil, auquel on joint, dans certains cas, un dynamomètre et les pinces de Nélaton, pour faire cesser brusquement l'extension.

Mais ce sont là des complications dont on peut se dispenser.

Dans les luxations de l'épaule, on ne compte plus les réductions; mais la première, et je crois aussi la seule application heureuse de cette méthode qui ait été faite aux luxations de la hanche, est encore récente.

Aussi, ne sera-t-il pas sans intérêt de raconter le fait en quelques mots.

Le 31 août, un vigoureux charretier de 40 ans entrait à Lariboisière, salle Saint-Honoré. Il nous racontait que la veille, monté sur un camion chargé à une assez grande hauteur, il était tombé de côté, et dans sa chute, sa cuisse gauche avait frappé fortement sur la roue. Il n'avait pu se relever et, transporté chez lui, il avait fait appeler un médecin, qui avait constaté une luxation de la cuisse.

Un examen rapide nous permit de vérifier l'exactitude du diagnostic, et, en outre, la flexion très-prononcée du membre, sa rotation en dedans, l'étendue du raccourcissement et la position de la tête, nous démontrent que c'était à une luxation sciatique que nous avions affaire.

Je résolus d'essayer l'application des lacs élastiques. Le malade fut couché, et la contre-extension faite à l'aide d'un drap plié en cravate, passant dans l'aine du côté malade et attaché à un anneau scellé dans le mur.

Pour l'extension, M. Robert, qui avait bien voulu prêter son concours, appliqua au-dessus du genou un collier qui fait partie de l'appareil Jarvis et sur lequel nous attachâmes les tubes élastiques, fixés d'autre part à un moufle. Enfin un dynamomètre et la pince de Nélaton, prenant, au moyen d'une corde point d'appui sur un crochet fixe, terminaient l'appareil, qui pourrait, du reste, être réduit à la simplicité de celui que j'ai signalé pour les luxations de l'épaule.

Le malade n'était pas chloroformé. Nous portâmes immédiatement la traction à 48 kilos; elle fut maintenue à ce degré pendant vingt minutes sans que le malade accusât de bien grandes douleurs.

Il fut facile, pendant ce temps, de sentir que la tête descendait, et se rapprochait de la cavité cotyloïde.

Au bout de vingt minutes, la traction fut brusquement relâchée, et au même instant, avec l'aide d'un de mes amis, M. Michaux, j'imprimais au membre inférieur un brusque mouvement de rotation en dehors.

En opérant cette manœuvre, nous perçumes, et le malade aussi, cette sensation spéciale que donne un os luxé en rentrant à sa place.

Le membre avait, en effet, repris sa longueur et sa mobilité normales. Je maintins le malade au repos absolu et j'immobilisai les deux membres inférieurs pendant dix jours; puis, je permis quelques mouvements, et le 15 septembre, le malade descendait de son lit et commençait à marcher. Huit jours après il quittait l'hôpital, sans que la déambulation présentât rien d'anormal; il y avait seulement, du côté de la luxation, un peu de faiblesse.

En somme, la méthode des tractions élastiques a sur les autres les avantages suivants : peu douloureuse et paralysant, par sa continuité et la rétractilité constante du caoutchouc, la résistance musculaire, elle permet de supprimer l'anesthésie, avantage capital pour qui voudra bien se rappeler que c'est surtout dans leur application à la réduction des luxations que les anesthésiques ont produit de funestes accidents.

Pour preuve du peu de souffrance qui accompagne ces tractions, il suffira de dire qu'il y a quelque temps, à Lariboisière, au moment où l'on allait détacher un malade à qui on avait appliqué l'appareil en question pour une luxation de l'épaule, on le trouvait dormant d'un profond sommeil. Enfin, n'exigeant que l'intervention d'une force bien inférieure à celle qu'il faut déployer si l'on a recours aux aides ou aux moufles, la méthode que je préconise évite toutes les déchirures musculaires, vasculaires et nerveuses, qui produisent quelquefois de si terribles accidents.

En somme, sûreté et simplicité, voilà en deux mots les caractères d'action des tractions élastiques, et qui remplissent ainsi les conditions essentielles qu'on est en droit de rechercher dans les agents thérapeutiques.

Dans les déplacements anciens donneraient-elles aussi des succès ?

Sans vouloir préjuger de l'avenir, il est permis d'espérer qu'en agissant pendant un temps suffisamment long, avec une force médiocre, on aurait encore d'heureux résultats; mais sur ce point, comme sur toutes les questions qu'embrasse la chirurgie, c'est à l'expérience de prononcer. »

Mort subite au 21e jour d'une fièvre typhoïde d'apparence bénigne.

Un malade a succombé, il y a quelques jours, dans le service de M. Pidoux, à la Charité, dans des conditions et avec des circonstances tout à fait semblables à celles que M. Dieulafoy a exposées dans le numéro du 3 décembre 1867 de la *Gazette des Hôpitaux*, et plus tard, dans sa thèse, dont il a déjà été question dans ces colonnes. C'était un jeune homme de 28 à 29 ans environ, assez fortement constitué, qui était arrivé au 21e jour d'une fièvre typhoïde d'une intensité moyenne et de cette forme commune mixte, qui est caractérisée négativement en quelque sorte par l'absence même de tout caractère spécial, de toute expression phénoménale ou symptomatique prédominante. La maladie s'était montrée, dès le début, faiblement accusée; il a fallu arriver au deuxième septenaire pour pouvoir la reconnaître à quelques-uns de ses signes les plus habituels : éruption de taches lenticulaires, râles sous-crépitants généraux dans les régions postérieures des poumons, etc. Son évolution naturelle s'était faite avec une grande lenteur. Le pouls n'avait jamais dépassé 80 pulsations à la minute, la température était de 40 degrés; il y avait de la stupeur, mais sans délire. En un mot, la maladie affectait cette marche lente et cette physionomie particulière qu'elle présente habituellement chez les sujets qui ont dépassé l'âge auquel se manifeste plus habituellement la fièvre typhoïde (ce malade approchait de la trentième année).

Il était arrivé, disons-nous, au 21e jour de la maladie, c'est-à-dire à la fin du troisième septenaire. Tout, à ce moment, portait à présumer qu'il allait entrer en convalescence, lorsqu'après la visite, au moment où le malade, étant assis sur son lit, venait de recevoir des mains de la sœur sa portion d'aliments et de lui dire merci, il fut pris tout à coup de légers mouvements convulsifs, et mourut tout aussitôt.

L'autopsie a été faite mardi matin par l'interne du service, en présence de M. Pidoux. Nous y assistions. S'il avait pu y avoir le moindre doute pendant la vie sur la nature de la maladie, ce doute eût été complétement levé par les résultats de l'examen microscopique. Non-seulement les intestins présentaient la lésion caractéristique de l'entérite folliculeuse ou l'entéro-mésentérite, plaques ulcérées dans la dernière portion de l'iléon et dans le cœcum, engorgement des ganglions mésentériques, etc., mais on a pu constater encore tout cet ensemble de lésions secondaires qui accusent si bien l'altération générale du sang : congestion et pneumonie hypostatiques, hyperémie des méninges et de la surface cérébrale, engorgement splénique avec ramollissement diffluent, congestion du tissu du foie, des reins, etc. Mais aucune de ces lésions, ni séparément, ni dans leur ensemble, n'était capable d'expliquer la mort. On n'en a pas trouvé davantage la cause dans le système central de la circulation, où aucune thrombose ni aucun autre obstacle au libre cours du sang n'a pu être constaté, ni dans le système nerveux encéphalique, dont toutes les parties, examinées avec soin, ont été trouvées parfaitement normales et intactes. Rien dans le bulbe, dans la moelle allongée ni dans les parties centrales du cerveau.

C'est un fait de plus à ajouter à ceux dont M. Dieulafoy a si bien écrit l'histoire dans sa thèse.

Aquapuncture.

Tel est le nom d'un nouveau et ingénieux moyen de révulsion. L'idée et l'invention en reviennent à M. Mathieu. A une pompe foulante est adapté un tube en plomb, et, à l'extrémité de ce dernier, un ajustage filiforme qui est tenu éloigné de l'endroit à aquapuncturer, de 1 centimètre environ. Une pression, exercée sur le levier de la pompe, suffit à faire pénétrer sous la peau, par une petite piqûre capillaire, quelques grammes d'eau par lesquels le tissu cellulaire sous-cutané est soulevé et forme une petite élevure blanchâtre qui laisse parfois écouler de son centre une gouttelette de sang.

La première douleur, causée par la pénétration de l'eau, est assez vive, mais elle cède vite, et quinze ou vingt minutes après l'eau épanchée disparaît pour ne laisser que la trace d'une simple piqûre et le soulagement de la douleur.

M. le docteur Mallez a appliqué l'aquapuncture dans sa clinique, dans une vingtaine de cas, dont nous prenons quelques-uns :

B..., 65 ans. Douleurs musculaires de la masse sacro-lombaire accompagnant, comme il arrive si souvent, une atonie vésicale déjà ancienne et une hypertrophie prostatique. 28 points d'aquapuncture sur la région douloureuse ont amené un soulagement instantané, et qui durait encore quatre jours après.

V..., employé à la Monnaie, atteint de rachialgie avec prostatorrhée, avec 8 points d'aquapuncture sur le périnée et 4 sur la région lombaire, a obtenu la disparition instantanée de la douleur. Le malade a été revu à deux reprises en huit jours ; la douleur n'avait pas reparu.

Madame B... : métrite s'accompagnant de cystite légère et de douleurs en ceinture, au niveau des dernières fausses côtes. — 15 piqûres d'aquapuncture ont fait complétement cesser la douleur péri-abdominale; l'effet a été instantané; la malade n'a pas été revue.

F..., habitant rue Saint-Louis-en-l'Ile : depuis longtemps en traitement, atteint de contracture du sphincter externe de l'urètre, et de douleurs persistantes de toute la région périnéale, qui avaient été combattues déjà par divers moyens, frictions irritantes, bains de siége froids, narcotiques suppositoires dans le rectum, supporte à deux reprises 8 piqûres sur le périnée, et, bien que très-pusillanime, il y est revenu de lui-même, déclarant qu'il se trouvait presque guéri dès la première application, et ne ressentant plus rien six jours après la seconde.

Toutes ces observations, qu'il est inutile de multiplier tant elles ont de ressemblance, se rapportent à des algies musculaires dites sympathiques, et l'aquapuncture les fait disparaître ou les atténue mieux et plus rapidement que la révulsion opérée par les révulseurs, tels que celui d'Hoffmann, où la faradisation peut être plus douloureuse que ces deux moyens.

Dr B...

HOPITAL MILITAIRE DE BELFORT. — M. Prud'homme.

ABCÈS DU FOIE

La *Gazette des Hôpitaux*, dans son numéro du 23 septembre 1869, a publié un travail de M. le docteur Delaire (d'Amiens), intitulé : « Abcès du foie consécutif à une fièvre typhoïde ; guérison. Deuxième abcès un an après; nouvelle guérison. »

Au moment où je lisais cette observation si digne d'intérêt, nous avions dans nos salles à traiter un abcès du foie ouvert dans la plèvre et qui, malgré la thoracentèse, s'est terminé par la pleurite gauche, qui a enlevé le malade. C'est le résumé de ce cas que je viens mettre en regard de celui de M. le docteur Delaire.

Un point sur lequel nous différons, c'est la curabilité des abcès du foie qui fusent dans la plèvre.

M. Delaire dit : « La matité et l'égophonie occupant la moitié du thorax, me firent comprendre que le pus avait fusé dans la plèvre. Après quarante-huit heures de tortures, Ursuline rendit en suffoquant des flots de matière verdâtre ; cette vomique se répéta plusieurs fois, etc. » Pour nous, dans le cas de notre distingué confrère, le pus s'est évacué par les bronches, sans passer ou séjourner dans la plèvre. Je trouve dans Frerichs, p. 383, la confirmation de mon assertion : « 4° L'abcès déverse son contenu dans les bronches. Ce fait est ordinairement précédé par les signes d'une inflammation à la base du poumon droit, qui dépassent rarement quelques pouces en hauteur et consistent en matité, souffle bronchique, crachats caramel, douleurs, etc. »

A la fin de cette note, la statistique que j'emprunterai au livre de M. le docteur Rouis, couronné par l'Institut, prouvera que les abcès du foie qui se vident dans la plèvre, ont presque toujours, sinon toujours, une solution fatale. Il reste bien entendu que notre divergence sur ce point n'enlève absolument rien au mérite de l'intéressante observation de M. le docteur Delaire, et nous nous estimerions heureux de voir notre travail figurer honorablement à côté du sien. Ceci établi, je résume à grands traits notre observation, que j'intitulerai :

Abcès de la partie supérieure du lobe droit du foie ; perforation du diaphragme; empyème à droite ; thoracentèse ; pleurite gauche terminale.

X..., caporal au 45e régiment, malade depuis quinze jours, entre à l'hôpital militaire de Belfort, salle 2, n° 4, le 28 août 1869. C'est un sujet de 32 ans, fatigué, maigre, pâle ; son billet d'entrée porte: fièvre quotidienne et pleurite droite. Ce militaire n'a pas été en Afrique, a séjourné trois mois en Crimée, peu de temps à Constantinople, n'a jamais eu de dyssenterie. L'observation journalière, avec les courbes de température et du pouls, a été prise avec soin; mais la reproduction en serait trop longue; il nous suffira de retracer les phases de la maladie, au nombre de cinq.

1° Début : quinze jours de maladie au quartier, pendant lesquels on administre deux vomitifs et une application de ventouses sur le côté droit.

2° A l'entrée, je constate l'énorme volume du foie, l'ictère, la douleur de l'épaule droite, les frissons, la fièvre, et finalement l'anasarque. Dans cette période, la température oscille entre 39 et 40; il y a un léger tremblement des mains; urines normales. Les contours du foie, tracés à l'encre, dessinent une ellipse perpendiculaire à l'axe du corps, large de 25 centimètres sur 18 centimètres de hauteur. La surface hépatique est uniforme, sans fluctuation ni bosselure, ni altération des bords. Nous sommes dans la période de suppuration.

3° Du 5 au 10 septembre, invasion d'une pleurite droite, qui donne une matité complète de tout le côté; la température axillaire monte à 41°; le pouls, de 70 au début, monte à 100 et oscille entre 90 et 100.

Après le 10 septembre, la température revient à 39°. Le foie paraît être remonté, il ne déborde plus que de trois travers de doigt.

Le 18 septembre, la circonférence thoracique est de 39 centimètres à gauche, et de 41 centimètres à droite. La pointe du cœur bat à 2 centimètres en dehors du mamelon gauche. La respiration est à 28,30; il y a des accès de dyspnée. Cela nous décide à pratiquer la thoracentèse le 19; issue de pus crémeux, épais, 925 grammes. Amélioration. Le 20, le thermomètre est à 370, le pouls à 68; respiration faible, matité persistante, expiration amphorique.

4° Du 23 au 24, l'empyème se reforme, la température remonte à 41°; le 25, le pouls oscille de 100 à 110.

Le 28, nous réintroduisons une canule par la ponction, issue de 2,500 grammes de pus bien lié. Ce jour-là, avant l'évacuation, le thermomètre atteint son maximum de 41,5; le pouls à 120. A partir du 28, injections phéniquées, qui n'amènent point la désinfection. L'odeur du malade est repoussante et infecte la salle. Nous nous trouvons mieux d'injections iodées au tiers ou au quart. Du 28 août au 2 octobre, la température descend à 37°, le pouls à 72.

5° Bientôt, sans doute sous l'influence de l'infection putride, que nous ne pouvons empêcher, la température remonte à 40, le pouls à 110,120. Le malade, toujours calme, maigrit de jour en jour. La cage thoracique n'éprouve aucun retrait; la matité commence toujours à partir de la clavicule et descend à deux ou trois travers de doigt au-dessous des côtes, sur la ligne du mamelon. Il est à noter que le foie descend obliquement dans le flanc, et là, sa pointe est à 4 centimètres de la crête iliaque.

Vers le 10 octobre, la température remonte à 41,3, avec des oscillations de 2 degrés du soir au matin; le pouls est à 128; il survient une douleur en ceinture, du côté gauche du thorax, c'est l'invasion d'une pleurite terminale.

A l'agonie, le pouls et le thermomètre sont en désaccord complet: le premier à 130, 132; le second est descendu à 38. Mort le 13 octobre, huit heures du matin.

Autopsie le 14, huit heures du matin. Présents : MM. Prud'homme, Jeaux, Challan et Ménétrez.

Maigreur squelettique. *Thorax* : pleurite gauche récente, fausses membranes molles, fibrineuses, variolées, flottant dans deux litres de sérosité citrine; poumon gauche crépitant. Cœur bien musclé, en position normale; caillot fibrineux ventricule droit, le gauche exsangue; rien aux valvules. Poumon droit emprisonné par des fausses membranes, fixé à la colonne vertébrale, état fœtal. Entre le lobe moyen et inférieur, il y a un trajet infundibuliforme qui va à la colonne. L'orifice de la thoracentèse est entre la cinquième et sixième côte. La cavité pleurale droite est tapissée d'une membrane purulente.

A la partie antéro-externe du diaphragme, et à hauteur de la ponction, M. le docteur Jeaux trouve une perforation du diamètre d'à peine 1 centimètre: qui conduit sur le lobe droit du foie, lequel est uni en ce point au diaphragme par une fausse membrane de la dimension d'une pièce de 5 francs.

Abdomen : foie, 26 centimètres de hauteur sur 21 de large, triangulaire; toute la portion supéro-externe du lobe droit est creusée d'un vaste abcès de la grosseur du poing (10 centimètres de diamètre transversal), qui s'ouvre à l'endroit de la fausse membrane sus-indiquée par deux perforations grosses comme une plume de corbeau, et correspondant avec la perforation du diaphragme. L'abcès est creusé d'alvéoles traversées par les vaisseaux de l'organe. Pus épais, crémeux, identique à celui fourni par la thoracentèse. On comprend qu'avec d'aussi petites communications le foyer hépatique soit encore rempli, en dehors de la poche, tapissée, comme toujours, par une membrane grisâtre; le foie est un peu ramolli, mais n'offre aucun trace d'autre abcès.

Reins de 11 à 12 centimètres, normaux; rate de 11 centimètres; rien à noter dans les autres organes.

Deux mots de statistique que j'emprunte à M. le docteur Rouis, et je finis. Sur 203 cas d'abcès du foie, M. Rouis a trouvé 41 guérisons, 162 cas à issue fatale. Dans les 41 cas guéris, 17 fois la paroi abdominale ou thoracique (1) a été perforée ; 15 fois l'abcès s'ouvrit par les bronches, 3 fois dans l'estomac, 4 fois dans le colon. Par contre, sur 162 cas suivis de mort, 11 fois le pus s'épancha dans la plèvre. Je néglige les autres cas, et je conclus, jusqu'à preuve contraire, que l'ouverture des abcès du foie dans la plèvre est toujours mortelle.

Je serais bien oublieux si je ne signalais, en terminant, l'excellent concours que m'ont prêté M. le docteur Jeaux, médecin-major de 1re classe; M. le docteur Challan, aide-major au 45e régiment, et M. Ménétrez, élève en médecine, qui a tenu au courant, avec un zèle digne d'éloge, la feuille d'observation.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 11 août 1869. — Présidence de M. Verneuil.

COMMUNICATION

(Suite et fin)

Sur une déformation spéciale du crâne (obliquité par propulsion unilatérale) observée chez certains enfants du premier âge. — M. Guéniot. — La déformation sur laquelle je viens appeler l'attention de la Société, et dont je présente ici plusieurs spécimens, paraît être passée jusqu'à ce jour complètement inaperçue. D'après les faits que j'ai recueillis, elle serait cependant assez commune. Aussi ne puis-je encore m'expliquer comment elle ne se trouve mentionnée dans aucune des publications spéciales que j'ai consultées (2).

Cette déformation affecte les deux moitiés du crâne, mais d'une façon fort inégale, l'une étant toujours incomparablement plus altérée que l'autre. Presque constamment, c'est la moitié droite qui a subi la déformation principale; par exception, c'est au contraire la moitié gauche. Mais, dans l'un et l'autre cas, le type de la déformation reste exactement le même ; le côté seul a changé, et toute la différence consiste dans une simple transposition. Ce type est d'ailleurs tellement uniforme dans ses traits généraux, qu'il suffit d'en avoir vu un spécimen pour reconnaître ensuite, au premier coup d'œil, tous les crânes semblablement altérés.

Afin de rendre la description plus claire, je supposerai que le côté principalement affecté est le côté droit.

Envisagée extérieurement, c'est-à-dire sur un crâne non ouvert, la déformation dont il s'agit est essentiellement caractérisée :

1° Par un aplatissement de la région occipito-pariétale droite et une saillie normale ou exagérée de la région homonyme du côté gauche ;

2° Par la proéminence exagérée du frontal droit et la courbure normale ou faiblement diminuée du frontal gauche;

3° Enfin, par une convexité légère de la région fronto-pariétale droite et une dépression plus ou moins notable de la même région du côté gauche.

De cet ensemble de particularités, il résulte :

1° Que la face postérieure du crâne, au lieu d'être symétrique, présente, dans ses deux moitiés latérales, une discordance de forme des plus marquées, et qu'elle regarde, non point directement en arrière, mais obliquement en arrière et à droite ;

2° Que le front, également asymétrique, n'est pas exactement dirigé en avant, mais en avant et à gauche;

3° Enfin, que la région fronto-pariétale ou latérale antérieure est, du côté droit, tantôt régulièrement convexe, tantôt légèrement aplatie, tandis que du côté gauche elle offre, ou un méplat très-prononcé, ou une dépression sensible, qui a pour centre la suture fronto-pariétale.

Le crâne ainsi déformé est donc *oblique* par rapport à la face, et la suture biparietale croise à angle très-aigu le plan médian du corps. Comme effet curieux de cette obliquité, je signalerai l'asymétrie de cette situation des deux oreilles : la droite occupe un plan sensiblement antérieur à celui de la gauche.

Lorsqu'on examine le crâne par sa forme interne, l'obliquité générale de cet organe n'est pas moins évidente. On constate alors, dans sa cavité, des particularités tout à fait connexes à celles que présente la surface extérieure. Ainsi la fosse occipito-pariétale droite est beaucoup moins excavée que la même fosse du côté gauche, tandis que la fosse frontale droite est au contraire plus profonde que la gauche. Mais cet excès de capacité relative en avant ne compense pas, pour le côté droit, son infériorité de profondeur en arrière; d'où il résulte que la moitié gauche du crâne est, en définitive, plus spacieuse que la moitié droite.



Crâne d'un enfant de 18 mois, mort d'épuisement avec abcès. Figure réduite au quart — Obliquité par propulsion unilatérale telle qu'elle se présente quand on regarde de haut en bas. (Ce procédé d'exploration est celui qui met le mieux en évidence l'ensemble de la déformation).

Pour résumer sous un trait d'ensemble les caractères qui précèdent, qu'on se représente, par la pensée, la moitié droite du crâne comme ayant subi un mouvement très-sensible en avant pendant que la moitié gauche est restee en place, et l'on aura une idée très-approximative de la déformation générale dont il s'agit. Comme je le dirai bientôt, c'est en effet par ce mécanisme de propulsion et grâce à une presssion trop prolongée sur la région occipito-pariétale droite, que la déformation est engendrée chez les enfants du premier âge. En désignant celle-ci sous le nom d'*obliquité par propulsion unilatérale*, on peut donc rappeler son caractère le plus essentiel en même temps que le mécanisme suivant lequel elle se produit.

Outre les traits principaux que je viens de signaler, il en est quelques autres moins importants qui méritent néanmoins d'être brièvement indiqués. Ainsi la suture fronto-pariétale droite est généralement plus oblique en bas et en avant que la même suture du côté gauche. La crête occipitale interne, au lieu d'être médiane, se dévie sensiblement à droite à partir du trou occipital, comme si l'os avait subi dans son ensemble une légère rotation de gauche à droite et d'arrière en avant. De même, la suture bifrontale s'incline du côté gauche (quelquefois du côté droit), à partir de l'apophyse crista-galli. Enfin, parfois la base du crâne participe elle-même à un degré très-notable au mouvement de propulsion que subit la voûte.

Lorsque, il y a dix-huit mois, j'observais pour la première fois, avec M. Demeules, alors interne de mon service, cette curieuse déformation, je crus d'abord qu'elle devait être rapportée à une pression oblique exercée par les cuillers du forceps. Bien que l'enfant fût âge de 6 mois et que les déformations accidentellement produites pendant le travail de l'accouchement ne présentent pas d'ordinaire ce caractère de permanence, je ne pouvais néanmoins m'expliquer autrement ce genre d'altération. Mais des renseignements précis sur la naissance de l'enfant me prouvèrent bientôt que cette interprétation était inadmissible. Le forceps, en effet, n'est point la cause productrice de l'obliquité crânienne par propulsion unilatérale. Cette cause ne réside pas davantage, soit dans l'attitude particulière du fœtus pendant la grossesse, soit dans son mode de présentation au moment de l'accouchement. J'ai constaté une fois la déformation sur un enfant de 20 jours qui était né en présentation du siége.

La vraie cause de l'obliquité crânienne provient du mode de décubitus imposé à l'enfant, et elle consiste dans la pression prolongée que subit l'une des régions occipitales à l'exclusion de l'autre. C'est, en effet, chez certains enfants systématiquement couchés par la mère ou la nourrice sur le côté droit et postérieur du corps que l'on observe la déformation dont il s'agit. La région occipito-pariétale droite supporte ainsi habituellement le poids de la tête, et de là résultent, sur un crâne non encore complétement ossifié, l'aplatissement postéro-latéral, le refoulement en avant du frontal, l'obliquité exagérée de la suture fronto-pariétale, etc.: en un mot, la propulsion plus ou moins prononcée de toute la moitié droite du crâne et l'obliquité générale qui en est la conséquence. Sur les cadavres de jeunes enfants, il est très-facile, au moyen d'une simple pression, de déterminer artificiellement ce genre de déformation.

Semblable obliquité se produit, mais en sens inverse, lorsque le décubitus habituel a lieu sur le côté gauche et postérieur. C'est alors la moitié gauche du crâne qui est aplatie en arrière, et dans son ensemble poussée en avant. Ce résultat peut même s'observer quelquefois dans les cas de décubitus indifférent, c'est-à-dire lorsque l'enfant est placé tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche, ou bien sur le dos. Ces derniers faits, en apparence contraires à la règle commune, ne font en réalité que la confirmer. Comme on va le voir, c'est en effet toujours la même cause qui agit, et d'après le même mécanisme.

Deux fois seulement, sur une vingtaine de cas, j'ai vu l'obliquité par propulsion unilatérale affecter la moitié gauche du crâne. Dans ces deux cas, que j'étudiai avec soin, j'appris des mères qu'elles

(1) Après soudure préalable de la plèvre costale et diaphragmatique.

(2) M. Gosse, en particulier, garde snr ce point un silence absolu (*Essai sur les deform. artiv. du crâne.* Paris, 1855, in-8°). Il en est de même des *Bulletins de la Société d'anthropologie*, quoiqne ceux-ci renferment plusieurs mémoires confinant au sujet (*Sur les déformations plastiques du crâne*, par le docteur J.-B. Davis, etc., etc.). Barkow (*Pathologischen Osteologie.* Breslau, 1864 ; 2e livraison), et Hermann Welcker (*Unter suchungen über Wachsthum und Bau menschlichen Schadels*, vol. I, Leipsig, 1862), ne signalent pas non plus cette espèce particulière de déformation.

avaient l'habitude, l'une de coucher son enfant sur le dos, et l'autre de placer le sien alternativement sur les deux côtés du corps. Celle-ci me dit même qu'elle n'avait ainsi procédé qu'avec réflexion, afin d'éviter, selon une croyance populaire des Ardennes, que son enfant ne devînt joufflu d'un côté. Mais en m'enquérant de la situation des berceaux par rapport à la fenêtre de la chambre, je reconnus bientôt qu'ils se trouvaient dans une orientation correspondant au côté de la déformation crânienne. En d'autres termes, dans les deux cas, le berceau était disposé parallèlement au plan de la fenêtre, et de telle sorte que la tête de l'enfant appuyait sur la région occipitale pariétale gauche, lorsque le visage était tourné vers la lumière. Or, pour qui sait combien le jeune enfant recherche la lumière avec complaisance, et comment il sait mouvoir la tête en conséquence, si de tels mouvements sont nécessaires, il sera facile de comprendre que ces deux faits, en apparence contradictoires, rentrent en réalité dans la loi commune et peuvent s'expliquer de la même manière que les autres.

Pour que l'obliquité par propulsion unilatérale se produise, il est, bien entendu, nécessaire que les os conservent entre eux une certaine mobilité. Aussi ne voit-on naître cette espèce de déformation que dans le cours de la première enfance. Cependant, on conçoit qu'un retard dans l'ossification des sutures et des fontanelles la rendrait possible à une période plus avancée ; et c'est ainsi que les enfants hydrocéphales s'y trouvent particulièrement exposés.

Que devient la déformation une fois produite? Jusqu'à ces derniers jours, j'avais pensé qu'elle était extrêmement rare chez les adultes, et dès lors qu'elle devait, dans la plupart des cas, disparaître avec les progrès de l'âge et de l'ossification crânienne. Mais des recherches récentes me portent à modifier cette manière de voir. En effet, d'après plusieurs exemples de déformation typique que je viens d'observer sur des enfants de 9 ans, 10 ans, 11 ans et 13 ans, ainsi que sur un jeune confrère de 25 ans, la différence de fréquence existant aux divers âges serait moins prononcée que je ne l'avais supposé primitivement. D'autre part, il n'est pas impossible que cette différence soit due en partie à la mortalité progressive des individus. Quant à la disparition, dans un certain nombre de cas, de l'obliquité crânienne après la première enfance, elle s'explique aisément par l'influence d'un décubitus habituel sur le côté opposé à celui de la déformation. Ce changement dans le décubitus peut, d'ailleurs, être provoqué par diverses causes, et il s'opère surtout à l'époque où l'enfant commence à jouir de la liberté de ses mouvements.

Si l'obliquité par propulsion unilatérale du crâne n'est point rare, ses conséquences heureusement ne paraissent pas être dangereuses. A part la difformité plus ou moins apparente qu'elle détermine, et qui peut être, en grande partie, dissimulée par les cheveux ; à part aussi l'inégalité de volume et de poids qui doit exister, au préjudice du côté propulsé, entre les deux moitiés de l'encéphale, je ne connais pas d'inconvénient sérieux attaché à cette conformation vicieuse. Dans un seul cas j'ai vu celle-ci être accompagnée de convulsions et d'idiotie chez un enfant de 6 mois. Plusieurs fois aussi elle coexistait avec de l'hydrocéphalie. Mais ici, bien évidemment, l'hydrocéphalie était une cause plutôt que l'effet de la déformation.

Au reste, pour prévenir le développement de l'obliquité crânienne, il suffira d'appliquer à l'hygiène des jeunes enfants les trois préceptes suivants, déjà recommandables à d'autres points de vue :

1° Au lieu du décubitus exclusif sur le côté droit, préférer le décubitus indifférent;

2° Disposer le berceau de façon que les yeux de l'enfant reçoivent une égale quantité de lumière ;

3° Enfin et surtout, tenir pendant une bonne partie du jour l'enfant dans les bras, et diminuer ainsi notablement ses heures de berceau.

Dans le but de combattre la déformation une fois acquise, j'ai recommandé, pour des enfants dont le crâne n'avait pas perdu toute flexibilité, un décubitus latéro-dorsal exclusif du côté non propulsé, et les résultats de cette pratique m'ont paru être satisfaisants. Mais lorsque, par l'oblitération des sutures et des fontanelles le crâne se trouve complétement fermé, la difformité est évidemment irrémédiable, et elle persiste pendant toute la vie.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire annuel: Léon Le Fort.

Séance du 6 octobre 1869. — Présidence de M. Verneuil.

CORRESPONDANCE

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

Tous les exemplaires parus depuis le 10 août des journaux suivants : *Gazette des Hôpitaux*. — *Union médicale*. — *Gazette hebdomadaire*. — *Bulletin de thérapeutique*. — *Art dentaire*. — *Journal de médecine et de chirurgie pratique*. — Le *Montpellier médical*. — Le *Sud médical*. — Le *Marseille médical*. — La *Gazette médicale de Strasbourg*. — Le *Journal de médecine de l'Ouest*.

— Le *Bulletin médical du nord de la France*. — Le *Bulletin de la Société de médecine pratique de Paris*. — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. III, n°s 6 et 7.

— *Études spectroscopiques sur le sang*, par le docteur René Benoît.

— M. Larrey dépose sur le bureau : *Le Mexique, au point de vue médico-chirurgical*, t. III, par M. le docteur Léon Coindet.

— *L'armée anglaise à l'intérieur et dans les possessions britanniques*, par le docteur Ély. — Une *Photographie d'une fresque de Pompéi* représentant Ervée blessé, envoyée par M. Scoutteten.

— M. le docteur Bourdillat, ancien interne des hôpitaux, adresse pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse intitulée : *Calculs de l'urètre et des régions circonvoisines*.

— *The Mechanism of dislocation and fracture of the hip*, by Henry Bigelow. 150 pages avec planches. — Philadelphie, 1869.

— *On external perineal urethrotomy*, by J. W. S. Gouley.— Broch. New York, 1869.

— *Report on excision of the head of the femur for gunshot injury*, by George A. Otis. — In-4° avec planches. Washington, 1869.

— *Collection de mémoires de chirurgie et d'obstétrique*, de Francesco Rizzoli (de Bologne). — 2 vol. in-8° (en italien).

Statistique des opérations.

Après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Verneuil, Trélat, Blot, Liégeois et Le Fort, la Société décide que les statistiques partielles, adressées par les divers chirurgiens français, figureront au procès-verbal au fur et à mesure de leur réception, mais que les chiffres seuls des opérations et la nature du résultat seront indiqués. La commission spéciale, dans un travail d'ensemble, analysera en détail ces communications, pour en faire ressortir tous les enseignements qu'elles renferment. Il serait à désirer que tous les envois pussent être faits avant le 1er mars 1870.

M. le docteur Luzarey, à Mezin (Lot-et-Garonne).
Pratique civile 1853-1869.

	Nombre	guéris	morts.
Amputation de bras..................	2	2	»
Hernie inguinale étranglée..........	4	3	1
Extirpation d'une tumeur cancéreuse de la région sous-maxillaire.......	2	2	»
Amputation de sein..................	2	2	»
Plaie abdominale, intégrité du péritoine, suture....................	1	1	»

Dans aucun cas le chloroforme n'a été employé. M. Luzarey a toujours eu recours à la réunion immédiate. Un cas d'amputation du bras a été complétement guéri en quatre jours sans suppuration.

M. le docteur Couranjon, de Nevers. 1861-1869.

	Nombre	guéris	morts.
Lipôme du tronc (incision et écrasement linéaire)....................	1	1	»
Amputation de la verge (écraseur)....	1		1 (ap. 3 mois)
Ablation de cancers de la lèvre inférieure........................	3	3	»
Amputation du bras (traumatisme, — 2e jour)........................	1	1	»
Amputation de la jambe (*Secondaire traumat*)......................	1	1	»
Hernie inguinale étranglée..........	1	1	»
Castration..........................	1	1	»

La note adressée par M. Couranjon analyse les faits les plus intéressants de sa pratique ; mais bon nombre ne peuvent prendre place dans ce résumé, puisqu'il ne s'agit pas d'opérations pratiquées. Les cas de plaies de la main et des doigts par des scies circulaires sont assez nombreux ; tous traités par la conservation, ils ont été suivis de guérison.

M. Desgranges (de Lyon), adresse à la Société l'observation suivante :

Anévrysme poplité droit : compression digitale, indirecte, totale, intermittente ; compression mécanique flexion forcée du membre, réfrigération employées simultanément ; guérison en treize jours. — (*Sera publié*).

COMMUNICATION

Vice de conformation du voile du palais. — Étiologie. — Rapport entre la brièveté de la voûte palatine et la cacophonie spéciale. — M. Trélat. Au commencement du mois de juillet dernier, je reçus, dans mon cabinet, un père, une mère et une enfant de 3 semaines. C'était la petite fille qu'on me présentait, mais la présence de ses deux parents accrut de beaucoup, pour moi, l'intérêt de l'examen auquel je procédai.

La mère, bien constituée, a été mariée deux fois, et est âgée de 38 ans. De son premier mari, elle a eu un fils bien portant et de conformation régulière, aujourd'hui âgé de 7 ans.

De son second mari, elle a eu deux filles, l'une née en novembre 1867 et morte à 6 mois. D'après le dire des deux parents, cette enfant ne pouvait pas téter, parce qu'elle avait « un trou ou une fente dans le palais, » et la seconde fille est sous mes yeux.

L'aspect extérieur du corps, les membres, la face, les orifices naturels sont normaux. Seuls, la voûte palatine et son voile offrent une disposition irrégulière.

A première vue, on reconnaît que la luette est légèrement bifide à sa pointe ; que le voile palatin semble avoir, en tous sens, ses dimensions habituelles ; que toute la partie médiane et antérieure du voile est mince, tendue, blanchâtre comme une cicatrice, et qu'au milieu de cette partie blanchâtre, juste derrière le bord de la voûte osseuse, il existe une fente en forme de grain d'avoine, longue de 1 centimètre et large de 3 à 4 millimètres. Par cette fente, dont les bords sont très-peu épais, on aperçoit la cloison des fosses nasales. La mère affirme, de la manière la plus catégorique, que ce pertuis n'existait pas au moment de la naissance, où, instruite par le souvenir de sa première fille, elle fit elle-même un examen attentif. Mais le quatrième jour, l'enfant refusant absolument de téter, on reconnut un petit trou gros comme une tête d'épingle. Cet orifice continua de grandir lentement. Au bout de huit jours, il avait atteint les dimensions que j'ai indiquées, et qui n'ont pas été dépassées.

Outre cette malformation apparente, le toucher permet de reconnaître que la voûte osseuse est insuffisante et anormale. Son bord postérieur est fortement échancré, suivant un angle ouvert en arrière, et de plus, ce bord est beaucoup plus rapproché que d'habitude de l'arcade alvéolaire. La voûte est donc à la fois trop courte et échancrée en arrière.

Telles sont les lésions constatées chez l'enfant. Quant au père, dès les premiers moments de son interrogatoire, j'avais été frappé par sa prononciation et par certain mouvement de son visage, et sitôt que j'eus terminé l'examen de la petite fille, je le soumis aux mêmes investigations.

Notons que cet homme, âgé de 40 ans, vigoureux, n'a jamais eu que deux enfants, et que ces deux enfants ont eu l'une et l'autre une malformation du palais.

Il sait très-bien qu'il prononce mal certaines lettres ou certains sons. Les lettres *m*, *n*, *v*, les longues *on*, *an*, *un* sont altérées, nasonnées et nécessitent une contraction particulière et grimaçante des ailes du nez et de la lèvre supérieure. Du reste, cette défectuosité de la parole n'a rien d'excessif et est habilement palliée par quelques substitutions volontaires de lettres : le *b* remplace l'*m*; le *d* est prononcé en place de l'*n*; le *v* est sauté. Les trois diphtongues que j'ai signalées se confondent en un seul bruit guttural sans sonorité et sans caractéristique.

Il y a peu d'années, on aurait dit que cette mauvaise prononciation provenait d'une éducation phonétique mal dirigée ou d'une bizarrerie sans cause. En effet, la bouche de notre homme paraît régulièrement conformée dans toutes ses parties ; en particulier, on n'observe aucune solution de continuité sur la paroi supérieure qui comprend la voûte et le voile du palais. Néanmoins, la conformation n'est pas normale. Ici, comme chez la petite fille, la voûte osseuse est trop courte et échancrée sur la ligne médiane. Tandis que le voile mesure 35 millimètres au niveau de la luette et 25 millimètres de chaque côté (hauteur normale), la voûte osseuse n'a que 40 millimètres, depuis l'intervalle des deux incisives supérieures jusqu'à l'échancrure postérieure, et 44 millimètres de chaque côté de l'échancrure. La largeur entre les deux dernières grosses molaires est de 40 millimètres. C'est la largeur habituelle, tandis que la longueur varie entre 55 et 60 millimètres chez les sujets bien constitués.

Dans cette double observation, chaque individu a son côté intéressant, sans compter que la puissante hérédité des malformations palatines est une fois de plus démontrée.

Jusqu'ici j'avais cru, et cette croyance me semble généralement partagée, que les arrêts de développement de la paroi buccale supérieure existaient toujours au moment de la naissance tels qu'ils devaient persister par la suite. Jamais je n'avais entendu parler de perforations spontanées survenues en dehors de toute cause pathologique et après le commencement de la vie extra-utérine. Il faudra désormais admettre cette éventualité si le récit qui m'a été fait est exact. Or, j'ai toute raison de le croire tel. En effet, cette portion mince et demi-transparente qui entoure le petit pertuis semble n'être qu'une mince cloison sans résistance, sans grande vitalité, très-bien disposée pour une résorption analogue à celle qui s'effectue dans certaines cicatrices. Au reste, puisqu'il paraît prouvé, par les faits de Passavant (1) et par celui que j'ai communiqué à la Société (2), que des voiles palatines fendues au moment de la naissance ont pu être le siége d'une réunion cicatricielle qui effaçat toute apparence de difformité, le travail inverse n'a rien de plus difficile à concevoir.

L'examen du père touche un autre point auquel des recherches antérieures me font attacher de l'importance. Vous pouvez vous souvenir que, dans mon rapport sur la staphyloraphie (3), j'ai soutenu avec Passavant, que la bifidité du voile n'est pas la cause du défaut de prononciation, et que cette cause gît dans la brièveté et l'insuffisance de la voûte osseuse ; d'où je tirais, quant à l'opération de la staphylorraphie et à son succès, des conclusions qu'il est inutile de rappeler ici. Pour établir cette démonstration, je m'appuyais principalement sur les deux observations de Passavant relatives à un enfant de 6 ans et à un homme adulte ayant eu des guérisons spontanées de bifidités palatines, et ayant malgré cela conservé une parole fortement nasonnée et souvent incompréhensible. Depuis, je vous ai présenté un homme (4) chez lequel les mêmes phénomènes paraissaient avoir eu lieu, et qui, malgré l'intégrité de son palais, avait le nasonnement caractéristique. Chez ces trois individus, la voûte osseuse était manifestement plus courte, et même beaucoup plus courte qu'à l'état normal. C'est précisément le cas de l'homme dont je viens de vous parler. Il parle comme les autres et il présente la même conformation qu'eux.

Peut-être, messieurs, ne serez-vous pas encore convaincus et demanderez-vous de nouvelles preuves. Quant à moi, je regarde la question de physiologie pathologique comme résolue. Je vois, d'un côté, des sujets ayant une division complète du voile parler très-intelligiblement. Tout récemment, j'en avais un dans mon service ; je l'ai fait remarquer aux élèves. D'autre part, voici quatre faits où la parole est viciée, le voile étant intact.

Je n'ai pas à rechercher ici en vertu de quel mécanisme la brièveté de la voûte osseuse trouble le langage. C'est une question de physiologie qui a été contradictoirement jugée par Passavant et par Paul (Hermann) (5), mais qui importe peu à la pratique chirurgicale. Ce qui importe, c'est de savoir au juste ce qu'on peut espérer de certaines opérations réparatrices, c'est de connaître les conditions anatomiques qui peuvent influer sur leur pronostic définitif, et c'est dans ce but que je suis revenu, chaque fois que l'occasion m'en a été donnée, sur une démonstration dont j'avais avancé les premiers éléments.

M. Blot. L'enfant observé par M. Trélat tétait mal. Rien d'étonnant à cela, mais je crois devoir signaler un cas dans lequel l'enfant, bien qu'atteint de bec-de-lièvre compliqué de division de la voûte palatine, put se livrer à la succion et être nourri au sein. L'enfant qu'on désirait faire allaiter fut apporté au bureau. Nous y trouvâmes deux nourrices qui avaient inutilement essayé de donner le sein à d'autres enfants atteints de bec-de-lièvre simple. Toutes deux avaient le sein parfaitement conformé, et celle qui fut choisi avait un mamelon assez long pour qu'il pût en quelque sorte pénétrer jusque dans l'arrière-bouche. En effet, l'enfant se précipita sur le sein, l'introduisit d'autant plus profondément que la division congénitale de la lèvre agrandissait la bouche, et à notre extrême étonnement nous pûmes constater que la succion se faisait d'une manière très-régulière.

M. Perrin. Une disposition en ogive de la voûte palatine osseuse suffit quelquefois pour donner à la voix le timbre qu'elle a dans la division du voile ; c'est ce que j'ai pu constater chez un jeune homme dont le palais, offrant cette disposition, était cependant exempt de toute perforation.

M. Trélat. L'enfant qui a une division totale du voile du palais se jette sur le sein, consacre tout à la succion, oblitère ses narines en pressant le nez contre la mamelle, et il tète comme le faisait le petit malade de M. Blot ; mais il faut que de temps en temps il se retire pour respirer. L'enfant qui a une simple perforation palatine prend l'habitude de respirer par le nez, et celui-là se refuse à teter.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

(1) *Archives gén. de médecine*, 6 série, t. V, p. 55.
(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série, t. VIII, p. 450.
(3) *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 587.
(4) *Archives*, 6e série, t. VI, p. 422.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE STRASBOURG

LISTE, PAR ORDRE DE MÉRITE, DES ÉLÈVES ADMIS AU CONCOURS DE 1869.

Élèves en médecine.

1. MM. Vaillard, Martin, Munier, Cassan, Choux, Héricourt, Guiard, Lelong, Descarpentries, Maurice.
11. MM. Chagnaud, Soulié, Burlureaux, Georges, Longuet, Thieulin, Loillier, Gary, Sesselmann, Morel-Deville.
21. MM. Yvert, Guillemot, Baudoin, Dubrulle, Grivet, Barois, Roux, Gazin, Lacour, Dulery.
31. MM. Cibiel, Peyssonié, Brindel, Tartière, Blaisot, Trudeau, Pitot, Barré, Louis, Chopinet.
41. MM. Chesney, Wickersheimer, Ganzin, Perrin, Ravenez, Villegente, Gély-Guinard, Baudin, Tournade, Pozzo di Borgo.
51. MM. Mille, Terrals, Ducongé, Duval, Bourgeois, Mouilleron, Brégi, Bénit, Massonaud, Roch.
61. MM. Thouvenin, Marguet, Delatour, Parent, Virenque, Darde, Hecquin, Dorez, Bounaix, Bouteloup.
71. MM. Bernard, Soula, Teissier, Moreaud, Catrin, Bergounioux, Vinsac, Briquez, Larcher, Simbat.
81. MM. Héral, Émile-Paul dit Albert, Leuc, Bézaguet, Desmons, Lèques, Moreau, Barbion, Refroigny, Cachot.
91. MM. Chouet, Duponchel, Lamps, Cloquet, Aubertin, Villard, Perrin, Vuillemin, Montfort, Ferrié.
101. MM. Amat, Ferry, Caistau, Pichenot, Petit-Poisson, Sibille, Delaye, Fabre, Cassedebat, Cervelle.

Élèves en pharmacie.

1. MM. Zinnsz, Leray, Pelletier, Le Gallic du Rumel, Tillion, Fischer, Boquet, Périnet, Quiquet, Speiser.
11. MM. Goutte, Simair, Maljean, Périer, Roy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 26 octobre, M. le docteur Ph. Ricord a été nommé chirurgien consultant de l'Empereur.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 25 octobre 1869, M. de Fonbrune, ancien préfet de la Vendée, a été nommé directeur de l'hospice impérial des Quinze-Vingts, en remplacement de M. de la Chaumelle, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé directeur honoraire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chayet, médecin en chef adjoint du dispensaire de salubrité de la ville de Paris.

— M. le docteur Gallard, médecin de la Pitié, reprend ses *Leçons de clinique médicale* dans cet hôpital le jeudi 25 novembre.

Les élèves sont, dès à présent, exercés chaque matin à l'examen et à l'interrogatoire des malades (salles Sainte-Marthe et Sainte-Geneviève).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Formulaire médical des familles, par le docteur De Bruc. Description de toutes les maladies, formules et prescriptions. — 1 vol. in-12 de 600 pages. Prix : 5 fr.

Ce livre est une énumération alphabétique des maladies, suivie : 1° d'un traitement général, basé sur des spécialités; et 2° d'un traitement homœopathique. Un avis aux malades qui achèteront ce volume leur apprend que « beaucoup de malades pourront se guérir eux-mêmes, à l'aide de ce livre; que ceux qui seront embarrassé pourront recevoir un renseignement ou même une consultation motivée » en adressant leur lettre (*franco*).

Diagnostic des maladies de la hanche, par M. le docteur Nicaise, prosecteur des hôpitaux. — In-8°. Prix : 3 fr.

Dans ce travail — thèse d'agrégation — l'auteur, après quelques considérations anatomiques et physiologiques, divise les maladies de la hanche en maladies traumatiques, inflammatoires, nerveuses, et en difformités.

Dans un dernier chapitre, l'auteur traite des cas exceptionnels.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronnage de l'administration de l'assistance publique. — N° 10 (1er octobre 1869). Prix : 2 fr., avec 3 photographies.

Traitement de la surdité et des bruits dans les oreilles, par J. T. Guérin. — Paris, 1869, 1 vol. in-8° de 190 pages et 1 figure. Prix : 2 fr.

Ce livre, dont l'auteur ne prend aucun titre médical, porte une ancienne et une nouvelle adresses et une heure de consultation. Il se termine par un chapitre intitulé : *Traitement par correspondance.*

Guérison de la phthisie pulmonaire et de la bronchite chronique, à l'aide d'un traitement nouveau, par le docteur Jules Boyer. — Paris, 1869, 8e édition, suivie d'observations. Prix : 1 fr. 50.

Hygiène des écoles, par le professeur Wirchow, traduit par le docteur E. Decaisne. — In-8°, Paris, 1870. Prix : 1 fr.

Nouvelles considérations sur la périostite phlegmoneuse et ses modes de terminaison, par le docteur Eug. Bœckel, professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg. — Br. in-8° de 48 pages : Prix : 1 franc.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie JANNIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous nous attendions hier à entendre de nouveaux orateurs sur la question de la mortalité des enfants nouveau-nés ; c'est de vaccine animale qu'il s'est agi. L'ordre n'est pas précisément ce qui brille le plus dans la discussion de l'Académie. La faute en est beaucoup moins aux personnes qu'aux événements. M. Depaul, retenu par des devoirs de famille, n'a pu venir qu'hier seulement répondre aux différents argumentateurs qui ont plus ou moins vivement discuté les faits et les principes exposés dans son rapport. Reste maintenant à discuter les conclusions. L'Académie, surchargée en ce moment de besogne, ne pourra de quelques séances encore en terminer avec ce rapport. Nous comptons d'ici là pouvoir présenter nous-même un résumé de cette longue discussion. En attendant, nous mettons sous les yeux de nos lecteurs, comme élément de discussion, la note suivante, que M. Briquet a bien voulu nous communiquer et qu'il a eu l'obligeance de traduire à notre usage du texte original. Cette note, jointe à l'extrait d'un mémoire de M. le docteur Widal, dont M. J. Guérin a donné lecture à l'Académie dans cette séance même, vient grossir la liste des faits qui tendent à établir l'existence d'une série d'accidents consécutifs à la vaccine, autres que ceux de la syphilis, avec lesquelles on a pu plus d'une fois les confondre.

Dr Brochin.

—

Relation d'une prétendue épidémie de syphilis vaccinale.

(Extrait d'un rapport officiel adressé au ministre par M. le docteur Gamberini, de Ferrare).

L'autorité médicale, en Italie, est dans l'usage de faire chaque année, au printemps et à l'automne, des tournées officielles dans les campagnes, pour y vacciner les enfants.

A la suite de l'une de ces tournées, dans laquelle 34 enfants d'Argenta et des villages environnants (province de Ferrare) avaient été vaccinés, des accidents morbides, tant locaux que généraux, apparurent successivement chez un certain nombre de ces enfants. Ils attirèrent l'attention du docteur Medoni, vaccinateur à Argenta, qui, pensant y trouver les phénomènes d'une syphilis vaccinale, en écrivit à la conservation du vaccin, à Ferrare. — M. le docteur Ferraresi, vice-conservateur du vaccin, informé de ces faits, crut également y reconnaître l'existence d'une épidémie de syphilis vacinale, et en parla dans ce sens à son chef, M. le docteur Canuti, de Ferrare, conservateur de la vaccine, lequel, partageant l'opinion de ses deux collègues, résolut de suspendre les vaccinations officielles jusqu'à nouvel ordre.

Le ministre de l'intérieur, informé de ces faits, délégua le professeur Gamberini pour les constater et lui en faire un rapport.

De ce rapport, qui a été adopté par la Société médico-chirurgicale de Bologne, résultent les faits suivants :

Du vaccin envoyé dans deux tubes, en septembre 1866, par le docteur Canuti au docteur Ferraresi, servit, le 25 septembre, à vacciner Carovita C..., âgée de 7 mois, qui avait toutes les apparences de la santé, et qui, visitée sept semaines après la vaccination, était dans un état de santé parfaite.

Cette enfant eut trois pustules qui se sont développées régulièrement. — Le vaccin qui en provenait fut inoculé, le 30 septembre, à 7 enfants, qui, à leur tour, servirent chacun de vaccinifère pour les 26 autres.

Ce fut alors que se développèrent les accidents qui firent croire à l'existence d'une épidémie de syphilis vaccinale.

Les enfants vaccinés furent visités le 18 et le 21 novembre, c'est-à-dire environ six semaines après les vaccinations, par M. le docteur Gamberini, qui ne vit rien de syphilitique ; mais envoya au ministre de l'intérieur un rapport détaillé.

Comme il y a un grand intérêt à faire connaître les accidents qui se produisent dans cette circonstance, afin de les comparer à ceux de l'épidémie d'Auray, et à ceux du même genre qui pourraient se produire par la suite, voici un extrait de ce rapport :

Sur les trente-quatre enfants vaccinés simultanément, chez sept seulement les pustules vaccinales avaient suivi une marche régulière, et leur évolution ne s'était accompagnée d'aucune perturbation.

Chez les vingt-sept autres enfants, les pustules s'étaient ulcérées ; l'ulcération était généralement apparue du quatrième au dixième jour de la vaccination. Le plus souvent elle avait succédé directement à la rupture des pustules vaccinales, et le plus rarement elle avait suivi la chûte d'une croûte noire.

Quelques-unes de ces ulcérations ressemblaient à celles de l'ecthyma, et ne s'étendaient pas ; d'autres, au contraire, avaient été continuellement en s'étendant, de manière à envahir toutes les pustules d'un bras et à n'en faire qu'une seule ulcération, par une sorte de phagédénisme.

Plusieurs de ces plaies se couvrirent d'une couche diphtéritique. Dans un cas, l'ulcération s'était montrée aux deux bras. Chez quatre enfants les ulcérations ne s'étaient vues que sur l'un des bras, l'autre bras ayant été respecté ; mais la relation ne fait pas connaître ce qui, sous ce rapport, était arrivé chez les autres.

Enfin, chez deux enfants, quelques-unes des pustules d'un même bras s'étaient ulcérées, tandis que les autres avaient suivi une marche normale.

Chez tous ces enfants ces ulcérations s'étaient guéries au bout de six semaines à deux mois, sans qu'aucun traitement antisyphilitique eût été fait.

Chez huit enfants les cicatrices qui avaient succédé aux ulcérations étaient profondes et irrégulières, et chez trois autres elles étaient rougeâtres, quoique régulières.

L'un des enfants qui eurent des pustules ulcérées servit de vaccinifère à sept enfants, chez deux desquels la vaccine suivit néanmoins son cours normal.

L'état des ganglions axillaires paraît n'avoir pas été recherché ; on trouve seulement que sur un des enfants il y avait des adénites axillaires, mais il n'est pas fait mention de leur induration. Enfin chez deux enfants il y avait de l'induration des ganglions cervicaux du côté où il y avait eu des ulcérations.

Chez six de ces enfants seulement il y avait eu des affections de la peau ; chez cinq elles avaient été de l'impétigo plus ou moins général, et chez le sixième il y avait eu un ecthyma à la vulve.

Des 3 enfants restant, sur les 34 vaccinés, 2 ont été perdus de vue, et chez le troisième la vaccine n'avait pas pris.

Il convient de répéter ici qu'aucun traitement antisyphilitique n'avait été fait, et que tous les enfants avaient guéri au bout d'un laps de temps qui a varié de six semaines à deux mois.

Dans cette épidémie, la différence entre elle et la syphilis vaccinale n'a pu être établie sur la forme et sur la marche des ulcérations non plus que sur l'apparence des cicatrices : ce qui confirme bien une assertion de M. Rollet, de Lyon, que le diagnostic des ulcérations syphilitiques manque de certitude.

Il en est à peu près de même pour l'induration des ganglions axillaires et cervicaux, qui se trouve dans l'un et l'autre cas.

La seule différence qu'on puisse trouver entre cette épidémie et celle d'Auray consiste dans l'absence des affections de la gorge, et dans la forme des affections de la peau, qui était de nature, soit impétigineuse, soit eczémateuse, et n'avait aucun des caractères papuleux de l'épidémie d'Auray.

Ce sont probablement ces deux différences qui ont motivé l'opinion de M. le docteur Gamberini, et lui ont fait soutenir la nature non syphilitique de l'épidémie.

Il n'en est pas moins digne de remarque que, sur 31 sujets vaccinés simultanément, il y en ait eu 24 chez lesquels les pustules vaccinales s'étaient ulcérées.

Il peut donc se présenter des circonstances dans lesquelles les pustules vaccinales d'une série assez nombreuse d'enfants s'enflamment, s'ulcèrent, et présentent un ensemble de phénomène offrant l'apparence d'une épidémie de syphilis vaccinale.

Quelles peuvent être ces circonstances ? Dans l'épidémie d'Argenta, on trouve que le mal a sévi sur des campagnes pauvres, dans des familles malaisées, où le défaut de soins locaux, la malpropreté, une mauvaise hygiène, et peut-être un état cachectique, peuvent être considérés comme une prédisposition portée au degré de cause excitante.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Stupeur mélancolique à forme léthargique. — Sommeil apparent et non discontinué pendant plus de sept mois. — Simulation de la mort ?

Détails pathologiques extraordinaires.

Il s'est récemment passé dans mon service un fait clinique d'une rareté exceptionnelle et d'un intérêt saisissant. Pendant cinq mois et demi, ce fait n'était point sorti du domaine sérieux de l'observation et de la pratique, lorsque des indiscrétions aussi inattendues que peu exactes vinrent tout à coup ébruiter le cas pathologique soumis à mon examen. Quelques lignes mensongères d'un journal littéraire servirent alors de point de départ à tous les récits entachés d'erreur qu'on a pu lire. Considérant la science comme incompatible avec la fantaisie, je n'ai répondu à aucune provocation de la part des journaux, et je n'ai rien fait rectifier. Toutefois, si j'ai laissé tout dire, je me suis réservé le droit de parler à mon heure, de rétablir les faits, ou du moins de les faire connaître. Ces faits, je les apporte aujourd'hui.

Un Italien, âgé de 32 ans, du nom de Della F..., était depuis sept ou huit ans garçon de magasin dans la même maison de commerce, à Paris. Il était d'une taille élevée, d'une constitution vigoureuse, d'une santé habituelle excellente. Serviteur très-fidèle, il était cité comme un modèle de ponctualité, de probité et de sobriété ; il n'avait jamais paru rechercher le commerce des femmes et passait pour avoir des habitudes solitaires. Il était timide, peu communicatif et avare.

En juin 1868, Della F... parut préoccupé, distrait, bizarre, triste, troublé, inquiet. Il sortait beaucoup plus volontiers qu'auparavant, manifestait des scrupules exagérés, s'alimentait mal, s'imposait des privations, se rendait dans les églises, achetait des chapelets, des crucifix, des bénitiers, des livres de prières, puis il faisait des signes de croix ou des génuflexions, parlait tout seul, récitait quelques phrases latines, s'accusait tout haut de certains actes et continuait néanmoins à remplir toutes les obligations de son emploi.

Au mois de juillet, en proie au délire religieux le plus complet et à une très-vive anxiété, il commença à devenir loquace, bruyant, turbulent ; à s'adresser des reproches incessants, à implorer les châtiments du ciel, à désirer et à craindre la mort, à redouter d'être damné, etc., etc. Dans son trouble extrême, il négligea son ouvrage, ne rendit plus aucun service, et s'abandonna tout entier aux angoisses dépressives de son délire.

Le 31 juillet, au matin, dès l'ouverture de son magasin, il sortit, emporta une somme de 1,500 francs en or, provenant des économies qu'il avait faites depuis son arrivée à Paris, et se mit à marcher tout droit devant lui. Il gesticulait et paraissait effaré. Arrivé ainsi à la place de l'Étoile, il lança, dans un tombereau chargé d'immondices ses soixante quinze pièces de vingt francs, et se mit à marcher et à gémir. A un quart d'heure de là, au milieu de la route de Neuilly, tout en se désespérant et en sanglotant, il se mit tout à coup à genoux. A ce moment même, une voiture l'atteignit et lui fit une fracture au tiers inférieur du péroné. Des secours survinrent aussitôt, et le blessé fut transporté à l'hôpital Beaujon (service de M. Dolbeau). Là, il s'agita, refusa de manger, troubla le repos des malades, et dut être bientôt transféré à l'asile des aliénés de Sainte-Anne. Soumis, à son arrivée dans cet établissement, à l'examen de médecins spéciaux, il reçut des soins éclairés, et ne tarda pas à être dirigé sur l'hospice de Bicêtre. Le 31 août, il entrait dans mon service.

Le 1er septembre, je trouvai Della F... couché au n° 14 de l'infirmerie du 1er étage. Il était tourmenté, anxieux et très-ému ; il répondit à peine à mes questions et accusa très-nettement à la fois la peur et le désir de mourir, ainsi que la crainte d'être damné. Il mangea peu, pleura, se lamenta et ne dormit presque pas. Dès le lendemain, et à mon insu, l'intervention de l'autorité ecclésiastique devint active et très-zélée.

Dans les jours qui suivirent, le malade fut de plus en plus troublé, effrayé et abattu ; il mangea irrégulièrement et insuffisamment, poussa de longs soupirs et commença à garder, pendant la visite, un mutisme obstiné. Dans le cours de la journée, très-accessible aux ardentes exhortations de l'aumônier, il se confessait, paraît-il, s'exaltait, et, au milieu des plus béates angoisses, il réclamait la communion, puis l'extrême-onction. Malgré ce mysticisme délirant et malgré l'absence de toute liberté morale, ces sacrements lui furent administrés les 8 et 9 septembre. L'effroi, la terreur et l'épouvante se lisaient sur les traits du malade.

J'appris toutes les circonstances qui précèdent, le 10 septembre, lorsque je trouvai Della F... dans l'attitude d'un homme profondément endormi : « Il dort ainsi, me dit-on, depuis qu'il a été administré hier. » Sans faire ressortir toute l'inopportunité de l'extrême-onction, je ne dissimulai point cependant et ma surprise et mon mécontentement. Usant alors du droit que me confèrent les règlements d'ordre intérieur des services d'aliénés de l'administration générale de l'Assistance publique, je fis prévenir M. l'aumônier qu'il ne pénétrerait désormais dans les salles de mon service que lorsqu'il y serait mandé pour les besoins du culte. Depuis ce jour, cette mesure reçoit sa pleine exécution.

Le 11 septembre, les mêmes phénomènes continuent. Della F... est placé dans le décubitus dorsal ; ses membres sont roides et contracturés ; sa respiration est rapide et plutôt diaphragmatique que costale ; son pouls est à 72 ; ses paupières sont abaissées et légèrement clignotantes ; ses maxillaires sont fortement serrés l'un contre l'autre. La sensibilité paraît obtuse. L'immobilité a été absolue depuis l'avant-veille. Le malade a plusieurs fois uriné sous lui. — Sinapismes promenés sur les membres ; deux litres de bouillon par la sonde œsophagienne.

Du 12 au 20 septembre, la roideur et la contracture disparurent complétement et firent place à un état de résolution complète. Le nombre des respirations s'éleva de 24 à 38, le pouls descendit de 72 à 58, l'anesthésie cutanée augmenta, l'inertie de l'intestin s'établit, l'amaigrissement commença. — Vésicatoires aux mollets, puis aux cuisses ; lotions froides, douches froides ; tartre stibié (15 centigrammes) introduit par la sonde œsophagienne ; tartre stibié (30 centigrammes) introduit en lavement ; deux litres de bouillon avec addition de quatre jaunes d'œuf par litre.

Du 20 au 30 septembre, les respirations oscillent entre 38 et 48, le pouls varie de 62 à 54, les mictions sont fréquentes et abondantes, l'intestin ne fonctionne pas, l'insensibilité à la peau persiste, mais les profondes piqûres d'épingles à la partie interne des cuisses, sur le pénis et sur l'abdomen, finissent par amener des mouvements réflexes, des clignotements des paupières et même quelques larmes ! Il existe certainement un état de demi-conscience, et il y a une part à faire à la volonté. Ainsi, lorsque le malade se croit seul et non surveillé, il sort lentement sa main gauche du lit, cherche son

drap, le saisit et le rejette par-dessus sa tête. L'infirmier de la salle passe et rabat le drap, mais Della F..., dès qu'il n'entend plus de bruit autour de son lit, replace de nouveau son drap sur sa tête. Ce malade est, à mon avis, en proie à une sorte de délire interne ; .i a été administré, il se croit mort ou veut se faire passer pour mort; il jette obstinément son drap par-dessus sa tête et conserve l'immobilité et la position du cadavre dans le cercueil. — Huile de ricin, 60 grammes; un demi-litre d'infusion extrêmement concentrée de café; séton à la nuque; lavements médicamenteux divers; suppositoires aloétiques; bains sinapisés (300, 500 et 750 grammes de moutarde); même alimentation.

Pendant le mois d'octobre, tous les efforts thérapeutiques continuent à ne rencontrer que l'insuccès le plus flagrant. L'état du malade s'aggrave sensiblement : l'amaigrissement se prononce de plus en plus, le chiffre des respirations s'élève jusqu'à 56, et celui des pulsations descend jusqu'à 44. La température du corps décroît progressivement, et le thermomètre accuse sous les aisselles et dans le rectum 37 3/10, 37, 36 5/10 et 36. Les tracés sphygmographiques ne décèlent rien de particulier. L'intestin s'exonère tous les dix ou douze jours. La face est un peu pâle, mais elle présente une expression très-remarquable de quiétude et de sérénité. — Emploi de l'électricité; flagellation avec des orties; introduction dans le rectum de capsules renfermant 1, 2 et 3 gouttes d'huile de croton tiglium; trois litres de bouillon par jour, avec quatre jaunes d'œuf par litre.

Sur ces entrefaites, l'amaigrissement continuant toujours, j'appelai en consultation les médecins et le chirurgien de l'hospice de Bicêtre. M. Luys proposa l'application d'un large vésicatoire en forme de serre-tête et recouvrant toute la tête; puis, le vésicatoire une fois sec, des frictions stibiées sur le cuir chevelu. M. Marc Sée fut d'avis de faire intervenir le sulfate de quinine. MM. Berthier et J. Falret se prononcèrent en faveur de l'expectation pure et simple.

Le sulfate de quinine, à la dose de 1 gramme, fut administré sans succès pendant six jours consécutifs. Après quelques jours de repos, la tête du malade fut rasée, et le large vésicatoire conseillé par M. Luys fut appliqué le 4 novembre, vers deux heures de l'après-midi. Dans la nuit, Della F..., se mit tout à coup sur son séant, et, d'une voix étouffée par les sanglots, il prononça ces mots : « Mon Dieu ! mon Dieu! ayez pitié de moi! Je suis perdu, je vais mourir... Mon Dieu ! mon Dieu ! je vais mourir... Mes frères, priez Dieu pour le repos de mon âme... »

Les voisins du malade et l'infirmier de la salle entendirent très-distinctement ces paroles, et, aussi surpris qu'effrayés, ils distinguèrent nettement Della F... dans la position assise et croisant les mains. L'infirmier accourut aussitôt; mais pendant qu'il allumait sa lampe à la veilleuse de la salle, le malade était retombé sur son oreiller et avait repris son attitude accoutumée. Dormait-il? Ses paupières étaient closes; le sommeil paraissait profond; la physionomie était calme.

Si, avant son entrée à Bicêtre, Della F... avait commis un grand crime, ne nous trouverions-nous pas, à propos d'une simulation possible, par exemple, en face d'une périlleuse difficulté médico-légale?

Le 5 novembre, à la visite, rien ne pouvait faire soupçonner l'accident de la nuit. Les frictions stibiées sur le cuir chevelu furent commencées le 12 novembre; mais une fièvre vive s'alluma bientôt, la tête s'œdématia, la face devint bouffie et luisante, et un érysipèle se déclara. Nous crûmes à la mort très-prochaine du malade. Nous nous trompions. Della F.., était complétement rétabli le 23 novembre.

A partir de ce moment, l'expectation pure et simple fut décidée et mise en œuvre. Seulement, en face de l'amaigrissement constant du malade, le régime alimentaire suivant fut ordonné : 1er cathétérisme œsophagien, à 9 heures du matin, un litre d'excellent chocolat au lait; 2e cathétérisme œsophagien, à 1 heure, un litre de très-bon lait sucré; 3e cathétérisme œsophagien, à 6 heures, un litre de bouillon avec quatre jaunes d'œuf et un verre de vin.

Une amélioration très-remarquable de l'état physique se produisit dans le cours du mois de décembre. Le nombre des respirations tomba à 32 et le pouls remonta à 64; la température du corps redevint normale ou presque normale (37 3/10); le teint se colora, la face se remplit un peu; les muscles des bras et des jambes cessèrent d'être aussi flasques, et l'intestin s'exonéra régulièrement toutes les nuits. Même immobilité d'ailleurs, même décubitus, même sommeil! Lorsque l'on écarte les paupières, on remarque que le globe de l'œil est invariablement dirigé en haut et en dedans.

Le mois de janvier 1869 se passa très-bien, et, à part un léger œdème qui se manifeste aux malléoles, tous les symptômes physiques allèrent en s'amendant. Le malade engraissa un peu. La sensibilité reparut en grande partie; les piqûres d'épingles amenèrent des contractions musculaires, des frémissements et des clignotements très-vifs des paupières, ainsi qu'une certaine expression d'angoisse sur la face. Della F... semble moins étranger à tout ce qui se fait autour de lui, et si, par exemple, on le met à nu, il ramène sa main gauche en avant et cherche à protéger ses parties génitales. Que l'on vienne à le laisser découvert et que l'on s'éloigne, il n'essayera pas de ramener sur lui les couvertures du lit, mais il saisira seulement le drap et le rejettera par dessus sa tête, selon l'habitude qui lui est si familière. Pendant quelque temps, on fixa le drap de telle façon que le malade dut renoncer à se placer dans son attitude favorite; mais l'on oublia un jour les précautions d'usage, et l'infirmier ne tarda pas à trouver Della F... dissimulé sous son drap.

Depuis le 1er février, deux expérimentations nouvelles ont été tentées. Le malade a d'abord été éthérisé. L'ivresse a été très-longue à se produire et elle a été très-douce et tout à fait passagère, malgré toute l'insistance d'une éthérisation aussi sérieuse et aussi méthodique qu'on pourra le supposer. Della F... a paru mal à l'aise, a fait quelques mouvements, comme s'il allait se mettre sur la défensive; puis il a grandement ouvert les yeux, a regardé d'un air ahuri et stupéfait tout ce qui se passait autour de lui, et, à deux reprises différentes, a été pris d'un rire niais et stupide. Pendant cette scène rapide d'ivresse (huit à dix minutes), il a été questionné, agacé, stimulé, flatté ou menacé; mais il n'a point prononcé un seul mot. Les paupières se sont petit à petit refermées, et le malade a repris insensiblement son habitude extérieure accoutumée. Cette épreuve a donc été négative.

Trois jours après, l'ivresse alcoolique a été tentée avec bien moins de succès encore. Le malade étant à jeun, on introduisit par la sonde, le premier tiers d'une bouteille d'excellent vin de Champagne; puis, un quart d'heure après, le second tiers; puis enfin, quinze minutes plus tard, le troisième tiers. La respiration devint un peu plus rapide; le pouls se développa et s'éleva de 68 à 92; mais, à l'exception de quelques hoquets ébrieux, tout rentra bientôt dans l'ordre.

A plusieurs reprises, l'analyse de l'urine a été faite avec un très-grand soin, et par des expérimentateurs différents; mais, à part une suracidité très-marquée et quelques cristaux d'acide urique, l'analyse ne nous a rien démontré et ne nous a mis sur la trace d'aucune lésion spéciale.

Le régime alimentaire a beaucoup varié. A partir du 1er mars, on prit 250 grammes de gigot de mouton rôti, qu'on hachait, qu'on pilait, qu'on passait au tamis, qu'on incorporait dans du tapioca clair et qu'on introduisait ensuite dans l'estomac à l'aide de la sonde œsophagienne; cela faisait deux repas. Après le premier, 30 centilitres de vin ordinaire; après le second, 30 centilitres de vin de Bagnoles.

Me souvenant, vers cette même époque, des expériences si curieuses de M. Moreau (de Tours), je cherchai à modifier l'état du malade, en prescrivant les préparations de haschich; j'ai continué pendant quatorze jours, m'arrêtant à la dose de 35 centigrammes d'extrait de *cannabis indica*. Je n'ai rien obtenu, et je me suis arrêté en voyant l'amaigrissement et la décoloration survenir.

A ce moment il s'est produit un incident dont je dois rendre compte. Les journaux ayant parlé du *dormeur de Bicêtre*, je reçus une lettre d'un magnétiseur en vogue qui me demandait à voir le malade et à le soumettre à l'action du magnétisme. J'ajoute qu'il promettait de le réveiller dans l'espace de quelques minutes. Je ne crus pas devoir répondre. C'est alors qu'on s'adressa au directeur-général de l'assistance publique, M. Husson, qui me fit demander si je voyais un inconvénient à permettre l'entrée de mes salles à cet expérimentateur. Je ne m'y refusai pas. J'assistai, quelques jours après, à une séance d'une heure, pendant laquelle furent pratiquées des passes magnétiques sans aucun résultat; on a parlé d'un peu d'accélération de la respiration, mais je n'ai rien constaté. M. Husson avisa alors le directeur de Bicêtre qu'il n'y avait pas lieu de recommencer l'expérimentation.

Du 15 au 20 mars, mes internes avaient remarqué qu'à 6 heures du soir des gouttes de sueur perlaient sur le front du malade: un état fébrile se développait. L'examen plessimétrique de la rate accusant une augmentation de volume, je donnai pendant plusieurs jours 1 gr. de sulfate de quinine. Le 25 mars, l'accès ne dura qu'une heure, tandis qu'il s'était prolongé, dans les jours précédents, pendant quatre, cinq ou six heures.

L'alimentation par la sonde œsophagienne se continua, comme je l'ai indiqué, mais je fis précéder l'ingestion des aliments par 100 grammes d'huile de foie de morue. Cette dose fut bien tolérée. L'amaigrissement n'en fit pas moins des progrès, et, le 29 mars, la situation du malade me parut très-grave. J'avais cru jusqu'à ce moment que la vie pouvait se prolonger longtemps encore, mais je commençai à croire que Della F... n'allait pas tarder à succomber.

Une pneumonie double survint alors, et hâta la réalisation de ce pronostic. Voici du reste le résumé de l'observation des derniers jours du malade, qui a été recueillie, presque heure par heure, par M. Ferras, interne très-distingué du service, qui a été pour le malheureux Della F... d'un dévouement au-dessus de tout éloge.

Le 5 avril, au matin, le pouls est à 84, la chaleur de la peau est modérée; mais, dans la soirée, la respiration s'accélère, et, vers 11 heures du soir, une dyspnée très-forte apparaît; les muscles ordinaires et accessoires de la respiration se contractent violemment; l'inspiration est courte, l'expiration saccadée, bruyante; 50 inspirations à la minute; pouls à 110; température axillaire 39 2/10. Le malade ne conserve plus sa position favorite : les bras sur la tête accomplissent des mouvements en divers sens. A 1 h. et demie du matin, l'accès est terminé; les inspirations sont au nombre de 25 à 30, et une abondante sueur recouvre le visage.

Le 6 avril, la température est encore à 38°. La nuit est tranquille, et, le 7 avril au matin, M. Edouard Meyer procède à l'examen ophtalmoscopique. Cet examen rencontre un obstacle assez grand dans les contractions violentes de l'orbiculaire qui se renouvellent à chaque tentative que l'on fait pour écarter les paupières. Lorsqu'on a vaincu cette résistance, on trouve les cornées tout à fait dirigées en haut et en divergence. Les pupilles sont contractées, mais mobiles, et réagissent normalement contre la lumière.

L'examen ophtalmoscopique, assez difficile dans ces conditions, permet néanmoins à M. Edouard Meyer, et, le lendemain, 8 avril, à mon savant ami, M. Bouchut, de constater immédiatement une décoloration considérable du nerf optique, rendue encore plus frappante par la teinte foncée du fond de l'œil, analogue à celle que l'on rencontre habituellement chez les individus très-bruns, chez lesquels la couche interne de la choroïde est très-riche en pigment. Cette décoloration de la papille optique, dont les contours sont nettement dessinés, et l'impossibilité d'y reconnaître à première vue les vaisseaux centraux, donnent d'abord l'idée d'une atrophie nerveuse. Cependant, après avoir dilaté la pupille, à l'aide de l'atropine, on voit évidemment, avec un grossissement plus considérable, que la décoloration du nerf optique est due à une transsudation séreuse qui a fait perdre au tissu nerveux de la papille sa transparence normale. En même temps, on découvre que le point d'émergence des vaisseaux centraux est seulement voilé, car ces vaisseaux existent sous la papille avec leur calibre normal. La rétine est transparente et les vaisseaux de cette membrane, sans avoir changé de volume, sont très-pâles et ne présentent pas leur flexuosité habituelle. Les milieux réfringents de l'œil, ainsi que les autres parties constituantes du globe oculaire, n'offrent rien d'anormal. — En résumé, l'examen ophtalmoscopique permet de constater l'œdème du nerf optique, et une pâleur anormale des vaisseaux rétiniens.

Ce même jour (8 avril) je diagnostique une pneumonie du côté gauche, et je prescris une potion de Todd et 0,75 de sulfate de quinine.

9 avril. Etouffement grave ; 80 et 82 respirations à la minute; haleine fétide.

Le 10 avril, je constate à droite un nouvel engouement pulmonaire, tandis qu'à gauche l'hépatisation rouge existe manifestement. La journée est tranquille, mais à 9 heures du soir le pouls s'élève à 130, et la température atteint 41° 1/10. Della F... prononce quelques mots inintelligibles en italien, et, à partir de ce moment, il conserve les yeux ouverts.

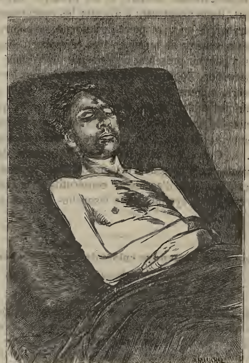
La journée du 11 avril est calme, mais la nuit du 11 au 12 avril agitée. La respiration est fréquente, l'expiration plaintive.

Le 12 avril, à 6 heures du matin, la face est plus altérée, le pouls petit, excessivement fréquent, la dyspnée excessive. La vessie est distendue, la miction ne se fait pas. Le cathétérisme donne plus d'un litre d'urine.

A 10 heures du matin la respiration s'embarrasse de plus en plus, le pouls devient très-irrégulier et très-faible. Della F... balbutie quelques mots en français et finit par demander nettement à boire, mais il ne peut avaler.

Il meurt à 11 heures et demie du matin.

Après les détails cliniques qui précèdent, je dois ajouter un renseignement. Depuis longtemps j'avais signé un bon pour faire photographier le malade par le photographe si exercé et si compétent de l'Assistance publique, M. de Montméja, ancien interne des hôpitaux ; mais je ne reçus de réponse qu'au bout de trois semaines ou d'un mois, c'est-à-dire l'avant-veille de la mort de Della F... Cette réponse, à mon grand étonnement, ayant été négative, je dus faire prévenir l'artiste modeste de la localité; encore ne put-il venir qu'une demi-heure après la mort du malade. Le cadavre, intentionnellement dépouillé de tout vêtement, fut placé exactement dans la position qu'avait si longtemps occupée Della F..., si bien que la gravure ci-dessous



représente de la manière la plus fidèle l'attitude obstinée, le décubitus favori, ainsi que l'expression sereine de la physionomie qui, pendant la vie, ont été conservés d'une manière si immuable.

Arrivons maintenant à la relation précise et détaillée de tous les faits qui ont été révélés par l'autopsie.

(*A suivre*).

L'HYSTÉRIE ET LA CHORÉE

TRAITÉES ET GUÉRIES PAR LE BROMURE DE POTASSIUM

Par M. le docteur V. DUBARD (de Méry).

Désireux d'apporter ma part contributive à l'enquête que la *Société de médecine pratique* a ouverte dans toute la France au sujet de l'action thérapeutique du bromure de potassium dans les névroses convulsives, je viens communiquer quelques-uns des résultats que j'ai obtenus. Si, en dehors de l'opinion autorisée des maîtres, la clinique d'un modeste praticien de la campagne peut être comptée pour quelque chose, que l'on veuille bien admettre les renseignements sommaires qui vont suivre :

1° Une jeune fille très-robuste, âgée de 17 ans, ayant de grandes attaques d'hystérie et de véritables accès consécutifs de délire, et ayant, en outre, à chaque contrariété, ou quelques jours avant son époque menstruelle, des étouffements, des oppressions, un sentiment de constriction à la gorge, des hilarités et des taciturnités non motivées, fut soumise par moi à la médication bromurée, il y a quinze mois. Le médicament, prescrit à la dose de 3 grammes par jour, en solutions, amena des troubles gastriques et fut assez mal toléré. Pendant six mois j'ai administré le sirop de Henry Mure, au bromure de potassium (exempt d'iodure), et tous les accidents nerveux ont rapidement cessé. La guérison est complète aujourd'hui; l'état des facultés intellectuelles ne laisse rien à désirer, et la jeune fille est devenue douce, expansive et confiante, d'irritable, de violente et de soupçonneuse qu'elle avait toujours été.

2° Une fille de 22 ans, passant pour être *très-nerveuse*, et ayant un peu de chloro-anémie, était fréquemment sujette à des palpitations, à des spasmes et à des crises convulsives hystériques. Son caractère était bizarre, fantasque ; son imagination était exaltée et son appétit capricieux. Les pilules de bromure de potassium ferrugineux n'amenèrent aucune sédation; les préparations martiales les plus ordinairement employées échouèrent également, et l'on cessa

tout traitement. Le 17 janvier dernier, je fus appelé en toute hâte, et j'assistai à une série d'attaques graves d'hystérie, avec mouvements désordonnés, soubresauts, impulsions, cris, violences, etc. J'épuisai d'abord toutes les préparations d'éther, de chloroforme, de musc et de valériane; puis, quinze jours après, j'instituai un traitement par le sirop de Henry Mure, au bromure de potassium, et depuis plusieurs mois la guérison est radicale. La malade a engraissé, a repris du teint, de la gaieté, et n'a plus la moindre trace de son ancienne affection.

3° Une veuve, âgée de 37 ans, qui aurait, paraît-il, commis autrefois les plus grands excès, était atteinte de migraines périodiques, de prostration mélancolique à certains moments, de *tædium vitæ*, de pleurs sans motifs, d'attaques de nerfs, puis d'exaltation intellectuelle, d'exubérante loquacité, et même d'excitation génitale très-vive, eut un jour plus de cinquante accès d'hystérie. Le même traitement que dans les deux cas précédents a amené le même résultat, avec cette circonstance en plus, que le bromure de potassium a eu sur l'appareil sexuel l'action la plus calmante, la plus réfrigérante, si je peux m'exprimer ainsi.

4° Une femme de 53 ans, ayant été hystérique de 18 à 42 ans, et ayant eu neuf enfants, dont deux moururent au milieu de convulsions épileptiformes, fut surprise, il y a trois ans, peu de mois après la cessation définitive du flux menstruel, par une perte subite de connaissance, avec quelques mouvements convulsifs du côté gauche, morsure légère à la langue, émission involontaire d'urine, etc., etc. Je ne pensai pas alors à l'épilepsie possible, à cause des antécédents purement et simplement hystériques de la malade; mais cette femme s'étant rendue à Paris, à l'occasion de l'exposition universelle de 1867, un médecin très-versé dans la connaissance des maladies nerveuses porta le diagnostic : *hystéro-épilepsie*. Le bromure de potassium fut conseillé. J'administrai alors une, deux, puis trois cuillerées à bouche d'une solution bromurée; mais la détestable qualité du bromure de potassium finit par déterminer un amaigrissement notable, de l'enchifrènement, de la laryngo-bronchite, de la dyspepsie, etc. Une amélioration des plus manifestes avait été cependant obtenue, mais la cessation prématurée de tout traitement laissa survenir une véritable rechute! Je donnai alors du sirop de Henry Mure pendant cinq mois consécutifs, et je déterminai la guérison la plus stable.

Je pourrais rapprocher de ces quatre observations trois cas de danse de Saint-Guy, dont deux avaient été inutilement traités par les bains sulfureux, la strychnine et la gymnastique, et le troisième par l'émétique. Ces trois cas (une jeune fille de 13 ans, un garçon de 11 ans et une petite fille de sept ans) ont été très-vite influencés par le sel bromique. La coordination des mouvements est devenue complète, et depuis longtemps déjà la guérison ne s'est pas démentie.

S'il me paraît si facile de conclure que le bromure de potassium est une véritable conquête pour la thérapeutique des affections nerveuses, du moins dois-je avouer que les médecins de la province sont bien mal partagés sous le rapport de la qualité du sel! On ne nous délivre en général que du bromure chloruré, iodure ou ferrugineux, alors que M. Gubler a cependant déclaré qu'il y avait entre le bromure de potassium et l'iodure de potassium la même incompatibilité qu'entre le bromure de potassium et le fer!

On trouve encore dans les pharmacies des solutions bromurées et des dragées ou pastilles bromurées, mais ces préparations ont de graves inconvénients. On ne peut pas, en effet, laisser directement le sel bromique en contact avec les membranes muqueuses; aussi les malades se refusent-ils bien vite à prendre ces préparations, tandis qu'ils acceptent sans répugnance un sirop bromuré très-scrupuleusement composé.

Je signalerai, à ce titre, le sirop de Henry Mure, qui, non-seulement renferme un sel bromique de la plus grande pureté chimique, mais qui encore est préparé avec un extrait d'écorces d'oranges amères très-agréable et très-tonique. Il n'a aucune propriété irritante, ne fatigue jamais les voies digestives, et détermine presque à coup sûr les effets sédatifs les plus remarquables sur tout le système nerveux. Il m'a rendu, ainsi qu'on vient de le voir, de tels services dans ma pratique, que je suis convaincu de faire une œuvre utile en le recommandant spécialement à mes confrères.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 2 novembre 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un rapport de M. le docteur Bona sur le service médical des eaux minérales d'Évaux (Creuse) pour l'année 1867 (commission des eaux minérales); — 2° un rapport final de M. le docteur Montozen sur une épidémie de variole qui a régné à Laboissière (Mayenne) en février dernier (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° une note de M. le docteur Boëns (de Charleroy) sur l'allaitement par le lait de vache (commission de la mortalité des enfants); — 2° une lettre de M. le docteur Chassagny (de Lyon), qui demande l'ouverture d'un pli cacheté, déposé par lui le 12 octobre dernier.

M. le secrétaire annuel fait connaître la note contenue dans ce pli; il s'agit d'une nouvelle méthode pour pratiquer l'accouchement prématuré artificiel; l'appareil dont se sert M. Chassagny est constitué par deux ampoules de caoutchouc, solidaires et susceptibles de se gonfler isolément.

M. Devergie donne communication d'une innovation dans les rapports entre les médecins qui doivent consulter leurs confrères sans déplacement de leurs malades. M. Devergie a reçu, il y a quelques jours, de M. le docteur Puech (de Nîmes) une demande de consultation pour un de ses malades qui ne pouvait se rendre à Paris; elle était accompagnée d'une note très-nette et très-détaillée de la maladie (lupus tuberculeux de la face), avec une photographie de la région malade. C'est là, ajoute M. Devergie, une idée heureuse qu'il est juste de rattacher aux efforts faits dans ces derniers temps par M. Hardy, pour la reproduction photographique des maladies de la peau.

M. Gubler présente, au nom de M. Dieulafoy, l'instrument ci-dessous représenté, acompagné de la note suivante :

Aspirateur sous-cutané. — L'*Aspirateur sous-cutané* me paraît remplir deux conditions principales; je le propose : 1° comme moyen de diagnostic; 2° comme moyen de traitement. On sait combien il est parfois difficile de reconnaître la présence d'une collection purulente cachée sous des muscles et des aponévroses, au niveau de régions telles que la fesse, le cou, la fosse iliaque, ou située dans la profondeur d'organes tels que le foie ou le rein; l'observateur reste alors indécis sur la présence et sur la nature d'un liquide qui ne se trahit pendant quelque temps, ni par une tuméfaction notable, ni par la fluctuation. Il est vrai que l'état fébrile et la douleur sont des indications qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic; mais comment arriver à une certitude sur l'existence et le siége de la collection, comment savoir si l'intervention chirurgicale est *utile, urgente ou nuisible?* C'est afin d'éclairer ces questions, qui se présentent si souvent dans la pratique, qu'on avait imaginé le trocart explorateur. Mais cet instrument, loin de tenir ses promesses, paraît avoir manqué son but; il ne répond nullement à l'idée qui lui avait donné naissance; il porte avec lui sa propre condamnation, car il est à la fois trop gros et trop petit. Son calibre est volumineux; qu'on le compare en effet à ces fines aiguilles qui servent aux injections sous-cutanées, et l'on verra combien il mérite peu le nom de capillaire qui lui a été donné; et cependant, malgré ce diamètre relativement considérable, il s'oppose bien souvent à l'écoulement des liquides, pour peu que celui-ci soit épais, ou que la lumière de la canule soit oblitérée.

C'est pour remédier à ces inconvénients qu'il m'a paru bon de faire construire, par nos ingénieux fabricants MM. Robert et Collin, de longues canules-trocart, d'un volume si exigu que les organes les plus délicats puissent être traversés par elles sans en être plus incommodés que par les aiguilles à acupuncture, dont on connaît la parfaite innocuité. Cette canule-trocart, munie de deux fentes à son extrémité, est introduite à la recherche du liquide supposé; il est facile de faire le vide au moyen du piston d'une seringue, et l'on est aussitôt renseigné sur la présence, le siége et la nature de la collection.

Le siége est déterminé par la direction et la profondeur données à la canule, puis l'examen microscopique peut en révéler la nature la plus intime.

Qu'il s'agisse de *kystes*, de collections *séreuses, hématiques, purulentes* ou *urineuses*, ce moyen d'exploration est applicable à tous les cas.

Je viens de parler de *l'aspirateur sous-cutané* comme moyen d'exploration, je vais l'envisager comme moyen de traitement. On peut, à l'aide de l'instrument, vider les épanchements articulaires sans qu'il y ait à redouter l'introduction d'une seule bulle d'air, et sans qu'une piqûre aussi minime soit capable d'entraîner des accidents de traumatisme. Un traitement analogue ne serait-il pas applicable aux épanchements survenant dans le péricarde? L'expérience dira si ce procédé ne serait pas préférable à la paracentèse de l'enveloppe cardiaque, opération difficile et pleine de dangers. Je signalerai aussi l'aspiration de l'urine dans les cas de rétention, l'extraction du liquide dans des pleurésies enkystées, dans les abcès par congestion, etc.

L'écoulement du liquide peut être rendu continu grâce à deux robinets alternativement ouverts et fermés, et situés, l'un et l'autre, à l'extrémité de la seringue. Si l'injection d'un liquide quelconque, teinture d'iode ou alcool, est jugée nécessaire, on peut la pratiquer séance tenante et sans déplacer l'instrument, l'aspiration du liquide à injecter se faisant par l'ajutage inférieur.

L'aspirateur sous-cutané est encore destiné à expulser le gaz qui s'accumule en si grande quantité dans les occlusions intestinales, et qui deviennent dans d'autres circonstances un des obstacles à la réduction de certaines hernies.

Enfin, le même procédé peut rendre service quand il s'agit de pratiquer des émissions sanguines, soit qu'on plonge directement l'aiguille dans une veine ou dans une artère, soit qu'elle ait pour but de drainer et de dégorger des parties hyperémiées, telles que les hémorroïdes étranglées ou turgescentes.

Je désire mettre en relief, un point fort utile dans le maniement de l'instrument; quand on a fermé les deux robinets, et qu'on a fait le vide dans le corps de pompe, le piston peut être arrêté dans le haut de sa course, de telle sorte que, l'aiguille étant préalablement introduite dans l'organe à explorer, il suffit d'adapter l'aspirateur et d'ouvrir le robinet correspondant, pour voir le liquide, se précipiter de lui-même et envahir rapidement le corps de pompe, sans que le moindre mouvement soit nécessaire de la part de l'opérateur.

M. J. Guérin communique, de la part de M. Maillot, inspecteur du service de santé militaire, un extrait d'un mémoire de M. Widal, médecin-major à l'hôpital militaire de Milianha (Algérie), relatif aux éruptions consécutives à la vaccination, observées en Algérie.

« En août 1862, dit M. Widal, je fis vacciner mon enfant, âgé de 3 mois, par M. Desarbres, médecin de colonisation. On se servit du vaccin conservé entre deux verres et provenant d'un enfant vacciné une quinzaine de jours avant et très-bien portant. Trois piqûres pratiquées sur chaque bras de l'enfant furent suivies, dès le huitième jour, de l'apparition de six pustules vaccinales très-belles et parfaitement classiques; une inflammation phlegmoneuse très-vive et qui fit presque le tour du bras, se déclara en même temps et dura jusqu'au onzième jour. Le douzième jour seulement l'enfant eut de la fièvre, sa langue se chargea, sa face pâlit; il s'était amaigri notablement, et ne cessa de jeter des cris. Le lendemain, c'est-à-dire le treizième jour après l'inoculation, on remarqua sur ses flancs et sa poitrine quelques taches roses assez semblables à celles d'une rougeole commençante...

J'en fis part à M. Arondel, médecin-major des zouaves, qui avait vacciné un grand nombre d'enfants pendant son séjour à Coléah. Ce confrère me rassura en me disant que la plupart des enfants qu'il avait vaccinés dans le courant de l'année avaient présenté des éruptions de formes diverses, accompagnées d'accidents généraux, et que ces enfants avaient guéri, au bout de dix à quinze jours, sans accidents ultérieurs. Aucun des enfants qui avaient fourni le vaccin n'avait présenté de symptôme syphilitique ni de mal quelconque au moment de la vaccination. »

M. Widal ajoute dans sa relation d'autres faits analogues.

Sur l'invitation de M. le président, M. Barth annonce à l'Académie que M. Boullay est atteint d'une congestion pulmonaire qui met son existence en danger.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la vaccine animale. La parole est à M. Depaul.

Suite de la discussion sur la vaccine animale

M. Depaul, en prenant la parole à propos de la discussion sur la vaccine, dépose sur le bureau trois observations de syphilis vaccinale; il s'agit de trois enfants, dont l'un né d'une mère syphilitique, fournit du vaccin aux deux autres. Ils ont tous les trois présenté les mêmes accidents syphilitiques. Deux d'entre eux furent soumis à un traitement par le protoiodure de mercure, et ont guéri; le troisième est mort. Ce n'est là, dit M. Depaul, qu'une simple présentation.

Je n'aurais pas redemandé la parole pour la discussion sur la vaccine, dit M. Depaul, sans un incident nouveau de la plus haute importance qui m'y a obligé. Je le dois à M. Roger et à moi-même; Je le dois surtout à mes confrères du Morbihan. Je commencerai par demander pardon à M. Bouchardat de ce qu'il a appelé la violation des usages académiques, et par le prier d'effacer cela. Comment se fait-il, s'est écrié M. Bouchardat dans son indignation, que le nom de M. Chauveau ne soit même pas venu à vos lèvres? J'avoue, en effet, qu'il n'y est pas venu; outre que je ne suis pas aussi enthousiaste que M. Bouchardat des expériences de M. Chauveau, je ne vois pas quel rapport il peut y avoir entre ces expériences et la discussion.... je n'en remercie pas moins M. Bouchardat du rôle de médiateur qu'il a voulu prendre dans cette discussion; mais j'aurais mieux aimé, je l'avoue, le voir, comme M. Hérard, faire des expériences par lui-même et nous en apporter les résultats. Quant à ce que M. Bouchardat a dit de la thèse de M. Bourdais, comme j'y dois revenir tout à l'heure, je passe outre, et j'arrive aux observations de M. Hérard.

Nous ne sommes pas si loin de nous entendre avec M. Hérard; nous sommes, en effet, d'accord sur plusieurs points. M. Hérard, sans idée préconçue, a voulu se faire une opinion sur cette question, et il a fait de nombreuses expériences. 96 fois sur 100 d'un côté, 82 de l'autre, il a réussi. Il croit donc à la syphilis vaccinale. Nous sommes donc absolument du même avis, et M. Hérard n'est donc pas, comme le prétend M. Guérin, mon contradicteur dans cette discussion; du reste, d'après M. Guérin, tous sont mes contradicteurs. C'est ce que nous allons voir.

M. Ricord est plutôt pour les doctrines anciennes; il ne croit pas à la dégénérescence de la vaccine, mais il croit à la syphilis vaccinale et à l'utilité de la vaccination animale. C'est tout ce que je demande.

Quant à M. Vernois, j'avoue que je suis fort étonné de l'entendre dire que le vaccin ne dégénère pas, et traiter cela d'hypothèse, pour quelques expériences faites à Lariboisière et à Beaujon, expériences qui ne reposent que sur 17 cas. Mais ne voyons-nous pas, en temps d'épidémie, des gens très-forts, très-robustes, être atteints par la variole, quoiqu'ils aient été vaccinés dans leur enfance? A cette occasion, je vous citerai le cas d'un monsieur jouissant d'une santé parfaite, se trouvant dans les meilleures conditions d'hygiène, qui va voir son domestique pris de variole, à l'hôpital, et qui lui-même, quelques jours après, était atteint par cette maladie. Je m'élève donc contre les assertions de M. Vernois.

M. Marotte s'est un peu effarouché en m'entendant parler de la dégénérescence du vaccin, et cependant il ne le nie pas, M. Marotte veut, en outre, que l'on cultive la vaccination animale; il n'a pas pour elle la même préférence que moi, mais il veut que les deux vaccines marchent côte à côte, et je partage complétement à cet égard l'opinion de M. Marotte.

Pour M. Bonnafont, il ne nous a rien appris de nouveau en nous disant qu'il y avait beaucoup de personnes ayant des certificats de vaccine et n'ayant pas été vaccinées. Il y a trente ans que de pareilles choses se passent : cela n'a donc fait avancer la question en rien. Quant au conseil que nous donne, en terminant, M. Bonnafont, de nommer un vaccinateur par canton, cela existe parfaitement.

Quant à M. Guérin, je n'aurai que très-peu de choses à lui dire. M. Guérin prétend qu'il a substitué un programme nouveau au rapport en discussion. C'est-à-dire que M. Guérin a porté la question sur un terrain où nous avons bien voulu le suivre : le terrain de la syphilis vaccinale. Sachant de mon côté que la syphilis vaccinale est extrêmement rare, je me suis empressé de rassembler tous les faits qui se sont présentés. M. Guérin en a appelé à M. Blot, qui a écrit le contraire de ce qu'il lui a fait dire; puis M. Guérin en arrive enfin à ce qu'il a appelé la culture de la vaccine. Mais voilà déjà longtemps que nous attendons que les lois nous en soient connues. S'il est vrai que M. Guérin ait trouvé le moyen de régénérer la vaccine, nous le supplions qu'il nous le donne; à sa place, moi, je me croirais coupable de garder si longtemps un secret si précieux.

Aussi suis-je plus porté à croire que M. Guérin n'en sait pas plus long que nous à ce sujet. Tout ce qu'il a dit là-dessus a été dit avant

que nous ne fussions nés l'un et l'autre. Je soupçonne donc très-fort M. Guérin de n'avoir de culture de la vaccine que dans son esprit, ou sinon je le supplie de nous mettre en mesure de savoir à quoi nous en tenir.

Pour ce qui regarde la syphilis vaccinale, j'arrive aux faits d'Auray. Voici, en deux mots, l'état de la question : en 1861, les médecins d'Auray furent prévenus, qu'à la suite d'un certain nombre de vaccinations pratiquées dans les environs, il se montrait une affection inconnue jusqu'ici, et qui effrayait beaucoup les familles. Ces messieurs, avec un dévouement digne d'une autre récompense que celle qu'ils ont eue, se transportèrent sur les lieux; ils y observèrent tout avec le plus grand soin, et donnèrent le résultat de leurs observations ; l'autorité s'en émut ; une enquête fut jugée nécessaire, et nous partîmes, M. Roger et moi, pour Auray, le 19 août. Il y avait juste deux mois et une semaine que les enfants étaient vaccinés. Nous nous mîmes en rapport avec les deux médecins d'Auray, qui nous conduisirent partout. Or, qu'avaient ces enfants quand nous les vîmes ? Vous le savez, puisque cela est consigné dans le rapport en question ; il est donc inutile d'y revenir. C'était bien de la syphylis au 2e degré ; une ulcération qui a toujours débuté au bras avec les caractères que vous savez, et quelques jours après, apparition sur toutes les parties du corps de roséole, puis de pleïades ganglionnaires indolentes aux aisselles, et enfin de plaques muqueuses aux parties génitales. Nous avons vu 62 enfants ; nous avons dit ceux qui ont été atteints et ceux qui ne l'ont pas été ; car il y en a qui n'ont pas présenté la moindre trace de syphilis; nous étions conduits par MM. Closmadeuc et Denys. Toutes les observations ont été prises par M. Roger et moi avec le plus grand soin. Quant au traitement, nous avons inscrit ceux qui ont été traités et ceux qui ne l'ont pas été. Nous avons donc trouvé, sur un grand nombre de ces 62 enfants, des accidents de syphilis aussi faciles à diagnostiquer qu'une fracture, suivant l'expression pittoresque de M. Ricord.

Or, trois ans après, M. Bourdais, n'ayant que quatre années d'études médicales, va faire une nouvelle enquête. J'ai la conviction que M. Bourdais a agi comme un débutant, ce n'est donc pas sa bonne foi mais son expérience que je mets en doute : sa thèse, en effet, est pleine d'erreurs. D'abord, il dit avoir vu 70 enfants, alors que M. Roger et moi n'en avons vu que 62. Ici M. Depaul analyse la thèse de M. Bourdais. L'auteur de cette thèse prétend que les enfants n'ont pas été traités. M. Depaul donne les preuves du contraire en faisant connaître à l'Académie la protestation énergique de Mme X..., qui a soigné une grande partie de ces enfants, ainsi que des lettres de MM. Denys, Blaise (d'Auray) et Closmadeuc, qui tous protestent contre les assertions contenues dans la thèse de M. Bourdais. Enfin M. Depaul se demande si l'on peut hésiter un seul instant entre l'expérience reconnue d'hommes qui ont vieilli dans la pratique comme ces messieurs, M. Roger et lui, et l'inexpérience d'un débutant comme M. Bourdais.

M. Guérin, dit en terminant M. Depaul, me reproche surtout d'être l'accusateur de la vaccine jennérienne. Oui, je suis l'accusateur de la vaccine jennérienne en ce qu'elle a de mauvais. J'y vois un danger, petit il est vrai, très-peu fréquent, mais un danger qui n'en existe pas moins ; il faut donc s'en préserver. Il me semble impossible que m'adressant à des médecins, il y ait la moindre hésitation. Il est vrai que nous ne savons pas tout, nous avons dit nous-mêmes qu'il y avait là une lacune, mais je n'en persiste pas moins à vous donner ces cas comme des cas de syphilis vaccinale.

— La discussion générale est close. La discussion sur les conclusions aura lieu dans une autre séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 19 octobre 1869 :

Il y a lieu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire de clinique interne, vacante à la Faculté de médecine de Paris.

Faculté de médecine de Paris. — M. Béhier, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris (service de la Pitié), est attaché, au même titre, au service de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Grisolle, décédé.

Faculté des sciences de Caen. — M. Viellard, docteur en médecine, est nommé préparateur des cours de géologie, minéralogie et botanique à la Faculté des sciences de Caen.

— Le concours pour le prix de l'internat est commencé.

Le jury du concours est composé comme il suit : Médecins : MM. Hardy, Lasègue, Triboulet, Hillairet; chirurgiens : MM. Richet, Voillemier, Liégeois.

Questions pour les internes de la 1re division (3e et 4e années) : anatomie et physiologie de la glotte ; l'aphonie ;

Pour les internes de la 2e division (1re et 2e années) : anatomie et physiologie de l'iris; iritis.

— Nous publirons, dans un de nos prochains numéros, un jugement excessivement intéressant sur la question suivante :

Absence des organes distinctifs du sexe. — Nullité de mariage.

AVIS

Un certain nombre de vacances venant de se produire, par le passage d'abonnés à 15 fr., dans la classe des abonnés à 20 fr., nous prévenons les confrères qui voudraient bénéficier de ces vacances (acte de donation du 10 octobre 1853), qu'ils n'ont qu'à nous en donner avis, en joignant un mandat-poste de 15 fr. pour leur abonnement annuel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pronostic et traitement de l'épilepsie. — Succès remarquables obtenus par l'emploi du bromure de potassium à haute dose, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Paris, 1869. Une broch. in-8°. Prix : 1 fr. 25.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des bruits dus aux mouvements systoliques et diastoliques du cœur et des gros vaisseaux qui siégent dans une portion du poumon sain.

Dans la Revue clinique du 23 octobre, nous avons emprunté à la thèse de M. le docteur P. Choyau l'exposé des faits qui établissent l'existence de bruits pleuraux et pulmonaires dus aux mouvements du cœur. Les bruits pulmonaires sont de deux sortes, avons-nous dit; ils peuvent se produire dans une portion de poumon malade ou dans une portion de poumon sain. Nous avons exposé les faits relatifs à la transmission de bruits à travers le poumon malade; il nous reste à faire connaître la partie du travail de M. Choyau qui est relative aux bruits qui siégent dans une portion du poumon sain.

Cette variété de bruits pulmonaires a été mentionnnée par Laënnec; elle a été signalée depuis par plusieurs auteurs anglais, en particulier par Richardson, qui en a fait le sujet d'un travail publié en 1860 dans le *Medical Times*, et par Thorburn. M. Woillez en a fait connaître un exemple à la même époque.

M. Choyau ajoute à ces faits trois observations qu'il a recueillies dans les hôpitaux de Paris, et dont l'analyse lui a permis de compléter l'étude de ce phénomène physiologico-pathologique. Dans aucune de ces observations, on ne put trouver ni endocardite, ni péricardite ancienne ou récente, pour expliquer le bruit de souffle entendu pendant la vie; dans toutes, le poumon était maintenu par des adhérences au-devant du cœur, qu'il recouvrait plus ou moins complétement. Dans les deux premières, la cause et le siége du bruit de souffle ont été reconnus. Dans la troisième, une erreur de diagnostic fut commise.

La première observation était un cas de péritonite aiguë généralisée, ayant eu probablement son point de départ dans la congestion ovarique liée à l'époque menstruelle. On entendait, chez cette malade, un bruit de souffle à la région précordiale, dont les caractères particuliers attirèrent l'attention de l'observateur. Son existence à toutes les systoles cardiaques qui coïncidaient avec l'expiration, sa disparition régulière pendant toute la durée de l'inspiration, suffisaient pour le différencier des bruits de souffle d'endocardite ou d'anémie. L'auscultation, faite à plusieurs reprises, donna toujours les mêmes résultats. Pendant l'expiration, le premier bruit, normal, était accompagné d'un souffle très-manifeste, et pendant l'inspiration, on entendait les deux bruits du cœur nets, bien frappés, séparés par les deux silences. Toute idée de lésion valvulaire fut bien vite rejetée, et se rappelant les observations de Richardson et de Thorburn, M. Choyau pensa qu'il s'agisssait là d'un bruit se passant dans le poumon placé au-devant du cœur et comprimé brusquement à chaque contraction vasculaire.—A l'autopsie, M. Choyau a pu constater que l'origine de l'aorte et l'artère pulmonaire, ainsi que la presque totalité du cœur, étaient recouvertes par une portion considérable du poumon gauche. L'examen du cœur n'a révélé aucune lésion qui pût produire le bruit de souffle entendu chez la malade. — Si ce bruit insolite n'existait qu'à l'expiration, c'est qu'à ce moment la compression du poumon, à chaque systole ventriculaire, était portée à son summum, les parois thoraciques étant alors beaucoup plus rapprochées du cœur que pendant l'inspiration.

Chez un second malade, atteint de phthisie pulmonaire, un bruit de souffle, synchrone à la systole cardiaque, se faisait entendre dans le 3e et surtout dans le 4e espace intercostal, du côté droit. Il se faisait entendre pendant la dernière moitié de l'inspiration et de l'expiration, et dans toutes les positions indistinctement. Il disparaissait pendant la fin de l'expiration; on entendait alors les deux bruits du cœur nets, réguliers, sans mélange de bruits anormaux. Cet homme ayant succombé, à l'ouverture du thorax, on ne trouva aucune lésion vasculaire, mais on constata que les deux poumons se rejoignaient complétement à la partie inférieure de la poitrine et ne laissaient entre eux qu'un très-petit intervalle à la partie supérieure; ils cachaient complétement le péricarde et étaient maintenus dans cette position par des adhérences anciennes et résistantes. Il était évident que ce bruit de souffle ne pouvait être regardé comme le signe d'une lésion valvulaire. Le fait seul de la disparition régulière du bruit de souffle, à un moment donné, toujours le même, de la respiration, suffisait déjà pour faire nier, d'une façon absolue, toute maladie du cœur. Aussi M. Choyau n'a-t-il pas hésité à placer ce bruit insolite dans le poumon comprimé à chaque systole ventriculaire, à le regarder comme un bruit respiratoire modifié, recevant du cœur et des gros vaisseaux un rhythme cardiaque. La sonorité que donnait la percussion dans le 4e espace intercostal confirmait cette opinion.

Le troisième fait a trait à une malade atteinte d'albuminurie chronique. L'auscultation du cœur avait fait entendre un bruit de souffle au premier temps, à la base, presque sous le sternum. M. Vigla, dans le service de qui se trouvait la malade, avait cru à un rétrécissement aortique. Ce souffle coïncidait avec une hypertrophie considérable du cœur, un pouls petit et une très-grande quantité d'albumine dans les urines. Le diagnostic fut : néphrite albumineuse, rétrécissement aortique avec hypertrophie cardiaque consécutive. Restait à savoir si la néphrite était ou non sous la dépendance de la lésion aortique : la très-grande proportion d'albumine, l'absence de troubles de la circulation capillaire, permettaient de supposer que les deux maladies s'étaient développées, au début du moins, indépendamment l'une de l'autre, et que l'albuminurie avait précédé le rétrécissement aortique.

Cette malade a succombé à des phénomènes d'asphyxie dus à une congestion pulmonaire double, survenue très-probablement sous l'influence de la néphrite albumineuse.

L'autopsie a révélé des lésions rénales telles qu'on les avait présumées, et un cœur notablement hypertrophié, mais sans rétrécissement aortique. Le léger épaississement du bord adhérent de l'une des valvules n'était pas suffisant pour donner lieu à un rétrécissement et produire un bruit de souffle. Il existait une adhérence intime du péricarde et du bord antérieur du poumon droit, qui recouvrait la presque totalité du cœur, surtout au niveau de sa base, ainsi que l'aorte et l'artère pulmonaire. Avec cette disposition, il était certain qu'à chaque systole ventriculaire, le cœur, hypertrophié, comprimait énergiquement la partie du poumon droit située au-devant de lui; que l'aorte surtout, distendue par l'ondée sanguine que projetait avec vigueur le ventricule gauche, venait aussi refouler le parenchyme pulmonaire qui lui adhérait.

Les observations précédentes autorisaient à conclure que, dans de semblables conditions anatomiques, la dilatation brusque de l'aorte, le choc du cœur contre le poumon, pouvaient produire un bruit anormal, un véritable souffle qui, chez la malade, a fait croire à un rétrécissement aortique qui n'existait pas. La dyspnée, les palpitations, l'hypertrophie du cœur, le siége du bruit de souffle près du sternum, mais surtout sa coïncidence avec toutes les systoles cardiaques, rendaient l'erreur de diagnostic presque inévitable. Cette autopsie est venue donner une explication satisfaisante de tous les phénomènes morbides observés durant la vie : néphrite chronique amenant consécutivement une hypertrophie du cœur, d'où dyspnée, palpitation, hémorrhagie, etc., souffle se passant dans le poumon droit, là où ce poumon se trouvait maintenu par des adhérences au-devant du cœur.

M. Choyau, se demandant comment se produit ce souffle, quel en est le mécanisme, croit pouvoir les expliquer par ce fait, qu'à chaque systole du cœur, l'air, chassé d'un certain nombre d'alvéoles pulmonaires, pénètre avec force dans les lobules voisins, et, passant des dernières ramifications bronchiques dans les cellules pulmonaires, produit alors un bruit inspiratoire partiel, qui revêt le caractère soufflant par suite de la vitesse que communique à la veine fluide, formée dans ces conditions, la contraction brusque du ventricule. Ces souffles pulmonaires seraient donc le plus souvent des bruits expiratoires, quelquefois inspiratoires, revêtant dans tous les cas le caractère soufflant à cause de la vitesse que communiquent à l'air, dans une petite limite du poumon, les mouvements alternatifs du cœur.

Affection du larynx (inflammation avec boursouflement de la muqueuse et spasme de la glotte). — Trachéotomie.

Dans une note annexée à notre Revue du 25 septembre dernier, nous avons signalé, en passant, l'état d'un malade couché dans les salles de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, et sur lequel M. Ball avait bien voulu appeler notre attention. Ce malade, présentant à ce moment tous les symptômes d'un spasme de la glotte qui menaçait immédiatement sa vie, M. Ball jugea à propos d'appeler le concours de M. le docteur Krishaber, qui avait déjà examiné le malade, pour pratiquer, s'il y avait lieu, la trachéotomie. Nous devons à l'obligeance de ces deux savants confrères de pouvoir donner sur ce malade des renseignements intéressants, en attendant que son histoire puisse être complétée.

Voici d'abord quel a été le résultat de l'examen laryngoscopique fait avant le moment où nous avons vu le malade, c'est-à-dire avant l'invasion des accidents de suffocation qui ont nécessité la trachéotomie.

On constata une enflammation très-intense de la muqueuse de toute la cavité du larynx, avec boursouflement allant jusqu'au prolapsus de la partie de la muqueuse qui recouvre le ligament thyro-arythénoïdien supérieur du côté droit. Les cordes vocales inférieures — est-ce par le simple fait d'un spasme causé par l'intensité de l'inflammation, ou y a-t-il une lésion sous-muqueuse que le laryngoscope ne peut faire voir? — les cordes vocales inférieures sont complétement adossées et immobiles : leur écartement dans les plus profondes inspirations est à peine de 2 à 3 millimètres dans la portion inter-aryténoïdienne, par conséquent dans la partie la plus large de la glotte. Ces ligaments sont, en outre, rouges et légérement tuméfiés. Y a-t-il, en dehors de ce que l'on peut voir, altération des muscles ou des articulations du larynx? Y a-t-il une paralysie des filets du crico-aryténoïdien postérieur? On ne saurait le dire. Ce qui est sûr, c'est que ce dernier muscle n'agit point. En cet état de choses, on convient d'administrer au malade 2 grammes d'iodure de potassium par jour, et de faire la trachéotomie si la difficulté respiratoire augmentait.

Le lendemain, les accès de suffocation devinrent extrêmes; M. Krishaber fut de nouveau mandé dans l'après-midi, et rencontra auprès du malade M. Ball et M. Bouchard. L'intervention chirurgicale fut arrêtée et mise à exécution : M. Krishaber fit la trachéotomie. L'opération s'était passée très-normalement, et le malade respira tranquillement par une canule de moyen calibre. Le traitement à l'iodure de potassium fut maintenu. Sur le conseil de M. Krishaber, aucun traitement local ne fut institué. Après quinze jours, l'état général du malade était excellent, mais la respiration par le larynx était encore absolument impossible : l'iodure de potassium fut suspendu, vu son inefficacité.

Le 30 octobre, le malade, examiné de nouveau, offrait un aspect bien différent. *Sous la seule influence du repos du larynx*, rendu possible par la présence de la canule trachéale, l'inflammation et le boursouflement de la muqueuse du larynx avait presque complétement disparu; les cordes vocales inférieures avaient repris leur couleur normale, mais elles étaient encore très-rapprochées l'une et l'autre dans les deux tiers antérieurs de la glotte : la canule fut provisoirement maintenue. Le malade se rend à Vincennes; mais devant revenir dans quelques semaines et se présenter à la consultation de l'Hôtel-Dieu, nous aurons à revenir sur l'issue définitive de cette observation.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté.

1re LEÇON (1).

(Recueillie par M. J. FINOT, élève du service.)

Tous les troubles que je vous signalais tout à l'heure, et bien d'autres encore, vous avez pu les observer chez la jeune fille couchée au n° 3, et qui est névropathique de la façon que vous allez voir. Elle est entrée à la salle Saint-Charles pour des *palpitations de cœur très-douloureuses* et se disant atteinte d'une maladie de cet organe. Vous entendez dans la région sus-mamelonnaire gauche et au premier temps du cœur un bruit de souffle très-intense, bien que doux; dans les vaisseaux du cou, un bruit de souffle continu, et enfin vous observez une décoloration très-prononcée de la face et des lèvres. Il n'est guère permis de prendre ce souffle cardiaque pour un signe de lésion organique, qui, dans l'espèce, serait un rétrécissement de l'orifice aortique, alors qu'il n'y a pas d'antécédents de rhumatisme, ni d'aucune des affections qui engendrent les lésions du cœur, que la malade est fort jeune et que sa menstruation se fait mal.

D'ailleurs, l'état névropathique de cette femme se manifeste d'une façon bizarre; elle est hystérique sans jamais avoir eu d'attaque, mais elle présente une anesthésie complète de toute la moitie droite du corps. Je dis anesthésie *complète*, attendu que cette jeune malade n'a pas seulement perdu la sensibilité de sa peau, mais celle de ses muscles, et non-seulement la sensibilité de ses muscles, mais celle de toutes les parties constituantes de la moitié de son corps. Elle est comme si elle n'était que la moitié d'elle-même. De sorte qu'ayant perdu cette merveilleuse synergie, véritable *consensus unus, conspiratio una* musculaires, en vertu desquels nous contractons, à un moment donné, et pour un acte volontaire, tout un système de muscles au degré

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 octobre.

où nous le voulons, de la façon que nous le voulons, et avec la conscience de l'action de ces muscles et de leur situation dans l'espace, elle est, comme les ataxiques, incapable de mouvoir les membres de la moitié droite de son corps dans l'obscurité, ou de leur faire exécuter rigoureusement les mouvements qu'elle désire. Elle est de plus hors d'état de les retrouver lorsqu'on lui ferme les paupières, et sa main gauche hésite longtemps alors à la recherche de sa main droite, qu'elle ne parvient même à découvrir qu'en allant de la poitrine à l'épaule et en suivant de celle-ci toute la longueur du bras. Quant à l'analgésie, elle n'est pas moins évidente que l'anesthésie. Vous m'avez vu maintes fois traverser, à l'aide d'une grosse épingle, un espace interdigital, sans que la malade, qui me regardait faire, sourcillâ seulement.

Pour la névralgie intercostale gauche, je vous en ai démontré l'existence en portant le doigt au-dessous du mamelon, au niveau du point où vient battre le cœur, et en appuyant vivement; la malade poussait aussitôt un cri de souffrance : j'avais pressé sur le point douloureux antérieur du cinquième espace; la même exploration donna le même résultat pour le sixième. Il en fut ainsi pour les points postérieurs d'émergence des cinquième et sixième nerfs intercostaux gauches; et enfin, vous avez pu voir, comme complément d'instruction, que les quatrième, cinquième et sixième apophyses épineuses souffrent à la pression.

Ainsi cette jeune fille, entrée pour une « maladie douloureuse du cœur, » n'a qu'une fausse maladie du cœur. Elle a, en réalité, les palpitations de l'anémie, une névralgie intercostale de même origine chez une personne nerveuse, et elle souffre de ses palpitations, parce que son cœur vient battre contre une paroi douloureuse.

Mais comme il y a de fausses maladies du cœur, de même il y a de *fausses maladies du sein*. Vous savez que le cancer de la mamelle est pour certaines femmes l'objet d'une terreur constante. Elles ont vu succomber à cette horrible affection quelqu'une de leurs compagnes, et elles redoutent pour elles le même sort. Que, dans cet état de préoccupation sans relâche, une douleur vienne à se faire sentir tout à coup sous le sein gauche, que cette douleur exacerbante simule la douleur lancinante du cancer, et voilà le feu mis aux poudres. On porte avec anxiété la main sur sa mamelle, et la pression semble augmenter la douleur; on palpe la mamelle en tous sens, et l'on finit par trouver en un point un lobule plus volumineux et plus dur : « C'est là qu'est le mal! » Et l'on s'en vient tout éplorée vous annoncer cette affreuse nouvelle qu'on est atteinte d'un cancer du sein! Vous examinez alors de sang-froid la prétendue tumeur, et vous découvrez ce qui est, ou un lobule plus gros ou plus consistant que les autres, sans avoir la dureté du squirrhe, ou ce que Velpeau a appelé la tumeur *adénoïde* du sein; en tout cas, rien de lamentable. Puis vous appuyez un peu plus bas, au-dessous du sein, cette fois, et vous trouvez aussi de la douleur; vous découvrez également des points douloureux latéraux et postérieurs dans les espaces intercostaux correspondants. Enfin, sans aucune précaution oratoire, vous exercez une pression suffisamment énergique sur une des apophyses épineuses de ces espaces, et la malade bondit en s'exclamant; votre diagnostic est fait : il n'y a pas de maladie du sein, c'est encore d'une névralgie intercostale qu'il s'agit. Vous pouvez parachever votre diagnostic et vous expliquer en même temps l'erreur de votre malade, en pinçant légèrement la peau au niveau des points intercostaux douloureux, car vous constatez alors cette hyperesthésie cutanée des régions en proie à la névralgie. Vous comprenez que, ces points douloureux une fois découverts, vous finirez par convaincre la malade que ce n'est pas sa mamelle qui souffre, mais la peau de celle-ci; et par lui faire entendre qu'elle a une névralgie, qu'elle est une femme nerveuse; ce qui, pour certaines dames, n'est pas autrement désobligeant et leur donne, à leurs propres yeux, je ne sais quel cachet de bonne compagnie.

Voilà donc comment, de proche en proche, la constatation d'un *point de côté* à la région cardiaque ou à celle de la mamelle vous a permis de chasser l'erreur de l'esprit de vos malades et de les rassurer; de découvrir ensuite derrière ce symptôme douloureux l'affection générale dont il est l'expression, anémie ou nervosisme, et de trouver enfin la cause de ceux-ci, soit dans une infraction à l'hygiène, soit dans la perturbation fonctionnelle ou la lésion d'un viscère important. Vous aurez donc à instituer une médication mixte, celle du symptôme et celle de l'affection protopathique.

Mais si les névralgies intercostales peuvent conduire les malades à l'erreur, elles peuvent parfois, au contraire, mener le médecin à la découverte d'une affection toute locale de la paroi thoracique.

Ainsi, vous aurez l'occasion de voir des individus, et je regrette de n'en avoir pas à vous présenter, qui, après un léger malaise général, ou même sans malaise appréciable, éprouvent une vive douleur de côté, entraînant parfois une certaine gêne des mouvements respiratoires. Cette douleur existe souvent du côté droit. Faisant alors un diagnostic anticipé ; « N'avez-vous pas des groupes de boutons de ce côté? » leur dites-vous. « Oui, vous répondent-ils, et comment le savez-vous? » Ces gens-là ont un *zona*.

Idiopathique, le zona est douloureux, mais sans l'être autant que s'il survient chez un rhumatisant et surtout chez un dartreux. Je n'ai ni le temps ni l'occasion de discuter ici la question de savoir si c'est l'éruption d'herpès zoster qui cause la névralgie, ou réciproquement. Mais ce qui a été signalé et ce que j'ai bien souvent vu, c'est que l'éruption suit le trajet d'un nerf en souffrance, et que les vésicules se groupent en îlots au niveau des foyers de douleur. Or, voulez-vous vous convaincre que ce n'est pas la peau qui souffre parce qu'elle est le siége d'une éruption, mais le nerf qui est au-dessous? Déplacez-la en la faisant glisser, et comprimez l'espace intercostal en appuyant sur de la peau *saine;* votre pression est douloureuse comme devant, et puisque ce n'est que le nerf qui a été pressé, il est bien évident que la douleur est névralgique.

Et ce qui le démontre encore bien davantage, c'est qu'un certain nombre de ces malades voient, au bout d'un temps parfois assez long (deux à trois semaines, par exemple), leurs vésicules d'herpès à éruptions successives se dessécher enfin, des croûtes les remplacer, puis tomber à leur tour, et néanmoins les douleurs persister, en prenant même, chez quelques-uns, de cruelles proportions. Et cela dure ainsi pendant des mois, surtout chez les vieillards. A ce sujet, laissez-moi terminer cette leçon par le récit d'une conversation qui avait lieu entre deux hommes également illustres; l'un, c'était mon maître Trousseau; l'autre, un de nos plus grands orateurs politiques, en même temps qu'il est notre grand historien national. — « Docteur, disait celui-ci à son médecin et son ami, depuis de longs jours je souffre atrocement de la poitrine; c'est un zona, je le sais; je sais aussi que vous allez me dire pour me consoler que c'est nerveux et que cela ne compromet aucune des grandes fonctions de l'organisme; mais enfin je souffre, et voudrais être soulagé, car je ne puis travailler, et il me faut néanmoins préparer mon discours du budget. — Votre discours du budget! répartit Trousseau; mais la session législative est à peine commencée, et quatre grands mois vous séparent encore de la discussion de ce budget. Est-ce donc ainsi que vous *improvisez* vos discours? — Ah! mon ami, dit l'orateur, on n'improvise que le bavardage! »

Je ne vous ai parlé jusqu'ici que des points de côté sans fièvre; je vous entretiendrai dans ma prochaine leçon de ceux que la fièvre accompagne.

ÉCLAMPSIE

A sept mois et demi de grossesse. — Chloroforme en inhalation. — Heureuse délivrance. — Guérison.

Par M. le docteur François (de Tilly).

Le 17 mai 1868, je fus appelé en toute hâte à Monthaisons, village situé à 7 kilomètres de ma résidence. Je trouve une femme en proie à un violent accès d'éclampsie. Mon confrère le docteur Dunoyer, de Dieuze (Meuse), qui a été appelé en même temps que moi, n'étant pas encore arrivé, je ne prescris aucun traitement, et je me contente d'observer la malade.

Un quart d'heure à peine se passe, et mon confrère arrive. Au même instant nous sommes témoins d'un nouvel accès très-violent : face grimaçante, yeux convulsés, agitation des bras, gémissements inarticulés, perte de connaissance, respiration bruyante, insensibilité de la rétine; pas d'écume à la bouche.

Il y a un œdème prononcé à la face, aux paupières, aux pieds et aux mains. Nous apprenons que, depuis quelques semaines, l'urine de cette femme laisse au fond du vase un dépôt analogue à du blanc d'œuf. Nous n'avons pu examiner l'urine chimiquement.

Mme C..., 38 ans, est d'une constitution robuste, sextipare; couches précédentes heureuses; elle est enceinte de sept mois et demi environ; pas le moindre commencement de travail.

Depuis plusieurs jours elle se plaignait de céphalalgie et d'un malaise inaccoutumé pour lesquels elle devait consulter aujourd'hui même, 17 mai, quand, vers 7 heures du matin, survint une grande agitation, puis plusieurs accès semblables à celui que nous venons de constater à 10 heures.

En présence d'un cas aussi grave, je proposai énergiquement et d'emblée les inhalations de chloroforme. J'étais bien aise de mettre à exécution la promesse solennelle que je fis à mes juges (lors de la soutenance de ma thèse) en 1863, de recourir *d'abord* au chloroforme dans les cas d'éclampsie (1).

Le docteur Dunoyer, qui, durant sa longue carrière, avait eu à traiter 5 ou 6 cas d'éclampsie, voulut bien me laisser agir, d'autant plus qu'il était loin de se louer du traitement classique.

Nous soumettons donc notre malade au chloroforme *inhalé*, selon les règles qu'ont si bien tracées mes vénérés maîtres, MM. Sédillot, de Strasbourg et Ed. Simonin, de Nancy.

Durant une heure et demie, je tins la malade anesthésiée complétement. Je dis *complétement*, car, en piquant avec une épingle les régions temporales, la peau des tempes ne réagissait point. Or, d'après M. Ed. Simonin, cette insensibilite aux piqûres d'épingle indique l'existence de l'insensibilité cutanée générale.

Nous obtenons d'emblée une intensité moindre dans les accès, puis une durée plus grande dans leur espacement. Ainsi les accès, qui se reproduisaient de quart d'heure en quart d'heure avant l'anesthésie, laissent maintenant à la malade une et deux heures de repos. Sitôt que la face commençait à grimacer, nous donnions le chloroforme, et l'accès était coupé court.

Nous manquâmes de chloroforme pendant quatre heures. Dans ce laps de temps, il n'y eut qu'un seul accès, mais assez intense. De nouveaux tressaillements apparurent, puis des accès beaucoup moins forts que ceux du matin. Enfin nous rendons du chloroforme durant quatre heures, c'est-à-dire qu'à la moindre grimace nous faisons respirer l'anesthésique.

A 9 heures du soir, il y a un commencement de dilatation du col. Plus d'accès depuis les 6 heures: respiration calme; pouls normal; persistance du coma.

Le 18, à 1 heure du matin, nouvel accès, mais léger. Le travail marche vite; dilatation presque complète; coma persistant. Plus d'accès dans la journée ni la nuit suivante; et le 19, à 4 heures du matin, la malade, étant toujours sans connaissance, accoucha d'un enfant vivant, mais très-petit, qui mourut deux ou trois jours après. Environ trois heures après sa délivrance, Mme C... recouvra la connaissance. Ne se souvenant de rien, elle ne se croyait pas délivrée, et elle n'en fut persuadée qu'au bout de deux ou trois jours. Elle se rétablit vite et put se lever dix jours après sa délivrance.

180 grammes de chloroforme furent employés.

(1) *Essai sur la valeur du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie des femmes grosses et en couches.* (Paris, 1863. Thèse pour le doctorat.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 1er octobre 1869. — Présidence de M. Lagneau.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Un volume intitulé : *Clinique médico-chirurgicale de la ville*, par M. Piorry (Paris, 1869);

2° La *Revue médicale de Toulouse*. 3e année, 8 août 1869;

3° Trois numéros du journal *le Sud médical* : 15 août, 1er septembre, 15 septembre 1869;

4° Le *Rendiconti statistico della clinica ottalmica*, par M. le docteur Giangiuseppe Reale. Napoli, 1869;

5° Le *Traité de la métallothérapie*, de M. le docteur Burq, comprenant ses recherches sur le cuivre contre le choléra, 1867;

6° Un numéro du *Journal de médecine mentale*, par M. Delasiauve;

7° Les articles Délire, Démence, du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par M. le docteur A. Foville.

La correspondance manuscrite comprend une note de M. le chef de la 1re section du secrétariat, à la préfecture de la Seine, priant la commission médicale de la Société d'examiner divers employés sollicitant leur mise à la retraite.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion de ce procès-verbal, M. Boinet demande la parole.

M. Boinet. A la lecture du procès-verbal de la dernière séance, à laquelle je n'ai pas assisté, je remarque que parmi tous les traitements qui ont été indiqués comme plus ou moins avantageux dans les fièvres intermittentes, on en a omis un qui cependant a donné de beaux succès; je veux parler du traitement des fièvres intermittentes par l'iode. On ne pourra pas adresser à ce médicament le reproche qu'il est d'un prix élevé, qu'il est d'une application difficile, et que, par conséquent, il n'est pas à la portée de tout le monde, comme le seraient le quinquina et l'hydrothérapie. Dans ces derniers temps, nos journaux de médecine ont relaté (1) les succès obtenus par l'iode contre la fièvre intermitente, par un médecin étranger, le docteur Willebrand, professeur de clinique médicale à l'Université de Helsingforse (Finlande). Ce confrère rapporte 20 observations remontant toutes à l'année 1868, dans lesquelles il a employé l'iode comme un remède spécifique contre la fièvre intermittente. Voici la formule :

Iode........................	1	gramme
Iodure de potassium..............	2	—
Eau distillée....................	10	—

On prend de cette solution 5 *gouttes* dans un verre à liqueur, d'eau ordinaire, toutes les deux heures.

Les fièvres intermittentes guéries par ce moyen seraient, d'après l'auteur, mieux à l'abri des récidives, que par l'emploi du quinquina.

Cette médication, quoique notre confrère de Finlande n'en dise mot et qu'il semble s'attribuer, est loin d'être nouvelle, et je l'ai employée il y a déjà plus de quinze à dix-huit ans. Je l'ai signalée dans les deux éditions de mon *Traité d'iodothérapie* (à la page 920, 2e édit.), et j'ai rappelé que plusieurs autres praticiens en avaient fait usage avec succès, surtout dans les fièvres rebelles aux préparations de quinquina; entre autres M. Seguin (d'Albi), qui a employé la teinture d'iode dans plusieurs cas de fièvre intermittente existant depuis plusieurs mois et même plusieurs années, et qui avaient été rebelles au sulfate de quinine. Il a publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, tom. XXXI, p. 179, un article intéressant à ce sujet. Il donne la teinture d'iode à la dose de 30 gouttes par jour, à prendre en trois fois dans une petite quantité d'eau sucrée. Suivant M. Seguin, c'est surtout dans les cas où le sulfate de quinine ne produit aucun résultat que la teinture d'iode triomphe parfaitement des accès.

M. le docteur Barbaste a rapporté des faits du même genre, et on trouvera, dans *le Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*, que M. Barilleau a aussi employé la teinture d'iode contre la fièvre intermittente. Sur 40 cas qu'il a traités, il a vu disparaître 37 fois la fièvre. La formule est la même que celle de ses devanciers : 30 gouttes de teinture d'iode dans une infusion de camomille; mais on peut élever successivement la dose, suivant l'effet produit, jusqu'à 40, 50 ou même 60 gouttes, et en faire continuer l'usage plusieurs jours après la disparition des accès fébriles. La formule que nous avons suivie est de 30 à 40 gouttes de teinture d'iode iodurée ou rendue soluble par l'addition de quelques grains de tannin, dans un quart de tasse de chiendent ou de petite centaurée.

Tous les faits observés jusqu'à ce jour semblent donc permettre de placer l'iode à côté du quinquina pour guérir les fièvres intermittentes. Peut-être même l'iode l'emporte-t-il sur le quinquina en ce qu'il éteint la disposition aux rechutes. C'est à l'expérimentation clinique de prononcer, et nous engageons nos confrères à essayer l'iode, qui, par son bas prix relatif, rendrait d'immenses services aux populations pauvres exposées aux fièvres produites par l'intoxication paludéenne, et au gouvernement, qui, pour l'Algérie, dépense des sommes énormes pour l'achat du sulfate de quinine.

M. Perrin. En vous rendant compte du travail de M. le docteur Mazel, j'avais dû rappeler sa méthode de traitement par les exutoires dans les cas où la médication quinique, où les toniques reconstituants avaient échoué. Je vous disais, avec M. Mazel, que ce n'était pas là une méthode nouvelle, que c'était le retour à la mé-

(1) *Archives de médecine*, juillet 1869.

thode du médecin ancien avant la découverte du quinquina, applicable surtout aux cas où les fièvres palustres invétérées avaient entrainé cette cachexie qui leur est spéciale, des engorgements viscéraux de la rate et du foie qui les caractérisent. M. Mazel présentait cette médication comme une ressource à ajouter aux autres moyens thérapeutiques quand ceux-ci resteraient impuissants. J'ai cru pouvoir partager son opinion. Pour ma part, j'ai eu occasion, en Touraine, de traiter des fiévreux suivant les procédés de Gendron, de Bretonneau; mais j'avoue que si j'ai alors toujours obtenu des succès avec le quinquina, c'est que jamais je n'avais eu affaire à des cas aussi graves que ceux signalés par M. Mazel. Du reste, à propos de la méthode de Bretonneau, Bretonneau modifiait suivant les circonstances, donnant le sulfate de quinine tantôt à doses massives, mais tantôt aussi à doses fractionnées.

Pour en revenir au point de départ de la discussion, la médication vantée par M. Mazel, médication qui, je le répète, n'est pas nouvelle, cette médication doit rester.

M. BRIQUET. Ce que viennent de dire ces messieurs, ce qui a été dit dans la dernière séance est à coup sûr excellent. Cela se résume en ceci : rappeler les succédanés de la médication par le quinquina; succédanés que le médecin est heureux d'avoir. Cependant, je ferai cette observation, que dans bien des circonstances si le quinquina ou le sulfate de quinine échouent dans les fièvres intermittentes palustres, c'est parce qu'ils sont mal administrés.

Le quinquina et le sulfate de quinine ne sont pas la même chose: le premier renferme le second, comme il renferme d'autres alcaloïdes; mais ces alcaloïdes se trouvent combinés avec des substances qui les fixent, particulièrement avec le tannin, qui empêche, ou tout au moins gêne leur dissolution dans les liquides de l'estomac, de telle sorte que les règles d'administration applicables au quinquina ne le sont plus au sulfate de quinine, dont l'absorption se fait rapidement, tandis que l'estomac agira infiniment plus lentement sur le quinquina ingéré en nature.

A mon avis, le quinquina n'a aucun mérite en tant que médiocrement fébrifuge, dont le meilleur est celui qui est le plus soluble possible. A ce titre, le sulfate de quinine, et surtout le sulfate acide, le bisulfate, est le fébrifuge par excellence. On a vanté le tannate de quinine, je l'ai essayé, et j'y ai renoncé parce que je n'ai pas tardé à reconnaître combien peu il était soluble. A défaut de sulfate de quinine, la cinchonine et son sulfate remplissent parfaitement l'indication. Mais sulfate de cinchonine, comme sulfate de quinine, devront être de préférence administrés en solution, parce qu'en poudre une partie est éliminée sans avoir eu le temps d'agir.

L'estomac ayant, ainsi que je viens de vous le rappeler, une action très-lente sur le quinquina, il fallait de toute nécessité, pour couper un accès de fièvre intermittente, donner celui-ci le plus près possible de cet accès. En employant le sulfate de quinine, les choses sont différentes; il faut le donner, au plus tard, dix heures avant l'accès; c'est là ce que mon expérience m'a appris, cette limite de dix heures étant celle nécessaire à l'absorption du médicament.

Faut-il maintenant que celui-ci soit donné en une seule dose, ou vaut-il mieux l'administrer en fractionnant cette dose, prise à divers intervalles réguliers? Dans ces mêmes cas, alors qu'il faut, pour ainsi dire, surprendre l'économie, une seule dose est préférable; mais généralement, le mieux est de donner le médicament en quatre ou cinq doses, ou d'heure en heure, en s'arrangeant de façon à ce que la dernière soit pris cinq ou six heures avant le moment de l'accès. En agissant ainsi, je suis arrivé à d'excellents résultats, en donnant seulement 25 centigrammes de sulfate de quinine, que je répétais à un ou deux jours d'intervalle, suivant le type de la fièvre intermittente que j'avais à combattre. J'ajouterai que j'ai l'habitude de donner, concurremment dans la potion que je fais prendre, une petite quantité de laudanum, que je considère comme le meilleur adjuvant du sulfate de quinine.

En suivant cette méthode, j'ai guéri des fièvres intermittentes, sans avoir besoin de recourir à de fortes doses de sulfate de quinine, et cela a son importance, que vous comprenez, eu égard aux inconvénients de ce médicament sur l'estomac.

M. GUIBOUT demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. Cette discussion à propos du procès-verbal pouvant se prolonger, plusieurs membres de la Société demandent que l'on revienne à l'ordre du jour.

M. LE PRÉSIDENT nomme, pour faire partie d'une commission chargée de rendre compte du livre de M. Piorry, MM. Collineau, Delasiauve et Géry fils, rapporteur.

M. DUROSIEZ lit son rapport sur la candidature de M. le docteur Alvarenga (de Lisbonne) au titre de membre correspondant, et conclut à l'inscription de M. Alvarenga sur la liste des candidats.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel : Dr L. BLONDEAU.

MÉDECINE LÉGALE

TRIBUNAL CIVIL D'ALAIS (GARD)

Audience du 29 avril 1869.

M. MATHIEU, PRÉSIDENT.

Le mariage contracté avec un être manquant de tous les organes distinctifs du sexe auquel on le croyait appartenir n'est pas seulement annulable, il est nul et inexistant.

On doit s'appuyer, pour faire constater cette nullité, sur l'art. 144 du Code Napoléon, et non pas sur l'art. 180, qui vise seulement l'erreur sur la personne.

Dans ce cas, il n'y a pas lieu d'appliquer la déchéance de l'art. 181, faite pour les mariages annulables, et par conséquent susceptible de ratification postérieure.

Antoine-Etienne Darbousse, né le 12 septembre 1843, a contracté mariage devant l'officier de l'état civil d'Alais (Gard), le 20 décembre 1866, avec la personne connue et inscrite sur les registres de l'état civil sous les prénoms et nom d'Anne-Justine Jumas, née le 19 juillet 1841, et déclarée fille de Claude Jumas et de Anne Labeille son épouse.

Cette union a été précédée d'un contrat de mariage passé devant Me Gontier et son collègue, notaires à Alais, le 25 septembre 1866.

Aussitôt après la célébration de ce mariage, M. Darbousse vit qu'il s'était cruellement trompé sur le sexe de la personne avec laquelle il venait de s'unir. Ce ne fut cependant que le 8 mars 1869 qu'il se décida à demander la nullité de son mariage.

Me Al. Thiéblin, avocat du barreau de Paris, a soutenu la demande de M. Darbousse. En droit, le mariage est nul et inexistant, puisqu'aux termes de l'art. 144 du Code Napoléon, le mariage ne peut-être contracté qu'entre un homme et une femme, et que dans l'espèce il n'y a pas deux sexes différents. Il ne s'agit donc ici que d'un fait matériel facile à constater. La loi interdit la preuve de l'impuissance, à cause de l'impossibilité de cette preuve; or, ici il n'est pas question d'impuissance, mais bien d'identité de sexe.

Il n'y a pas lieu non plus de s'arrêter à la fin de non-recevoir tirée de l'art. 181 du Code Napoléon. Le mariage dont s'agit n'est pas annulable : il est nul, il n'existe pas. La rectification tacite que suppose cet article n'a donc aucune application possible dans notre espèce.

Me Pin, avocat du barreau d'Alais, a combattu la demande de M. Darbousse, en cherchant à établir qu'il ne s'agissait dans l'espèce que d'une erreur sur la personne, et que, par conséquent, l'action n'était plus recevable, puisque le demandeur était resté plus de six mois sans agir.

Néanmoins le tribunal a rendu le jugement suivant :

Le tribunal,

Sur la fin de non-recevoir proposée par la partie défenderesse,

Attendu que Darbousse n'attaque pas l'acte civil de son mariage parce qu'il y aurait eu erreur dans la personne physique, de celle à laquelle il avait voulu s'unir, mais qu'il demande formellement au tribunal de reconnaître et déclarer que ledit acte n'a jamais légalement existé comme mariage, par suite d'un vice radical qui l'a affecté *ab initio*; que les dispositions invoquées des art. 180, dernier paragraphe, et 181, du Code Napoléon, sont des lois inapplicables dans l'espèce, et qu'ainsi ladite exception doit être simplement rejetée comme irrecevable et mal fondée;

Au fond, attendu que le mariage est l'union légitime de l'homme et de la femme, qu'il ne peut donc être valablement contracté qu'entre deux personnes de sexes différents; d'où il suit qu'il est essentiellement vicié dans son principe lorsque les conjoints appartiennent tous deux au même sexe ou que l'un d'eux manque absolument des organes naturels constitutifs du sexe, même différent de celui de l'autre, auquel il prétend appartenir;

Attendu qu'il est articulé par Darbousse que la partie de Villaret avec laquelle il a contracté mariage, le 20 décembre 1866, ne possède aucun des organes naturels, distinctifs de la femme; qu'elle n'a ni seins, ni ovaire, ni matrice, ni vagin; que son bassin est conformé plutôt comme celui d'un homme que comme celui d'une femme; et que, quoique âgée de 27 ans, elle n'a jamais eu encore ni règles ni douleurs lombaires et abdominales périodiques;

Attendu que le mérite réel de ladite articulation ne peut être exactement apprécié qu'au moyen surtout d'une expertise préalable; et que, quelque répugnance que l'on puisse éprouver à recourir à l'emploi de cette mesure d'instruction, il y a, toutefois, lieu de l'ordonner, alors qu'à la différence de la vérification, toujours conjecturale, de l'impuissance naturelle, alléguée de lui, des époux, à raison d'un triple vice de conformation dans certain de ses organes, le résultat de ladite mesure dans l'espèce devra nécessairement aboutir à la démonstration certaine du fait purement matériel à vérifier; si la partie défenderesse est ou n'est pas privée de tous les organes naturels distinctifs de la femme, les uns externes et apparents, et les autres internes, il est vrai, mais dont l'existence ou la non-existence, pour des gens de l'art, sera non moins facile à constater.

Attendu que ledit Darbousse offrait en outre de prouver, tant par titre que par témoin, soit les susdits faits ci-dessus articulés, soit les suivants, à savoir : 1° qu'une sage-femme d'Alais, par qui ladite partie défenderesse s'est déja volontairement fait visiter a constaté et raconté à plusieurs personnes qu'elle était réellement privée desdits organes distinctifs de la femme; et 2° que cette dernière a elle-même reconnu par écrit le fait de cette absence complète chez elle de ces susdits organes, et ladite preuve étant suffisamment pertinente et concluante, il y a également lieu, pour mieux éclairer encore la religion du tribunal sur le litige si grave dont il est saisi d'admettre ledit Darbousse à la rapporter;

Par ces motifs, avant dire droit au fond, tous droits, moyens et exception des parties tenant et réservés, commet la demoiselle Anna Puejac, sage-femme en chef à la maternité de Montpellier, à l'effet de voir et visiter ladite partie de Mme Villaret et de rapporter si elle est matériellement privée ou ne l'est pas de tous les organes naturels constitutifs du sexe féminin; si réellement elle n'a ni seins, ni ovaire, ni matrice, ni vagin; si son bassin est conformé plutôt comme celui d'un homme que comme celui d'une femme, et si elle n'a jamais eu jusqu'ici ni règles, ni douleurs lombaires et abdominales périodiques; ordonne que ladite demoiselle sera assistée du docteur Fabre, d'Alais, chargé spécialement de se concerter préalablement avec elle sur la manière dont ladite vérification devra être faite, de recueillir ensuite lui-même, dans un appartement séparé de celui où il y sera procédé, le résultat de l'examen et des constatations dudit expert, et de rapporter à son tour, eu égard à ce même résultat, si, d'après sa propre opinion, ladite partie défenderesse est ou n'est pas réellement privée matériellement de tous lesdits organes naturels constitutifs du sexe féminin; dit qu'au cas de refus ou d'empêchement de leur part, lesdits experts seront remplacés par le président du siége, par simple ordonnance à pied de requête; ordonne qu'ils prêteront préalablement serment devant ce magistrat; admet en outre Darbousse à prouver, tant par titres que par témoins, en la forme des enquêtes ordinaires et devant M. Bes de Berc, juge au siége, à ces fins commis, soit les divers faits soumis aux investigations de ladite sage-femme en chef, soit les suivants : 1° Qu'une sage-femme d'Alais, par qui la partie défenderesse s'est déjà volontairement fait visiter, a constaté et raconté à plusieurs personnes qu'elle était réellement privée de tous les organes distinctifs de la femmet et 2° que cette dernière a elle-même reconnu par écrit le fait de cette absence complète chez elle de ces susdits organes;

Admet ladite partie défenderesse à la preuve des faits contraires en la même forme et devant le même juge-commissaire;

Pour, sur le rapport desdits experts, qui pourra être dressé séparément ou en commun, et lesdites enquête et contraire enquête faites, ou, faute de l'être, être ensuite requis par les parties et statué par le tribunal ce qu'il appartiendra.

Dépens réservés.

CORRESPONDANCE

LA PHTHISIE A BAHIA

A M. le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

La *Gazette des hôpitaux* du 24 août dernier, sous le titre de *Chronique et nouvelles scientifiques*, contient la note suivante : « D'après la *Gazeta medica de Bahia*, le nombre des phthisiques augmente, depuis quelque temps, à Bahia, dans des proportions effrayantes. Ce journal attribue cet accroissement à l'émigration de races étrangères, et surtout des Allemands, qui ont apporté au Brésil des habitudes d'intempérance. Le goût pour les boissons fortes s'y est développé en même temps que la tuberculisation. Lorsque le Brésil était colonisé par les seuls Portugais, il n'y avait pas plus de tuberculeux dans ce pays qu'en Portugal. Aujourd'hui, les proportions sont tout autres. »

Je dois croire que cette note se rapporte à mon article sur les causes d'augmentation de la fréquence de la phthisie au Brésil, et spécialement à Bahia; article publié dans le n° 47 de la *Gazeta medica de Bahia*, traduit en français par le docteur A. Le Roy de Mericourt, dans les *Archives de médecine navale* (t. X, p. 127-134), et en anglais par le docteur Cotting, dans le *Boston méd. and surg. journ.* (12 novembre 1868).

Dans cet article, je me suis proposé de démontrer que la phthisie, loin d'être, comme on le suppose, rare au Brésil, y est non-seulement très-fréquente, mais encore qu'elle s'y devient chaque jour plus commune. Je déplorais de ne pouvoir prouver ce fait par des chiffres. Suivant moi, cette augmentation de fréquence ne devait pas être attribuée à l'immigration étrangère, mais bien à l'accroissement de la population et à la plus grande agglomération des habitants dans les villes du littoral, circonstances qui ont pour conséquences de rendre les conditions hygiéniques plus défectueuses, et de faciliter la transmission de la maladie.

Je considérais comme ayant aussi une grande influence, les modifications profondes introduites dans les coutumes de la population du Brésil, particulièrement depuis vingt ou trente ans, et l'adoption d'habitudes déraisonnables, déjà nuisibles en elles-mêmes, mais surtout fâcheuses en ce qu'elles ont beaucoup fait monter le prix des denrées alimentaires.

A la vérité, j'ai dû parler de l'abus des boissons fermentées, mais je ne l'ai nullement regardé comme une des conséquences de l'immigration; enfin, je n'ai fait aucune allusion aux Allemands, pas plus qu'aux Portugais.

On voit que mon article a été assez travesti dans le passage précité pour que je doive m'empresser de rectifier cette interprétation inexacte: je le dois d'autant plus que mon travail n'avait pas la prétention d'exprimer l'opinion de la *Gazette médicale de Bahia*, mais bien mon opinion personnelle.

En insérant ces lignes dans votre plus prochain numéro, vous obligerez infiniment celui qui se dit :

Votre très-dévoué confrère,

Dr O. WUCHERER.

Bahia, 8 octobre 1869.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 novembre, a été nommé au grade de chevalier de la Légion d'honneur :

M. Trucy, médecin de 2e classe de la marine, aide-major au bataillon de tirailleurs sénégalais : 7 ans 4 mois de services, 6 campagnes. Pour sa belle conduite au combat de Louga (Sénégal).

— Par décret en date du 3 novembre, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, ont été nommés membres du conseil impérial de l'instruction publique pour l'année scolaire 1869-1870 :

S. Exc. M. Rouher, président du Sénat.

M. de Royer, vice-président du Sénat, premier président de la cour des comptes.

M. le comte Boulay de la Meurthe, sénateur.

S. Exc. M. le marquis de Chasseloup-Laubat, ministre présidant le conseil d'Etat.

M. Riché, président de la section de l'intérieur, de l'instruction publique et des cultes au conseil d'Etat.

M. Flandin, conseiller d'Etat.

Mgr Darboy, archevêque de Paris, grand aumônier de l'Empereur.

Mgr Dubreuil, archevêque d'Avignon.

Mgr Landriot, archevêque de Reims.

Mgr Lavigerie, archevêque d'Alger.

Mgr Meignan, évêque de Châlons.

M. Braun, président du consistoire supérieur de l'Église de la Confession d'Augsbourg.

M. le général de Chabaud-Latour, membre du conseil central des Églises réformées.

M. Franck, vice-président du consistoire israélite, membre de l'Académie des sciences morales et politiques.

M. Devienne, sénateur, président de la cour de cassation.

M. Delangle, sénateur, procureur général près la cour de cassation, membre de l'Académie des sciences morales et politiques.

M. Bonjean, sénateur, président de chambre à la cour de cassation.

M. Sylvestre de Sacy, sénateur, membre de l'Académie française.

M. Guigniaut, secrétaire perpétuel de l'Académie des inscriptions et belles-lettres.

M. Milne-Edwards, membre de l'Académie des sciences, doyen de la Faculté des sciences de Paris.

M. le baron Haussmann, sénateur, préfet de la Seine, membre de l'Académie des beaux-arts.

M. Michel Chevalier, sénateur, membre de l'Académie des sciences morales et politiques.

M. Dumas, sénateur, membre de l'Académie des sciences, inspecteur général honoraire de l'enseignement supérieur.

M. Ch. Giraud, inspecteur général de l'enseignement supérieur, membre de l'Académie des sciences morales et politiques.

M. Nisard (Désiré), sénateur, inspecteur général de l'enseignement supérieur, membre de l'Académie française.

M. F. Ravaisson, inspecteur général de l'enseignement supérieur, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres.

M. Denonvilliers, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général pour la médecine.

M. Balard, inspecteur général de l'enseignement supérieur, membre de l'Académie des sciences.

M. Quet, inspecteur général de l'enseignement secondaire.

M. Glachant, inspecteur général de l'enseignement secondaire.

M. Dubief, directeur de l'institution libre de Sainte-Barbe, à Paris.

M. Delahaye, chef d'institution libre à Paris, président de la Société des chefs d'institution secondaire libre des départements de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne.

S. Exc. M. Rouher et M. de Royer ont été nommés vice-présidents dudit conseil.

M. Désiré Nisard, secrétaire.

— L'épidémie de fièvre scarlatine qui sévit à Londres, loin de s'affaiblir, présente une grande tendance à l'accroissement.

La semaine dernière, le nombre des morts s'est élevé au chiffre de 233.

En quatre semaines, 911 décès ont eu lieu sous cette influence.

— M. le docteur Baudot commencera son cours public sur les affections de la peau le mardi 9 novembre, à 5 heures du soir, amphithéâtre n° 1, à l'École pratique. — La première leçon sera consacrée à l'exposé des doctrines dermatologiques.

— M. le docteur Galezowski commencera son cours le mardi 16 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera tous les mardis à la même heure. Ce cours comprendra : 1° Étude ophthalmoscopique des membranes internes de l'œil à l'état physiologique; 2° amauroses sans lésions appréciables, accompagnant l'hystérie, les intoxications, et l'amaurose simulée; 3° amauroses cérébrales et cérébro-spinales; 4° maladies de la rétine et de la choroïde dans la syphilis; 5° rétinites albuminuriques, glucomiques, polyériques, etc.; 6° rapports existant entre les affections oculaires et les maladies du cœur.

La fin de chaque séance sera consacrée aux démonstrations ophthalmoscopiques.

— M. le docteur A. Regnard reprendra ses cours préparatoires au 2° de doctorat (3° de fin d'année) et 4°, le lundi 8 novembre.

On s'inscrit chez M. Regnard, 34, rue des Écoles, de midi à une heure.

— MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz, chef de clinique à la Faculté, et Dubrisay, ancien interne des hôpitaux, commenceront un cours public de pathologie interne, le lundi 8 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continueront tous les jours à la même heure. M. Dujardin-Beaumetz fera ses leçons les lundi, jeudi et mercredi, et M. Dubrisay, les mardi, jeudi et samedi.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 17 au 23 octobre, donne les chiffres suivants :

Variole, 7. — Scarlatine, 11.— Rougeole, 3.— Fièvre typhoïde, 14. Érysipèle, 5.— Bronchite, 34.— Pneumonie, 41. — Diarrhée, 23.— Dyssenterie, 5.— Choléra, 3.— Angine couenneuse, 7.— Croup, 3. — Affections puerpérales, 6.— Autres causes, 663. — Total : 825.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 10 au 16 octobre :

Variole, 8.— Scarlatine, 224.— Rougeole, 27.— Fièvre typhoïde, 29. — Typhus, 7. — Érysipèle, 3. — Bronchite, 72. — Pneumonie, 56. — Diarrhée, 51. — Dyssenterie, 1. — Choléra, 2. — Angine couenneuse, 14.— Croup, 8. — Affections puerpérales, 8. — Autres causes, 795. — Total : 1,305.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Traité de l'immobilisation directe des fragments osseux dans les fractures, par le docteur Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine impériale, etc. — 1 vol. in-8° avec 102 figures dans le texte. — Prix : 10 francs.

Pronostic et traitement de l'épilepsie. — Succès remarquables obtenus par l'emploi du bromure de potassium à haute dose, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Paris, 1869. Une broch. in-8°. Prix : 1 fr. 25.

Le directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois... 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Stupeur mélancolique à forme léthargique. — Sommeil apparent et non discontinué pendant plus de sept mois. — Simulation de la mort?

Détails pathologiques extraordinaires (1).

L'autopsie de Della F... a été pratiquée par moi avec l'assistance confraternelle de MM. les docteurs Luys, Marc Sée, Berthier, Jules Falret et Édouard Meyer, et en présence de tous les internes de l'hospice de Bicêtre, de M. Liouville, interne à la Pitié, etc., etc. L'examen des pièces anatomiques ne pouvait pas être confiée à un observateur plus compétent et à un micrographe plus exercé que M. Luys.

Voici le procès-verbal de cette autopsie :

14 avril. — Quarante-six heures après la mort :
Longueur du sujet : 1 mètre 74 c.

Poids de l'encéphale...........	1375 grammes
Cerveau seul....................	1200 —
Cervelet à protubérance........	175 —

Cerveau. Diamètre antéro-post.. 17 centim. 1 millim.
— Diamètre latéral. . . . . 14 — 6 —
Dure-mère décolorée, comme macérée.

Cerveau. — Sérosité sous-arachnoïdienne; rareté des vaisseaux rampants à la surface des circonvolutions. La pie-mère s'enlève facilement; pas de dilatations veineuses.

L'aspect général de la substance corticale est blanchâtre; elle est très-notablement décolorée. On note çà et là, d'une façon non symétrique, d'un hémisphère à l'autre, des atrophies des circonvolutions. En ces points, l'ensemble de la couche corticale présente une dépression remplie par de la sérosité. Cette couche a 3 millimètres d'épaisseur en moyenne, tandis que, dans les régions où les circonvolutions sont régulières, l'épaisseur est de 5 millimètres.

1° *Substance corticale.* — Étudiée dans son ensemble, la substance corticale offre des particularités très-notables, ce sont des îlots de vascularisation partielle qui se présentent çà et là d'une façon irrégulière dans son épaisseur. Ces îlots sont plus abondants dans les régions antérieures et supérieures. On en trouve encore dans les régions cérébrales moyennes; ils sont rares dans les régions postérieures et inférieures. Ils sont constitués par des paquets de capillaires distendus par deux liquides sanguins, les noyaux de leurs parois sont en général granuleux et jaunâtres, la substance cérébrale ambiante est finement granuleuse et renferme des granulations jaunâtres de provenance hématique. Les cellules cérébrales, en ces régions hypérémiées, sont la plupart infiltrées de granulations jaunes. Le travail nécrobiotique ne porte pas sur l'ensemble de toutes les cellules du même point envahi; à côté d'un grand nombre qui sont en involution, il en existe beaucoup d'autres qui sont encore jaunâtres et d'apparence à peu près régulière. Quant au travail nécrobiotique en lui-même, qui frappe un grand nombre de cellules, il est constitué par un dépôt de granulations jaunâtres à leur intérieur, lequel dépôt occupe, soit l'épaisseur de la cellule elle-même, soit le noyau. J'en ai rencontré un grand nombre qui ne présentaient plus de caractères histologiques accentués, et qui n'offraient plus que l'apparence de petites agglomérations de granlations jaunâtres.

La matière amorphe intercellulaire était très-friable.

Dans les régions en dehors des îlots hyperémiés précédemment décrits, l'ensemble des cellules corticales était, autant qu'on peut le dire, relativement respecté.

2° La substance blanche, étudiée dans ses éléments constitutifs, ne nous a pas paru modifiée d'une façon très-notable. Les capillaires y étaient rares et les tubes assez nettement accusés.

Intégrité des fibres du corps calleux de la voûte, des hypocampes, des piliers, de la cloison, des tubercules mamillaires, du conarium et de ses pédoncules.

Le tuber cinereum et sa tige, le corps pituitaire, ont été examinés, et sauf une coloration jaunâtre de ce dernier, rien de notable n'a été signalé.

3° Les couches optiques offraient leur apparence habituelle, sauf une décoloration très-manifeste de leur masse.

Leurs noyaux étaient peu accusés; sauf quelques striations vasculaires disséminées çà et là, aucune particularité notable n'est signalée à leur sujet. Un grand nombre de cellules étaient aussi remplies de granulations jaunâtres.

4° Les corps striés, réguliers au point de vue de leur conformation apparente, offraient une décoloration des plus manifestes.

Les cellules des noyaux intra et extra-ventriculaires étaient, comme ailleurs, passées en grand nombre à l'état granulo-graisseux, et déchiquetées sur leurs bords.

Les noyaux jaunes qui correspondent à l'épanouissement des pédoncules cérébraux et cérébelleux supérieurs étaient complétement privés de leur coloration habituelle, si caractéristique; la teinte était très-franchement grisâtre, et leurs arcades concentriques à peine indiquées.

Cervelet. — La substance grise cérébelleuse est œdématiée çà et là, principalement au niveau des circonvolutions du bord postérieur. L'infiltration est telle que, sur certains points, on distingue les lignes de la substance blanche à travers les éléments de la substance grise raréfiée et infiltrée. Sur des coupes des folioles, on note, qu'en effet la substance corticale, dans ses zones sous-méningées, est presque diaphane, et que les éléments histologiques y sont très-rares.

Les vaisseaux sont très-développés par place et plus rares ailleurs.

C'est principalement dans les folioles qui correspondent au lobe moyen, que l'on constate les teintes normales de la substance grise cérébelleuse. Partout ailleurs, dans les deux lobes, elle participe à la décoloration générale qui frappe sur la substance grise des centres nerveux.

Dans les points œdématiés, les éléments histologiques présentent les principales particularités suivantes : les grosses cellules sont diaphanes et presque vésiculiformes, leurs noyaux peu apparents; elles m'ont paru rares; la matière amorphe ambiante est très-pâle.

La zone des petites cellules est abondamment pourvue de ces éléments; ceux-ci sont très-nettement accusés; peut-être sont-ils plus granuleux que de coutume, mais il est difficile d'être affirmatif sur ce point.

Les fibres blanches cérébelleuses sont nettement accusées; rien de bien notable à ce sujet.

Les corps dentelés ont leur apparence habituelle, moins la coloration.

Rien à noter au sujet des pédoncules cérébelleux supérieurs; les noyaux rouges de Stilling, ainsi que la substance grise de Sœmmering, sauf une décoloration notable, se présentent avec les apparences régulières.

Rien de spécial au sujet des pédoncules moyens et des pédoncules cérébelleux inférieurs; les corps olivaires sont plus pâles que normalement.

La protubérance n'offre à l'extérieur aucune particularité digne d'être notée; à la coupe, on note seulement que la substance grise présente çà et là, dans son épaisseur, des taches rosées qui sont dues à des états de vascularisation partielle. Les fibres nerveuses y sont encore bien apparentes pour la plupart, mais on y rencontre une notable proportion de grosses cellules complétement granuleuses.

La surface du quatrième ventricule est blanchâtre, pas de dépressions apparentes. Il y a seulement à noter, d'une part : la présence de deux bouquets vasculaires au-dessous de l'implantation des pédoncules cérébelleux supérieurs (ces bouquets correspondent à une hypérémie localisée de la substance grise correspondante). Ils sont symétriques; d'une autre part, la raréfaction des fibres blanches qui constituent le calamus scriptorius. Ces fibrilles étaient réduites à deux linéaments blanchâtres existant de chaque côté de la ligne médiane.

Rien à noter au sujet des pyramides antérieures et postérieures.

Les nerfs olfactifs avaient leur apparence régulière. Il en était de même des nerfs optiques, qui avaient leur consistance et leur coloration normale. Ils peuvent être suivis jusqu'aux corps genouillés internes et externes. Rien à noter au sujet des tubercules quadrijumeaux.

Les moteurs communs, le pathétique, le trijumeau, l'acoustique, le facial, les hypoglosses, n'ont rien présenté de saillant.

Moelle. — Entre la dure-mère et les parois osseuses (face postérieure), s'étend, du bulbe vers la fin de la région dorsale, un caillot rouge, assez adhérent, épais d'un demi-centimètre dans sa moitié supérieure, plus mince vers la partie inférieure.

Moelle saine en apparence. La substance grise est très-décolorée.

Ganglions du sympathique. — Les ganglions cervicaux supérieurs seuls ont été examinés; ils sont roses à l'extérieur, paraissent fermes et résistants. Presque toutes les cellules qui les constituent ont subi la dégénérescence graisseuse, elles sont très-fortement pigmentées, et ne se révèlent plus, pour la plupart, que sous l'apparence de petites agglomérations granulo-jaunâtres.

Poumons. — Poumon droit : congestion légère généralisée.

Poumon gauche : Pneumonie. Au sommet, deuxième degré franc. Dans le reste du poumon, mélange du deuxième et du troisième degré.

Plèvre. — Adhérences légères du côté gauche. — Point de liquide.

Cœur. — Volume normal, parois flasques. Dans le ventricule droit, caillot volumineux. Couleur vineuse des parois ventriculaires. Les parois flasques et affaissées sont complétement passées à l'état granulo-graisseux. Le tissu est friable et de coloration jaunâtre. Les fibres musculaires sont dégénérées en totalité. Plus de striation appréciable. Elles sont presque en entier envahies par des granulations jaunâtres, qui sont juxtaposées en séries le long de la continuité des faisceaux primitifs; à peine, çà et là, distingue-t-on quelques vésicules adipeuses.

Œsophage. — Couleur normale. *Aucune érosion*, malgré 700 ou 750 cathétérismes environ.

Estomac. — Très-dilaté. Ramollissement cadavérique de la muqueuse, facilité par la présence de liquides introduits trois heures avant la mort.

Intestin grêle et gros intestin. — Çà et là, simple congestion autour de quelques follicules clos, mais l'ensemble de la muqueuse est très-décoloré.

Foie. — Normal d'aspect. — A la coupe, coloration blafarde, uniforme; à peine de sang dans sa trame. Les cellules hépatiques sont respectées, la plupart remplies de granulations moléculaires. Vésicule distendue. Bile verte.

Rate. — Un peu ratatinée, peu colorée, pas notablement ramollie; son tissu ne rougit que lentement au contact de l'air.

Reins. — Volume normal; la substance corticale et la substance tubulaire ont une nuance uniforme, jaunâtre; point de démarcation. Infiltration granulo-graisseuse de la trame et des tubules : le revêtement épithélial de ceux-ci est respecté.

Articulation des genoux droit et gauche. — Epanchement sanguin assez abondant. Caillot rouge-vineux.

Les détails les plus saillants qui ressortent de l'observation de Della F..., sont, d'après M. Luys et d'après moi :

1° Cette décoloration si profonde et si accentuée de la substance nerveuse, portant à la fois sur la substance blanche et sur la substance grise : décoloration tellement accusée, que toute la masse du tissu nerveux semblait comme lavée, tant les canaux vasculaires étaient peu apparents, même dans les endroits où d'habitude ils sont si abondamment répartis, comme dans la substance grise du corps strié, de la protubérance, de la substance corticale. Toute la substance grise, en un mot, qu'on la considère à la moelle, dans le cerveau, le cervelet, etc., était littéralement d'une teinte blafarde et grisâtre, trahissant par cela même la raréfaction des canaux vasculaires au milieu de sa trame. C'est là, évidemment, le point saillant et l'élément vraiment caractéristique de cette autopsie. C'est l'anémie intime et généralisée des centres nerveux qui classe cet état pathologique dans un cadre tout à fait à part, et au pôle opposé des lésions si spéciales que l'on rencontre habituellement dans les examens nécroscopiques de la paralysie générale.

2° D'un autre côté, l'atrophie isolée de certaines circonvolutions formant, en différentes régions, une véritable dépression ombiliquée à la surface onduleuse de la substance corticale, est un fait anatomique des plus importants, au point de vue de l'histoire encore si incomplète des lésions propres aux cerveaux des aliénés. Je n'ai rencontré, jusqu'à présent du moins, ces lésions si significatives que chez des sujets ayant présenté pendant la vie des troubles persistants, plus ou moins caractéristiques des facultés mentales. Ces atrophies, qui correspondent toujours à une disparition locale plus ou moins complète des cellules nerveuses, sont concomitantes avec les symptômes plus ou moins apparents et plus ou moins généralisés de la démence.

3° Enfin, il est un dernier point sur lequel il est nécessaire d'appeler encore l'attention; c'est sur la présence de ces îlots de vascularisation partielle, qui existaient d'une façon si indépendante et si nettement isolée les uns des autres dans l'épaisseur de la substance corticale. On ne pourrait mieux les comparer qu'à de véritables taches rubéoliques disséminées à la surface de la peau.

Évidemment, il y avait là des foyers permanents d'activité circulatoire. Évidemment, les éléments nerveux de cette même région devaient être par cela même dans une sorte d'éréthisme persistant.

M. Luys ne serait pas éloigné d'admettre que si la majeure partie des éléments dont se composait l'ensemble du système nerveux de Della F... était dans une sorte d'inanition et de collapsus, par suite du défaut de réplétion des voies circulatoires, ces mêmes régions hyperémiées et tenues en éveil par la suractivité des voies vasculaires, devaient en quelque sorte fournir incessamment aux opérations de l'intellect, une note dominante suraiguë, et engendrer par cela même une série de conceptions délirantes autogéniques, douées d'un caractère de fixité et de persistance.

Ne sait-on pas, en effet, d'après le témoignage des malades qui ont guéri, que cet état de mélancolie avec stupeur est accompagné d'une grande activité cérébrale, et que, sous les apparences de l'impassibilité la plus complète, le cerveau de ces malades engendre des séries infinies d'idées bizarres et de conceptions insensées?

« En résumé, m'écrit mon savant ami M. Luys, je serais,

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 novembre.

en m'appuyant seulement sur les faits anatomiques constatés *de visu*, disposé à admettre une certaine corrélation entre les symptômes observés pendant la vie et les lésions que vous avez décrites précédemment, et à expliquer, d'une part, la dépression excessive des phénomènes de la vie de relation, et le silence apparent de toute activité cérébrale, par le fait de la diminution progressive de la circulation capillaire au sein des groupes de cellules nerveuses; cette diminution de la circulation ayant pour effet d'amener à sa suite l'arrêt des phénomènes trophiques de ces mêmes cellules, leur véritable inanition, et, ultérieurement, l'extinction de leur activité dynamique.

« On pourrait, d'une autre part, expliquer encore la persistance des conceptions délirantes, par l'existence de ces foyers de vascularisation partielle, sur lesquels vous avez insisté, et qui devaient, par la présence même, maintenir ces derniers groupes de cellules cérébrales dans un état permanent d'éréthisme ou d'exaltation fonctionnelle. »

Telle a été l'histoire pathologique un peu mystérieuse de Della F... Dans le cours de sa maladie, j'ai dit souvent aux élèves du service : « Cet homme se croit mort, ou veut passer pour mort; il a pris la position immobile du cadavre dans son cercueil, il n'en démordra pas. Il est dans un état béat, il offre tout ce que nous lui faisons en sacrifice à Dieu, et l'on mettrait le feu à son lit qu'il s'y laisserait brûler ! » On a vu effectivement ceci de particulier, c'est que ce malade tirait de sa main gauche le drap de son lit par-dessus sa tête dès qu'il n'y avait personne auprès de lui. On rabattait le drap, on s'éloignait, et Della F.... rejetait encore le drap, comme on le fait d'ordinaire, par-dessus la tête d'un mort. Donc, mouvements volontaires; donc, actes intelligents; donc, demi-conscience; donc, absence de catalepsie; donc, sommeil apparent seulement et force de volonté vraiment extraordinaire.

Cette opinion est-elle acceptable? Oui, si l'on se souvient encore que, vaincu enfin par la souffrance, notre malheureux Italien a paru avoir renoncé au rôle qu'il avait joué avec une si persistante opiniâtreté, et qu'il a rouvert les yeux pendant les deux derniers jours de sa vie.

A côté de troubles physiologiques très-réels, à côté de désordres somatiques des plus sérieux et des moins discutables, et à côté de phénomènes intellectuels délirants qui, au besoin, pourraient peut-être trouver leur justification dans l'aspect si spécial de la lésion anatomique, il importe, je crois, de réserver une certaine part à la volonté et à la simulation.

En terminant, je ferai remarquer que la sonde œsophagienne a été introduite de 700 à 750 fois, et que néanmoins on n'a pas trouvé, à l'autopsie, la plus petite écorchure, ni dans le nez, ni dans le pharynx, ni dans l'œsophage. Les onze internes de l'hospice de Bicêtre, qui à tour de rôle, faisaient le service de la garde, ont rivalisé de zèle, d'attention, de savoir et de dévouement, et ils ont fait preuve d'une dextérité chirurgicale telle, que pas un seul, en pratiquant le cathétérisme œsophagien, n'a froissé, ni érodé les tissus délicats que traversait l'instrument. Il y a là tout un éloge.

Ainsi qu'on va le voir, l'observation cependant si extraordinaire de Della F..., ne constitue pas un cas tout à fait sans précédents dans la science.

(A suivre).

ANÉVRYSME POPLITÉ DROIT

Compression digitale indirecte, totale, intermittente; compression mécanique, flexion forcée du membre, réfrigération, employées simultanément; guérison en treize jours.

(Observation lue à la Société de chirurgie, par M. Desgranges, de Lyon, le 6 octobre 1869.)

§ 1er. — Les guérisons d'anévrysmes poplités, sans le secours de la méthode d'Anel, quoique déjà nombreuses, n'ont point encore tracé la meilleure voie à suivre ni fixé définitivement le choix des procédés. On voit les chirurgiens adopter tantôt la compression digitale ou mécanique, tantôt la flexion du membre, guidés par leurs sympathies ou par des considérations accessoires; ou bien passer d'un mode à l'autre, lorsque les inconvénients semés sur une route les forcent à marcher dans une autre.

N'est-il pas plus rationel, au contraire, d'employer simultanément, dès le début, plusieurs des méthodes non sanglantes qui ont fait leurs preuves et procuré de beaux et solides succès, dans des cas bien définis?

L'observation suivante me paraît digne d'attention précisément parce qu'elle montre comment, dès les premiers jours, on peut utiliser la compression digitale, la compression mécanique, la flexion du membre et la réfrigération.

L'anévrysme dont il s'agit ne saurait être mis en doute, les caractères en étaient évidents.

Tumeur située dans le triangle supérieur du creux poplité droit, grosse comme un œuf de poule, compressible, bien délimitée, fusiforme suivant l'axe de l'artère, et fortement pulsatile avec expansion dans tous les sens. Souffle bruyant, isochrone au pouls; silence pendant la diastole cardiaque. Suppression des battements et diminution de la rénitence par la compression de l'artère fémorale; phénomènes inverses quand la compression cesse; battements plus énergiques, tension plus grande de la poche si l'on comprime la poplité au-dessous de la tumeur. Peau saine. Tuméfaction de la jambe; pas de varices apparentes.

Le malade est un excellent confrère de Lyon, M. le docteur Jacques Bonnet, âgé de 53 ans, autour duquel se sont groupés ses nombreux amis, désireux de concourir au traitement; et qui, tous, au premier coup d'œil ont reconnu l'anévrysme.

Je laisse au patient le soin d'écrire lui-même son histoire et de nous montrer comment s'est faite l'association des trois méthodes; mieux que personne il saura dire les péripéties du traitement et reproduire les incidents qui en ont marqué les phases diverses.

Le 28 avril 1869, étant assis, j'éprouve dans le membre inférieur droit des battements insolites qui me soulèvent fortement le pied et la jambe. Je constate alors l'existence d'une tumeur anévrysmale à la partie supérieure du creux poplité; la tumeur portait sur le bord coupant de la chaise. Je ne puis indiquer l'époque à laquelle remonte l'origine de la maladie. Causes inconnues.

Le 29 avril, je me soumets à l'examen de M. Desgranges, et le prie de vouloir bien diriger mon traitement, que l'on commence le 1er mai 1869.

1er mai. — Deux séances de compression digitale de 3 heures chacune, sur la fémorale, au niveau du pubis. Flexion forcée de la jambe maintenue par une bande fixée au-dessus des malléoles et à la partie moyenne de la cuisse. — La compression exercée sur les parties est assez douloureuse dès le début. La violence des battements artériels exige des efforts qui ne permettent pas à la même personne de comprimer plus de 6 à 8 minutes; on ne peut plus prolonger la compression qu'en se faisant aider par d'autres mains. Les douleurs déterminées par la compression sont presque toutes locales. Sensation très-supportable d'engourdissement dans le membre. Quelques douleurs crampoïdes, peu intenses, se font sentir dès la première séance et se continuent dans les séances suivantes; mais elles n'existent que par intervalles. — Je supporte très-bien la flexion pendant la journée, mais, pendant la nuit, la pression de la bande sur la cuisse est si pénible, que je ne puis m'endormir. A 4 heures du matin, je remplace le bandage par un étrier dans lequel je passe le pied et qui est retenu par une bande sur l'épaule, du côté opposé. Le soulagement que j'éprouve me permet de prendre quelques heures de repos. Ce bandage n'exerce aucune pression et ne maintient le membre dans la flexion qu'en limitant les mouvements involontaires qui pourraient se produire.

2. — Deux séances de compression digitale, indirecte, totale, de 3 heures, comme hier. La peau rougit et devient plus douloureuse au siége de la compression. L'œdème augmente; le genou est douloureux au toucher, principalement sur le bord externe de la rotule, point sur lequel existe un peu de rougeur à la peau. — Les battements de la tumeur paraissent moins forts après cette deuxième journée.

3. — A partir de ce jour, une séance de compression digitale de deux heures, au niveau du pubis, est faite le matin, et les deux autres de trois heures sont continuées.

Application de la glace sur le côté interne du genou pendant toute la journée; elle est suspendue la nuit.

Compression mécanique de trois quarts d'heure pendant la nuit. Cette compression est exercée à l'aide d'un appareil improvisé, composé de deux planchettes réunies par deux tiges à vis, qui permettent de les rapprocher à volonté; l'une est placée sous le siége, et l'autre en avant du pli de l'aîne. Une pelote surmontée d'un mandrin étant appliquée sur le point à comprimer, il suffisait de serrer les écrous des vis pour presser sur la pelote et arrêter les battements de l'artère. La peau du pli de l'aine est plus enflammée que les jours précédents; elle est excoriée sur un point. Les poils sont coupés avec des ciseaux, et la compression digitale est exercée par l'intermédiaire d'une feuille de caoutchouc, qui ménage un peu la sensibilité; les douleurs cependant sont encore très-vives, surtout lorsque l'application des doigts commence, et chaque fois aussi qu'elle baisse.

4. — La compression sur le pubis ne peut être supportée, à cause d'excoriations très-douloureuses; elle est essayée dans le triangle de Scarpa, où elle est beaucoup moins pénible et se fait assez facilement. La glace est continuée, mais pendant le jour seulement.

5. — Les battements de la tumeur sont évidemment moins énergiques; elle est plus consistante, plus globuleuse. Pour éviter l'inflammation de la peau, on exerce la compression manuelle avec l'intermédiaire d'une pelote de caoutchouc.

6 et 7. — Les battements n'ont pas diminué d'intensité pendant ces deux jours; par moments, ils paraissent redevenir plus forts. On reprend la compression digitale immédiate; seulement, dans l'intervalle des séances, j'exerce la compression mécanique à l'aide d'un nouvel appareil; l'autre ne pouvant fonctionner efficacement que sur le pubis. (Voir la description de l'appareil après l'observation.)

Je comprime ainsi deux à trois heures, pendant la durée du jour et de la nuit, par des applications de demi-heure à trois quarts d'heure consécutives. Cette compression n'est douloureuse que lorsqu'elle est prolongée plus longtemps sans interruption.

8. — Même état. Sur l'avis de M. Pétrequin, la même médication est continuée avec addition de perchlorure de fer, et la manganèse à l'intérieur, et application de glace sur le siége même de l'anévrysme. L'œdème de la jambe et du pied est plus considérable que les jours précédents. Une bande roulée est appliquée depuis les orteils jusqu'au creux poplité.

9 à 12. — L'application de la place se fait à l'aide de deux bouteilles plates, remplies d'eau frappée; l'une est placée sous le creux poplité; l'autre sur le côté interne du genou. Le perchlorure de fer et de manganèse est pris à la dose de 20 gouttes le premier jour; mais la sécheresse de la bouche et la perte d'appétit, déterminées par cette première dose, m'obligent à la réduire à 6 ou 8 gouttes les jours suivants. Pendant ces quatre jours, l'état de la tumeur a peu changé. Les battements varient plusieurs fois d'intensité; ils paraissent moins forts, lorsque je suis à demi étendu sur un canapé, que lorsque je suis couché dans mon lit. Je me place sur mon canapé environ une heure par jour.

La compression digitale et mécanique est exercée toujours de la même manière et pendant le même nombre d'heures, mais sur des points différents du triangle Scarpa, pour éviter l'inflammation de la peau qui devient rouge et douloureuse quand elle subit toute une journée la pression dans le même endroit.

Malaxation de la tumeur, le 11 et le 12. — Depuis la diminution de la dose de perchlorure de fer, l'appétit est devenu meilleur. Les nuits sont assez bonnes.

13. — Le matin, au réveil, les pulsations de la tumeur sont moins fortes. Au-dessus de la tumeur, l'artère forme un cordon induré et douloureux jusqu'à la partie moyenne de la cuisse; lequel est encore le siége de battements très-sensibles.

Dans les séances du matin et de midi, la compression digitale s'exerce plus facilement que les jours précédents et plus longtemps que de coutume par chaque opérateur. La tumeur devient plus globuleuse, plus dure dans le milieu de la journée. De quatre à six heures du soir, j'exerce la compression avec mon appareil sans interruption. A la séance du soir, la compression digitale est très-facile; elle peut être soutenue très-exactement, pendant 35 minutes, par la même main. Pendant cette séance, la dureté de la tumeur devient extrême. L'application de la glace, qui était ordinairement bien supportée, devient tout à coup excessivement pénible. — A neuf heures et demie, on a de la peine à sentir l'artère au lieu ordinaire de la compression; on cesse momentanément de comprimer, et je constate que les battements de la tumeur sont complétement arrêtés. Ce résultat a été obtenu à la centième heure de compression digitale.

La compression mécanique est faite pendant une heure encore après la séance de compression digitale. Pendant la nuit, je demeure dans l'immobilité la plus absolue; insomnie.

14 et 15. — Les battements de la tumeur n'ont pas reparu. Celle-ci est toujours globuleuse et très-dure. Le trajet de l'artère, depuis la tumeur jusqu'au lieu de la compression est induré, très-douloureux au toucher; on n'y sent aucune pulsation; mais on perçoit les battements d'artères collatérales développées sur le côté interne de la tumeur et à la partie inférieure de la cuisse.

La compression digitale et la compression mécanique sont exercées comme précédemment; mais elles déterminent une agitation nerveuse qui les rendent bien plus pénibles à supporter.

La glace est supprimée. L'œdème de la jambe et du pied a beaucoup diminué; le bandage roulé est réappliqué.

Le 15 seulement j'ai recommencé à me lever pour me placer sur un canapé. Nuits presque sans sommeil.

16. — Dernière séance de compression digitale pendant deux heures, mieux supportée que la veille. Même état de la tumeur et de l'artère. Lever deux fois sur un canapé, pendant une heure chaque fois. L'œdème du membre a encore diminué; le bandage est enlevé.

J'éprouve de violents battements dans tout le système artériel; administration de la teinture de digitale à l'intérieur: 12 gouttes par jour.

Je commence à étendre graduellement la jambe qui, jusqu'alors, avait été maintenue dans un état de flexion forcée, à angle aigu.

17-22. — Continuation de la digitale à l'intérieur. L'état général s'améliore chaque jour. J'étends la jambe graduellement de plus en plus, et j'arrive, le 22, à un allongement presque complet.

L'artère indurée devient de moins en moins sensible au toucher. La tumeur anévrysmale qui n'a été que très-peu douloureuse, ne l'est plus du tout; le volume en est de plus en plus réduit. Il n'y a plus d'œdème au mollet, ni autour des malléoles.

J'éprouve dans le milieu de la cuisse la sensation d'une constriction douloureuse, lorsque je me lève pour m'étendre sur le canapé. — Le 22, je reste presque toute la journée hors du lit.

23-29. — Je marche avec des béquilles. Les premiers jours, la douleur et l'extension incomplète de la jambe ne me permettent pas de poser le pied par terre, j'y parviens graduellement, et le 29, je puis faire quelques pas sans béquilles. La douleur que je ressens est toujours causée par une constriction profonde, qui se produit dans la cuisse lorsque je suis debout, et qui persiste même dans la position couchée ou assise, quand j'ai marché plusieurs minutes.

30. — Je remplace les béquilles par une canne. La douleur en marchant a beaucoup diminué; je n'éprouve plus alors qu'une gêne dans le jarret, qui ne peut s'étendre complétement.

L'artère est toujours indurée, mais elle est moins saillante et n'est presque plus douloureuse au toucher.

État général excellent. La digitale est supprimée.

3 juin. — Première sortie. Promenade de demi-heure avec une canne. Peu de fatigue. Le soir, mollet plus dur.

4-5. — Deux petites promenades chaque jour, avec bandage roulé à la jambe. Le membre prend plus de force.

6. — Je vais à la campagne, où je reste dix-sept jours. Exercice modéré et progressif pendant ce séjour. L'œdème du pied et de la jambe augmente depuis que je parle davantage.

Le 12, j'applique une chaussette de peau, et depuis ce moment, le membre a plus de force; le volume en est presque normal.

Je n'éprouve plus aucune douleur en marchant, mais seulement de la lassitude et de la faiblesse dans le membre après une demi-heure d'exercice. Je boite à peine et ne porte une canne que par prudence.

22. — Retour à la ville.

23. — Je sors deux heures le matin et autant le soir, sans éprouver d'autre sensation qu'un peu de lassitude dans la jambe.

La tumeur anévrysmale n'a plus guère que la moitié du volume qu'elle avait lorsqu'elle a cessé de battre; je ne sens plus de douleur sur le trajet de l'artère dont l'induration persiste, mais est beaucoup moins saillante.

Aujourd'hui, 25 septembre, plus de quatre mois après la guérison, il n'existe aucune trace de la tumeur anévrysmale; les battements de la fémorale ne sont perceptibles qu'au niveau du pubis et dans une étendue de 2 centimètres au-dessous de ce point; le cordon saillant, qui a longtemps masqué le trajet de l'artère, a complétement disparu. Le membre est revenu à son volume normal, et ses fonctions sont entièrement rétablies; le bas élastique, par lequel j'avais remplacé la chaussette des premiers jours, m'est devenu tout à fait inutile depuis trois semaines.

J'ai repris toute ma vie active d'autrefois; j'ai pu faire à pied, sans fatigue, des promenades assez longues à la campagne, des excursions de plusieurs heures dans les chemins les plus accidentés.

Ma guérison, en un mot, ne laisse rien à désirer.

Il ne me reste, de ma maladie, que le souvenir d'une dure épreuve heureusement traversée, et avec ce souvenir ineffaçable un sentiment d'éternelle reconnaissance pour l'éminent chirurgien qui a dirigé mon traitement avec son habileté et sa prudence habituelles; pour mes excellents amis, pour les nombreux confrères et internes des hôpitaux, qui tous ont pris une part importante à la peine et au succès.

§ 3. — *Description de l'appareil de M. le docteur Jacques Bonnet pour exercer la compression mécanique de l'artère fémorale.* Je savais qu'un malade de l'Hôtel-Dieu, affecté d'un anévrysme poplité, était parvenu à se comprimer l'artère fémorale avec une pelote surmontée d'un manche à balai, à l'extrémité duquel il avait suspendu un poids suffisamment lourd; et que, par ce moyen, il avait contribué beaucoup au succès de la compression digitale, pratiquée six heures par jour.

Partant de cette idée, et après plusieurs perfectionnements successifs, nous arrivâmes, mon ami le docteur Garin et moi, à construire l'appareil suivant, qui me paraît remplir, de la façon la plus simple et la moins douloureuse, toutes les indications de la compression mécanique.

Cet appareil se compose d'un bâton gros comme 4 doigts et long de 45 centimètres; il est armé, à l'une de ses extrémités, d'une pelote de coton recouverte d'un manchon de caoutchouc; à l'autre, il est percé d'un trou transversal dans lequel passe à glissement une corde longue de 40 centimètres. Cette corde est interrompue, de chaque côté, par un anneau de caoutchouc, et porte à chaque bout un crochet de fil de fer. — A droite et à gauche du lit, est attachée une autre corde terminée par une boucle.

Pour poser l'appareil, il faut passer les crochets dans les boucles des cordes latérales du lit, coucher le bâton sur le ventre, la pelote étant placée au niveau du point à comprimer; puis, sur ce point, comme base, relever le bâton à la manière d'un mât, jusqu'à ce que la corde transversale soit suffisamment tendue sans amener le bâton jusqu'à la perpendiculaire. Dans cette situation, il est fixé, par son extrémité supérieure, à la faveur d'un lac attaché au pied du lit.

Le point difficultueux est de donner à la corde transversale une longueur qui permette de faire une compression convenable, tout en laissant le bâton légèrement incliné; mais après quelques tâtonnements, on y arrive toujours.

§ 4. — *Résumé.* Le traitement est commencé le 1er mai 1869; le 13 au soir, les battements sont suspendus dans la tumeur dont la consistance augmente, ainsi que dans l'artère fémorale, qui se transforme en un cordon cylindroïde, depuis le sac jusqu'au sommet du triangle de Scarpa.

Nous avons en chiffres ronds treize jours de traitement, cent heures de compression digitale, indirecte, complète, intermittente, et trente heures environ de compression mécanique. Deux séances de compression digitale par jour, de trois heures chacune pendant les deux premiers jours; trois séances les jours suivants: une de deux heures et deux de trois heures. Entre les séances de compression digitale, deux à trois heures de compression mécanique, en plusieurs fois.

La compression digitale et mécanique est faite sur l'artère fémorale, d'abord au niveau du pubis, puis sur divers points du triangle de Scarpa, afin d'atténuer la douleur et de prévenir l'ulcération de la peau.

Flexion forcée du membre, à angle aigu, du commencement à la fin, sans interruption.

Application de glace pendant le jour; suspension de ce moyen pendant la nuit.

Coagulation en une journée.

Quelques douleurs sur le trajet de l'artère.

Continuation de la compression, trois jours encore après la coagulation.

Allongement graduel du membre.

Le 23 mai, marche avec des béquilles; le 30, marche avec une canne; le 3 juin, promenade de demi-heure avec l'appui d'une canne seulement.

Diminution progressive de la tumeur poplitée.

Aujourd'hui (25 septembre 1869), plus de traces de la maladie première; aucun trouble fonctionnel; vie active comme par le passé; guérison radicale.

M. Desgranges fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

Le succès me paraît dû bien évidemment à la combinaison des moyens employés du premier au dernier jour, savoir : *la compression, la flexion, la réfrigération.*

Les styptiques, à l'intérieur, ont été pris trop peu de temps pour avoir exercé une influence appréciable. La malaxation, pratiquée le onzième et le douzième jour, par des manœuvres légères et très-modérées, n'a dû modifier en rien le contenu du sac; d'ailleurs, à ce moment, l'anévrysme était si mou, si dépressible; j'y trouvais si peu la consistance de dépôts fibrineux, que je fis, sans y songer, cette réflexion désolante pour le malade : nous ne sommes pas riches en caillots.

Je reste convaincu que la coagulation s'est effectuée tout entière dans la journée du 13 mai, et que l'anévrysme a été rempli, en quelques heures, d'une masse fibrino-globulaire.

A. Le premier enseignement qui découle de cette observation est donc que les caillots appelés *passifs* sont susceptibles d'une organisation durable, définitive; qu'ils peuvent, de plus, se résorber au point de ne laisser aucune trace de leur existence quelques mois après leur formation.

Si ingénieuse que soit la théorie de M. Broca sur les dangers des caillots passifs et la valeur curative des caillots actifs, elle ne peut résister aux faits; elle ne saurait nous expliquer comment, en une seule journée, une masse considérable de fibrine se serait stratifiée dans la poche, ni d'où serait venue toute la quantité de cet élément nécessaire à la formation du coagulum. Au reste, si les idées de Bellingham, ravivées par M. Broca, ont prêté le flanc à la critique, et ont senti les coups de la vigoureuse argumentation de MM. Richet et Léon Le Fort, dans leurs savantes monographies (Anévrysme. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* et *Encyclopédie des sciences médicales*), le *Traité des anévrysmes* du professeur de Paris est assez riche de fond, assez brillant de forme, pour n'avoir rien perdu de sa valeur. Il demeure comme la source inépuisable, d'où l'on peut tirer tous les documents relatifs à cet ordre de maladies; comme un monument de justice historique où chacun reprend la propriété de ses œuvres; comme un modèle de chaleur et de style quand il s'agit de défendre une bonne cause.

La cure définitive a été favorisée aussi par un léger degré d'inflammation développée dans le sac et dans l'artère. En effet, pendant plusieurs jours, notre confrère a éprouvé quelques douleurs vagues, un sentiment de constriction profonde; le simple contact développait une sensation plutôt désagréable qu'indifférente; et toute pression un peu forte sur la fémorale causait de la douleur.

La sub-inflammation, en provoquant des exsudations plastiques autour du caillot, en a favorisé l'organisation définitive; phénomène comparable dans une certaine mesure, à la cicatrisation des plaies par première intention. Quelle est l'origine de cette inflammation? Je la vois dans l'emploi prolongé de pressions agissant sur le sac et sur l'artère; pressions combinées avec l'action intermittente de la glace. L'heureuse chance, dans le cas actuel, a été de rester dans de bonnes limites. Trop forte, l'inflammation provoque des accidents; trop faible ou nulle, elle laisse aux caillots leur solubilité dans le sang.

En somme, il ressort du fait précédent, qu'un caillot fibrino-globulaire, pris par une légère inflammation, peut oblitérer un anévrysme, et, plus tard, disparaître complétement.

B. Le second point que je désire mettre en évidence, est l'avantage inhérent à l'emploi de plusieurs méthodes combinées; manière de faire qui n'est point encore usuelle dans la pratique chirurgicale. M. Broca n'en dit rien dans son *Traité des anévrysmes*; M. Le Fort garde le même silence; à peine M. Richet rappelle-t-il, en passant, l'observation de Pemberton (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, p. 339).

Il nous faut arriver à l'excellente thèse de M. Stopin (*Traitement de l'anévrysme poplité par la flexion de la jambe sur la cuisse.* Paris, 1869, p. 39) pour trouver l'histoire de douze anévrysmes, traités concurremment par la flexion et par d'autres procédés.

Flexion du genou et compression directe sur l'anévrysme (Verneuil, Shaw).

Flexion du genou et compression sur l'artère fémorale (Hutchinson, Pritchard, Hamilton, Sinclair Laing, Wyatt, Erichsen, Penberton, Sydney Jones.)

Flexion, compression indirecte et glace. (Leith Adams, Lockwood.)

L'auteur, passant ensuite en revue ces diverses observations, établit que, dans quatre cas, la compression n'a été que de quatre heures, alors que la flexion a été continuée pendant huit ou dix jours; que dans quatre autres la compression digitale a été abandonnée pour la flexion, la première étant intolérable; que la compression directe faite par Shaw, à l'aide d'une bille placée dans le creux poplité, laisse des doutes sur la réalité de son action; que M. Verneuil ne conseille guère le coussin qu'il place entre la cuisse et la jambe; que pour les autres malades, la flexion seule aurait pu donner la guérison.

Les conclusions de M. Stopin sont donc toutes en faveur de la flexion: conséquence logique des efforts qu'il fait, dans la discussion, pour établir le rôle capital de cette méthode dans les traitements complexes suivis de guérison.

La flexion, dit-il, en même temps que la compression, a été employée pour guérir les anévrysmes; la plus grande part du succès revient à la méthode de flexion.

Cependant, la compression directe, dans un cas (Verneuil), rendit l'anévrysme tout à fait silencieux; on n'y parvenait pas par la flexion seule. Il semble que dans ce cas très-remarquable, la méthode de flexion était la seule qui pût réussir.

Dans les autres cas, où on employa la compression, ce fut la compression indirecte : tourniquets, clamps, doigts, etc. Il ne ressort pas des observations que la flexion n'eût pu être continuée seule, et n'eût assuré la guérison aussi vite qu'avec l'aide des moyens énoncés. (Stopin, *loc. cit.*, p. 61.)

L'auteur ne me semble pas bien clair dans sa deuxième conclusion; dans tous les cas, il n'approuve point les chirurgiens qui, contrairement à la pratique de Hart, ont combiné les méthodes, conduits probablement par les raisons que voici : la compression guérit les anévrysmes; la flexion, depuis quelques années, les guérit également; en comprimant et en fléchissant, nous aurons deux chances pour une de succès. « C'est en raisonnant, dit M. Stopin, où la science perd son compte. » (*Loc. cit.*, p. 58.)

Tant pis pour la science si la pratique y gagne. Je n'admets point que la science pure soit une divinité devant laquelle doivent s'incliner les exigences de la pratique et les intérêts du malade.

En résumé, la thèse de M. Stopin, dont je ne saurais trop faire l'éloge, loin de conseiller l'usage combiné de diverses méthodes, laisse voir des préférences marquées en faveur de la flexion employée isolément.

Trouve-t-on dans les faits épars cette alliance que je préconise? Pas davantage, si j'en juge par les observations venues à ma connaissance.

MM. Legouest et Servier appliquent à un anévrysme fémoro-poplité à peu près tous les moyens connus. Ils débutent par la flexion; recourent ensuite à la flexion intermittente du membre, associent en troisième lieu la flexion à la compression; puis finissent par la flexion, la compression à distance et la compression directe. En tout, sept procédés mis en œuvre, seuls ou combinés de diverses manières. La guérison a été ainsi obtenue; mais il est impossible de tirer des longueurs de l'observation une règle susceptible de généralisation. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 185.)

M. Richet soumet à la compression et à la flexion du membre, successivement appliquées, un anévrysme poplité. Insuccès de ces méthodes. Ligature de la fémorale. Mort. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 345, 369 et 419.)

M. Trélat guérit un anévrysme poplité par l'usage successif de la compression mécanique, de la flexion forcée et de la compression digitale. Le traitement complet compte quinze jours de compression mécanique, quinze jours de flexion forcée du genou, et deux séances de compression digitale, à six jours de distance : la première de quatorze heures, la seconde de quatre heures seulement. Le chirurgien voulait ainsi faire une étude comparative des diverses méthodes. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 407.)

Parmi les faits antérieurs, je vois encore celui de M. Rouge, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne. Anévrysme poplité. Compression digitale associée à la compression mécanique. Vers la fin du traitement, le malade lui-même fléchit la jambe sur la cuisse et ajoute ainsi tardivement la génuflexion aux méthodes précédentes. (Extrait du Bulletin de la société vaudoise de médecine, 1867.)

Je mentionne, en passant, l'anévrysme poplité, volumineux, guéri en vingt-quatre heures par M. Bryant (Guy's Hospital) à l'aide de la compression digitale. Compression digitale et mécanique alternée pendant trois jours, sans succès. Tentative de flexion du membre non supportée par le malade. Interruption du traitement pendant plusieurs jours. Retour à la compression digitale continue, qui, cette fois, amène la cessation définitive des battements de la poche artérielle au bout de vingt-quatre heures. Injections hypodermiques de sulfate de morphine en vue de calmer les douleurs de la compression digitale (*Bulletin général de thérapeutique*, 1867, t. LXXIII, p. 471.)

L'union de la flexion et de la compression, telle que je la comprends, a été faite, il est vrai, par M. Delpeuch, mais non contre les anévrysmes; il s'agissait de plaies artérielles de l'avant-bras entraînant de sérieuses hémorrhagies, et qui ont été guéries de la sorte sans recourir à la ligature. L'habile praticien expose ses idées devant la Société de chirurgie dans un mémoire plein d'intérêt auquel était réservée la bonne fortune du savant rapport de M. Boinet. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 326, 361, 382.)

La Société de chirurgie elle-même, dans les séances des 21 et 28 juillet 1869, ouvre une discussion sur le traitement des anévrysmes à la suite de la communication de M. Trélat. Les orateurs exposent avec une grande érudition la physiologie pathologique de la guérison; ils comparent la compression digitale avec la flexion, et donnent le conseil d'employer d'abord la compression digitale, puis la flexion en cas d'insuccès, et de réserver la ligature comme dernière ressource. Mais nulle part je ne vois l'indication posée de réunir les méthodes. (*Gazette des Hôpitaux*, 1869, p. 411, 418.)

N'avais-je donc pas raison de dire en commençant, que les règles à suivre dans le traitement de l'anévrysme poplité n'étaient pas définitivement tracées; que chaque médecin suivait un peu ses inspirations; que, le plus souvent, on s'attachait à une méthode à l'exclusion des autres, et cela, plus d'une fois, au détriment de la rapidité et de la certitude de la guérison.

La conclusion pratique à laquelle je m'attache spécialement, est donc toute en faveur de l'union des méthodes. Or, pour l'anévrysme poplité, je ne crains pas de dire qu'il est avantageux d'employer simultanément, et dès le premier jour, la flexion du membre continue et plus ou moins forcée, la compression digitale, indirecte, totale et intermittente, la compression mécanique et la réfrigération.

NÉVRALGIES. — SCIATIQUE.

Les névralgies sont des maladies qui se présentent sous les formes les plus variées, et qui peuvent se localiser à peu près dans chaque partie du corps. Aussi ne doit-on pas s'étonner que, contre ce genre d'affections, on ait préconisé une quantité innombrable de remèdes. On doit l'avouer, bien peu réalisent les promesses qu'ils semblaient tenir au début.

Le docteur Trousseau, professeur à l'École de médecine de Paris, s'est beaucoup occupé du mode de traitement rationnel et efficace des névralgies. Il affirme, dans son *Traité de thérapeutique*, que pour guérir les névralgies et les sciatiques, le médicament qui lui a le mieux réussi, c'est l'essence de térébenthine. Voici quelques passages extraits de son ouvrage.

« Nous ne croyons pas qu'il y ait en France de médecins qui, plus souvent que nous, fassent usage de la *térébenthine*; et si, dans bien des cas, nous avons pu constater l'efficacité de l'essence de térébenthine dans le traitement des névralgies, bien souvent aussi nous avons vu ce médicament réussir dans les cas où tous les autres moyens avaient échoué.

« Il ne nous a pas paru que les névralgies des membres supérieurs fussent moins utilement traitées par l'*essence de térébenthine*, et nous n'en exceptons ni les névralgies intercostales, ni les névralgies qui occupent la tête.

« Quant aux névralgies viscérales, si rebelles, si communes, surtout chez les femmes, elles sont plus efficacement combattues par l'*essence de térébenthine* que par tout autre remède; et, chose singulière, les névralgies de l'estomac et des intestins sont celles qui obéissent le mieux à l'action de cet agent puissant...

« Les *perles d'essence de térébenthine* de Clertan se donnent à la dose de huit et même douze par jour, et elles ne sont jamais mieux supportées que lorsqu'on les administre en même temps que le malade prend ses repas. » (*Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux).

Plus loin, les mêmes auteurs déclarent que, dans le traitement des sciatiques qui ne proviennent pas d'un accident ou d'une maladie constitutionnelle, « on obtient à peu près invariablement un soulagement considérable, et le plus souvent la guérison. »

Voici une observation intéressante tirée du *Courrier médical* :

« S. Rouzier, âgée de quarante-cinq ans, couturière, me fit appeler dernièrement pour des douleurs, disait-elle, qu'elle éprouvait dans tout le corps, mais principalement à la tête, et dont elle souffrait ainsi depuis environ un mois sans un moment de répit, avec cette différence que les douleurs étaient plus aiguës le soir et le matin que vers le milieu de la journée.

« S. Rouzier a, depuis longtemps, une affection organique du cœur. Je ne pouvais pas, dans cette circonstance, employer les narcotiques et les antispasmodiques; j'aurais pu déterminer des accidents graves et même la mort en employant cette médication.

« Je pensai alors qu'il était utile d'avoir recours aux antipériodiques, mais j'ai préféré me servir d'abord des *Perles d'essence de térébenthine*, au moyen desquelles on obtient de si bons résultats dans beaucoup de névralgies.

« Les trois ou quatre premières perles d'essence de térébenthine la fatiguèrent beaucoup; elle eut des nausées et des spasmes, mais ensuite elle put continuer d'en prendre sans éprouver la moindre incommodité. Dès les premières perles elle se trouva beaucoup mieux; une dizaine de perles d'essence de térébenthine lui ont suffi pour dissiper complétement sa névralgie.

« L'action de cette médication a été si prompte et si efficace, dans

un cas si embarrassant, que j'ai cru devoir la signaler à mes confrères.

« Dr E. VERGNIOL. »

Enfin, M. le docteur Martinet, dans un mémoire qu'il a présenté à la Faculté de médecine, affirme qu'il a guéri 58 cas de névralgies et sciatiques sur 70, par l'emploi de l'essence de térébenthine.

L'efficacité grande de ce médicament n'est donc pas à mettre en doute dans les affections précitées ; et, chose remarquable, le bien-être se fait presque toujours sentir dès les premières doses. Mais sous quelle forme peut-on faire usage de l'essence de térébenthine? Ce médicament a une odeur tellement repoussante, une saveur tellement âcre et brûlante, qu'il est complétement impossible de le prendre pur. Mélangé au café ou à tout autre liquide, il provoque encore des nausées. Le docteur Clertan est parvenu à l'enfermer dans une enveloppe de gélatine très-mince et transparente, et il en a formé des petites gouttelettes rondes, de la grosseur d'un pois, auxquelles il a donné le nom de perles. Les *Perles de térébenthine* de Clertan s'avalent rapidement avec quelques cuillerées d'eau, comme des pilules. La forme heureuse de ce médicament a donné une grande vogue à l'essence de térébenthine, et aujourd'hui il n'est pas un médecin en France qui n'ait recours aux *Perles de térébenthine* du docteur Clertan, dans les cas de névralgies ou de sciatique. C'est du reste sous cette forme que Trousseau prescrivait toujours ce médicament.

CONCOURS

Pour trois emplois de professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Un concours s'ouvrira au Val-de-Grâce, le 17 janvier prochain, pour trois emplois de professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées :

Hygiène et médecine légale militaire.

Maladies et épidémies des armées.

Chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Les épreuves du concours sont déterminées ainsi qu'il suit :

CONCOURS EN MÉDECINE.

I. Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire.

II. Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaire.

III. Examen clinique de deux malades fiévreux ; atteints l'un de maladie aiguë, l'autre d'affection chronique ; — leçon sur les deux cas observés.

IV. Autopsie cadavérique, avec démonstration des lésions qu'elle révèle, et, s'il y a lieu, de médecine légale.

Les deux premières épreuves seront éliminatoires.

CONCOURS EN PHARMACIE

I. Composition écrite sur une question de chimie pharmaceutique.

II. Une ou plusieurs préparations officinales se prêtant à des développements théoriques.

III. Deux expertises relatives : l'une aux cas d'hygiène, l'autre aux cas de médecine légale qui peuvent se présenter dans l'armée : — explication verbale des phénomènes produits pendant les opérations de ces expertises, et conclusions à en tirer.

IV. Réponse verbale à une question de comptabilité pharmaceutique.

Aux termes de l'article 6 du décret du 13 novembre 1852, pourront être admis à prendre part au concours en médecine les médecins aides-majors de première classe et les médecins majors des deux classes, et au concours en pharmacie, les pharmaciens des mêmes grades.

Les officiers de santé de l'un de ces grades qui désireront concourir, devront adresser au ministère une demande régulière *appuyée d'un avis motivé de leurs chefs directs.*

Cette demande, qui fera connaître pour quelle spécialité se présente le candidat, devra être parvenue au ministre avant le 25 décembre prochain (terme de rigueur) par la voie hiéarchique, c'est-à-dire par l'intermédiaire des généraux commandant les divisions militaires ou des intendants divisionnaires, suivant que l'officier de santé est attaché à un corps de troupe ou à un établissement hospitalier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La prochaine séance de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance aura lieu mercredi 10 novembre, à 8 heures du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Suite de la discussion sur la vitalité des enfants nouveau-nés; 2° Vote sur cinq demandes d'admission comme membres titulaires.

— M. le docteur Liebreich commencera ses conférences cliniques sur les *maladies des yeux*, le jeudi 11 novembre, à une heure, et les continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure, rue Git-le-Cœur, n° 11.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 24 au 30 octobre, donne les chiffres suivants :

Variole, 6. — Scarlatine, 7. — Rougeole, 6. — Fièvre typhoïde, 32. Érysipèle, 10. — Bronchite, 39. — Pneumonie, 49. — Diarrhée, 16. — Dysenterie, 5. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 10. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 8. — Autres causes, 680. — Total : 880.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 17 au 23 octobre : Variole, 3. — Scarlatine, 233. — Rougeole, 27. — Fièvre typhoïde, 29. — Typhus, 9. — Érysipèle, 7. — Bronchite, 101. — Pneumonie, 70. — Diarrhée, 45. — Dyssenterie, 4. — Choléra, 1. — Angine couenneuse, 11. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 8. — Autres causes, 918. — Total : 1,476.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a commencé hier la série de ses séances consacrées aux lectures de rapports de prix. Elle a entendu trois rapports : 1° sur le prix de l'Académie (Des maladies du cervelet), par M. Vigla ; sur le prix Lefèvre (La mélancolie), par M. Marrotte), et sur le prix Capuron (Question d'accouchement : Du retour de l'utérus à l'état ordinaire après l'accouchement), par M. Devilliers.

Grâce à la mesure libérale adoptée depuis deux ans par l'Académie, sur la proposition de M. Larrey, ces lectures ont eu lieu en séance publique ; et les auditeurs habituels des séances ont eu la satisfaction d'entendre des rapports bien faits, écrits avec soin, et de pouvoir apprécier par eux-mêmes les motifs des jugements portés, au nom de l'Académie, sur les mérites et sur la valeur respective des travaux qu'elle a suscités. Nous n'avons vu, pour notre part, que des avantages à cette publicité, et nous en sommes à nous demander quels pouvaient être les motifs sérieux qui avaient fait prévaloir jusque-là l'usage des comités secrets, d'ailleurs si illusoires. La presse a, du reste, aussi sa discrétion, à l'occasion, quoi qu'on en dise, et en preuve, nous tairons pour le moment les conclusions de ces rapports et les noms des auteurs dont ils proposent de faire des lauréats, désireux de laisser à M. le secrétaire perpétuel la satisfaction bien naturelle de les proclamer en séance publique. Mais il nous est loisible, par exemple, de signaler ici deux incidents qui ont eu lieu à l'occasion de ces rapports, et qui montrent, l'un et l'autre, l'inconvénient des programmes et des questions spécifiées d'avance et circonscrites trop souvent, par des donateurs plutôt bien intentionnés qu'intelligents, dans des limites et des termes qui paralysent toute initiative et toute originalité. Les esprits aujourd'hui supportent mal les entraves d'un programme ; le travail est essentiellement indépendant et libre de sa nature. Provoquez-le par des encouragements, mais laissez-lui le choix de son sujet et la franchise de ses allures. L'Académie a proposé, pendant trois ans de suite, pour le concours du prix Portal, des questions qui sont restées chaque fois sans réponse. Qu'est-ce à dire ? Ce n'est assurément pas l'intelligence dans la rédaction des questions qui peut être suspectée ici. L'anatomie pathologique serait-elle abandonnée à ce point, aujourd'hui, qu'on ne trouvât plus sur la place à qui en demander ? De quel côté que vous vous tourniez, voyez-vous guère faire autre chose ? Ce ne sont donc pas les travailleurs qui manquent. Le vrai côté de la question s'est montré dans toute son évidence à l'Académie, et il a fallu, ici encore, sacrifier un vieil usage aux exigences nouvelles de la libre initiative. Le bureau, tout en respectant l'esprit du legs Portal, c'est-à-dire en continuant à attribuer les fonds provenant de ce legs à un sujet d'anatomie pathologique, a très-sagement proposé à l'Académie de ne plus formuler désormais de questions, et de laisser aux concurrents le choix du sujet, ce qu'elle a adopté avec un non moins louable empressement.

La difficulté signalée par M. Marrotte au sujet du prix Lefèvre était un peu plus embarrassante. Voit-on d'ici les prétendants à ce prix condamnés, par les termes mêmes du donateur, à tourner éternellement, comme un écureuil dans sa cage, dans le cercle de banalités et de lieux communs de la question de la mélancolie ? M. Marrotte, avec son excellent sens pratique, a compris la nécessité de rompre ce cercle, et il a indiqué lui-même un système de tangentes, qui permettra à l'Académie et aux concurrents de sortir de cet stérile et énervant sujet. MM. Baillarger et Larrey ont proposé, pour les concours ultérieurs, des questions-annexes, qui pourront devenir l'objet d'utiles travaux. Ces propositions ont été renvoyées à la commission, qui aura à faire connaître à l'Académie le choix qu'elle aura fait, parmi les sujets proposés, pour le concours de l'année prochaine.

Dr Brochin.

Pendant que l'Académie de médecine surseoit à l'étude des grandes questions d'hygiène et d'économie qui lui sont déférées, pour se livrer à d'autres travaux obligatoires, la question de la mortalité des enfants, et de l'alimentation, qui lui est si intimement unie, a été portée devant une autre juridiction. M. J. Guérin a fait lundi soir une conférence sur cet important sujet, en présence des membres de l'Association scientifique, qui siége à l'Observatoire, sous la présidence de M. Leverrier. M. J. Guérin ne s'est pas borné au point de vue qui est en ce moment l'objet spécial de l'attention de l'Académie et du public médical tout entier, l'alimentation des nouveau-nés ; il a considéré l'alimentation dans tous les âges de la vie, et dans ses rapports avec les diverses phases de formation, d'entretien et de réparation de l'organisme, et avec les conditions diverses de développement de l'activité organique et de l'activité intellectuelle.

De ce vaste programme, dont les points principaux seulement ont pu être esquissés dans un exposé aussi rapide, ce qui est relatif à l'alimentation de l'enfant nouveau-né et aux diverses méthodes d'allaitement naturel et artificiel, a paru surtout exciter vivement l'intéret de l'auditoire. Quelques explications ont été échangées sur ce sujet entre M. J. Guérin, M. Donné et M. Leverrier, qui s'est engagé, pour sa part, à provoquer, dans le cercle très-étendu de ses relations, de nouvelles recherches, et à appeler en particulier sur cet important sujet l'attention du prochain congrès qui doit se réunir à Marseille. Nous voyons avec satisfaction ces grands problèmes d'hygiène entrer dans les préoccupations des savants de tout ordre et du public éclairé qui s'intéresse aux progrès de la science générale.

Dr B...

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Stupeur mélancolique à forme léthargique. — Sommeil apparent et non discontinué pendant plus de sept mois. — Simulation de la mort?

Détails pathologiques extraordinaires (1).

Pendant le cours de la longue maladie de Della F..., j'ai fait de nombreuses recherches bibliographiques. Je désirais savoir s'il existait des cas analogues dans les archives de la science. J'aurais voulu aussi que des précédents m'éclairassent, mais je ne rencontrai que les ténèbres ! Sans doute, les auteurs ont rapporté des exemples fort surprenants de catalepsie ; sans doute, la discussion qui s'est élevée au sein de la Société médico-psychologique, il y a onze ans, sur les *névroses extraordinaires*, a donné lieu à des révélations scientifiques de l'ordre le plus inattendu ; sans doute, je me souvenais de cet aliéné hibernant que j'avais observé, en avril 1859, à l'asile de Rome, et que Cerise était allé étudier avant moi ; mais ces recherches et ces souvenirs, loin de me rapprocher du cas de Della F..., m'en éloignaient sans cesse et me laissaient de plus en plus aux prises avec toutes les émotions d'une situation aussi imprévue.

Un membre de la Société d'Anthropologie, bibliophile aussi patient qu'érudit, se mit alors à ma disposition, et me communiqua un certain nombre d'observations de sommeil prolongé, de catalepsie, de léthargie et de mort apparente. Je remercie sincèrement M. Dureau, mais je ne saurais utiliser les matériaux qu'il a bien voulu exhumer à mon intention. Beaucoup de ces observations sont incomplètes, entachées de récits plus ou moins fantastiques, et, pour être anciennes, en ont-elles plus d'authenticité ? Bien que la tradition médicale ait conservé la relation de ces spécimens insolites d'anomalies cérébrales ou prétendues telles, j'ai peur de mettre la main sur les faits et gestes d'une hystérique indéchiffrable ou d'un simulateur osé.

Quelques jours avant la mort de Della F..., je reçus une brochure de Turin (2), et quelle ne fut pas ma surprise, lorsque j'y trouvai l'histoire clinique d'un malade qui avait été frappé de stupeur mélancolique à forme léthargique, qui avait dormi six mois, qui avait vécu dans des conditions similaires, qui avait été alimenté et traité de même que le malheureux hôte de Bicêtre, et qui, comme lui, avait présenté des particularités morbides saisissantes ! La ressemblance entre ces deux aliénés a été très-frappante, ainsi qu'on va pouvoir en juger par ce rapide résumé de la brochure italienne.

Pattarelli G..., âgé de 24 ans, cordonnier, célibataire, d'un tempérament nerveux, d'une constitution frêle, est trouvé sur les bords du Pô, le 3 avril 1867, dans un état absolu d'insensibilité. Il est transporté à l'hôpital Saint-Jean, à Turin.

Ses antécédents héréditaires sont excellents, mais il a toujours été faible et débile. A huit ans, il a eu la rougeole, et de quatorze à vingt et un ans, plusieurs accès de fièvre intermittente. Il a été élevé très-durement par ses parents, et ne présente de signes d'aucune diathèse. Ouvrier honnête et laborieux, il était habituellement taciturne, mélancolique, quelquefois irascible. Il n'aimait ni le vin ni les femmes ; il avait des sentiments religieux très-développés, affectionnait la solitude, et cependant il abandonnait parfois son travail pour se livrer au jeu.

(1) Suite et fin. — Voir les nos des 4 et 9 novembre.
(2) *Storia de una encefalopatia con letargo maniaco (sonno di sei mensi) con osservazioni e commenti*, del prof. Cav. G. Timermans. — Con litografia.

En août 1865, il avait été mis en prison à l'occasion d'un soufflet donné à un camarade dans une querelle de jeu. Il fut acquitté, mais il avait tellement redouté une condamnation, qu'à partir de ce moment il devint plus timide, plus réservé et plus triste encore qu'auparavant. Pour la moindre faute il faisait aussitôt des excuses. On le trouvait souvent en pleurs, et il ne consentait jamais à faire connaître les motifs de son affliction. A son travail, il était distrait, inexact ; il errait parfois sans but dans les rues de la ville, et ne tarda pas à manifester des idées de persécution. Il ne rentrait plus chez lui, et le 5 novembre 1865 il fut trouvé sur la voie publique et conduit à l'hôpital Cottolengo. Il était plongé dans un état d'assoupissement léthargique, dont il ne sortit le lendemain que pour entrer dans une phase d'excitation maniaque, qui dura peu de temps, car il retomba bientôt dans son engourdissement. Quatre jours après, il se réveilla de nouveau, s'échappa de son lit et alla se jeter dans un bassin. On dut le camisoler, et la léthargie reparut. Cette situation se modifia peu à peu, et le 14 mars 1866 il fut renvoyé de l'hôpital. Nul ne sait ce qu'il devint alors, mais le 13 août il fut amené à l'hôpital de Vercelli, et l'on constata chez lui la perte de la connaissance, de la sensibilité et du mouvement. Étant revenu à lui, il s'enfuit le 27 août ; mais quatre jours après on le ramena dans les mêmes conditions qu'auparavant : il ne parlait pas et refusait tous les aliments. On parvint encore à le rétablir, et il sortit très-amélioré le 15 octobre. De retour chez son père, il eut avec lui des difficultés ; il ne voulut pas lui remettre son argent, puis il vola une pièce de toile, fut battu par son père, qui le menaça de poursuites judiciaires, et il reprit enfin la route de Turin. Inquiet, abattu, morose, se plaignant de sa famille, accusant du dégoût de la vie, il parla à plusieurs reprises de se jeter dans le Pô, tant l'appréhension d'une incarcération nouvelle le frappait d'épouvante ! Telle était sa disposition d'esprit lorsque, dans la matinée du 30 mars 1867, après toute une nuit de délire, il s'exalta, abandonna son logement et son travail, et se remit à errer à l'aventure. Il fut arrêté le 3 avril, et dirigé sur l'hôpital Saint-Jean.

A la première visite du professeur Timermans, P... avait l'aspect d'un homme endormi. Sa face était chaude, humide, congestionnée, son pouls était accéléré, et l'on pensa tout d'abord que le malade venait d'avoir un accès d'épilepsie ; mais le coma continua, l'insensibilité à la peau fut démontrée par le fait de nombreuses piqûres d'épingle, et le sens de l'ouïe parut complétement obtus.

Le lendemain, il resta dans la même attitude, et ne consentit à prendre aucune nourriture. Les jours suivants, on le vit changer de position dans son lit, se coucher tantôt à droite, tantôt à gauche, s'asseoir sur son séant, prendre des aliments qu'on avait placés à sa portée sur une table et se servir même de l'urinal. Dès qu'il se voyait observé, il reprenait son immobilité.

Le refus de nourriture continuant, on introduisit la sonde œsophagienne le 10 avril. Cette opération lui fut assez désagréable, et plusieurs fois, pour s'y soustraire, il se décida à manger un peu. Cependant, à partir du 20 avril, l'alimentation artificielle ne fut plus discontinuée, et l'on fit tour à tour arriver dans l'estomac cinq, puis huit jaunes d'œufs, du café, du lait, du bouillon, du vin de Marsala, de l'huile de foie de morue, etc., etc. Quelques érosions de la muqueuse de Schneider se produisirent. La température se maintint à 36° 6/10, 37° ; la respiration oscilla de 12 à 18 ; le pouls, de 85 à 90 ; l'auscultation ne révéla rien de spécial. Les évacuations alvines se firent tous les trois jours sans aucune participation apparente de la volonté. La miction fut également involontaire. Les urines ne contenaient ni sucre ni albumine. L'examen ophthalmoscopique ne fut pas fait.

Ainsi que le représente la gravure ci-dessous, l'apparence du



sommeil persista. Rien ne put déterminer quelque manifestation consciente. On recourut à l'électricité, on cria dans l'oreille du ma-

lade avec un cornet acoustique, on tira deux coups de pistolet dans une chambre très-voisine, on plaça de l'ammoniaque sous les narines, on tenta l'éthérisation, et c'est à peine si l'on obtint quelques mouvements réflexes; les frictions avec l'huile de croton tiglium, l'urtication, les vésicatoires, restèrent également sans résultat; et est-ce la peine d'ajouter que les exorcismes furent aussi peu efficaces?

Le cathétérisme urétral provoqua plusieurs fois une érection pénienne incomplète, avec émission de quelques gouttes de sperme; mais P... n'en parut pas moins étranger à toute sensation.

Vers la fin du mois de mai, des écorchures se montrèrent aux reins et aux crêtes iliaques. La cautérisation par le nitrate d'argent ne détermina que quelques mouvements réflexes.

En juin, il fut atteint de la fièvre miliaire, et dès lors le dépérissement fut très-marqué, de véritables eschares parurent.

En juillet, il eut plusieurs vomissements fétides.

En août, sous l'influence d'une épidémie cholérique, P... eut plusieurs fois de nombreuses selles diarrhéiques. Une médication appropriée en triompha.

En septembre, l'amaigrissement allait croissant. La vie s'éteignait par degrés.

Le 1er octobre, le pouls était à 136, la respiration à 44, la température axillaire à 38° 6/10. Le 3 octobre, P... rouvrit les yeux. Il chercha à chasser les mouches, poussa des gémissements et des soupirs avec ces exclamations : Ohmmi! ohmmi! Interrogé avec douceur par M. Timermans, il essaya en vain de répondre. On tenta inutilement de le faire boire, puis bientôt la respiration s'embarrassa, le pouls se ralentit, la température du corps s'abaissa, et le malade mourut à une heure et demie de l'après-midi.

Le 4 octobre 1867, l'autopsie fut pratiquée par M. Timermans, assisté de MM. les docteurs Baldi, Barberis, Berti, Fubini, Lace, Olivetti, Saviotti et Vignolo-Lutati, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Jean, vingt-sept heures après la mort.

Les faits principaux qui ont été observés peuvent se résumer comme il suit : Asymétrie marquée du crâne; quantité notable de sérosité sous-arachnoïdienne; injection des vaisseaux des méninges; aucune trace d'athérome vasculaire. Les sinus veineux sont remplis d'un sang en très-grande partie coagulé. Les circonvolutions cérébrales présentent une atrophie très-marquée de la substance grise avec prédominance de la substance blanche, laquelle, plutôt anémique, légèrement ponctuée, offrant une consistance notablement supérieure à la normale (sclérose), paraît avoir envahi la substance grise, dont la couleur a ainsi disparu sur des points nombreux. Peu de sérosité dans les ventricules. Augmentation générale de consistance dans toutes les parties du cerveau, glande pinéale, corps strié, corps calleux, voûte à trois piliers, etc., sans aucune trace d'hémorrhagie, d'exsudat, de ramollissement, de produits anormaux. Rien de particulier dans le cervelet. Le lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche fut examiné spécialement, à cause du mutisme qu'avait gardé le malade; mais on n'y trouva rien de plus que dans les autres parties de l'encéphale.

L'examen microscopique de la substance grise des circonvolutions montra, dans beaucoup de cellules nerveuses, de fines granulations graisseuses. Dans la substance blanche, les tubes nerveux parfaitement limités, et plus développés qu'à l'état normal, expliquaient l'induration. Dans les deux substances, les petits vaisseaux et les capillaires présentaient de nombreuses granulations graisseuses. Dans les parois des artérioles, qui possédaient encore leurs trois tuniques, on voyait quelques corps granuleux; dans les capillaires, de fines granulations graisseuses se trouvaient surtout attenantes aux noyaux.

La protubérance, outre une induration notable, présentait un développement extraordinaire des faisceaux de tubes nerveux, tant dans le sens transversal que dans le sens longitudinal, avec une disparition presque complète de la substance grise. Les faisceaux de tubes transversaux, entrecroisés et à peine séparés des faisceaux de tubes longitudinaux, formaient sur la ligne médiane une sorte de réseau blanchâtre qui traversait toute l'épaisseur du pont de Varole. Les autres parties de l'encéphale ne purent être examinées histologiquement. La macération dans l'alcool montra, dans tout le tissu interstitiel de la substance cérébrale, des traces de dégénérescence colloïde.

La moelle présentait aussi une induration générale. Les plexus veineux étaient gorgés de sang, et les méninges spinales remarquablement injectés; l'arachnoïde contenait une petite quantité de sérosité. La moelle se détacha facilement de la dure-mère, au point que le docteur Saviotti put en enlever d'un seul coup de 8 à 10 centimètres sans léser les cordons spinaux.

Les poumons présentaient un emphysème considérable, de nombreux tubercules miliaires, quelques points d'hépatisation rouge et grise et de petites cavernes au sommet.

Le péricarde était distendu par une collection séreuse dans sa partie la plus déclive; le cœur, petit, flasque, contenait des caillots; l'endocarde et l'aorte étaient sains.

Le foie, volumineux, dépassait de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes; il était gorgé de sang et présentait à peine les premiers signes de l'infiltration graisseuse. Le grand cul-de-sac de l'estomac était légèrement distendu par des gaz, et dévié dans le sens longitudinal; le petit, revenu sur lui-même, formait avec le grand cul-de-sac un angle obtus ouvert en haut et à droite. La muqueuse présentait des traces évidentes de catarrhe. Le cœcum avait à peine le volume d'un intestin grêle ordinaire; les colons ascendant et transverse étaient petits, et ne présentaient plus de bosselures; le colon descendant et l'S iliaque n'avaient plus que le volume du petit doigt.

Telles furent en résumé les principales particularités de cette autopsie.

Après avoir nécessairement conclu à une lésion encéphalique, M. Timermans se pose cette question : Les faits dont l'autopsie a révélé l'existence sont-ils la véritable base anatomique des troubles fonctionnels pendant la vie? Peut-on établir une relation de cause à effet? La pathogénie de la névrose est-elle révélée par l'ensemble de l'observation? Et il répond que certains faits anatomiques que l'on rencontre dans les névroses se trouvent seulement dans les périodes ultimes, tandis qu'au début ils sont très-peu marqués ou même nuls. Dans le cas particulier, je ne crois pas, dit-il, aller au delà du vrai en disant qu'au moins la plus grande partie des lésions trouvées dans le cerveau de P... furent plutôt l'effet que la cause de sa longue maladie, dont la cause première fut une impression morale. Quant aux lésions de la moelle, rien dans l'observation ne révèle une altération des nerfs spinaux; il est donc à croire qu'elles étaient, comme les lésions cérébrales, plutôt effet que cause, et subordonnées au dépérissement général, au marasme, au défaut de nutrition, de mouvement, d'exercice. Cela n'est pas plus étonnant que de voir les muscles atrophiés, eux aussi, par défaut d'activité fonctionnelle.

Une idée mélancolique fixe portait P... à une léthargie maniaque avec abstinence complète; d'où la nécessité d'une alimentation artificielle qui ne pouvait évidemment pas se substituer définitivement à l'alimentation naturelle et suffire aux fonctions biologiques que celle-ci entretient : sécrétions, mouvements, assimilation, etc. Les modifications diverses trouvées dans le tube digestif, le marasme, la tuberculisation pulmonaire, ne furent qu'une conséquence des digestions mal faites, du chyle mal élaboré, d'une hématose imparfaite, du trouble des phénomènes nutritifs. Le trouble de la circulation, dû aux tubercules pulmonaires, favorisa la formation de trombus, d'où la stase du sang et l'infiltration séreuse. On ne peut expliquer autrement l'hydropéricarde ni l'hydropisie méningée, et ce serait un tort de considérer cette dernière et l'injection veineuse des méninges cérébrales comme la cause de l'état léthargique.

Enfin M. Timermans examine si l'hypertrophie du foie a pu avoir quelque relation avec la forme de la maladie, et il cite l'opinion anciennement accréditée et admise par Pline : *Insaniam facere et lethargos et jecinoris vitia.* Il rappelle que, selon Weber et Kolliker, le nombre des globules rouges croît considérablement dans le foie des animaux hibernants. Je dois pourtant confesser, ajoute-il, que, eu égard à tant de granulations tuberculeuses, et après tant de marasme, je me serais attendu à trouver dans le foie de P... une quantité de graisse qu'en réalité je n'ai pas vue.

Parmi les exemples de sommeil prolongé qu'a recueillis M. Timermans, je ne citerai que l'observation suivante, qui, malheureusement, n'est pas complète. Il s'agit, cette fois, d'un Français.

Un jeune soldat de la ligne, en garnison à Grenoble, âgé de 22 ans, employé aux travaux de cordonnerie, maigre, de stature peu élevée, de bonne constitution, zélé dans ses devoirs, de bonne conduite, manque à l'appel le 11 mars 1866.

Un de ses compatriotes raconta qu'avant d'entrer au service militaire, il lui était arrivé de disparaître d'un trait pour plusieurs jours, et qu'on l'avait retrouvé blotti dans un coin obscur. Inutilement on le chercha pendant sept jours, et on allait le porter comme déserteur quand, le 18 mars, on le trouva sur un tas de paille, dans un grenier de la caserne, profondément endormi et comme mort. Transporté sur un lit, il resta sans connaissance, sans mouvement; la respiration paraissait tout à fait suspendue; le pouls était imperceptible; l'auscultation ne faisait percevoir aucun mouvement du cœur; la face était très-pâle, les paupières ouvertes, la pupille dilatée. Il sentait les piqûres faites avec une épingle; la chaleur était partout normale et les extrémités avaient leur flexibilité naturelle. Grâce à des frictions sur le corps et en particulier sur la région précordiale, grâce à l'ammoniaque mis sous les narines, aux mouvements de respiration artificielle communiqués au thorax, après *une heure et demie* eut lieu une première, puis une seconde inspiration. La circulation et la respiration se rétablirent, et l'on put faire avaler au malade un peu de bouillon. Après deux heures, il n'avait pas encore parlé ni tout à fait repris connaissance, mais son état permit au docteur Chabert de le faire transporter à l'hôpital. Dans la journée suivante, il put prononcer quelques paroles, mais il n'avait pas conscience de son état, ne pouvait rendre compte de ce qui lui était advenu, ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait; et il resta pendant quinze jours dans un état de torpeur, de prostration, avec parfois un peu de subdelirium semblable à celui de la fièvre typhoïde. Un excellent régime amena une amélioration lente, mais progressive qui permit à ce soldat de retourner bien guéri à son régiment le 4 mars, après quarante-sept jours de maladie. Dans la suite, sa santé fut bonne, et son caractère, d'abord concentré, parut ensuite plus expansif.

Des informations prises par M. Chabert il résulte que cet individu avait joui d'une très-bonne santé pendant les douze premières années de son existence; que, dans le printemps de 1856, il avait souffert d'une migraine violente qui le rendit taciturne et mélancolique; puis un beau jour il disparut, et le jour suivant il fut trouvé dans un grenier. Deux mois après il disparut encore, et on le chercha trois jours avant de le retrouver accroupi sous une échelle, au coin d'un mur. Cette seconde fois, il ne donnait plus signe de vie, et on eut beaucoup de peine à le ranimer. Toujours gardé à vue, il réussit encore sept ou huit fois à se soustraire à la surveillance, et resta une fois encore deux jours entiers sans connaissance, sans boire ni manger. Quand il revenait à lui, souvent il pleurait et montrait beaucoup de mélancolie. Rien, du reste, dans ses habitudes, dans sa physionomie, dans ses discours, ne dénotait qu'il fût sous le coup d'une maladie si extraordinaire. Et il est à remarquer que le père et la mère du malade étaient bien portants, que sa sœur était faible d'esprit, que l'un de ses frères était né sans avant-bras et sans mains, et qu'une tante paternelle était morte aliénée.

Ainsi qu'on l'a vu, il existe plusieurs points de ressemblance entre P... et le soldat français. Ni l'un ni l'autre ne présentèrent jamais les signes de la mort apparente; tous deux étaient de jeunes cordonniers. P..., au début, put être guéri comme le soldat etc., etc.

Quant à la maladie de P..., M. Timermans la considère, en résumé, comme déterminée par les impressions morales pénibles qu'éprouva ce malade, impressions qui auraient amené cet état qu'il appelle *léthargie maniaque*. La plupart des lésions anatomiques, tant de l'encéphale et de la moelle que des viscères thoraciques et abdominaux, reconnaîtraient pour cause l'alimentation artificielle nécessitée par l'état mental.

Les opinions du médecin de l'hôpital Saint-Jean ne furent pas adoptées par tous les membres de l'Académie de Turin. Plusieurs membres de cette assemblée n'admirent pas la possibilité de la coexistence de la léthargie et de la manie, et reconnurent simplement la *stupeur*. Le texte italien dit même la *stupidité*.

M. le docteur Luigi Olivetti fit à ce sujet une communication, et déclara que P... était un maniaque et que son sommeil avait été de nature léthargique (1). A la suite de cette étude, il reproduisit le fait suivant, observé par M. le docteur Collo, de Chieri.

S... (Antonio), de Chieri, jardinier et soldat en congé, se rendit, le 4 février 1865, chez les frères de Saint-Dominique, et s'y confessa. Le religieux qui avait reçu sa confession s'en alla, puis revint assez longtemps après, et fut très-surpris de trouver Stella à la même place et immobile sur le prie-dieu. Il s'approcha, l'appela, le secoua, mais ne put obtenir ni une réponse, ni un seul mouvement. M. le docteur Collo, mandé en hâte, se transporta aussitôt, et renouvela inutilement toutes les tentatives déjà faites.

S... était dans un état de demi-rigidité; ses yeux étaient fermés, son pouls était normal, sa respiration presque insensible, sa face pâle. La perte de connaissance était complète.

Le malade fut dirigé sur l'hôpital, et, le lendemain à la visite, il était dans l'état suivant : Visage congestionné; yeux toujours fermés, ne pouvant s'ouvrir qu'avec un certain effort; pupilles dilatées, immobiles, ne se contractant pas par le grand jour; insensibilité générale (les piqûres avec les aiguilles et la lancette ne sont pas perçues); refus absolu d'aliments et de boissons.

Cette situation se prolongea pendant cinq ou six jours, après quoi, cédant aux instances de sa mère, Stella ouvrit la bouche et avala quelques morceaux de pain sans les mâcher. Du 4 février au 3 mars, l'état du malade resta stationnaire, et un amaigrissement énorme se produisit.

Le 14 mai, le malade rentra chez ses parents; mais, le 26 juillet 1866, il fut ramené à l'hôpital. A ce moment, il ne parlait pas, était somnolent, avait la face injectée et refusait toute nourriture. Stella mourut d'apoplexie foudroyante le 18 mars 1867.

Au mois de février dernier, je crus devoir entretenir la Société médico-psychologique des circonstances morbides si anormales que présentait alors Della F.; et, après avoir fait appel aux lumières de mes collègues, je les engageai à venir voir le malade par eux-mêmes, ce que plusieurs d'entre eux firent avec le plus grand empressement, et notamment MM. Dagonet, Félix Voisin et Morel. A cette occasion, deux observations encore inédites furent rapportées, séance tenante; la première, par M. Achille Foville; la seconde, par M. Berthier. Je m'empresse de donner l'hospitalité à ces documents.

1° « Un jeune malade, a dit M. Ach. Foville, entra, l'année dernière, à la maison de Charenton, dans un état de mélancolie profonde, et, par l'aggravation progressive des symptômes, nous présenta, pendant huit ou dix semaines, un tableau tout à fait analogue à celui qui vient de nous être dépeint. Pendant tout ce temps, il est resté couché, immobile, dans son lit, ne prononçant aucune parole, tenant les yeux fermés, ne faisant aucun signe, ne manifestant aucune idée, ne prenant volontairement aucune nourriture. Pendant tout ce temps, il a dû être alimenté avec la sonde œsophagienne; pendant tout ce temps aussi, la constipation a été opiniâtre et a dû être combattue tantôt par des capsules de croton, introduites dans le rectum, tantôt par des substances purgatives ajoutées aux aliments qui lui étaient donnés par la sonde. Cet engourdissement a fini par céder; peu à peu le malade a repris des habitudes plus régulières, et, tout récemment, il nous a avoué que, pendant toute cette période, il n'avait cessé de se croire damné, et qu'il pensait accomplir un devoir en s'abstenant de toute manifestation intellectuelle extérieure. La révélation de ce délire actif, rapprochée de la torpeur absolue du corps, a confirmé le diagnostic de mélancolie avec stupeur. »

2° « G..., d'une intelligence médiocre, a rapporté M. Berthier, a fait un congé comme soldat, mais a rapporté 1500 fr. du service, — preuve péremptoire de sa tempérance et de son économie; marié, père de famille, bon ouvrier cordonnier, il n'a commis qu'un excès : celui du travail. Il est né d'un père aliéné. Vers l'âge de quarante ans, n'ayant jamais eu de maladie grave, il devient agité, loquace, mobile, puis tapageur, menace d'incendier, et a quelques idées de richesse, sans montrer pourtant aucun signe de paralysie générale. Conduit à Sainte-Anne, il y est déclaré atteint d'imbécillité, avec agitation maniaque. Quinze jours après, il arrive à Bicêtre en proie à une sorte d'accès de manie subaiguë, suivie bientôt d'un profond collapsus. A un verbiage perpétuel a succédé le mutisme; le mouvement incoercible a fait place à l'inertie. Le malade, alité, ne marchera plus pendant seize mois. Ses excrétions — urines, fèces, salive — deviennent involontaires. On est obligé de le faire manger comme un petit enfant; parfois il faut lui ingurgiter les aliments, le nourrir à la sonde. L'anesthésie conquiert chaque jour du terrain; on enfonce une épingle dans les chairs sans provoquer de tressaillements; l'électricité est impuissante à le réveiller; la douche le trouve inébranlable. A cette inertie se joint une roideur cataleptiforme... Telle fut, durant plus d'un an, la situation : une vie purement végétative. G... reste dans la même position, affectant le dé-

(1) *Il letargo e la mania possono coesistere.* Torino, 1868.

cubitus latéral, le corps courbé en deux, ne demandant rien, tenant les yeux fermés, les sourcils froncés, la bouche close, les dents serrées, ayant la face rouge et chaude, les extrémités glacées, laissant fluer de ses lèvres des flots de salive ; insensible en apparence, mais opposant néanmoins automatiquement une résistance énergique, extraordinaire même, à tout ce qu'on exige de lui. Approche-t-on de son lit, par exemple, pour lui tâter le pouls, il retire son bras avec colère, se cache la figure sous son drap. Ses poings sont fermés si fortement que la paume des mains est moite et exhale une odeur infecte. S'obstine-t-on à le tourmenter, il finit par s'écrier : « Laissez-moi, je ne suis pas malade ! » — Ou bien, sans proférer une parole, il saute sur ses pieds, mû comme par un ressort, et se met sur la défensive, poing en avant, le visage courroucé ; ses cheveux se hérissent alors, sa face se cyanose ; la circulation s'accélère, et les muscles buccinateurs se contractent avec violence.

« Rendu à lui-même, il reprend son immobilité et son mutisme. Friandises, promesses, menaces, taquineries, obsessions, rien ne le touche. Les visites affectueuses l'irritent. Si on lui propose des aliments, il les repousse ; déposés sur sa planchette, dès qu'il croit n'être pas vu, il s'en empare pour les dévorer. Aussi conserve-t-il un certain embonpoint. Les selles sont régulières. Le sphygmographe, appliqué sur l'artère radiale, décrit les courbes les plus opposées en moins d'une demi-heure. Ce n'est pas tout ; notre cordonnier reste dans l'attitude qu'on lui imprime, dans les positions les plus pénibles, cinq, dix, quinze minutes, avec une roideur tétanique.

« En septembre 1868, une légère amélioration survient : le malade consent à se lever et à s'habiller ; mais, à peine hors du lit, il court se blottir dans un coin de la chambre ou du jardin. — En décembre, on le surprend parfois causant seul ou semblant répondre à des questions posées le matin, puis il retombe dans sa torpeur. Enfin, au milieu de février de cette année, environ dix-huit mois après son admission, G... secoue définitivement son engourdissement. Il devient propre, s'habille, et, non sans quelques défaillances, dont la comination triomphe, il se met au travail et confectionne des souliers.

« Que s'est-il passé dans son esprit pendant cette longue léthargie ? G... cherche en vain dans ses souvenirs. Il répond en hésitant, par monosyllabes, par signes ou d'un air niais : « Je ne sais pas, — je ne pensais à rien ; — j'aurais voulu travailler, — je ne me rappelle point. »

Aucune voix ne lui inspirait de terreur, ne lui intimait des ordres. Il n'a nulle conscience d'avoir assisté à des scènes affligeantes ou d'avoir vu des personnes qui le menaçaient. Parents et amis lui étaient indifférents. Il n'avait d'aversion pour qui que ce soit, et quand on s'étonne qu'il soit resté ainsi un an et demi comme une statue, il avoue n'y rien comprendre. »

Je terminerai en reproduisant l'extrait d'une note sur *le sommeil léthargique sans troubles apparents des fonctions*, que M. le docteur Haime, de Tours, a récemment communiquée à la Société médicale d'Indre-et-Loire. J'exprimerai, toutefois, le vif regret de ne pas rencontrer dans cette observation des faits suffisamment précis.

Une jeune fille, âgée de 19 ans, non menstruée, avait éprouvé, quelques mois avant l'invasion de sa dernière maladie, de la nonchalance, de la faiblesse et des douleurs dans les jambes, avec tendance presque irrésistible au sommeil, et, de temps à autre, on remarqua chez elle du rire ou des pleurs sans motifs. Dans les premiers jours de juin 1866, elle tomba presque subitement dans un sommeil létbargique profond qui dura jusqu'au 28 juillet suivant, jour de sa mort : il avait duré cinquante-six jours.

A l'autopsie, on ne trouve d'autre lésion organique qu'un peu de ramollissement occupant un point très-circonscrit du cerveau. On constata de plus que le clitoris était très-développé et que le vagin était élargi, ce qui pouvait faire supposer que la malade se livrait à l'onanisme.

Et maintenant, est-il possible de tirer aujourd'hui, des principaux faits cliniques que j'ai rapportés, des conclusions générales pratiques ? Existe-t-il réellement une entité morbide que l'on doive désigner sous le nom de *stupeur mélancolique à forme léthargique ?* Quelles explications peut-on donner de ces désordres physiologiques si étonnants, de ces anomalies cérébrales et psychiques qui s'éloignent à ce point de la normale qu'elles peuvent paraître invraisemblables ? A ces questions je ne réponds rien. Je dis seulement : « pendant 214 jours, j'ai observé, étudié et soigné Della F..., et je me suis contenté de déposer modestement son observation dans les annales de la science, à côté de quelques faits plus ou moins analogues. Si un jour d'autres exemples surgissent, peut-être sera-t-il possible d'édifier un corps de doctrine qui ne me paraît pas viable en ce moment. » Attendons donc. C'est le temps qui mûrit le fruit de la science.

CLINIQUE DE VALS. — M. Clermont (de Lyon).

Eaux reconstituantes. — Source Rigolette.

Citons quelques exemples des services que la source *Rigolette* nous a rendus à Vals.

1re Observation. — *Gastro-entérite chronique. — Anémie.*

M. le marquis de T..., âgé de 44 ans, est envoyé à Vals par M. le docteur Mayor, de Genève. Quoique grand et bien constitué, il a le teint pâle et l'apparence anémique, résultat d'une gastro-entérite déjà fort ancienne. Sa santé a éprouvé, à plusieurs reprises, de graves vicissitudes, parmi lesquelles nous notons des épistaxis abondantes, des accès de fièvre intermittente, une jaunisse, des troubles dyspeptiques continuels depuis cinq ans, époque à laquelle il fut atteint de gastro-entérite, passée aujourd'hui à l'état chronique. Le 23 juin, jour d'arrivée, il se plaint surtout de ses mauvaises digestions et d'une diarrhée qui est, de loin en loin, remplacée par la constipation ; la langue est blanche ; le pouls est à 85° ; les urines, rouges, chargées et d'une émission souvent difficile.

Mis à l'usage interne de l'eau de *la Rigolette*, trois verrées matin et soir, et à celui des bains alcalins, il vit en douze jours la diarrhée disparaître, les selles se régulariser, les troubles dyspeptiques faire place à une digestion normale. Après vingt-deux jours de traitement, au moment de repartir pour la Suisse, M. le marquis vint nous faire ses adieux et nous témoigner toute la satisfaction qu'il éprouvait d'une cure sur laquelle il n'osait pas trop compter ; car une saison passée à Vichy, il y deux ans, avait à peine amendé légèrement son état maladif.

2e Observation. — *Entérite chronique.*

M. le docteur Vidal, maire de Bessège (Gard), nous adresse, le 9 août dernier, le nommé Théophile R..., âgé de 27 ans, assez bien constitué, mais ayant une prédominance bilieuse, et sujet, depuis trois ans, à la suite d'une dyssenterie, à une diarrhée chronique produisant chaque jour de 3 à 4 selles jaunes, bilieuses, accompagnées de borborygmes, de flactuosités et parfois d'épreintes plus ou moins vives. La langue est blanche, le pouls à 80° ; l'état général, celui de l'anémie ; car cette diarrhée incessante, pendant surtout treize mois, a miné les forces du malade. Son traitement par l'eau de *la Rigolette*, et par les bains alcalins durant quinze jours, permet déjà de croire à une guérison. R... digère mieux, n'a plus la diarrhée ; il nous dit que M. le docteur Vidal sera bien étonné de le voir si promptement de retour, et en bon état. Il se plaint cependant parfois de chaleurs intestinales, effet déjà signalé de l'eau de *la Rigolette*, quand elle produit l'irritation substitutive mentionnée plus haut.

3e Observation. — *Hépatite et gastro-entérite chroniques.*

Après avoir reçu les soins judicieux de M. le docteur Correnson, de Nîmes, et sur son avis, M..., employé au petit entretien du chemin de fer, vint, en 1867, faire une première saison thermale à Vals. A la suite de travaux pénibles et soutenus, cet homme éprouva des accidents du côté du foie et du tube digestif. Le docteur Correnson en triompha avec beaucoup de peine, et à son arrivée à Vals, le malade avait encore de la fièvre, de la diarrhée et d'autres signes de l'état aigu encore trop prononcés pour que les eaux toniques puissent être supportées. Pendant deux semaines, il prit l'eau de *la Saint-Jean*, qui tempéra un peu les accidents morbides. Pendant deux autres semaines, on lui fit boire l'eau de *la Rigolette*. Elle améliora un peu la digestion et diminua la fréquence de la diarrhée ; puis le malade partit sans être guéri.

Il revint, le 3 août dernier, dans un état plus satisfaisant, résultat des soins assidus de M. le docteur Correnson ; mais il éprouvait encore deux selles diarrhéiques par jour : peu d'appétit ; la langue était blanche, le pouls petit, le teint jaune-pâle. L'eau tonique et stimulante de *la Rigolette*, aidée de quelques bains alcalins, suffit cette année à compléter, en moins de trois semaines, une guérison que le traitement thermal de l'an dernier avait fait prévoir au docteur Correnson. Des nouvelles récentes de ce malade sont des plus satisfaisantes.

Une assertion, parfois énoncée autour de nous, tendrait à établir que les toux sèches chroniques sont aggravées par l'usage des eaux alcalines gazeuses. Cette erreur demande à être relevée, car elle serait préjudiciable à bon nombre de malades. Qu'il soit causé par un état rhumatique momentanément localisé sur les bronches ou qu'il dépende de quelques petits noyaux hyperémiés et déjà anciens du poumon, ce genre de toux provoque l'anémie, et celle-ci, à son tour, est un obstacle à la guérison ; aussi les eaux alcalines toniques, celles de *la Rigolette* surtout, agissent favorablement sur ces états morbides. En voici un remarquable exemple fourni par un malade de M. le docteur Larguière, médecin en chef de l'établissement thermal des Fumades.

4e Observation. — *Pneumonie chronique.*

En novembre 1867, M. P...., âgé de 23 ans, menuisier à Alais, a été traité par M. le docteur Larguière d'une pneumonie grave. La convalescence a été longue, et aujourd'hui 8 août, le malade conserve encore une petite toux sèche, et dans les jambes et la région lombaire, une si grande faiblesse, qu'il dit n'être bien que couché. Les digestions sont pénibles, suivies de malaises dans le ventre. L'appétit est nul ; la langue blanche au centre, rose sur les bords ; pouls à 75, un peu irrégulier. Vers l'omoplate gauche, il y a matité à la percussion ; l'auscultation fait percevoir en ce point de l'expansion dans la respiration et même un peu d'égophonie.

L'eau de *la Rigolette* à l'intérieur, les bains alcalins de Vals, qui provoquent à la peau une sorte d'irritation révulsive, ont été les seuls moyens médicaux employés par nous ; ce qui n'empêche pas le malade de partir le 27 août, délivré de sa toux, respirant bien et ayant retrouvé de l'appétit, de bonnes digestions et un accroissement de forces qui promet bien pour l'avenir.

Si, en fait d'exemple, on ne pouvait dire avec juste raison : *non numeranda, sed ponderanda sunt*, si nous pouvions prolonger indéfiniment notre revue clinique des maladies nombreuses que nous avons vu guérir ou être très-amendées à Vals par l'eau de la source *Rigolette*, nous pourrions citer également des chloroses, des anémies, divers engorgements viscéraux chroniques, résultat d'hyperémies passives.

Aux qualités résolutives des substances alcalines, cette eau joint en effet celle d'être reconstituante, parce qu'elle est en même temps un excitateur des organes digestifs et qu'elle porte avec elle d'autres éléments toniques propres à favoriser la fonction hématosique : du fer, du chlorure de sodium et une grande quantité d'acide carbonique. Nous avons donc pu dire avec raison que ce n'est pas au bicarbonate de soude seul qu'elle emprunte ses propriétés, car elle n'en contient pas plus que les eaux des sources *Précieuse* et *Désirée*, que nous ne conseillons pourtant jamais contre les diarrhées atones, les chloroses et d'autres formes d'anémie, auxquelles l'eau de *la Rigolette* convient parfaitement.

En résumé, si l'art guidé par la science ne peut parfaitement imiter la nature dans la fabrication des eaux minérales, et nous en offrir de parfaitement semblables à celles qui émergent des entrailles de la terre, la raison en est que ces dernières ne sont pas de simples solutions d'une ou deux substances minérales, mais bien des composés chimiques complexes, des entités ayant des caractères propres comme des vertus médicinales particulières ou spéciales.

Disons mieux encore : la nature elle-même ne se copie pas exactement ; elle diversifie à l'infini ses produits. On sait qu'à Vals, malgré le grand nombre des sources carbo-sodiques, il n'y en n'a pas deux d'identiques, bien que plusieurs puissent avoir à peu près la même dose de bicarbonate de soude. Aussi nous permettrons-nous de dire, à cette occasion, à l'un de nos confrères et amis, que c'est en oubliant son caractère de médecin pour revêtir un moment celui de critique spirituel à coup sûr, mais un peu sévère, qu'il a pu écrire, en parlant d'une source d'une station célèbre : « Ce sont autant de robinets placés au même tonneau. » Qu'il nous pardonne de ne pas être ici de son avis en nous prêtant, avec quelque modification, cette maxime d'un sage, expression de nos sentiments à son égard :

Amicus doctor Munaret, sed magis amica veritas.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 9 novembre 1869. — Présidence de M. Blache.

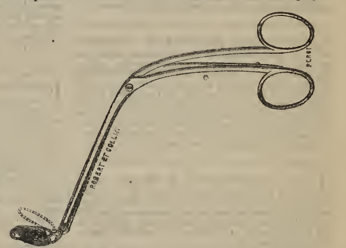
CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet un manuscrit en langue allemande, de M. Franz Bronzil, sur une méthode nouvelle de médication.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. Klée, maire de Ribeauville, relative à la mortalité des nourrissons. (Commission de la mortalité des enfants nouveau-nés.) — 2° Un travail de M. Gendrot, pharmacien à Bécherel (Ile-et-Vilaine), sur l'ergot du seigle. (Comm., M. Chatin.) — 3° La première partie d'un travail de M. le docteur Dechaux (de Montluçon), intitulé : *Parallèle des maladies récentes du col de l'utérus et de l'ancienne hystérie.* (Comm., MM. Danyau, Depaul et Devilliers.) — 4° Une lettre de M. le docteur Bourdais, en réponse à l'argumentation de M. Depaul : Je n'ai eu que le temps, écrit M. Bourdais, de répondre aux arguments personnels sur lesquels M. Depaul s'étend avec complaisance, dans une lettre adressée à M. Depaul lui-même. Quant aux arguments scientifiques, ils feront l'objet d'un travail plus utile et plus sérieux que j'aurai l'honneur d'adresser prochainement à l'Académie, et qui, je l'espère, satisfera les personnes désintéressées de toute idée préconçue.

M. Béclard présente : 1° Au nom de MM. Robert et Colin, un rhinoscope construit sur les indications du docteur Simon Duplay.



Cet instrument, dont le mécanisme est le même que celui de la pince laryngienne du docteur Cusco, se compose de deux longues branches coudées : l'une, fixe, se termine par un miroir dont l'inclinaison peut être modifiée à volonté ; l'autre, agissant à l'aide d'un double levier sur la première, fait mouvoir un anneau placé en avant du miroir et destiné à relever la luette et le voile du palais.

Le miroir, recouvert de l'anneau mobile, étant introduit derrière le voile du palais, jusqu'au contact de la paroi postérieure du pharynx, une pression exercée sur les longues branches de l'instrument fait agir l'anneau mobile, qui se relève et s'écarte en même temps, repoussant en avant la luette et le voile du palais. Avec un bon éclairage on peut voir alors sur le miroir l'image de la partie postérieure des fosses nasales, les ouvertures des trompes d'Eustache et la face postérieure du voile du palais.

Le rhinoscope peut donc rendre de véritables services dans le diagnostic des diverses affections naso-pharyngiennes ; de plus, n'exigeant le concours que d'une seule main, il peut faciliter la manœuvre de certaines opérations, telles que le cathétérisme des trompes d'Eustache, l'ablation des polypes, la cautérisation des parties ulcérées, etc.

2° De la part de M. le docteur Dally, un volume intitulée : *Leçons de physiologie élémentaire*, par M. le professeur Huxley, traduit de l'anglais par M. Dailly.

3° De la part de M. le docteur Mandl, un travail sur l'origine du mot *glotte*. (Nous publierons ce travail dans un des prochains numéros.)

M. Ricord dépose sur le bureau de l'Académie le compte rendu de deux cas de rétrécissements de l'urètre, opérés par la méthode sous-cutanée de M. le docteur H. Dick.

M. Richet présente, au nom de M. le docteur Sirus-Pirondi, membre correspondant, une brochure ayant pour titre : *Troisième série d'observations de chirurgie usuelle ; fractures.*

M. Larrey offre en hommage, au nom de M. le docteur Fort, un volume intitulé : *Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales.*

— M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Boullay, son doyen d'âge.

M. Buignet, sur l'invitation de M. le Président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de

M. Bou[illegible]. Cette lecture est accueillie par des marques d'approbation.

M. LE PRÉSIDENT annonce en outre que MM. Houssard et Filhol, membres correspondants, assistent à la séance.

L'ordre du jour appelle les rapports de prix.

RAPPORTS

M. VIGLA lit le rapport sur le prix de l'Académie (Question des maladies du cervelet).

— Pour le prix Portal, il n'y a pas lieu à faire de rapport, aucun travail n'ayant été adressé à l'Académie sur la question proposée (De la sclérose dans les différents organes).

La Commission du prix Portal, par l'organe de son rapporteur, propose que désormais le sujet de ce prix, au lieu d'être spécifié par l'Académie, soit laissé au libre choix des concurrents, à la seule condition que, selon le vœu du testateur, leurs travaux aient pour objet un point d'anatomie pathologique.

Cette proposition est adoptée après quelques observations présentées par MM. Béhier, J. Guérin, Bouley et Dubois (d'Amiens).

M. MARROTTE lit le rapport sur le prix Lefèvre (De la mélancolie).

Le rapporteur propose, en terminant, que désormais la question, au lieu de conserver le titre général et vague de mélancolie, porte sur un point spécial du sujet.

Cette proposition, appuyée par MM. Baillarger, de Kerkaredec, Dubois (d'Amiens), Larrey et J. Guérin, est adoptée par l'Académie, qui décide en outre que la Commission du prix Lefèvre aura à faire connaître, dans la prochaine séance, la question pour le concours de 1870.

M. DEVILLIERS donne lecture du rapport sur le prix Capuron (Question d'accouchement) : Du retour de l'utérus à l'état ordinaire, après l'accouchement. Applications médico-légales des résultats de cette étude à la détermination du temps depuis lequel une femme est accouchée.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine de Paris a déclaré vacante une place de membre titulaire.

Pour être admis membre titulaire, il faut :

1° Être docteur en médecine ;

2° Adresser au président une demande écrite, accompagnée d'un exemplaire ou de l'indication des travaux antérieurs ;

3° Faire à une séance de la Société la lecture d'un travail encore inédit ;

4° Si l'on a déjà fait acte de candidature, il suffit d'adresser au président une lettre dans laquelle l'impétrant déclare maintenir sa candidature.

— Le mardi 30 novembre prochain, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'hôpital de la Conception de Marseille, pour la place de maîtresse sage-femme de la section de la maternité.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'administration des hôpitaux civils de Marseille.

— M. le professeur Sée commencera le cours de clinique lundi 15 novembre, à neuf heures précises, et le continuera les vendredis et lundis, toute l'année.

Tous les jours, à huit heures, examen des malades.

— Le docteur Giraud-Teulon, ancien élève de l'École polytechnique, commencera son cours le mardi 16 novembre prochain, à *une heure*, à son dispensaire, rue Séguier, 2 (quai des Grands-Augustins), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— M. Fano commencera ses conférences sur *l'Oculistique et la chirurgie* le lundi 15 novembre, à midi et demi, à sa clinique, rue Séguier, 14, et les continuera les jours suivants, à la même heure.

— M. le docteur Fernet commencera son cours de pathologie interne le mardi 16 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Il traitera des maladies des appareils circulatoire et respiratoire.

— Le docteur Reliquet, ancien interne des hôpitaux de Paris, commencera son cours public sur les *Maladies et opérations des voies urinaires*, le lundi 15 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 31 octobre au 6 novembre, donne les chiffres suivants :

Variole, 15.—Scarlatine, 1.— Rougeole, 15. — Fièvre typhoïde, 31. Érysipèle, 9.— Bronchite, 46. —Pneumonie, 67.— Diarrhée, 11.— Dysenterie, 3. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 6.— Croup, 11. — Affections puerpérales, 9.— Autres causes, 697. — Total : 921.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 24 au 30 octobre : Variole, 2.—Scarlatine, 229.— Rougeole, 29.— Fièvre typhoïde, 36. — Typhus, 8.— Érysipèle, 2. — Bronchite, 150.— Pneumonie, 102. — Diarrhée, 34. — Dysenterie, 2. — Choléra, 2. — Angine couenneuse, 11.— Croup, 6. — Affections puerpérales, 7. — Autres causes, 916. — Total : 1,536.

— Très-bonne clientèle à céder à Paris. — S'adresser au bureau du Journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

De la sciatique. Étude historique, séméiologique et thérapeutique, par M. le docteur P. A. LAGRELETTE. 1 vol. in-8. — Prix : 4 fr.

De la transfusion du sang, par M. le docteur Charles MARMONIER. 1 vol. in-8. — Prix : 4 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Déformation du bassin chez les cyphotiques au point de vue de l'accouchement.

En parcourant, il y a quelque temps, les salles de la Clinique d'accouchement, mon attention fut attirée par une femme enceinte qui avait une cyphose, c'est-à-dire une de ces courbures anguleuses à saillie postérieure de la colonne vertébrale, qui résultent d'une ancienne affection du corps des vertèbres (mal de Pott). Quel compte devait-on tenir de cette cyphose au point de vue de l'accouchement futur ? Entraînait-elle nécessairement une déformation consécutive du bassin ? Sur quelles parties du bassin portait cette déformation ? Était-elle assez considérable pour empêcher l'accouchement naturel à terme, et nécessiter l'accouchement prématuré artificiel ou telle autre opération, au cas où l'on eût laissé la grossesse aller jusqu'à terme ? Telles étaient les questions qui se présentèrent naturellement à mon esprit, en présence de cette femme.

Je ne les eusse pas faites s'il s'était agi d'une déviation rachitique, les rapports des déformations du bassin avec les déformations rachitiques de l'épine étant si bien connus. Mais il s'agissait ici d'une de ces déformations qui ont été considérées jusqu'ici comme ayant généralement une influence minime ou même nulle sur la forme du bassin. Il est vrai que, faute d'observations personnelles suffisantes sur ce point, nous aurions été fort en peine d'affirmer positivement cette nullité d'influence, et de dire les modifications qui pouvaient résulter soit de l'étendue, soit du siége de la cyphose. Il nous a été facile, heureusement, de satisfaire à cet égard notre curiosité et celle de nos lecteurs, grâce à l'excellent travail que vient de publier tout récemment sur ce sujet M. le docteur G. Chantreuil, interne lauréat des hôpitaux, sous ce titre : *Étude sur les déformations du bassin chez les cyphotiques, au point de vue de l'accouchement* (1). Nous empruntons à cette très-importante étude quelques-unes des considérations principales qui résultent des recherches anatomiques et cliniques que l'auteur a faites sur cet intéressant sujet d'obstétrique.

Voici ce qui ressort d'abord des recherches anatomiques :

Les lésions de la cyphose dorso-lombaire et celles de la cyphose lombo-sacrée ont entre elles une grande analogie; cependant, M. Chantreuil a constaté quelques différences, qui tiennent surtout, suivant lui, au siége de la lésion vertébrale. Voici quelles sont ces différences :

Plus l'angle qui forme le rachis se trouve près du sacrum, dit M. Chantreuil, plus la partie supérieure de cet os sera tirée en haut et en arrière, et plus aussi diminuera l'inclinaison du bassin. Une cyphose purement lombaire amènera, par conséquent, des changements plus prononcés qu'une cyphose dorso-lombaire.

Dans ces deux cas, les conséquences de la cyphose ne seront pas altérées dans leur type par les lésions de texture des corps vertébraux qui ont causé la gibbosité.

Dans la cyphose lombo-sacrée, au contraire, par suite de l'extension de la carie au sacrum, le corps sacré supérieur subit des pertes de substance assez considérables pour que le promontoire soit détruit; par conséquent, les changements qu'éprouve dans la cyphose dorso-lombaire et lombaire la première vertèbre sacrée, sont masqués non-seulement par les lésions propres à la carie, mais souvent par des dépôts ostéophytiques de nouvelle formation. Mais les changements dans la position et la forme du bassin considéré dans son ensemble, sont plus apparents dans la cyphose lombo-sacrée que dans la cyphose dorso-lombaire. Les os iliaques ne subissent pas, de la part de la carie, les mêmes altérations que la partie supérieure du sacrum; aussi retrouve-t-on sur eux les conséquences de la cyphose, telle que lorsque celle-ci existe en un point plus élevé de la colonne rachidienne. La rotation des os iliaques est très-prononcée ; les fosses iliaques sont très-plates ; les diamètres du détroit supérieur sont augmentés d'une manière très-sensible, ceux du détroit inférieur sont rétrécis dans le sens transversal d'une façon sérieuse ; l'étroitesse du pubis est considérable ; tous ces phénomènes sont assez prononcés pour gêner d'une manière notable le travail naturel de l'accouchement.

(1) Broch. in-8°. 1869.

La forme en entonnoir de ces bassins est donc due à deux phénomènes : 1° l'élargissement du grand bassin et du détroit supérieur ; 2° le rétrécissement du détroit inférieur, surtout dans la direction transversale.

La configuration du bassin propre aux cyphotiques peut, dans certains cas, rencontrer des obstacles à son évolution régulière, par le fait des lésions qui accompagnent quelquefois la déviation vertébrale. Ainsi, l'on voit dans certains cas, le pelvis prendre des formes qui s'éloignent plus ou moins du type cyphotique, tout en conservant cependant des caractères qui permettent de reconnaître l'influence de la courbure rachidienne à travers les modifications qu'elle a dû subir de la part de l'affection concomitente.

Ainsi, par exemple, la cyphose coïncide-t-elle avec un bassin dont les dimensions sont réduites dans tous les sens et dans toutes les sections horizontales du cylindre pelvien, il est évident qu'il faut considérer les mesures relatives du détroit inférieur et non les mesures absolues. En comparant les diamètres des deux détroits, on trouve dans ce cas qu'il y a une diminution du diamètre biischiatique.

Quand la cyphose est compliquée de rachitisme (complication très-rare), les effets que produisent ces deux causes de déformation réunies sont différents, suivant que la cyphose est due à une inflexion de la colonne vertébrale par le relâchement des ligaments, à un mal de Pott, ou au rachitisme lui-même. Dans le premier cas, le rachitisme est le seul efficace. Dans le second cas, l'influence de la carie vertébrale peut avoir lieu sur le bassin, concurremment avec le rachitisme, si le mal de Pott a débuté dans l'enfance. Si celui-ci, au contraire, ne s'est montré que tardivement, le pelvis porte le cachet de l'autre vice de conformation. Enfin, si la cyphose est le fait du rachitisme luimême, elle a sur la forme du bassin une action évidente.

On peut donc conclure que le bassin est modifié par le fait de la cyphose et par le fait du rachitisme, si ces deux influences agissent simultanément.

Jusqu'ici, les lésions anatomiques du bassin sont symétriques, parce qu'elles sont le résultat d'une déviation de la colonne vertébrale, située sur la ligne médiane. Mais que la syphose se complique d'une lésion quelconque unilatérale, par exemple d'une scoliose ou d'une ankylose angulaire de l'articulation coxo-fémorale, alors apparaissent des modifications propres à chacune de ces lésions, qui, se combinant avec la déformation symétrique due à la cyphose, aboutissent à une forme asymétrique du bassin.

Dans les cas de scoliose cyphotique (cyphose compliquée de scoliose), qui n'a pas sa source dans le rachitisme, l'action de la cyphose sur le bassin est manifeste ; seulement la déformation pelvienne est asymétrique.

A quels signes peut-on reconnaître, pendant la vie, le bassin cyphotique ? Quelle est son influence sur la marche de la grossesse et de l'accouchement ? Quelles sont les conséquences pronostiques et les indications thérapeutiques ?

C'est par l'examen de la colonne vertébrale et du bassin, aidé des commémoratifs, qu'on arrive au diagnostic de la cyphose. La déviation angulaire du rachis, l'attitude du corps, l'inclinaison du tronc en avant, sa longueur comparée à celle des extrémités, sont autant de données utiles.

Le point qu'occupe la cyphose a son importance. Plus la situation de la cyphose est inférieure, plus la déformation consécutive du bassin sera considérable.

Le sacrnm ne forme plus avec le rachis, lorsqu'il s'agit de cyphose lombo-sacrée, un angle ouvert en arrière, comme dans l'état normal, car il s'incline en bas et en avant, et la colonne vertébrale se dresse pour maintenir en équilibre le tronc dont la tendance à se porter en avant est très-prononcée.

Des renseignements plus précieux sont fournis par l'examen du bassin lui-même. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, mesuré extérieurement, c'est-à-dire la distance du sommet de l'apophyse épineuse de la première vertèbre sacrée à la partie supérieure de la symphyse, n'est pas diminué ; il est même plutôt augmenté. Les épines iliaques antéro-supérieures sont écartées ; leur distance a augmenté relativement à celle des crêtes. D'où l'on voit d'une manière générale que le diamètre « crête » diminue relativement au diamètre « épine ».

C'est encore au moyen de la mensuration externe que l'on trouve un écartement moins grand des épines iliaques postérieures et supérieures.

Mais voici le signe le plus important, c'est le rétrécissement transversal du détroit inférieur. Voici comment M. Chantreuil pense qu'on doit procéder pour évaluer la largeur de ce diamètre. A l'aide des indicateurs, on cherche à préciser la position du bord interne des tubérosités ischiatiques, la malade étant couchée sur le dos, les jambes écartées, le siége un peu élevé. Ces deux points trouvés, l'extrémité de l'ongle est maintenu immobile, et au moyen du compas de Baudeloque, un aide mesure l'intervalle des deux doigts. Il est encore plus commode, suivant lui, de faire mettre la femme sur les genoux, le tronc incliné en avant, de manière à faire saillir les iscbions. M. Chantreuil et M. Bailly ont employé ces deux procédés chez une femme cyphotique, et chez dix femmes prises au hasard dans le service de chirurgie. Chez la femme cyphotique, ils ont trouvé 7 centimètres 5 millimètres ; tandis que chez les dix autres femmes, dont les bassins étaient normalement conformés, la mesure de ce diamètre donnait de 10 à 12 centimètres.

On peut arriver aux mêmes résultats avec le pelvimètre de M. Depaul. Enfin, il existe un moyen bien simple d'évaluer approximativement le diamètre transverse du détroit périnéal, ou tout au moins d'avoir une idée assez nette du rapprochement des ischions ; c'est le toucher vaginal pratiqué de manière à pouvoir juger, par l'indroduction de plusieurs doigts, jusqu'où ces doigts peuvent pénétrer, etc.

Quant au diamètre antéro-postérieur du détroit périnéal, on le trouve augmenté dans la cyphose dorso-lombaire, diminué dans la cyphose lombo-sacrée ; quand on a affaire à celle-ci, on atteint facilement la pointe du coccyx et celle du sacrum. Le rapport entre le diamètre antéro-postérieur externe et le diamètre coccy-pubien du détroit périnéal augmente alors dans une proportion assez notable, ce qui indique la convergence anormale des parois antérieure et postérieure du bassin, de même que l'augmentation du rapport qui existe entre le diamètre transverse du détroit supérieur et le diamètre biischiatique indique la convergence exagérée des parois latérales.

Il existe encore quelques signes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic de la forme particulière du bassin cyphotique. Ce sont la symétrie du bassin tout entier (hors les cas de complication), la diminution du diamètre intertrochantérien, la hauteur et la solidité de la symphyse, la position spéciale de l'orifice vulvaire, enfin la forme particulière du ventre, qui, au lieu de retomber sur les cuisses, comme chez les femmes petites et dont les parois abdominales ont été développées outre mesure par la grossesse, reste horizontal pendant la station et forme une proéminence considérable.

Ces signes suffisent le plus souvent pour établir le diagnostic du rétrécissement cyphotique du bassin. Les rétrécissements par d'autres causes, telles que l'ostéomolacie et le rachitisme, qui pourraient donner lieu à une confusion, en seront distingués aisément par les caractères généraux de ces deux affections, que nous croirions superflu de rappeler ici.

Il nous resterait à suivre le travail de M. Chantreuil dans sa partie pratique la plus essentielle, savoir l'étude des modifications que le rétrécissement cyphotique du bassin imprime à la marche de la grossesse et au travail de l'accouchement et des indications qui s'en déduisent. Ce sera l'objet d'un deuxième article.

Application de l'aspirateur sous-cutané

Nous avons vu à l'œuvre, dans le service de M. Gubler, à l'hôpital Beaujon, l'aspirateur sous-cutané de M. Dieulafoy, dont nous avons donné la description et la figure dans le numéro du 2 et 4 novembre dernier. Nous l'avons vu appliquer successivement à un cas d'hydarthrose du genou gauche, qui avait déjà été ponctionnée une première fois. Il a été extrait en notre présence 140 grammes de liquide jaunâtre, fibrineux. Les deux opérations ont eu lieu avec la plus parfaite innocuité.

Ce même instrument a servi à l'exploration et à l'évacuation de tumeurs abdominales multiples (kystes ovariques), chez une femme du même service. Quatre opérations ont été faites en deux jours. Il a été retiré 220 grammes de liquide jaunâtre, albumineux, contenant de la matière colorante de la bile.

Nous avons été également frappé, dans ces deux cas, de l'extrême facilité avec laquelle on obtient à l'aide de cet instrument l'évacuation des liquides renfermés dans les tumeurs souvent assez profondes, et de l'innocuité des suites de ces ponctions.

Voici quelques autres applications que M. Dieulafoy en a faites dans le service de son chef, M. Potain, à l'hôpital Necker.

Aspiration du liquide dans une hydarthrose du genou droit, arthrite blennorrbagique, exploration d'un abcès situé dans la profondeur de la fesse droite, sans déformation des parties, sans fluctuations. Aspiration du pus, facilité du diagnostic.

Kyste suppuré situé à la joue gauche d'une jeune fille. Le pus est aspiré, et remplacé par quelques grammes d'eau tiède alcoolisée. Après une seconde opération, la guérison a eu lieu.

Des bubons, des abcès ganglionnaires sous-maxillaires, ont été vidés par le même procédé chez les scrofuleux, sans laisser la moindre plaie apparente.

Ce matin même, à l'Hôtel-Dieu, M. Maisonneuve en a fait l'application dans un cas d'hydarthrose du genou.

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE L'HYDRATE DE CHLORAL.

Par M. le Dr Bouchut.

J'ai l'honneur de vous adresser (1) le résultat de mes recherches cliniques sur les effets de l'hydrate de chloral, et comme elles confirment les affirmations de M. Liébreich, en y ajoutant quelques aperçus nouveaux, je pense qu'elles sont de nature à intéresser l'Académie.

D'abord, je dirai à l'Académie que si les opinions qui se sont produites à l'occasion des effets de ce remède ont été si contradictoires, c'est que les expériences ont été faites avec du chloral impur, et la différence des appréciations faites dépend uniquement de la différence du produit employé. Avec de l'hydrate de chloral pur les résultats sont rapides, évidents et énergiques. Ce sont ceux de l'hypnotisme le plus tranquille et d'une insensibilité quelquefois absolue.

NATURE ET RÉACTIONS DE L'HYDRATE DE CHLORAL.

J'ai essayé, avec MM. Petit et Grassi, les différents hydrates de chloral que vendent les fabricants à nos pharmaciens, et frappé de la différence de qualité du produit, je n'ai pas eu peine à comprendre la différence des résultats.

Le chloral ne doit jamais être employé à l'état liquide. Il faut le prendre cristallisé à l'état solide hydraté ou *hydrate de chloral*, pour le faire dissoudre dans le véhicule convenable. En le prenant ainsi en cristaux aiguillés ou en masse neigeuse, il y a toute probabilité qu'il est bien préparé; mais si l'on veut s'assurer de sa pureté, il faut l'essayer avec une solution concentrée de potasse comme réactif.

Si le chloral hydraté est pur, il colore à peine en jaune clair la solution potassique, en dégageant une franche odeur de chloroforme, et la solution devrait même rester incolore; s'il la colore en brun en dégageant des vapeurs de chloroforme mêlées à des vapeurs chloro-acétiques, il est impur. J'en dirai autant s'il dégage des gaz irritants, d'odeur âcre et désagréable. C'est cependant ce que j'ai observé dans le laboratoire de M. Grassi sur différents échantillons d'hydrate de chloral achetés dans des maisons importantes de Paris; échantillons qui servent à quelques-uns de mes collègues des hôpitaux pour leurs recherches thérapeutiques.

La pureté de l'hydrate de chloral est donc, pour ce médicament comme pour tant d'autres, la condition d'efficacité absolue, afin d'éviter tout péril dans leur emploi.

DOSES ET MODE D'EMPLOI DU CHLORAL.

A quelles doses chez l'homme doit-on employer l'hydrate de chloral pour en obtenir de bons effets et à quelles doses devient-il dangereux?

Administré dans l'estomac ou en lavement, et non par injections sous-cutanées qui produisent, comme je l'ai vu, d'effroyables eschares, chez les enfants de quatre ans, à 1 gramme, il produit le sommeil et l'anesthésie.

Au-dessus de cinq ans et jusqu'à quinze ans, il faut donner 2 grammes et 3 ou 4 grammes, mais à cette dose le sommeil est profond et l'insensibilité quelquefois si absolue, qu'il y aurait si danger à dépasser cette dose. On ne doit pas pouvoir terrasser ainsi le système nerveux sensitif et moteur sans être sur la limite d'accidents graves, peut-être irrémédiables, et il faut éviter des malheurs qui, en outre de la responsabilité qu'ils entraînent, auraient encore pour résultat de discréditer un agent thérapeutique de premier ordre.

Chez l'adulte on peut aller à 4 grammes, 5 ou 6 peut-être où il comme on l'a fait, si le chloral est très-pur; mais c'est là faut s'arrêter. J'ai employé la substance près de 120 fois chez différents malades, et 10 à 24 jours de suite chez le même malade, et en y mettant toute la prudence convenable, je n'ai jamais eu d'accidents à regretter. Je crois qu'il ne s'en produira jamais si l'on ne dépasse point les doses que je viens de fixer; doses très-suffisantes pour avoir l'anesthésie que le médecin a si souvent besoin de produire, et qui ne saurait détrôner l'anesthésie chloroformique, si nécessaire au chirurgien.

Une fois le réveil opéré, on peut réitérer la dose de chloral et amener un nouveau sommeil, de sorte que, par action subintrante du remède, le médecin peut entretenir l'état de somnolence du malade, si cela est nécessaire, dans le tic douloureux ou dans les souffrances du cancer et des grandes brûlures. Un malade peut prendre ainsi plusieurs fois 3 à 5 grammes en vingt-quatre heures, produisant chaque fois une période de trois ou quatre heures de sommeil. Seulement, il ne faut jamais donner plus de 3 à 5 grammes à la fois.

Vaut-il mieux rétiérer ainsi la dose de 3 à 5 grammes d'hydrate de chloral à plusieurs reprises, dans la journée, que de donner tout à coup, en une seule fois, la dose de 9 à 15 grammes, produisant une action plus violente et plus prolongée, presque toxique? Poser ainsi la question lorsqu'il s'agit, non d'expériences de laboratoire, mais d'observations cliniques, c'est la résoudre. Le médecin, soucieux des intérêts du malade, préférera recommencer l'emploi du narcotique à dose modérée que de l'administrer tout d'un coup à une dose dont les effets sont inconnus et *à priori* incalculables.

Je sais bien qu'on peut dire que les effets hypnotiques et anesthésiques du chloral étant dus à la formation du chloroforme dans les vaisseaux capillaires sanguins sous l'influence des alcalis du sang, ceux-ci étant peu abondants, le chloroforme ne peut se dégager en grande quantité; qu'il se forme lentement, au fur et à mesure de la reproduction des alcalis, qu'il s'élimine sans cesse par les poumons; qu'alors, peu importe la dose du chloral absorbé, car il ne se dégagera jamais que la quantité de chloroforme qui pourra être mise en liberté par les sels alcalins du sang. Cette manière de juger les effets possibles du chloral peut être exacte, mais comme la démonstration clinique en peut être dangereuse, je crois qu'au point de vue thérapeutique on fera bien de s'en tenir aux petites doses plusieurs fois répétées.

J'ajouterai enfin que les préparations d'hydrate de chloral que l'on doit donner aux malades doivent être extemporanées, et qu'il faut les administrer dans la journée, car elles s'altèrent et se modifient dans leur composition au point de devenir inertes ou dangereuses. Les médecins devront donc se méfier des sirops faits d'avance que les pharmaciens en quête de fortune annoncent déjà à la quatrième page des journaux politiques à titre de spécialité pharmaceutique.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'HYDRATE DE CHLORAL.

Après l'administration de l'hydrate de chloral, il y a de vingt à quarante-cinq minutes d'attente, puis les phénomènes indiqués par M. Liebreich se dessinent assez nettement pour être bien étudiés. Ce sont des troubles du système nerveux psychique, sensitif et moteur, comparables à ceux qu'amène le chloroforme, avec cette différence qu'ils sont plus longs à se produire, et qu'une fois établis, ils durent plus longtemps. Ils se manifestent par une période d'agitation plus ou moins prononcée, quelquefois très-courte, et qui n'a rien de remarquable; par une *période de somnolence* progressive, dans laquelle l'intelligenee s'alourdit et s'éteint sous un profond sommeil, accompagné *d'anesthésie* légère ou complète, selon que le remède est bien pur et donné à la dose convenable. Enfin, il y a chez quelques malades, au moment du réveil, une sorte d'ébriété comparable à une véritable ivresse.

Tous les enfants qui ont pris l'hydrate de chloral à 1 ou 2 et 3 ou 4 grammes, selon leur âge, se sont endormis en moins d'une heure. Un d'eux n'a pas dormi le premier jour, et n'a eu que de l'agitation des membres; mais le lendemain ayant pris une dose semblable à celle de la veille, il a été pris de sommeil et d'une anesthésie prononcée. Une autre enfant a vomi le remède peu après son ingestion, et n'a rien éprouvé. Une troisième, enfin, n'a eu qu'un peu de sommeil sans anesthésie. A cela près, sur 120 observations, tous les malades ont dormi profondément, et quelques-uns avec une anesthésie telle, qu'on pouvait les piquer au sang, leur arracher des cheveux, et même leur extraire des dents molaires cariées, très-douloureuses.

Le *sommeil chloral* a cela de particulier qu'il laisse à demi-intacts les mouvements réflexes, et que, sur un sujet endormi, les excitations cutanées produisent des mouvements inconscients, qui pourraient faire croire à la conservation de la sensibilité. Cependant, au réveil, les malades qui avaient semblé réagir contre la douleur n'avaient rien senti. Ainsi j'ai publiquement, à l'hôpital, arraché deux dents à un enfant de dix ans, qui a fait des mouvements de main et dont la langue me gênait, mais réveillé par l'opération, il déclara n'en avoir pas senti la douleur. — On sait cependant combien sont pénibles les sensations de ce genre. — Sauf 3 exceptions, sur 120 expériences chez des enfants qui ont dormi par l'hydrate de chloral, tous les autres ont eu de l'anesthésie, soit incomplète en apparence, à cause des mouvements produits par la douleur; soit de l'anesthésie complète et prolongée, avec oubli absolu de ce qui s'est passé dans le sommeil. Cet oubli est la meilleure preuve qu'on puisse donner pour établir combien le sommeil chloral est profond.

Le sommeil chloral est accompagné de contraction des pupilles comme le sommeil ordinaire. Il dure de une à cinq heures, selon la dose du remède et l'impressibilité du sujet. Il se dissipe sans laisser de lourdeur de tête ni de troubles intellectuels, et il ne lui survit qu'un peu de mal de tête frontal pendant une ou deux heures. Chez trois de mes malades, le réveil a été accompagné d'un babillage exagéré, avec des éclats de rire et une agitation qui ressemblaient à une véritable ivresse passagère, car ces petits désordres n'ont duré qu'une heure. Aucun malade n'a eu d'hallucinations, de tintouin, mais plusieurs ont eu des bluettes et vu des lames de feu pendant quelques instants. Plusieurs restaient faibles sur les jambes, offrant une sorte d'incoordination des mouvements volontaires; espèce de titubation, qui confirme ce que je disais plus haut, au sujet de l'existence d'un certain degré d'ivresse chlorale.

Pendant le sommeil chloral, il y a un peu de refroidissement des extrémités avec rougeur bleuâtre de la face, comme dans le stade de frisson des fièvres. Il est évident que les capillaires sont contractés et refoulent le sang de la périphérie au centre. En même temps, le pouls est petit, serré, plus fréquent, accuse une forte tension artérielle, ce que démontre le tracé sphymographique suivant, comparé aux tracés obtenus chez la même malade le soir et le lendemain de l'hypnotisme chloral. On trouve une autre preuve de la tension des capillaires, en examinant le fond de l'œil à l'ophthalmoscope, car les veines sont étroites et noires par stase veineuse.

Le *pouls* est petit, serré, augmente de fréquence, de 80 il monte à 100 et 120, et offre tous les caractères d'une tension artérielle exagérée; après le réveil il devient plus large et moins fréquent, car il retombe au chiffre normal.

Si on l'étudie au sphymographe, on voit des tracés dans lesquels l'élévation du trait est faible, la descente peu accusée, formant une ligne sinueuse presque uniforme. Au contraire, après le réveil le tracé est plus irrégulier, mais l'ascension est beaucoup plus grande et plus prononcée; cela n'a pas d'autre importance.

La *peau* se sèche aux extrémités des membres, là où baisse la température, et il est évident qu'il y a diminution de la perspiration cutanée. Il est évident que le chloral est un médicament d'algidité produisant des effets contraires à ceux de l'opium, qui est à la fois calorifique, stimulant et diurétique.

La *température extérieure* du corps, si basse quand on l'apprécie avec la main sur les extrémités du sujet endormie, ne s'abaisse cependant que de quelques millièmes de degré. Je sais bien que sur des lapins chloralisés, MM. Krishaber et Dieulafoy ont fait descendre la température normale de 40° à + 29°, mais l'animal en est mort, et ces résultats ne pourraient s'obtenir sur l'homme sans péril pour sa vie. La perte de 1 degré de chaleur en une heure par l'action du chloral me ferait très-peur s'il s'agissait d'un de mes malades, et je dois le dire, dans aucune de mes observations il n'y a eu telle différence. Le plus grand abaissement de température produit a été de 12 dixièmes; mais habituellement le thermomètre ne descend que 3 à 5 dixièmes; quelquefois même pendant les premiers moments de l'ingestion du chloral, avant le sommeil, il y a plutôt de la chaleur et une augmentation de quelques dixièmes, témoin le fait qu'on trouvera plus loin.

Les *fonctions digestives* ne sont point troublées par l'hydrate de chloral. Bien que cette substance soit âcre et désagréable, elle est assez bien supportée. Elle excite l'appétit. Sur 120 observations chez des enfants, deux fois seulement le remède a été vomi. Chez les autres la tolérance a été parfaite et il n'en est point résulté de gastralgie, de pyrosis, de coliques, ni de diarrhée. Le résultat a été le même chez les enfants qui en ont pris pendant vingt-quatre jours consécutifs à la dose de 3 grammes par jour ou de 3 grammes matin et soir, ce qui fait une dose de 80 ou 90 grammes administrée pendant trois semaines. En présence de ces faits, je ne m'explique pas la note de M. Laborde relative aux accidents d'irritation intestinale que produirait le chloral et qui ont été observés par ce médecin. Il est évident que ce confrère a du employer du chloral acide, impur et mal préparé.

Seule, la *sécrétion urinaire* est profondément modifiée, fait qui n'a pas été indiqué jusqu'ici par les expérimentateurs. Au moment du réveil chloral elle est peu altérée, mais le lendemain l'urine a une densité plus grande, qui s'élève jusqu'à 1032; elle réduit à l'aide de l'ébullition les sels de cuivre, elle brunit un peu le sous-azotate de bismuth, et enfin, elle colore la potasse. On pourrait croire qu'il s'agit là d'une glycosurie passagère, car elle marque 1 degré au saccharimètre de Robiquet. Cependant, si l'on traite ces urines par l'acétate de plomb, puis par le phosphate de soude pour avoir un liquide neutre n'ayant plus de matière organique, elles ne réduisent plus les sels de cuivre. Quelle est leur altération? Sont-ce des matières organiques de la bile. Ce n'est pas probable. Est-ce de l'acide urique? mais elles sont à peine acides. Je crois plutôt que cette altération des urines consiste en une addition de chloral passé par les reins, et non de glycose, comme on pourrait le supposer si l'on se contentait d'un examen superficiel. En effet, du chloral dans l'eau réduit la liqueur de Fehling exactement comme ferait un peu de glycose.

MODE D'ACTION DE L'HYDRATE DE CHLORAL

En faisant connaître les applications thérapeutiques de l'hydrate de chloral, M. Liebreich avait dit que cette substance n'agissait qu'après absorption par l'estomac et passage par le sang, où il s'y décomposait en produisant du chloroforme sous l'influence des sels alcalins du sérum.

Cette explication a été contestée par MM. Demarquay, Krishaber, Dieulafoy et Labbé qui, sans preuves contraires, on dit: non, cela n'est pas.

Moi, je n'ai pas qualité pour décider cette question et je m'en rapporterai exclusivement à l'illustre secrétaire de l'Académie des sciences, notre grand chimiste, Dumas, qui a découvert le chloral il y a bien longtemps déjà, et qui pense que, dans le sang, le chloral absorbé se décompose sous l'influence des alcalis en dégageant du chloroforme, avec toutes ses propriétés narcotiques et anesthésiques.

C'est aussi l'opinion de M. Personne qui a retrouvé le chloroforme dans le sang des animaux qui avait pris de l'hydrate de chloral bien pur.

Comment n'en serait-il pas ainsi, puisque dans un verre, les alcalis mélangés au chloral dégagent constamment du chloroforme sans colorer le liquide, et que c'est là le réactif que je propose pour s'assurer de la pureté de ce médicament?

Jusqu'à démonstration contraire, il faut donc croire avec MM. Liebreich et Dumas, que l'action du chloral sur l'économie

(1) Ce travail a été adressé au président de l'Académie des sciences dans la séance du 2 octobre.

n'est autre que celle du chloroforme produit dans le sang sous l'influence de sa réaction alcaline.

Voyons maintenant quelle est l'action physiologique et thérapeutique du chloral.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 13 octobre 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La corespondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.* — Le *Montpellier médical.* — Le *Journal de médecine de l'Ouest.* — Le *Bulletin médical du Nord de la France.*

— Le *Bulletin de la Société des sciences médicales du grand duché de Luxembourg, pour* 1869.

— *The american journal of obstetrics and diseases of women and children by Nœggerath and Dawson.* New-York; années 1868 et 1869.

— *Army medical department report for the year* 1867. Vol. IX. Londres, 1869.

Cas de tétanos traité et guéri par un traitement balnéaire à Aix, en Savoie. — M. FORGET. J'appelle l'attention de mes collègues sur une observation de tétanos traumatique et rhumatismal traité avec succès par les pratiques balnéaires d'Aix, en Savoie.

Cette observation, dans laquelle je suis intervenu, sur l'invitation de l'auteur, m'a été adressée par M. le docteur Brachet, d'Aix, avec prière d'en communiquer un extrait à la Société de chirurgie, qu'elle est de nature à intéresser.

Voici le fait :

Le docteur Brachet fut appelé, le 29 juillet dernier, auprès d'un homme âgé de 23 ans, qui présentait, à un haut degré, tous les symptômes d'un opisthototonos très-intense.

Le 9 juillet, cet individu, en moissonnant, s'était coupé l'extrémité du pouce droit. L'ongle avait été incisé dans le tiers de sa longueur. Une hémorrhagie assez abondante eut lieu; une douleur vive, s'irradiant le long du bras, persista pendant quatre jours. Un pansement méthodique fut fait alors, et bientôt le blessé put reprendre ses travaux des champs, la cicatrisation étant achevée.

Le 23 juillet, après être descendu dans une cave, où il resta, étant en sueur une demi-heure, cet homme ressentit immédiatement une très-vive douleur dans la région auriculo-temporale gauche, et depuis lors les accidents tétaniques se développèrent avec une rapidité et une intensité toujours croissant.

Sauf ceux des membres supérieurs, tons les muscles sont fortement contractés; le trismus maintient les mâchoires énergiquement serrées. Le thorax est comme serré dans un étau; la respiration à peine sensible. Les muscles du ventre sont rigides; les selles sont nulles; il y a une seule mixtion en vingt-quatre heures. Comme l'asphyxie était imminente et qu'une application antérieure de onze vésicatoires avait été sans résultat, M. Brachet songea à utiliser contre cette grave affection l'action puissante des eaux thermales de l'établissement d'Aix.

Voici comment il procéda :

Il avait vu le malade le 29; dès le 30 il fut soumis (après une tentative infructueuse et même dangereuse, essayée dans le caveau vulgairement désigné sous le nom *d'Enfer*, en raison de sa haute température) au massage et aux douches à 38 degrés, avec une projection de 12 mètres de hauteur.

Trois opérations balnéaires du même genre eurent lieu toutes les vingt-quatre heures, et chaque fois elles duraient une demi-heure.

Après la première, il y eut une aggravation dans l'état du malade; ses membres supérieurs, libres jusqu'alors, furent pris de contracture.

M. Brachet n'en persista pas moins dans la voie thérapeutique par lui adoptée, et à la suite de la quatrième séance, il eut la satisfaction d'obtenir une très-légère détente des muscles des régions cervicale et abdominale.

Un bain de piscine, à 36 degrés, qui dura huit heures, fut pris par le malade, qui tomba à la suite dans un tel état de faiblesse que l'on craignit de le renouveler.

Ce ne fut véritablement que le 5 août, après six jours de traitement persévérant, qu'une amélioration appréciable se manifesta. Un mouvement de flexion sensible put s'effectuer, et le trismus, diminué, permit d'introduire, entre les dents du malade, une lamelle de bois qui rendit l'ingestion du bouillon possible. M. Brachet y associa deux verrées de vin par jour.

Du 5 au 13 août, sous l'influence du traitement uniforme que l'on connaît, on vit se produire la détente progressive de l'appareil musculaire.

La déglutition étant devenue assez facile pour vaincre la constipation qui n'avait pas cessé et éveiller l'action du canal digestif, M. Brachet donna des eaux purgatives qui amenèrent des selles copieuses.

A la même époque, se dessina, sous le tégument externe, une éruption abondante, celle qui constitue la poussée des eaux sulfureuses.

Je considérai, dit M. Brachet, le malade comme étant sauvé. En effet, le 22 août, il ne conservait plus qu'une faible roideur dans les muscles du cou et dans ceux qui président à la respiration. Il put venir à pied de chez lui à l'établissement pour prendre ses douches.

La guérison n'a pas tardé à se compléter.

J'ajouterai, avant de clore cette communication, que j'ai suivi le malade de notre confrère, que j'ai pu constater le haut degré de gravité et d'intensité du tétanos dont il était atteint, la menace d'asphyxie qui était imminente, et je m'associe à l'auteur de l'observation pour reconnaître que la thérapeutique balnéaire, soit par la thermalité élevée de l'eau employée, soit par l'excitation des manœuvres exercées à la surface du corps, a produit sur tout le tégument externe une révulsion énergique et permanente à laquelle il nous semble qu'il faille accorder le rôle principal dans cette guérison vraiment remarquable, et dont on ne saurait trop féliciter notre confrère.

COMMUNICATION

Expériences sur le chloral. — M. GIRALDÈS. Je désire entretenir la Société de chirurgie d'une question nouvelle, toute d'actualité : l'action de l'hydrate de chloral dans l'économie comme agent hypnotique et anesthésique.

Au mois de juin dernier, M. Otto Liébreich, assistant de chimie au laboratoire de pathologie, communiqua à la Société de médecine de Berlin, et à l'Académie de médecine de la même ville, le résultat de ses recherches sur l'hydrate de chloral, substance découverte il y a trente ans par Liebig, considéré comme agent hypnotique et anesthésique.

M. Liébreich, voyant que l'hydrate de chloral, en présence d'un alcali, se dédoublait en acide formique et chloroforme, a pensé que la même action se produirait au sein de l'économie, et que cet agent, en contact avec le sang, se dédoublerait, et que le chloroforme produit agirait sur les centres nerveux et déterminerait l'anesthésie.

L'expérience confirma ses prévisions : 35 centigrammes d'hydrate de chloral, injectés sous la peau d'un lapin, produisirent un état hypnotique qui dura trois heures. D'autres expériences, repétées chez d'autres espèces animales, donnèrent le même résultat, et montrèrent que l'hydrate dechloral agissait sur l'économie comme anesthésique et comme hypnotique. Administré chez l'homme, l'hydrate de chloral fournit les mêmes résultats. Bardeleben et Langenbeck eurent l'occasion d'employer avec succès l'agent en question. Chez une femme atteinte d'inflammation douloureuse du poignet, chez laquelle l'intensité de la douleur était assez grande pour empêcher l'application d'un appareil, 40 grains (2 grammes) de l'hydrate de chloral produisirent une anesthésie suffisante pour permettre l'application de l'appareil. Chez une autre femme, atteinte de fracture comminutive de l'humérus, compliquée de délire, de convulsions, ayant résisté à l'action de la morphine et de l'atropine combinées, 3 grammes d'hydrate de chloral à l'intérieur, et un en trois injections sous-cutanées, amenèrent un sommeil qui dura jusqu'au lendemain. La même substance, employée chez des aliénés délirants, produisit de très-bons effets.

En Angleterre, M. Richardson étudia l'action de l'hydrate de chloral chez les animaux, et au mois d'août, dans un rapport étendu, présenté à la section de biologie de l'Association britannique tenue à Leeds, résuma le résultat de ses recherches sur ce sujet, confirma les résultats avancés par Otto Liébreich.

Une série d'expériences instituées chez des animaux : grenouilles, pigeons, lapins, etc., montrèrent que l'hydrate de chloral donné à l'intérieur ou injecté sous la peau produisait un sommeil très-long sans être précédé d'agitation, et une anesthésie assez grande. Des expériences comparatives avec d'autres agents : chloroforme, bichlorure de méthylène, etc., démontrèrent d'une manière évidente que l'hydrate de chloral, comme anesthésique, était inférieur au chloroforme. Plus tard, M. Spencer Wells, se dégageant du domaine expérimental pour entrer dans celui de la pratique, étudia chez l'homme l'action du nouvel agent, et montra, par quelques observations intéressantes, que le chloral, dans beaucoup de cas, pouvait fournir au praticien un agent précieux pouvant provoquer un calme et un sommeil assez long sans cet état de congestion produite par l'opium, état qui, comme on le sait, fatigue beaucoup les malades.

En présence des résultats obtenus par Langenbeck, Bardeleben et Spencer Wells, j'ai, de mon côté, essayé à connaître quelle pouvait être l'action de l'hydrate de chloral chez des enfants. Grâce à l'extrême obligeance de M. Grassi, j'ai pu me procurer 15 grammes de cette substance. Ainsi, chez un enfant de 3 ans atteint d'un ectropion de la paupière inférieure, 2 grammes d'hydrate de chloral dans 10 grammes d'eau, pris en une seule fois, déterminèrent, au bout d'un quart-d'heure, un sommeil qui dura près de cinq heures. Chez un second enfant du même âge, chez lequel je venais de faire l'ablation du doigt médius, la même dose de médicament, administrée de la même manière, détermina également un sommeil qui dura à peu près le même temps. Pendant le sommeil, l'action reflexe était conservée; des pincements de la peau provoquaient des contractions des membres. La respiration était calme et lente. Chez deux autres enfants âgés de 12 ans, le médicament ne produisit aucun effet notable. Enfin, chez deux autres, deux filles âgées l'une de 12 et l'autre de 14 ans, la même dose de médicament produisit un état d'ivresse assez marqué. Je dois ajouter, enfin, que chez un enfant chez lequel j'avais fait des injections sous-cutanées, les piqûres se sont enflammées, et provoquèrent un phlegmon souscutané.

J'ai reçu, depuis quelques jours, par l'intervention bienveillante de M. Bardeleben, de Berlin, 30 grammes d'hydrate de chloral, et je me propose de continuer mes recherches sur cet intéressant sujet.

M. FORGET. Je demanderai à M. Giraldès ce qu'il entend par ces mots : Je communiquerai à la Société les résultats bons ou mauvais. Entend-il parler de la valeur du chloral comme agent hypnotique ou comme anesthésique pouvant remplacer, le chloroforme? Le chloral à petite dose est hypnothisant; à plus haute dose, il est anesthésiant; mais il peut amener des accidents. S'agit-il, dans les prévisions dont nous parle M. Giraldès, de constater l'utilité ou l'inutilité du médicament? ou s'attend-il à observer des accidents?

M. GIRALDÈS. Je n'ai voulu parler que des résultats thérapeutiques; quant aux accidents, si l'on a déterminé la mort de quelques animaux, c'était en quelque sorte intentionnellement, en recherchant à quelle dose on produirait des effets toniques, mais aucun cas de mort sur l'homme n'a été observé. C'est cette question de dose qu'il s'agit d'étudier, car, pour ce qui concerne les propriétés anesthésiques, on ne saurait discuter la question. Des lapins ont été plongés dans l'insensibilité la plus absolue et sont ensuite revenus à l'intégrité de leurs fonctions. Toutefois il est prouvé que, comme anesthésique, le chloral ne vaut pas le chloroforme. Celui-ci supprime encore l'action reflexe, le chloral ne fait que l'affaiblir et même la laisse intacte.

PRÉSENTATION DE MALADES

Extension continue dans le traitement des fractures de la cuisse. — M. LÉON LE FORT. La Société s'est plusieurs fois occupée de la question de l'application de l'extension continue au traitement des fractures de la cuisse. Le malade que je lui présente a été traité par moi, à l'hôpital Cochin, d'une fracture de la partie moyenne de la cuisse, au moyen de l'appareil que j'ai présenté antérieurement à la Société. Il n'y a, comme on peut le voir, ni claudication ni roideur de genou, et cependant le malade a dû subir un long traitement, car, à peine guéri de sa fracture, il fit une chute avant même d'être sorti de l'hôpital, et se fractura une seconde fois la cuisse au niveau du col.

J'attribue l'absence de roideur articulaire, si fréquente après ces fractures, ainsi qu'il résulte de l'examen des malades, observés par M. Delthil à l'hôpital des convalescents de Vincennes, à ce que l'extension a porté sur la cuisse même, et non sur la jambe. J'attache à cette précaution une grande importance, car la traction opérée sur la jambe, et le tiraillement qui en résulte sur l'articulation du genou, est pour moi une cause puissante de roideur articulaire. Rien de plus facile du reste que d'appliquer l'extension au-dessus des condyles du fémur. J'applique verticalement autour de la cuisse des bandelettes de diachylon, qui viennent se rassembler en deux faisceaux sur les côtés de l'articulation, où elles forment deux anses auxquelles s'attachent les courroies extensives; d'autres bandelettes circulaires aident à les maintenir en place.

Quant au raccourcissement réel, la mensuration plusieurs fois répétée me donne un centimètre; l'on sait combien toute mensuration de la cuisse est incertaine, mais ce qui nous importe en pratique, c'est que le malade ici présent marche aussi facilement qu'avant l'accident, sans claudication apparente et sans roideur articulaire.

M. TRÉLAT. M. Le Fort fait remarquer avec raison que la fracture ne siége qu'à la partie moyenne de la cuisse; car ces fractures sont beaucoup plus faciles à traiter que celle du tiers superieur, et c'est pour celles-là surtout qu'on s'ingénie par tous les moyens sans arriver à des résultats satisfaisants.

M. LE FORT. Nul n'ignore la difficulté de traiter les fractures soustrochantériennes; mais pour celles-là je ne crois pas l'extension applicable. Dans les fractures des deux tiers inférieurs du fémur, le raccourcissement est déterminé par le chevauchement, suivant la longueur; l'extension est applicable et suivie d'un bon résultat. Dans les fractures du tiers supérieur, le raccourcissement est dû à cette circonstance que les fragments de femur s'inclinent angulairement, en formant un angle saillant en dehors ou en avant et en dehors. A cette variété de fracture j'oppose, à l'exemple de Malgaigne, la pression au niveau de l'angle par une attelle externe serrée autour du bassin, et en bas autour de la cuisse et de la jambe.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. Bernheim (Hyppolyte), docteur en médecine, est institué agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Strasbourg (section de médecine proprement dite), pour entrer en activité de service le 1er novembre 1871.

M. Engel (Rodolphe), né à Fegerheim (Bas-Rhin) le 20 novembre 1850, est nommé aide de chimie, physique et pharmacie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Lœderich, dont le temps de service expire le 1er novembre prochain.

— *Faculté des sciences de Lyon.*— Il y a lieu de pourvoir, d'une manière définitive, à la chaire de géologie et minéralogie vacante à la Faculté des sciences de Lyon.

—*Muséum d'histoire naturelle.*—M. Bastien, docteur en médecine, préparateur de la chaire d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, est nommé aide-naturaliste près la même chaire.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.* — Un congé d'inactivité, pendant l'année classique 1869-1870, est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Tavernier, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

M. Padieu (François-Prudent), professeur d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est chargé provisoirement du cours de clinique interne à ladite école, pendant la durée du congé accordé à M. Tavernier.

M. Padieu (Alfred-Marie-Alexandre), suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est chargé provisoirement du cours d'anatomie à ladite école, pendant la délégation de M. Padieu (François) dans la chaire de clinique interne.

M. Mollien, docteur en médecine, est chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pendant la délégation de M. Padieu (Alfred) dans la chaire d'anatomie.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.*—M. Chancerel, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Lechevalier, décédé.

M. Bourienne, chef des travaux anatomiques et suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur adjoint d'anatomie et physiologie à ladite École, en remplacement de M. Chancerel.

M. Auvray, suppléant pour les chaires de thérapeutique et matière médicale, pharmacie et toxicologie, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à ladite École, en remplacement de M. Bourienne.

M. Fayel-Deslongrais, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École eréparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé, en outre, chef des travaux anatomiques à ladite Ecole, en remplacement de M. Bourienne.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille.* — M. Pirondi, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé pro-

fesseur de pathologie externe à ladite École, en remplacement de M. Roux, décédé.

M. Chapplain, suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite École, en remplacement de M. Pirondi.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.* — M. Henrot, chef des travaux anatomiques à l'École preparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à ladite École.

M. Jolicœur, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, en remplacement de M. Henrot.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.* — M. Aussant, directeur de l'École preparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, admis, par arrêté du 13 octobre dernier, à faire valoir scs droits à la retraite, est nommé directeur honoraire de ladite École.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de :

MM. Charrin, Poncet, Milliat, Cordier, Jullien, Reynaud, Alquier, Morice, Violet, Francos, Neyron, Dublassy, de Finance et Vincent.

La trousse d'honneur a été décernée à M. Charrin.

— M. le docteur Th. de Valcourt, médecin à Cannes, vient d'être nommé membre correspondant du *College of Physicians* de Philadelphie.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Adet de Roseville, décédé à Chatou, dans sa 62e année.

— M. le professeur Béhier commencera son cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, lundi 15 novembre, à neuf heures, et le continuera tous les lundis, mercredis et vendredis.

— M. le professeur Laugier commencera son cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, mardi 16 novembre, à neuf heures, et le continuera tous les mardis, jeudis et samedis.

M. le professeur Richet commencera son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital des Cliniques, lundi 15 novembre, à neuf heures, et le continuera les lundis et vendredis. Les mercredis sont consacrés aux examens ophthalmoscopiques.

— M. le docteur Ball, chargé du cours de clinique médicale à l'hôpital de la Pitié, commencera ses leçons le samedi 13 courant, à neuf heures du matin, et les continuera les mardi et samedi de chaque semaine.

— M. le docteur Wecker reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des yeux, le lundi 15 novembre, à une heure, 18, rue Visconti, et les continuera les lundis et mercredis suivants.

Lundi : exercices ophthalmoscopiques ; mercredi, opérations.

— M. le docteur Ferdut commencera un cours public et complet d'accouchements, lundi prochain 15 novembre, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera le cours clinique des maladies des enfants (semestre d'hiver), le samedi 20 novembre, et le continuera les samedis suivants.

Visite des malades tous les jours à huit heures et demie ; exercices cliniques les mardis et jeudis.

Leçons à l'amphithéâtre le samedi à neuf heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Calculs de l'urètre et des régions circonvoisines chez l'homme et la femme, par M. le docteur BOURDILLAT. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte. — Prix : 4 fr.

Valeur relative des diverses méthodes de traitement des plaies à la suite des opérations, par le docteur DUBREUIL, ancien prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. — In-8°. Prix : 3 fr.

Ce travail — thèse d'agrégation — est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur expose les divers modes de traitement des plaies (réunion immédiate, substances inertes, moyens astringents, méthode antiphlogistiques, désinfectants, agents coagulants, occlusion simple, occlusion pneumatique et aspirations continues).

La seconde partie renferme le parallèle des différentes méthodes, leurs avantages et leurs inconvénients.

Des phénomènes physiques de l'audition, par M. le docteur GARIEL. — In-8°. — Prix : 2 fr. 50.

L'auteur divise son travail en trois parties :

Dans la première, après avoir montré rapidement que la cause du son doit être rapportée à un mouvement vibratoire, l'auteur étudie succinctement les propriétés mécaniques de ce genre de mouvement.

La deuxième partie comprend l'étude des propriétés du son, considéré comme résultat des perceptions variées, et les modifications diverses qu'elles peuvent présenter, en même temps que les causes probables auxquelles on doit rapporter les unes et les autres.

L'organe de l'ouïe et son mode de fonctionnement, tant physique que physiologique, forment le sujet de la troisième partie.

L'éducation physique des jeunes filles ou avis aux mères sur l'art de diriger leur santé et leur développement, par M. le professeur FONSSAGRIVES. 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50.

De l'absorption cutanée des médicaments à l'aide du générateur Encausse, par L. ENCAUSSE, inventeur. — In-8. Prix : 2 fr.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 133. — MARDI 16 NOVEMBRE 1869. 42e ANNÉE. MARDI 16 NOVEMBRE 1869. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté.

2e LEÇON (1).

(Recueillie par M. J. FINOT, élève du service.)

Je dois maintenant vous parler des points de côté avec fièvre, et la *pleurodynie* va me servir de transition.

La pleurodynie, c'est littéralement le « point de côté (τοῦ πλευροῦ ὀδύνη, *douleur du côté*) », c'est la « fausse fluxion de poitrine » de plus d'un praticien ; et il n'y a de faux, dans tout ceci, ai-je besoin de le dire, que le diagnostic du médecin.

Un type de pleurodynie vous est offert par le malade du n° 48 de la salle Saint-Paul. Deux jours avant son entrée, il a éprouvé, en même temps qu'un léger malaise, une vive douleur dans le côté gauche de la poitrine. Cette douleur, qui gênait ses mouvements respiratoires, le décida à se faire admettre à l'hôpital. A la visite du matin, nous trouvons que la douleur siége précisément à la partie latérale gauche du thorax, un peu au-dessous de l'aisselle et au voisinage du mamelon, sur une étendue que peut recouvrir la main ; qu'elle est diffuse, en nappe, et non pas par foyers comme dans la névralgie intercostale, de sorte que le doigt, promené le long d'un espace, n'exagère en aucun point la douleur, tandis que celle-ci est provoquée lorsqu'on saisit à pleine main les masses charnues de la paroi. C'est là le caractère spécial de la pleurodynie. D'ailleurs, il n'y a pas de matité à la percussion, ce qui n'est pas toujours le cas, ainsi que vous allez le voir. Le murmure vésiculaire, rendu plus faible parce que, instinctivement, le malade dilate moins ce côté douloureux, n'est cependant mélangé d'aucun bruit anomal, — ce qui est loin encore d'être toujours le cas, et pour des raisons que nous saurons tout à l'heure. Telle est la pleurodynie dans sa forme la plus simple : les muscles seuls sont intéressés, et, dans l'espèce, ce sont les digitations du grand dentelé. Des sinapismes et un bain sulfureux ont suffi au traitement.

Au contraire, le malade du n° 20 de la même salle vous a récemment présenté l'exemple d'une pleurodynie plus intense et où les éléments envahis ont été plus nombreux. D'abord, il y avait eu un peu de fièvre initiale, et le malaise général avait été plus prononcé. A l'entrée du malade, la fièvre n'existait plus (elle n'avait duré qu'une journée); mais le malade se plaignait d'un violent point de côté qui siégeait vers le sein et gênait sa respiration ; il ne toussait ni ne crachait, mais poussait un petit cri de souffrance lorsqu'il essayait de dilater à l'extrême sa poitrine dans une grande inspiration. La pression en masse de la région latérale du thorax était douloureuse, comme chez le malade du n° 48 ; mais, de plus que chez lui, il y avait de la matité à la percussion, et cette matité avait ceci de spécial et de caractéristique qu'elle était irrégulière et indéterminée dans sa forme, n'ayant ni la régularité parabolique de la pleurésie avec exsudat fibrineux, ni la ligne de niveau de la pleurésie avec exsudation séro-fibrineuse abondante. Enfin, aux points mats, on entendait, en même temps qu'un murmure vésiculaire moins intense, une sorte de crépitation fine et sèche, assez rare toutefois et très-superficielle. Qu'est-ce que tout cela voulait dire? Qu'il y avait pleurodynie et *pleurésie sèche*. C'est-à-dire que, chez ce malade, l'inflammation ne s'était pas limitée seulement aux muscles superficiels de la paroi thoracique, mais qu'elle avait envahi les intercostaux, leur aponévrose profonde et la plèvre pariétale, ou, en d'autres termes, que tous les éléments de la paroi, et jusqu'à la doublure pleurale inclusivement, étaient pris par le rhumatisme. Et cette doublure pleurale étant prise, il y avait exsudat fibrineux à sa surface ; d'où la matité, irrégulière et indéterminée comme la région envahie ; d'où la fine crépitation superficielle, qui n'était autre que du frottement pleurétique se produisant dans la locomotion de la plèvre viscérale sur la pariétale dépolie. Quant à l'amoindrissement du murmure vésiculaire, il pouvait s'expliquer physiologiquement par le fait du déplissement incomplet des vésicules sous l'influence de la douleur thoracique, et, physiquement, par l'interposition de l'exsudat fibrineux, qui forme comme une lame isolante.

Cette doctrine de la pleurésie sèche dans la pleurodynie n'est pas de moi, mais d'un de mes plus savants maîtres, M. Cruveilhier. Dès 1856, alors que j'étais son interne à l'hôpital de la Charité, il me la fit connaître; et, depuis douze ans, j'ai eu maintes occasions de vérifier les assertions de mon maître. « Ce sont ces pleurésies sèches, si fréquentes, me disait le vénérable professeur, qui expliquent l'excessive fréquence des brides celluleuses rattachant le poumon à la plèvre pariétale, et qu'on trouve à l'autopsie même de sujets dont on sait qu'ils n'ont pas eu de pleurésie dans le cours de leur existence. » Mais ils avaient autrefois éprouvé un point de côté, avec ou le plus souvent sans fièvre bien appréciable, et la plèvre pariétale ayant été intéressée dans le travail inflammatoire, il en était résulté un exsudat fibrineux, lequel, s'organisant, avait produit la fausse membrane celluleuse.

Ainsi, en résumé, la pleurodynie est essentiellement l'inflammation rhumatismale de quelques-uns des muscles thoraciques et surtout des dentelés; mais l'inflammation, si elle est intense, peut ne pas rester bornée aux muscles et envahir tous les plans superposés de la cage thoracique jusqu'à la plèvre inclusivement. C'est le cas de notre malade du n° 20.

Ce n'est pas là, à proprement parler, la pleurésie sèche des auteurs modernes, laquelle est une pleurésie sans épanchement mais avec exsudat séro-fibrineux, suffisamment fluide pour se mouler, en y adhérant, aux parties qui sont déclives dans le décubitus, mais ni assez fluide ni assez abondant pour se réunir en collection liquide à la base de la poitrine, de façon que, le malade étant assis, il y a matité à courbe parabolique et non point à ligne de niveau.

Eh bien, le malade couché au n° 38 de la salle Saint-Paul vous offre un cas mixte de la pleurésie sèche des auteurs et de la pleurodynie. Il a eu, en effet, de la pleurésie le frisson initial assez prolongé sans être intense ; — il a de la pleurésie sèche la matité parabolique (à sommet près de l'aisselle et à branche postérieure à deux travers de doigt de la colonne vertébrale, laissant entre elle et cette colonne une zone verticale de sonorité restée physiologique) ; — il a de cette même pleurésie sèche le frottement superficiel simulant la crépitation ; tandis qu'il a de la pleurodynie la douleur à la pression en masse de la paroi et la douleur à la percussion des points mats. Je vous ai fait remarquer d'ailleurs ce que cette percussion avait de particulier : c'était, toutes les fois qu'on la pratiquait, de provoquer immédiatement et à chaque coup une petite toux sèche assez pénible, comme si, par l'ébranlement des parois percutées, des molécules fibrineuses déplacées s'en venaient irriter et chatouiller, pour ainsi dire, des portions de la plèvre pariétale restées saines et par conséquent irritables à cette excitation ; d'où la toux.

Quoi qu'il en soit, vous avez pu voir que la douleur a cédé à l'application de cinq ventouses scarifiées ; que, dès le lendemain, la fausse crépitation a fait place à un frottement un peu rude et qui s'était limité à la base latérale de la poitrine pour disparaître deux jours plus tard, et que le malade est sorti guéri au bout de six jours.

Enfin, il est des cas où l'inflammation pleurodynique ne se borne pas à envahir de proche en proche chacun des éléments de la paroi thoracique, et à déterminer *loco dolenti* un exsudat fibrineux sur la plèvre pariétale endommagée, avec la matité de forme d'abord indéterminée, comme je vous l'ai dit et montré ; mais où, en vertu de l'état général du malade et de la tendance *leucophlegmatique*, comme on disait autrefois, l'exsudat primitif devient exsudation séreuse, et il y a finalement épanchement avec souffle et ægophonie. Je n'ai pas eu l'occasion de vous pouvoir montrer un seul cas de cette espèce ; mais, il y a près de deux ans, en septembre 1867, que j'en ai fait voir un exemple aux élèves qui suivaient ma visite à l'hôpital de la Charité. C'était dans le service des femmes en couches de mon collègue, M. Bourdon, que je remplaçais alors : une femme, accouchée depuis peu de jours, et nourrice, eut un mouvement fébrile, bientôt suivi de point de côté. A ma visite du lendemain matin, je lui trouvai de la matité en nappe dans la région du grand dentelé droit, qui était douloureux à la pression, avec sonorité à la base de la poitrine et le long de la rigole costo-vertébrale ; il y avait pleurodynie avec exsudat pleural (l'auscultation révélait une diminution notable du murmure vésiculaire aux points mats). Le lendemain, la matité était un peu plus étendue, et, le troisième jour de la maladie, elle avait gagné la base de la poitrine et la gouttière costo-vertébrale ; en même temps, il y avait le souffle doux et l'ægophonie d'un épanchement pleurétique peu abondant, mais non douteux. La pleurodynie avait produit d'abord la pleurésie sèche, et celle-ci était enfin devenue *humide* en raison des conditions de puerpéralité. Ce fait, à l'évolution duquel nous avons assisté, prouve, par son exagération même, la vérité de la doctrine de M. Cruveilhier quant à la coexistence, sinon constante, au moins très-fréquente de la pleurésie sèche et de la pleurodynie.

Je veux vous parler maintenant du malade couché au n° 12 de notre salle Saint-Paul, et dont les maladies successives ont été si bizarrement incidentées. Il était entré le 19 juin dernier dans un état d'adynamie tellement prononcé qu'un médecin très-distingué, candidat au Bureau central, l'avait cru atteint d'une fièvre typhoïde. En réalité, le lendemain à ma visite du matin, je lui trouvai une *pleurésie* gauche, mais une pleurésie singulière. En abordant le malade, l'excessive fréquence de son pouls et l'anxiété de sa respiration me firent immédiatement ausculter la région précordiale, croyant y trouver les signes d'une péricardite. Il n'en était rien ; ce qu'on y trouvait, c'était de la douleur à la base de la poitrine et aux insertions du diaphragme, de la matité au tiers inférieur, quelques bulles sèches et une ægophonie peu prononcée. Le cœur était un peu dévié à droite.

Il n'était pas douteux que le malade n'eût une pleurésie *diaphragmatique*, avec épanchement peu abondant. Je fis appliquer un vésicatoire.

Le lendemain matin, la ligne de matité s'était notablement élevée, mais en arrière seulement, et la ligne de niveau était assez irrégulière. Il y avait du ballonnement de l'estomac, de sorte que le son était tympanitique jusque vers la septième côte (c'est un phénomène que j'ai observé dans les pleurésies diaphragmatiques, et qui n'a pas été signalé que je sache). On entendait du souffle et de l'ægophonie ; puis, en avant et à la partie moyenne comme à la partie supérieure, des bruits bullaires, dont j'essayerai tout à l'heure de déterminer la nature. Enfin, le cœur était tellement déplacé que sa pointe battait à droite du sternum. L'épanchement n'était certainement pas très-abondant, et le déplacement du cœur ne pouvait guère s'expliquer que par l'existence d'une collection liquide enkystée par des fausses membranes interposées au péricarde et au diaphragme.

Bien que l'épanchement ne me parût pas excessif, par la raison que je viens d'invoquer ; bien qu'il y eût de la fièvre et que je n'aime pas à ponctionner la poitrine en pareil cas, néanmoins, en raison de la dyspnée qui était si pénible, et surtout du déplacement du cœur, qui était si considérable, je me décidai à faire pratiquer la thoracentèse.

Elle fut faite devant vous et présenta quelques particularités opératoires que je dois mettre en relief. Comme c'est là une opération d'urgence, que vous pouvez tous être appelés à pratiquer, je tiens, quand l'occasion s'en présente, à ce que les élèves du service la fassent devant moi chacun à son tour. Or l'opérateur, néophyte plein d'émotion, manqua l'espace intercostal, et, s'aheurtant contre la côte inférieure, ne put pénétrer dans la poitrine. Je pris alors le trocart, et, sans faire une autre plaie, mais, par un léger mouvement de bascule, dirigeant la pointe un peu en haut, je pénétrai facilement. Le trocart introduit se mouvait à l'aise dans une cavité libre; le poumon était donc écarté de la paroi thoracique. Je retirai le trocart; de la sérosité pure s'écoula d'abord par la canule; puis l'écoulement cessa brusquement. Je fis alors pencher le malade en avant, et dirigeai ma canule par en bas; aussitôt il sortit non plus de la sérosité, mais du pus. Etait-ce que l'épanchement se composait de sérosité à la surface et de pus dans ses couches inférieures? un tel départ ne se fait guère dans les cavités vivantes. Je crois plutôt qu'il s'agissait ici d'une pleurésie aréolaire, c'est-à-dire dans laquelle la cavité pleurale est cloisonnée par des fausses membranes, interceptant dans leurs loges des liquides de nature diverse. De telle façon que, par un mouvement imprimé à la canule, j'avais pu rompre une de ces cloisons, et avoir, d'une seconde loge, du pus, après avoir obtenu, d'une première, de la sérosité. L'écoulement du pus cessa bientôt à son tour, et je sentis le poumon battre au bout de ma canule, qu'il venait ainsi obturer. Tous mes efforts pour obtenir, au moyen de changements de position du malade, l'écoulement du liquide qui restait manifestement encore, furent impuissants et je n'en tirai guère qu'une palette.

Une demi-heure après, je constatais avec un jeune médecin dont vous avez pu apprécier toute la valeur, M. Quertier, que le niveau du souffle avait sensiblement baissé en arrière, et que, là où le souffle avait disparu, on n'entendait plus que des bruits de frottement d'apparence bullaire.

Le soir même et le lendemain matin, le malade se disait notablement soulagé, et le fait est que le pouls et la température étaient d'accord avec les sensations du malade : ainsi, pendant les deux jours qui avaient précédé l'opération, il y avait 39°,5 le matin, avec 140 pulsations, et 40° le soir, avec un pouls à 144. Le matin, avant l'opération, la température était de 39°,2, et le pouls à 120; le soir cette température était de 39°,6 avec

(1) Voir les numéros des 28 octobre et 4 novembre.

116 pulsations; tandis que, le lendemain de l'opération, le matin, ce qui n'avait jamais eu lieu jusque-là, la température était de 38°,6, et le pouls à 108 pulsations seulement. De sorte qu'il n'était pas douteux que notre opération n'eût soulagé le malade, mécaniquement, en débarrassant sa plèvre d'une certaine quantité de liquide, et, thérapeutiquement, en révulsant énergiquement la poitrine par cette sorte de coup d'épée dont nous l'avions percée.

Mais qu'était-ce donc que ces bruits bullaires qu'on entendait au-dessus de la zone de matité et vers les parties supérieures?

Etaient-ils dus à de la bronchite? Je ne le pensai pas, la bronchite étant ordinairement bilatérale, et les râles n'existant que d'un côté; d'ailleurs il n'y avait aucune expectoration. Etaient-ils produits par des tubercules? Il y avait contre cette supposition, très-vraisemblable, bien des raisons : on ne les entendait que d'un côté, tandis que la tuberculisation est le plus souvent bilatérale aussi; la percussion aurait donné un son mat à leur niveau, tandis qu'on y percevait un son skodique; il y avait santé parfaite, au moins en apparence, avant le début de la maladie actuelle, qui était toute récente et très-aiguë; enfin la pleurésie tuberculeuse siége, sans qu'on en comprenne la raison, le plus souvent à droite, et celle-ci est une pleurésie gauche. Etait-ce au contraire le résultat d'une congestion pulmonaire au voisinage des portions de plèvre enflammée? Le plus sage était de laisser ces questions sans solution; les éléments d'un jugement absolu faisant défaut et le temps devant nous apporter son contingent ultérieur de preuves.

L'amélioration persista pendant les deux jours qui suivirent l'opération; mais, le troisième jour, le malade fut pris d'une recrudescence de fièvre, que vint nous expliquer le lendemain un érythème *scarlatiniforme* de tout le tronc; érythème sur lequel on pouvait tracer les lignes blanches de la scarlatine. Trente-six heures plus tard s'opérait une desquamation furfuracée de la face et du cou. Les mains ne pelèrent pas.

Etait-ce là une scarlatine ou un érysipèle? Ce n'était pas un érysipèle provoqué par la piqûre du trocart, car la rougeur avait paru tout à coup sur tout le tronc et n'avait pas pour point de départ la petite plaie, parfaitement cicatrisée d'ailleurs, et autour de laquelle on ne voyait pas l'empâtement œdémateux de l'érysipèle franc. Ce ne pouvait guère être davantage une scarlatine, ainsi que quelques-uns de vous penchaient à le croire (en raison de la présence, dans un lit voisin, au n° 15, d'un scarlatineux en desquamation, qui pouvait bien avoir été l'agent de la contagion); car le malade n'était pas guéri de sa phlegmasie, et il est sans exemple que, dans la période d'état d'une maladie aiguë, on puisse avoir une autre maladie aiguë, indépendante de la première : en médecine comme en jurisprudence, l'adage *non bis in idem* étant de droit. D'un autre côté, l'incubation de la scarlatine n'eût été que de cinq jours, puisque le malade était entré le 18 et que la recrudescence fébrile, qui annonça l'éruption, se manifesta le 23. Je sais bien que Trousseau cite le cas d'une incubation de vingt-quatre heures seulement; mais, en général, elle est de huit à douze jours. Le malade n'a pas eu non plus d'angine prodromique. Il est vrai que trois jours avant son entrée à l'hôpital, et la veille du début du point de côté pleurétique, il aurait eu mal à la gorge d'une façon assez pénible. De sorte que, dans l'hypothèse d'une scarlatine, il faudrait admettre que la pleurésie, manifestation viscérale possible de la scarlatine, aurait précédé de sept jours l'apparition de l'exanthème scarlatineux, et que, comme il y a une scarlatine *fruste*, il y aurait ici une scarlatine *retournée*. On ne peut guère accepter cette hypothèse, bien que la purulence de l'épanchement pleural de notre malade soit assez dans le génie de la scarlatine. Vous savez, en effet, que la pleurésie et la péricardite scarlatineuses sont très-fréquemment purulentes.

Mais tout n'était pas dit : voici que le 29, après quarante-huit heures de mieux-être, le malade subit une nouvelle recrudescence de fièvre; la température était le soir de 39° et le pouls à 112. Le lendemain matin la température s'était élevée à 40° et le pouls à 120. En même temps nous trouvions notre malade en proie à une grande angoisse respiratoire, et dans un décubitus dorsal immobile; sa face était d'une sinistre pâleur; le jeu laborieux des ailes de son nez, la lividité de ses lèvres, tout dans le masque de son visage annonçait l'imminence de la plus terrible des asphyxies. Cependant il disait ne point souffrir du côté, mais du dos et des *épaules*, surtout de la *gauche*; mais si, comme j'eus l'idée de le faire aussitôt, on promenait le doigt, en appuyant, sur les contours de la *région péricardique*, on provoquait une vive douleur.

Qu'avait de nouveau ce malade? Etaient-ce là les signes d'une recrudescence de son affection pleurale? ou ceux d'une *péricardite* commençante?

L'auscultation m'apprit que l'épanchement pleurétique était toujours en voie de décroissance : ce n'était donc pas un retour offensif de la pleurésie. Mais on n'entendait pas au cœur le *frou-frou* que j'y cherchais, indice de la présence d'un exsudat fibrineux à la surface des deux feuillets du péricarde; car je ne doutais guère de l'existence d'une péricardite. Et je vais vous dire pourquoi je n'en doutais guère : c'était en raison de l'excessive dyspnée et de la pâleur même.

Vous n'avez eu que deux fois cette année l'occasion d'observer une péricardite à l'état naissant, et deux fois vous avez constaté cet ensemble symptomatique : angoisse, dyspnée cruelle et pâleur. Dans les deux cas, la péricardite n'était pas simple, elle coexistait avec une pleurésie (ce qui est très-fréquent, Corvisart l'a dit et bien dit). Or, dans les deux cas, l'aspect du malade rappelait, à la jactitation près remplacée par l'immobilité, le tableau si dramatique et si vrai dans sa concision qu'en a tracé Corvisart. Il manquait au contraire le *point de côté péricardique*, cette douleur si vive occupant la région précordiale, et se faisant surtout sentir vers l'épigastre, au voisinage des fausses côtes gauches, et augmentant, dit Mayne, « par la pression dirigée de bas en haut en se rapprochant du péricarde; » douleur que le malade « rapporte parfois à la partie moyenne du sternum, avec sensation de constriction douloureuse dans la poitrine, » dit Stokes; douleur enfin « qui ressemble parfois à celle de l'angine de poitrine, » ajoute le même auteur, ainsi qu'Andral a pu l'observer chez un de ses malades, où la douleur s'étendait au côté gauche de la poitrine tout entière, et déterminait tantôt un engourdissement du bras gauche et tantôt des sensations douloureuses très-pénibles.

Or il n'y a rien d'étrange à ce qu'on ait comparé ces sensations douloureuses, quand elles sont au maximum, à celles de l'*angine de poitrine*, attendu que de part et d'autre, dans ce dernier cas comme dans celui de péricardite, elles tiennent à la même cause anatomique et dérivent d'une perturbation fonctionnelle du *nerf phrénique gauche*, et parfois même des deux nerfs phréniques. Rappelez-vous un instant, je vous prie, la disposition de ces nerfs par rapport au péricarde, et vous comprendrez aussitôt, et la production possible de cette douleur, et son siége, comme ses irradiations. Les deux nerfs phréniques sont accolés au péricarde, le gauche sur une plus longue étendue et plus intimement que le droit; ces nerfs donnent des filets très-grêles au péricarde; ils animent le diaphragme et la plèvre, ainsi que le péritoine diaphragmatique, et certains de leurs filets terminaux vont s'anastomoser avec le plexus solaire. Etant donnée semblable disposition anatomique, quoi d'étonnant dès lors dans la douleur possible de la péricardite et dans ses irradiations désormais nécessaires! La douleur propre de la péricardite, celle qui tient à ce que la membrane séreuse est enflammée, et à ce qu'elle souffre dans ses nerfs à elle, c'est la douleur de la région précordiale; qui se fait sentir là où est le mal, et qui est au péricarde enflammé ce que le point de côté latéral est à la plèvre dans la pleurésie. C'est celle que nous observons chez notre malade du n° 12. Les irradiations possibles au diaphragme et à l'épigastre, au cou, à l'épaule gauche et au bras correspondant, quelquefois même aux deux épaules, tiennent à ce que le TRONC *du nerf phrénique* gauche, et parfois celui même du phrénique droit, sont compris dans l'atmosphère inflammatoire du péricarde par le fait de leur accolement à celui-ci, et l'irritation du tronc nerveux se traduit alors par des sensations douloureuses dans ses expansions terminales, le diaphragme et l'épigastre; par une douleur spontanément ressentie ou provoquée à l'aide de la pression du tronc même au cou entre les deux scalènes; et par des irradiations douloureuses à la région latérale du cou, comme à celle de l'épaule et du bras, pour des raisons que je développerai à propos de l'angine de poitrine.

Quant à ce que je vous dis de la cause probable de la douleur dans la péricardite, ce n'est pas absolument nouveau, attendu qu'il y a près de quarante ans, en 1835, un de nos plus grandes illustrations médicales, M. Bouillaud, disait déjà : « Je présume que la douleur dans la péricardite tient à la réaction de l'inflammation sur les nerfs phréniques qui longent le péricarde. » Cette opinion, à laquelle j'étais spontanément arrivé, et que je suis heureux de retrouver dans le *Traité clinique des maladies du cœur* de M. Bouillaud, vous ne la verrez cependant mentionnée dans aucun de vos livres classiques.

Pour en revenir à notre malade du n° 12, il avait de la douleur à la pression de la région du péricarde; mais il en avait aussi aux insertions diaphragmatiques gauches comme sur le trajet du nerf phrénique au cou. Il n'y avait ici de probant, quant à l'existence d'une péricardite, que les douleurs précordiales, réveillées par la pression, puisqu'on pouvait rapporter les autres à l'inflammation pleurétique dès longtemps existante. Ce n'est néanmoins que dans la soirée du 1er juillet, deux jours après mon diagnostic fondé sur ce que je vous ai dit, que mon chef de clinique, M. Duguet, et son assistant, M. Quertier, entendirent pour la première fois le frottement péricardique que nous avions en vain cherché le 30 juin et le 1er juillet au matin, et que vous avez pu constater avec moi dans la matinée du 2.

Cependant je n'étais pas resté inactif en présence des accidents redoutables du début de la péricardite : dès le 29 juin, pour parer aux menaces d'asphyxie, et malgré l'anémie apparente, j'avais fait appliquer six ventouses scarifiées à la région précordiale. Le soir la dyspnée était beaucoup moindre; mais la température était encore à 40°,2, et le pouls à 140. Le lendemain matin, au contraire, le malade n'avait que 37°,6, et 108 pulsations; le soir, la température était de 38°,8, et le pouls à 120. Ce même jour, pour continuer l'action bienfaisante des ventouses, j'avais fait appliquer un vésicatoire à la région du cœur. Enfin le 2, au matin, la température était de 37°,8, et le pouls à 104. Or, cette amélioration a continué; pendant quatre jours vous avez pu constater du frottement seulement, lequel a même été progressivement décroissant dans les deux derniers jours. Ce qui (joint à l'absence d'augmentation dans la matité précordiale, et au retour des bruits cardiaques normaux), veut dire qu'il n'y a pas eu d'épanchement dans la cavité du péricarde, et que l'inflammation de cette séreuse en est restée à la phase d'exsudat fibrineux.

Eh bien! ma médication a-t-elle été pour quelque chose dans cet heureux résultat? Je le crois, et vous en fais juge.

La vérité est que je n'ai été arrêté par aucune des idées contemporaines, et que, même en supposant une scarlatine ou la tuberculisation chez notre malade, mon traitement n'aurait pas été autre qu'il a été.

Je me suis attaqué à l'inflammation péricardique que je flairais, et qui pouvait résulter de la propagation du travail phlegmasique de la plèvre gauche au péricarde, sans me préoccuper d'ailleurs.

Or, tirer du sang dans une maladie générale semble aujourd'hui peu rationnel. Notre époque positive obéit néanmoins volontiers à un certain nombre d'idées dominatrices.

L'*intoxication* est une de ces idées.

Comme elle implique l'idée d'antidote, c'est-à-dire de spécifique, dès là qu'on ne connaît pas le spécifique d'un empoisonnement, que pourrait-on contre ses effets? La science mal comprise conduit ainsi au scepticisme et à l'abstention. La scarlatine, par exemple, l'*urinémie* sont des empoisonnements du sang; notre action est nulle jusqu'ici contre une telle adultération, et l'impuissance contre la cause fait désespérer d'en atteindre les conséquences.

Or, rappelez-vous ce fait, que je ne saurais trop vous citer, d'un interne de la Pitié qu'empoisonnait l'urinémie scarlatineuse : il allait succomber à une hideuse attaque d'éclampsie; ses jeunes amis le croyaient perdu, et ils en exprimaient la conviction avec toute l'énergie de leur âge. Une saignée, que j'avais conseillée le matin, n'avait pas été faite, tant elle semblait irrationnelle : étant donnée l'intoxication. Le bonheur voulut que mon collègue, M. Charcot, fût d'un avis semblable au mien; la saignée fut faite aussi copieuse que possible, et le malade fut rapidement hors de danger. Eh bien! cette saignée n'était pas dirigée contre l'urinémie, mais contre la congestion cérébrale, effet de l'intoxication, et contre l'éclampsie, effet de la congestion.

Une autre idée dominatrice, qu'accepte également l'esprit moderne, est celle de la *lésion*.

Indépendamment de l'erreur doctrinale, qui consiste à regarder la lésion comme faisant le *fond* de la maladie, alors qu'elle n'en est que la réalisation matérielle et l'effet, il y a cette autre erreur pratique, conséquence de la première, qui fait que, se jugeant avec vérité impuissant contre la lésion, on se borne à en noter les caractères et à en contempler l'évolution avec la passivité du fatalisme oriental. Or, il est tout aussi vrai que nous ne pouvons rien contre la lésion, qui est un *fait*, qu'il est vrai que nous pouvons beaucoup contre la maladie, qui est un *acte*. En d'autres termes, si l'état *statique* de la matière vivante nous échappe, son état *dynamique* nous appartient.

Et ce qui démontre bien que c'est sur l'acte *vital* que nous avons prise; qu'à égalité de lésion il n'y a pas égalité de maladie; que le malade intervient personnellement par sa virtualité propre, par sa vitalité antérieure ou actuelle, par toutes ses forces physiques ou psychiques; et que, dès lors, il ne saurait y avoir égalité de thérapeutique, ou, en aucun cas, égalité de résultat; c'est que la même médication, pour prendre un exemple bien matériel, peut échouer chez le vieillard, alors qu'elle est bienfaisante chez l'adulte et surtout chez l'enfant. Pour que votre médication réussisse, il faut que l'organisme l'accepte et *consente* à guérir.

Dans ma prochaine leçon, j'aborderai de nouveau le côté pratique de la question, dont je ne m'écarte pas tant qu'il pourrait sembler.

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE L'HYDRATE DE CHLORAL (1).

Par M. le Dr BOUCHUT.

ACTION THÉRAPEUTIQUE DU CHLORAL HYDRATÉ

A côté de ces faits qui confirment en les éclairant toutes les assertions de M. Liebreich sur l'action physiologique de l'hydrate de chloral, je vais ajouter quelques applications thérapeutiques d'une haute importance.

Le chloral hydraté est appelé à jouer un rôle considérable en médecine. S'il est pur et bien employé, il n'a que des avantages, car il réduit les muscles à l'impuissance en affaiblissant leur action et en déterminant une véritable amyosthénie. Il procure un sommeil prolongé qui est l'oubli de la douleur, oubli qu'on peut prolonger par de nouvelles doses de médicament; enfin, par l'insensibilité qu'il donne, il est de nature à être souvent employé par le médecin pour faciliter la pratique d'une foule de petites opérations douloureuses qui ne méritent pas les honneurs du chloroforme. Voici du reste les cas dans lesquels je l'ai employé.

Colique néphrétique 1 cas. — Les douleurs étaient très-violentes et au bout de 35 minutes d'absorption de 3 grammes d'hydrate, il y a eu un sommeil de trois heures, après lequel les douleurs avaient cessé.

Extraction des dents. — Sur un enfant de dix ans, qui depuis trois nuits ne dormait pas, qui avait une grosse molaire cariée et une canine irrégulière, je donnai 2 grammes et après une demi-heure le sommeil étant assez profond, je mis un coin de bois entre les arcades maxillaires, et j'enlevai les deux dents sans que l'enfant poussât un cri ni témoignât de la douleur autrement qu'en portant les mains à la bouche. Il se réveilla peu après et déclara n'avoir rien senti, riant de notre satisfaction et paraissant très-heureux d'être débarrassé.

Chorée, 4 cas. — Il y a des cas de chorée dans lesquels l'agi-

(1) Fin. — Voir le numéro du 13 novembre.

gitation convulsive est si violente, qu'il en résulte de l'érythème et de l'usure de la peau sur les parties saillantes du corps. C'est à ce point que, par cette complication, la mort peut arriver et qu'il faut à tout prix modérer les mouvements choréiques.

Les inhalations du chloroforme, conseillées dans ce but, ont été employées avec avantage, et comme le chloral hydraté semble agir par le chloroforme qu'il engendre au contact du sang alcalin, il m'a paru que le repos du sommeil chloral pouvait être utile aux choréiques très-agitées.

J'ai donc donné l'hydrate de chloral à la dose de 2 et de 3 grammes à plusieurs enfants atteintes de chorée grave.

Trois d'entre elles se sont endormies dès le premier jour, et pendant un sommeil de trois ou quatre heures, les mouvements ont été entièrement suspendus. La quatrième n'a pas dormi le premier jour, mais le lendemain le médicament a produit son effet hypnotique, et les mouvements ont été supprimés.

Quelle n'a pas été ma surprise lorsque, après le réveil, j'ai constaté que les mouvements étaient diminués! — A la seconde dose du lendemain, la chorée avait encore diminué, et sur deux enfants, au quatrième jour de cette thérapeutique, la chorée avait presque entièrement cessé. — Il ne restait plus que des mouvements imperceptibles. Une de ces enfants, qui se mordait la langue à chaque instant, cessa de se mordre, et la station verticale ainsi que la marche, antérieurement impossibles, redevinrent faciles, sauf de petits mouvements peu considérables. L'une de ces enfants, guérie, est sortie de l'hôpital, où l'autre séjourne encore.

Chez les deux autres, le traitement commencé cinq jours plus tard, n'est pas terminé, mais la même amélioration immédiate a pu être remarquée, et il est incontestable que dans la chorée ou danse de Saint-Guy l'hydrate de chloral réduit les muscles à l'impuissance et ramène très-promptement les mouvements à l'état presque normal.

Au reste, voici une de ces observations, celle qui est relative à l'enfant sortie de l'hôpital.

Chorée (Traitement par l'hydrate de chloral). — Georgette R..., âgée de 10 ans, entrée le 16 septembre 1869, sortie le 24 octobre 1869, salle Sainte-Cathcrine, n° 28 (Hôpital des enfants malades).

Cette enfant eut une première attaque de chorée, pour laquelle elle entra à l'hôpital dans le milieu du mois de mars 1869. Après un traitement, approprié par l'arseniate de soude, à haute dose, elle sortit guérie vers le 20 avril.

Elle a une seconde attaque au mois de septembre, et elle rentre à l'hôpital le 16 de ce mois en 1869.

Cette chorée dont la cause est restée inconnue, d'abord de moyenne intensité lors de la dernière réception à l'hôpital, est devenue très-violente et les mouvements choréiques semblent un peu plus prononcés du côté droit. La peau des coudes, des poignets, du dos et des fesses est très-rouge et commence à s'excorier. L'état général est bon, et il n'y a aucun bruit anormal au cœur ni dans les vaisseaux du cou.

Le 13 octobre. — La chorée est très-violente et l'enfant peut à peine se tenir debout. Au matin on lui fait prendre 1 *gr.* 50 *d'hydrate de chloral*, dans 100 grammes d'eau distillée.

La température de l'aisselle, prise à 8 heures et demie, avant l'administration du médicament, est de 37°.

A 9 heures et demie, elle s'endort d'un sommeil léger, souvent interrompu. La sensibilité tactile n'est pas même émoussée et semble plus grande, car la plus légère piqûre d'épingle réveille immédiatement la malade.

La température, prise pendant le sommeil, à 10 heures, est de 37°,4.

Elle se réveille tout à fait à 11 heures; elle n'éprouve rien de particulier, si ce n'est un léger mal de tête, qui se dissipe au bout d'une demi-heure à peine; mais elle ne se rappelle pas les piqûres qu'on lui a fait subir. Pas de tiraillements d'estomac, pas de vomissements.

La température de l'aisselle, prise à 4 heures et demie, est de 37°,2.

Le 14 octobre. — La nuit a été bonne, elle n'a ni constipation, ni diarrhée; l'appétit est intact, et les mouvements choréiques ont une moindre intensité. Au lit elle remue à peine.

La température de l'aisselle, prise à 8 heures et demie du matin, est de 37°,3.

On lui donne 2 *grammes d'hydrate de chloral* dans 15 grammes d'eau, c'est-à-dire 50 centigrammes de plus que la veille et l'on obtient des effets plus marqués.

Elle s'endort d'un sommeil profond, à 10 heures, pour ne se réveiller qu'à une heure moins un quart.

Pendant ce sommeil, la sensibilité cutanée est notablement diminuée, et les mouvements choréiques ont cessé.

A son réveil, elle se plaint d'un mal de tête assez violent, mais qui se dissipe aussi rapidement que celui de la veille.

Il est à noter que, quelques instants après l'administration de ce médicament, les extrémités sont froides et la face légèrement bleuâtre. Après le réveil, les mouvements choréiques sont à peine apparents.

Température de l'aisselle, prise à 4 heures et demie : 36°,4.

Le 15 octobre. — Nuit bonne; même état général; les mouvements choréiques ont presque disparu.

Température de l'aisselle, prise à 8 heures et demie : 36°,3.

2 *grammes de chloral* comme la veille, dans 15 grammes d'eau.

Les urines du matin ont été conservées et sont examinées; leur densité est égale à 1,023.

Si on vient à les chauffer avec la liqueur de Fehling, on n'obtient qu'une réduction à peine sensible.

Ayant pris le médicament à 8 heures et demie, elle s'endort à 9 heures trois quarts, et se réveille à 11 heures et demie, après avoir offert une insensibilité presque absolue.

Le 16 octobre. — Température du matin + 37°,4.

On lui donne 2 *grammes de chloral à 9 heures*; elle dort de 9 heures et demie à 11 heures; à peu après insensible.

Température prise pendant le sommeil + 36°6.

Température prise à 6 heures du soir + 36°.

Urines de la journée : densité, 1,016; réduction presque nulle.

Urines du matin : densité, 1,027; réduction légère.

Le 17 octobre. — Chloral : 2 grammes, donnés à 8 heures et demie; sommeil durant de 9 heures à 11 heures.

Urines de la journée : densité, 1,024; réduction sensible.

Urines du matin : densité, 1,029; réduction sensible.

Le 18 octobre. — *Chloral : 2 grammes*, donnés à 8 heures et demie; endormie à 9 heures 20 minutes; réveil à 11 heures et demie.

Urines de la journée : densité 1030; réduction de la liqueur de Fehling par l'ébullition.

Urines du matin : densité, 1,018; réduction nulle.

Le 19 octobre. — *Chloral : 2 grammes*, donnés à 8 heures et demie; sommeil d'environ 2 heures.

Urines de la journée : 1020; pas de réduction.

Urines du matin : densité, 1032; réduction très-légère.

Le 20 octobre. — 2 *grammes de chloral*, administrés à 8 heures et demie. Endormie à 9 heures; réveil à 11 heures un quart.

Urines du matin : densité, 1,030; réduction sensible.

Le 21 octobre. — Les mouvements choréiques ont beaucoup diminué d'intensité; l'état général est toujours satisfaisant.

On lui donne seulement un gramme d'hydrate de chloral.

Elle s'endort, mais moins facilement, et son sommeil est fréquemment interrompu.

Le 22 octobre. — On ne lui donne pas de chloral ce jour-là.

Le 23 octobre. — Le chloral employé jusqu'alors était cristallisé, déliquescent et extrêmement soluble dans l'eau.

On lui donne aujourd'hui 2 *grammes de chloral*, dont l'aspect est différent : il est blanc, amorphe, et on ne peut le faire dissoudre dans l'eau qu'en l'agitant pendant plus d'un quart d'heure. Ses propriétés sont du reste analogues, car le sommeil produit a été au moins aussi long et aussi profond, et l'anesthésie aussi considérable.

L'enfant prend ces 2 grammes à 8 heures trois quarts, s'endort à 9 heures et demie, et ne s'éveille qu'à midi.

Urines du matin : densité, 1030 ; réduction légère.

Urines de la journée : densité, 1018 ; réduction nulle.

Exeat le 24. — Guérison. — J'aurai bien voulu garder cette enfant dans mes salles, mais la mère la trouvant guérie a voulu l'emmener.

Comme on en peut juger par la lecture de ce fait, qui montre en même temps les propriétés physiologiques du chloral, son action curative contre la chorée est incontestable. L'enfant a pris en 10 jours 16 grammes d'hydrate de chloral sans aucun inconvénient, et sans offrir aucune irritation des voies digestives.

Tétanos, 1 cas. —A l'hôpital des Enfants, j'ai appris qu'il y avait eu dans le service d'un de mes collègues un cas de tétanos traité par le chloral, mais chez cet enfant le remède n'a eu aucune efficacité.

A côté de ces applications déjà faites de l'hydrate de chloral, il en est d'autres qui ne tarderont pas à se faire et qui me paraissent être la déduction des faits que je viens de raconter. Il est évident que le sommeil anesthésique produit par le remède, et qui m'a permis de faire l'*extraction des dents sans douleur* et de calmer un accès de colique néphrétique, autorisent à le prescrire dans tous les cas où il faut endormir ou anesthésier un malade que l'on ne veut pas endormir par le chloroforme.

Accouchement. — Il est bien certain que si le chloroforme respiré par une femme en couches ne nuit pas à son enfant, et cela semble bien établi, le chloroforme qui se produit dans le sang après l'absorption du chloral par l'estomac ou par le rectum, ne lui nuira pas davantage. Donc, dans le cas où l'on devrait recourir au chloroforme, on pourrait essayer l'hydrate de chloral pour amoindrir et supprimer les douleurs de l'accouchement naturel. A plus forte raison devra-t-on l'employer dans les opérations obstétricales prolongées qui seraient douloureuses, dans certains cas de version ou d'application de forceps.— Cela est à essayer, et à moins que cela ne favorise les hémorrhagies, le remède pourra être utile.

Éclampsie puerpérale. — Je ne doute pas que l'hydrate de chloral, qui réduit si complétement les muscles de la vie de relation à l'impuissance, qui produit l'amyosthénie temporaire, ne soit utile dans cette complication de l'accouchement. L'expérience est à tenter, et il n'est pas déraisonnable de la faire, non pour guérir le mal, mais au moins pour en supprimer les accès, et permettre de terminer l'accouchement, si les crises convulsives viennent entraver le travail.

Brûlures étendues. — La douleur si vive des grandes brûlures, qui énerve tant les malades et qui, à elle seule, peut hâter la mort, est évidemment justiciable de l'action sédative de l'hydrate de chloral. C'est dans des cas pareils que le sommeil forcé est un des plus grands services que le médecin puisse rendre à ses malades.

Accès aigu de goutte. — On sait combien sont quelquefois atroces les douleurs de l'accès aigu de goutte, décrit par Sydenham avec un si grand luxe d'épithètes qualificatives, et à quelles extrémités sont trop souvent réduits les malades pour trouver un remède à leurs maux. Quelques-uns se livrent à des excès d'opium d'autant plus fâcheux, que l'habitude du médicament force d'en augmenter chaque jour la dose, et qu'ils arrivent à prendre jusqu'à 100 et 150 grammes de laudanum, au risque de s'abrutir et de perdre leur appétit. Le chloral aura cela d'avantageux dans cette circonstance, qu'il n'enlève pas l'appétit et l'exalte au contraire, qu'il ne trouble pas les facultés intellectuelles, et que, malgré l'habitude d'en prendre, il n'y a pas besoin d'augmenter beaucoup la dose pour en retirer les effets. Ainsi l'enfant dont j'ai parlé, qui en a pris 3 grammes pendant 24 jours, dormait au bout de vingt à trente minutes, absolument comme au début de la médication.

CONTRE-INDICATIONS DU CHLORAL

En raison de la stase sanguine et de l'hyposthénie capillaire du cerveau que produit le chloral, il serait imprudent de le donner indistinctement dans toutes les maladies.

Ainsi, je pense qu'il faudrait éviter de le donner aux individus atteints d'affections cérébrales. En effet, sur une jeune fille atteinte d'épilepsie symptomatique d'une lésion indéterminée du cerveau ayant produit la névrite optique, le chloral a augmenté le nombre des attaques au lieu de les diminuer. Il n'y en avait jamais eu qu'une tous les huit jours, et le remède en produisit trois dans un seul jour. J'en cessai l'emploi et prescrivis le bromure de potassium, qui fit merveille.

Je pense aussi qu'il ne faudrait pas donner de chloral dans l'insomnie des asthmatiques par maladie du cœur. On pourrait craindre de paralyser la respiration déjà très-embarrassée, et il y a quelques jours, un malade étant venu chez moi me demander un soulagment par le chloral, je le lui refusai. J'ai préféré lui conseiller l'usage de la jusquiame et du bromure de potassium, qui lui a bien réussi.

CONCLUSIONS

1° Le chloral hydraté ou hydrate de chloral est un puissant sédatif du système nerveux moteur et sensitif.

2° Si l'hydrate de chloral n'est pas cristallisé et bien pur, de façon à dégager des vapeurs de chloroforme sans colorer le liquide par l'addition de potasse, il est sans action et peut être très-dangereux.

3° L'hydrate de chloral ne doit pas être donné à une dose qui dépasse 5 ou 6 grammes en une fois, chez l'adulte, et chez les enfants, il faut commencer par 1 ou 2 grammes.

4° Les préparations d'hydrate de chloral ne doivent pas être préparées trop longtemps d'avance, car elles peuvent s'altérer et perdre de leur efficacité.

5° On peut administrer l'hydrate de chloral par la bouche ou bien en lavements qui produisent les mêmes effets que l'emploi par l'estomac; mais la voie gastrique est la meilleure.

6° Le chloral hydraté ne doit pas être administré chez les sujets qui ont une maladie organique du cerveau ou du cœur.

7° C'est par la production de chloroforme dans le sang, sous l'influence de sa réaction alcaline, que le chloral ingéré produit le sommeil et l'anesthésie.

8° Il est dangereux, chez l'homme, d'administrer l'hydrate de chloral par injections sous-cutanées.

9° La tension artérielle augmente sous l'influence du chloral, en même temps que se produit un peu de fréquence du pouls, et cette tension diminue après le réveil, ce que montrent les tracés sphymographiques.

10° Les urines du sommeil chloral sont neutres; et, bouillies avec la liqueur de Fehling, elles n'en réduisent pas d'abord le sel de cuivre, mais, le lendemain, lorsqu'il s'y trouve du chloral passé par les reins, elles sont plus denses et opèrent la réduction des sels de cuivre au point de faire croire à une glycosurie qui n'existe pas.

11° L'hydrate de chloral fait rarement vomir, et ne purge jamais.

12° La température est un peu abaissée par les doses non toxiques d'hydrate de chloral, ce qui en fait un médicament algide.

13° Par l'hydrate de chloral on diminue la perspiration cutanée, et la peau est un peu plus sèche qu'à l'état normal.

14° L'hydrate de chloral a l'avantage de pouvoir être dosé d'une façon précise, efficace à la production de l'anesthésie; tandis que, dans les inhalations anesthésiques du chloroforme, les vapeurs ne peut être dosées; on ne sait ce que l'on fait quand on les emploie, et c'est là ce qui les rend dangereuses.

15° L'action de l'hydrate de chloral est exactement celle du chloroforme, mais elle est plus longue à se produire, et elle dure beaucoup plus longtemps.

16° Chez quelques malades soumis au chloral, il y a une agitation musculaire et morale qui ressemble à l'ivresse alcoolique; mais cette ivresse n'a rien de dégoûtant ni de désagréable.

17° Chez presque tous, c'est un sommeil remarquable par une anesthésie très-prononcée et rarement accompagné d'hypéresthésie.

18° L'anesthésie est en rapport avec la dose employée, et à la dose de 2 à 5 grammes, selon les âges, elle est complète et permet d'appliquer sans douleur les cautères à la pâte de Vienne ou même de faire l'extraction des dents.

19° Comparé à l'opium, qui fait souvent vomir, qui ôte l'appétit, qui stimule et qui échauffe, qui constipe, qui excite la transpiration, qui fait dormir lentement et lourdement, qui laisse, après le réveil, un malaise de somnolence prolongé, l'hydrate de chloral ne fait pas vomir, ne constipe pas et donne de l'appétit; il sèche la peau et la refroidit un peu; il fait dormir vite et longtemps; enfin, au réveil, il ne laisse pas de lourdeur d'esprit ni de somnolence, et peut être pris plusieurs jours de suite.

20° A haute dose, l'hydrate de chloral produit l'algidité, tandis que l'opium produit au contraire la chaleur et la diaphorèse.

21° On peut réitérer une dose de 3 à 5 grammes de chloral, deux ou trois fois dans un jour sans inconvénient, et il en résulte deux ou trois fois plusieurs heures de sommeil séparées par un court instant de veille.

22° Comme thérapeutique, le chloral hydraté est le sédatif des violentes douleurs de goutte, des atroces souffrances de la colique néphrétique ou de la carie dentaire, et de la brûlure. C'est en un mot le premier des anesthésiques administrés par l'estomac.

23° Dans les cas où l'on devrait recourir au chloroforme, l'hydrate de chloral peut être employé pour apaiser les douleurs de l'accouchement naturel, pour faciliter les opérations obstétricales et pour combattre l'éclampsie.

24° Enfin, c'est le remède le plus prompt et le plus efficace à employer dans la chorée intense, lorsque l'on veut rapidement faire cesser une agitation, qui, par elle-même, menace les jours du malade.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chirurgien-adjoint des hôpitaux de Marseille vient de se terminer par la nomination de M. Paul Picard, ancien interne des hôpitaux de Paris, et de M. Flavard, ancien chef interne des hôpitaux de Marseille, nommé en seconde ligne.

On se souvient de la protestation faite par M. Picard, au dernier concours, en 1868, et du tolle général qu'elle souleva contre les avantages faits au chef interne dans le concours. Nous sommes heureux d'apprendre que l'administration des hôpitaux de Marseille a fait droit aux justes réclamations de M. Picard.

Sur l'initiative de son énergique et intelligent président, M. Jules Grandval, la commission administrative a révisé les anciens règlements et égalisé les chances du concours pour tous les compétiteurs. D'après le nouveau règlement, les concurrents ont le droit de récuser leurs juges; chaque épreuve est approuvée par des points (20 points pour l'épreuve théorique, 30 points pour l'épreuve pratique); les questions sont mises dans l'urne le jour du concours, et non la veille; l'entrée de l'hôpital est interdite aux concurrents pendant les huit jours qui précèdent le concours; enfin les candidats ont pu se servir de leurs instruments, et à l'épreuve opératoire, les compétiteurs se sont mutuellement entr'aidés.

Nous félicitons sincèrement la commission administrative de sa décision, et nous sommes heureux d'apprendre que l'inauguration du nouveau règlement a eu pour résultat la nomination de M. Picard, dont on connait les titres et les travaux, et qui, après un concours des plus brillants et des plus soutenus, a obtenu la première place sur trois compétiteurs redoutables.

Les épreuves, au nombre de cinq, ont eu lieu dans l'ordre suivant :

1° Vessie (anatomie et physiologie), une demi-heure de préparation, une demi-heure pour exposer la question. — M. Picard a refusé de *réfléchir* et a tracé la question d'une manière extemporanée.

2° Tumeur de l'orbite (cinq heures de composition).

3° Épreuve orale sur deux malades. (Rétrécissement de l'urèthre. — Fractures du tiers supérieur de l'humérus.)

4° Épreuve écrite (une heure) sur un malade. (Tumeur épithéliale de la langue.)

5° Ligature de la tibiale postérieure. Désarticulation de l'épaule (procédé Lisfranc).

Le jury était composé de MM. Villeneuve père, président; Comballat, Chapplain, anciens chefs internes; Pirondi, professeur; Fabre et Van Gauer, anciens internes de Paris.

Le public a ratifié le choix du jury.

— Le vaisseau-école d'application le *Jean-Bart*, parti de France il y a un mois, a mouillé sur rade de Brest hier 13 novembre.

Un commencement d'épidémie de petite vérole s'étant déclaré à bord, le commandant a jugé ne pas devoir entrer dans les pays chauds, mais au contraire revenir dans les parages du Nord.

L'aspirant Thépot et un homme de l'équipage sont morts à la mer.

Le *Jean-Bart* a été admis à la libre pratique; les malades, presque tous convalescents, ont été immédiatement transportés à l'hôpital, et toutes les mesures ont été prises pour arrêter ce commencement d'épidémie.

L'inspecteur général du service de santé de la marine quitte demain Paris pour se rendre à Brest.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 19 novembre 1869, à trois heures et demie, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : 1° Communication de M. Duchenne (de Boulogne) sur les contractures reflexes arthro-traumatiques;

2° Vomissements incoercibles à deux mois et demi de grossesse, mort imminente, avortement provoqué, guérison, par M. Charrier.

— La Société d'hydrologie médicale a repris ses séances lundi 15 novembre, rue de l'Abbaye. 3.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, le mardi 16 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, pour le continuer les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 7 au 13 novembre, donne les chiffres suivants :

Variole, 26. — Scarlatine, 2. — Rougeole, 9. — Fièvre typhoïde, 35. Érysipèle, 6. — Bronchite, 55. — Pneumonie, 74. — Diarrhée, 8. — Dysenterie, 2. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 4. — Croup, 3. — Affections puerpérales, 11. — Autres causes, 642. — Total : 877.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 31 octobre au 6 novembre :

Variole, 9. — Scarlatine, 241. — Rougeole, 46. — Fièvre typhoïde, 30. — Typhus, 11. — Érysipèle, 10. — Bronchite, 219. — Pneumonie, 114. — Diarrhée, 29. — Dysenterie, 2. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 8. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 14. — Autres causes, 1,029. — Total : 1,772.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 134. — JEUDI 18 NOVEMBRE 1869. 42e ANNÉE. JEUDI 18 NOVEMBRE 1869. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois.. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Cette séance, comme la précédente, a été consacrée, pour la plus grande partie, à la lecture des rapports de prix, et à l'audition d'un travail de M. Desprès sur quelques points d'anatomie et de physiologie du col utérin. On trouvera les conclusions de ce travail dans le compte rendu de la séance. On y trouvera aussi la lettre que M. le docteur Bourdais a écrite à l'Académie, et dont M. le secrétaire annuel a donné lecture, en réponse à l'appréciation que M. Depaul a faite de sa thèse et des faits qu'elle renferme, dans son argumentation du 4 novembre dernier. Le savoir et la bonne foi de M. Bourdais ayant été mis en cause dans la discussion, la plus simple équité voulait qu'il fût admis à se défendre. Le même motif qui a engagé le bureau de l'Académie à donner lecture intégralement de la lettre de M. Bourdais nous fait aussi un devoir de la mettre sous les yeux de nos lecteurs. Elle constitue, d'ailleurs, ainsi qu'ils en pourront juger eux-mêmes, un document très-utile dans l'importante question de la syphilis vaccinale et de la vaccine animale, sujet de si vifs débats.

L'Académie, qui plie, en ce moment, sous le double faix de ses occupations de fin d'année, et des graves questions inscrites à son ordre du jour, a décidé qu'elle tiendrait des séances supplémentaires. Une séance aura lieu samedi prochain, à l'heure ordinaire, pour la suite de la discussion sur la mortalité des enfants et les travaux courants.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. FLEURY.

Anévrysme spontané de l'artère poplité guéri, en huit jours par la flexion de la jambe sur la cuisse.

(Observation recueillie par M. Elie PERCEPIED, élève du service.)

Dernièrement, M. Desgranges a lu à la Société de chirurgie une observation d'anévrysme poplité guéri en treize jours par la compression indirecte totale, intermittente, mécanique, flexion forcée du membre, réfrigérants. (Voir le n° 130 de la *Gazette des Hôpitaux*, 1869.)

En mettant en usage toutes ces méthodes, il est bien difficile de savoir celle qui a réussi. Peu importe, dira-t-on, pour la malade? pourvu qu'il guérisse. Mais si la flexion, qui est la plus simple, la plus facile à employer, le guérit également; il est bien inutile de le fatiguer par une compression qui est, en général, assez douloureuse et assez difficilement supportée par quelques individus. La conclusion pratique à laquelle M. Fleury arriverait, ne serait pas comme celle du savant professeur de Lyon, en faveur de l'union de ces méthodes, il paraît donc assez rationnel de commencer par la plus facile, sauf plus tard à la combiner avec les deux autres, si elle ne donne pas un résultat satisfaisant.

Le nommé B... (Étienne), gendarme à la résidence de Manzat, est âgé de 37 ans et a toujours joui d'une bonne santé; sa constitution est robuste, et rien ne pourrait faire prévoir le développement de la maladie pour laquelle il a été soigné à l'hôpital de Clermont.

Il y a six mois, en voulant monter à cheval, pendant qu'il avait le pied gauche à l'étrier, il imprima à sa jambe droite une secousse brusque pour se mettre en selle; il ressentit à l'instant même une douleur vive dans le creux poplité du côté droit, mais il ne s'en préoccupa pas autrement, et comme il est sujet à des crises de rhumatisme, il l'attribua à ce principe.

Quelque temps après, il s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur dans la même région; il y sentit distinctement des battements, mais il crut qu'ils tenaient à de la fièvre produite par une recrudescence de son rhumatisme. Cependant sa marche se fatiguait, du gonflement se manifestait dans la jambe, mais quelques heures de repos suffisaient pour le faire disparaître. Bientôt, il lui fut difficile de faire de longues courses, il se décida alors à aller trouver le médecin de son village, qui reconnut l'affection et lui conseilla d'entrer à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il se présenta, en effet, le 26 octobre, et fut reçu immédiatement.

En examinant le creux poplité de la jambe droite, on y aperçoit une tumeur assez dure, indolente à la pression, sans changement de couleur à la peau, du volume d'un œuf de poule, mais plus arrondie et assez nettement circonscrite. On y perçoit des battements très-prononcés, isochromes aux pulsations du cœur, et un mouvement d'expansion, qui ne laissent aucuns doutes sur sa nature.

En comprimant l'artère fémorale au pli de l'aine, on fait cesser le battement, la tumeur diminue, mais ne disparaît pas; elle perd à peu près le tiers de son volume. Si on y applique l'oreille nue ou armée d'un stéthoscope, on y entend un bruit de souffle des plus manifestes. C'est donc un anévrysme de l'artère poplité que nous avons sous les yeux.

M. Fleury applique dans le triangle de Scarpa le compresseur de Dupuytren, qui ne put être supporté longtemps, et qui provoqua même un œdème assez prononcé de tout le membre pelvien; il en suspendit l'emploi et conseilla au malade d'essayer la flexion, sans recourir à aucun bandage ni appareil.

Cet homme, fort intelligent, comprit bien vite quel était le but de la position qu'on lui conseillait de prendre et de garder le plus longtemps possible; il tint, pendant plusieurs heures, la jambe fléchie sur la cuisse. Lorsqu'il était assis, il donnait au membre la même position, qu'il ne suspendait que pour se promener de temps en temps, car la tumeur, tout en gênant un peu les mouvements, ne l'empêchait pas de marcher. Les courses un peu longues étaient les seules qui le fatiguassent.

Ce traitement a été continué avec persévérance du 27 octobre au 4 novembre : déjà le 3, les battements étaient beaucoup moins forts, et le 4 ils étaient complétement arrêtés.

Presque en même temps, il se plaignit d'éprouver une espèce de crampe au tiers inférieur de la jambe : elle se manifestait principalement lorsqu'il marchait.

On conseille à B... de continuer le même traitement. La tumeur, qui est plus dure, diminue insensiblement. Tout battement a cessé, le bruit a disparu, l'engourdissement du membre diminue, et le malade, enchanté de ce résultat, retourne le 12 à sa brigade, avec la recommandation de ne pas monter à cheval avant trois mois.

Huit jours ont donc suffi pour le guérir. Ce résultat a été obtenu sans appareil, par un moyen bien simple, et que les malades peuvent employer eux-mêmes sans en être fatigués.

Nous saurons plus tard, si cette guérison est bien définitive.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 novembre 1869. — Présidence de M. BLACHE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un rapport complémentaire de M. le docteur Legrand, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné pendant les mois de janvier et de février derniers dans la commune de Hanville (Moselle); — 2° deux rapports de M. le docteur Contesse : l'un sur une épidémie de fièvre typhoïde, le second sur une épidémie de variole, qui ont régné dans l'arrondissement de Lons-le-Saulnier (Commission des épidémies); — 3° un rapport général de M. le docteur Chabannes, médecin-inspecteur des eaux minérales de Vals (Ardèche), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1867 (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : un travail intitulé : *Souvenirs de chirurgie pratique*, de M. le docteur Houssard, membre correspondant.

PRÉSENTATIONS

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

Par M. GOSSELIN, au nom de M. le docteur Reliquet, la 2e partie du *Traité des opérations des voies urinaires*.

Par M. TARDIEU : 1° au nom de M. le docteur Lunier, un discours prononcé à la Société médico-psychologique, sur les aliénés dangereux; — 2° la relation médicale de l'accident occasionné par la foudre sur le pont du Rhin, par M. le docteur Tourdes.

Par M. GUÉNEAU DE MUSSY, au nom de M. le docteur Foville fils : 1° l'article DÉLIRE, extrait du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*; — 2° une monographie intitulée : *Étude clinique et physiologique sur la mort instantanée causée par le passage de matières alimentaires de l'estomac dans les voies aériennes*; — 3° un recueil d'observations d'hystéro-épilepsie chez l'homme.

Par M. LARREY, de la part de M. le docteur Barrallier, l'article DYSENTERIE, extrait du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

Par M. DEPAUL : 1° au nom de M. le docteur Fano, la 2e partie du tome 1er du *Traité de chirurgie*; — 2° au nom de M. le docteur Jaccoud, un volume intitulé : *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Charité*; — 3° au nom de M. le docteur Vicherat (de Nemours), une nouvelle observation de syphilis vaccinale, dans laquelle la syphilis a été communiquée à la mère du vaccinifère, à la nourrice et à trois enfants de cette dernière.

M. Depaul signale en outre, dans la *Revue médicale* de Limoges, un article de M. le professeur Bardinet, intitulé : *Un vaccinifère syphilitique*.

Par M. DEVILLIERS, au nom de M. le docteur Gros, le rapport sur le service médical du chemin de fer du Nord.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture de la lettre suivante, de M. le docteur Bourdais, en réponse au dernier discours de M. Depaul sur la question de syphilis vaccinale.

Paris, le 12 novembre 1869.

Monsieur le Président,

Pris à partie par M. Depaul, dans son discours à la séance de l'Académie du 4 novembre dernier, et mis en demeure de répondre à son argumentation, j'ai l'honneur de vous adresser les explications suivantes, que je crois devoir donner à l'Académie :

I. *Sur l'origine des 70 observations rapportées.* — M. Depaul a dit : « M. Bourdais donne une série de 70 observations, dont la première porte le n° 1 et la dernière le n° 70. On croirait d'après cela qu'il y a une série de 70 observations, et lorsqu'on veut vérifier, on n'en trouve que 35. »

Ces 70 observations se composent de :

63 enfants vaccinés figurant au tableau de la page 9, dont :

1° 35 enfants que je n'ai pas visités, mais dont j'ai accepté les observations de mes prédécesseurs d'après le rapport de la commission de 1866. Ils ne figurent dans mon tableau que pour établir les données d'après lesquelles j'ai conçu ma thèse.

2° 28 enfants déjà cités dans le même rapport de 1866, mais dont j'ai constaté l'état en 1869. — Total 63. — Enfin pour compléter le nombre de 70, il faut y ajouter :

7 enfants étrangers au rapport de 1866, que j'ai visités en 1869.

Ces 7 enfants, ajoutés aux 28 précédents, portent à 35 le nombre de ceux que j'ai visités.

Nulle part je n'ai dit, comme l'a supposé M. Depaul, que j'apportais 70 observations qui me fussent propres.

Quant à mon tableau, page 9, simple résumé de 63 observations, son but est d'offrir d'un seul coup d'œil toutes les particularités communes à chaque sujet, en les rapportant aux médecins qui les ont constatées. Son but est aussi de faciliter les recherches sur la marche de la maladie et sur le nombre d'enfants atteints par chaque lésion importante.

II. *Erreur de M. Depaul sur les plaques muqueuses.* — M. Depaul allègue, pour confirmer l'existence de la syphilis chez les vaccinés d'Auray, que tous les signes y étaient; et il cite entre autres : 1° les plaques muqueuses aux parties génitales, 2° les accidents tertiaires auxquels des malades auraient succombé.

Il y a ici une erreur de M. Depaul, car la première de ces deux lésions n'est constatée dans aucune de ses propres observations, au nombre de 62. On y lit, au contraire, presque invariablement répétée, cette mention : « Rien aux parties génitales. »

M. Depaul parle d'accidents tertiaires, sans citer d'exemple, parmi les enfants sujets de nos 70 observations, les seules écrites *de visu*. S'il y en avait eu, la contre-enquête faite récemment pour son compte n'aurait pas manqué de la signaler. Si on admet l'infection syphilitique, ce résultat est difficile à expliquer pour ceux de nos malades qui, gravement atteints, n'ont, de l'aveu de M. Depaul, suivi aucun traitement (nos 1, 2, 21, 26, 59), ou qu'un traitement incomplet (n° 37 de mon tableau).

Mais à défaut de l'un de nos 70 enfants, M. Depaul, grâce à sa contre-enquête, a pu rapporter un cas d'accident tertiaire : c'est celui d'un nourrisson (non de nos vaccinés) qui serait mort, dit-il, de la syphilis tertiaire, qu'il aurait gagnée de sa nourrice; cette dernière ne l'aurait elle-même gagnée qu'en accomplissant son devoir de mère, en allaitant son propre enfant, qui est aujourd'hui bien portant, ainsi que sa mère.

C'est d'après cette pittoresque observation, relevée récemment, et de souvenir, que M. Depaul allègue devant l'Académie, le seul cas de contamination 1° d'une mère par un enfant vacciné; 2° d'un nourrisson par la nourrice, 3° d'accident tertiaire. Par malheur, le nourrisson est mort sans qu'une observation contemporaine ait été écrite, et l'enfant vacciné qu'on dit cause de tout le mal, aujourd'hui bien portant, ne figure pas parmi les 70 observations, les seules écrites *de visu*. Il reste donc à se demander quelle preuve certaine il y a : 1° que le nourrisson est mort de syphilis, et, s'il l'a eue, qu'il la tenait de sa nourrice et non d'une autre part?

2° Que la nourrice avait eu la syphilis, et qu'elle l'aurait tenue de son enfant et non d'une autre part?

3° Que l'enfant vacciné a eu la syphilis, et qu'il la tenait du vaccin et non d'une autre part?

IV. *Nature des plaques muqueuses signalées à la bouche.* — Quant aux lésions de la bouche, plusieurs fois signalées dans les observations de M. Depaul, sont-elles de nature syphilitique? La lecture de mes 35 observations fait voir que : de 24 mères ayant allaité leurs enfants malades, toutes aujourd'hui en bonne santé, 22 ont eu depuis des enfants, qui sont vivants; une seule a eu un enfant qui est mort quinze jours après; la 24e n'en a pas eu. Si l'évolution syphilitique avait été réelle, comme l'affirme M. Depaul, est-il à supposer que toutes ces nourrices seraient demeurées ainsi indemnes de toute contamination?

Dans les quatre paragraphes ci-après du discours de M. Depaul, cet académicien, ou bien me cite inexactement, ou bien me prête des opinions qui me sont étrangères, ainsi qu'on va le voir :

V. *Erreur de M. Depaul sur l'évolution de la syphilis inoculée.* — M. Depaul dit : L'auteur de la thèse a faussement appliqué à l'étude des faits de syphilis vaccinale des donnés qui résultent des expériences d'inoculation du pus du chancre; ne voyant pas qu'il n'y a aucune parité à établir entre les résultats du pus du chancre

et ceux de l'inoculation du sang et de la lymphe syphilitique. Tandis que les ulcérations qui succèdent à l'inoculation du pus du chancre apparaissent avec une extrême rapidité, les inoculations du sang et de la lymphe syphilitique, d'accidents secondaires et tertiaires, subissent au contraire une longue incubation.

Ce paragraphe de M. Depaul contient trois erreurs :

1° Cette extrême rapidité des ulcérations succédant à l'inoculation, qui est vraie pour le chancre mou, non infectant, est erronée en ce qui concerne l'inoculation du pus du chancre induré infectant, le seul dont il peut être question ici.

2° Notre arbitre, à tous deux, M. Ricord, professe que, contrairement à l'avis ci-dessus de M. Depaul, la marche de l'évolution est la même dans les deux cas, en inoculant : soit le pus du chancre, soit la lymphe syphilitique extraite d'un accident secondaire qui en aurait été la suite.

3° Enfin, dans ce paragraphe encore, M. Depaul me prête une opinion qui n'est pas la mienne. Je ne suppose pas, en effet, que la contamination syphilitique, par la vaccine, puisse venir de la pustule vaccinale, et par conséquent du fluide de cette pustule : ce qui, dans l'esprit de M. Depaul, pourrait être le produit d'un accident secondaire. Je pense, au contraire, que pour qu'il y ait contamination syphilitique, c'est d'une altération de la pustule analogue au chancre que doit venir le virus.

VI. *Erreur de M. Depaul sur ce qui m'a conduit à douter de la nature syphilitique de la maladie.* — M. Depaul a dit : « M. Bourdais, dans son ignorance des lois de la pathologie générale, voyant chez les vaccino-syphilitiques d'Auray l'ulcération syphilitique se montrer plus ou moins longtemps après la vaccination, s'est cru en droit de mettre en doute la nature syphilitique des accidents qu'il avait sous les yeux. »

Ma thèse ne contient pas un mot qui motive cette assertion. Mais tout au contraire, la phrase suivante de cette thèse, page 21, § 5, ainsi conçue : « On ne doit pas tenir compte des débuts de la maladie sur lesquels les renseignements font défaut, » eût fait voir à M. Depaul, s'il l'avait lue, que ce n'est pas à l'occasion de ce petit détail non démontré (aucun médecin ne l'ayant vu) que mes doutes se sont élevés; mais bien après avoir résumé mon travail d'ensemble, où j'ai tenté de reconstituer, à l'aide des débris épars dans les 70 observations écrites, la marche de la maladie qui nous occupe. (page 25).

VII. *Motifs de M. Depaul pour repousser mes observations.* — M. Depaul repousse mes observations comme tardives et faites par un médecin inexpérimenté.

Pourquoi taxer de tardives des observations qui n'ont pour but que de venir compléter, en donnant l'état des enfants deux ans après leur maladie, les observations de mes prédécesseurs, et d'apporter ainsi de nouveaux éléments propres à en faire apprécier la valeur et la signification? Si la contradiction résulte de ce rapprochement, il faut que M. Depaul s'en prenne aux faits et non à mon travail, qu'il présente comme d'un médecin inexpérimenté. Mes observations et les siennes peuvent se compléter, non se remplacer. Il a constaté l'état des enfants deux mois après, je l'ai constaté trois ans après la vaccination. Pour citer deux exemples de l'utilité de ma visite taxée de tardive pour en repousser les résultats, je signalerai 5 observations d'enfants qui, aujourd'hui bien portants, ont été gravement malades sans traitement, de l'aveu de M. Depaul (nos 1, 2, 21, 26, 38 de mon tableau). Sans cette visite, ces faits seraient ignorés.

Mes recherches dans les maisons ou paroisses m'ont fait constater le décès de deux enfants seulement (nos 8 et 60), qui, d'après M. Depaul, avaient suivi le traitement. Il affirme, il est vrai, qu'il y a un plus grand nombre de décès, mais comme il s'est dispensé de donner les noms de ces enfants, nous ne pouvons vérifier s'ils sont des 70 enfants vaccinés.

VIII. *Valeur de la contre-enquête faite pour le compte de M. Depaul.* — En ce qui concerne la grave question du traitement ou d'un traitement soit nul, soit incomplet, pour un grand nombre de nos malades, M. Depaul m'oppose une série de certificats, qu'il présente à l'Académie comme contredisant ou ce que j'ai constaté, ou ce qui a été constaté par d'autres avant moi. Il me suffira de faire remarquer à l'Académie :

1° Que loin d'avoir voulu nier le traitement dans tous les cas, comme l'a prétendu M. Depaul, je l'ai, au contraire, confirmé (nos 3, 12, 27, 29, 57, 67) toutes les fois que le traitement a été affirmé par les parents, car je n'ai cherché qu'à en préciser la durée d'après eux.

2° Mais admettons un instant que la contre-enquête ait rectifié quelques chiffres; il n'y aurait, entre nous, qu'une différence numérique sur la totalité des enfants non traités. Cela résulte du rapport de M. Depaul lui-même et de celui de M. Bodelio.

Ce n'est pas à dire que j'admette les faits de la contre-enquête faite pour le compte de M. Depaul. Voyons, en effet, en quoi elle a consisté. Présent sur les lieux, il y a peu de temps, je me suis informé des résultats de cette contre-enquête. Quels noms d'enfants l'auteur de cette contre-enquête a-t-il visités? Quels registres de l'état civil a-t-il compulsés pour constater les noms, les âges, l'identité, les décès des enfants? C'est bien en vain que j'ai recherché ses traces dans les chaumières de mes enfants, dans les villages Kervamentad, Lisadeu, Kersalé, Saint-Fiacre, Pluneret, Lécheby, Fétau-Allan, Kerlouris, Kernioulen et Plumergat.

Je n'ai trouvé de ses traces que dans la petite boutique de la marchande de chapelets de Sainte-Anne, Mme Rouanel, et dans le principal hôtel du lieu. C'est là que cette dame, comparaissant devant les notables du pays, du chirurgien major du régiment de Vannes, et de M. le docteur Mauricet fils, est venue démentir partiellement la déclaration qu'elle m'avait faite, relativement aux bouteilles de remèdes vidées, et cela avec une vivacité de termes, un emportement de gestes qui ont enlevé la conviction de l'honorable confrère et compatriote M. le docteur Mauricet. Le tout certifié conforme par l'assistance.

L'Académie appréciera la valeur de ces documents arrivés tout récemment du Morbihan, comparée à celle de renseignements impartiaux recueillis dans le calme, avant d'avoir pris part au débat, dans le seul but de découvrir la vérité, obtenue de personnes qui, ayant cessé depuis trois ans de s'occuper de la maladie en question, ne pouvaient être soupçonnées d'avoir subi aucune influence capable de leur faire altérer la vérité, dans des conversations en tête-à-tête et sans assistance préparée.

IX. *Signification des preuves présentées par M. Depaul sur le traitement.* — M. Depaul est venu encore énumérer un grand nombre de documents de même provenance, qu'il voudrait faire passer comme contredisant mes assertions; mais je prie l'Académie de vouloir bien le remarquer, cette prétendue contradiction n'existe que dans une manière différente d'interpréter les faits. Nulle part je n'ai nié, ni les prescriptions des médecins, ni la délivrance des médicaments, que les documents affirment en se répétant. Mais plusieurs mères que j'ai citées me disant que l'enfant, atteint de fièvre, refusant ou vomissant tout, leurs médicaments n'avaient pu être employés, je les ai crues, comme j'ai cru le médecin, disant avoir délivré ces médicaments. En quoi ces deux affirmations seraient-elles contradictoires?

Autant que M. Depaul, je crois M. le docteur Denis et Mme Rouanel quand ils disent (ce que j'ai mentionné) qu'ils ont pansé trois à quatre fois par semaine un certain nombre d'enfants. Rappelons que le nombre des enfants vaccinés a été évalué à 150. Or, sur ce nombre de 150 enfants habitant des points très-éloignés de trois communes rurales très-étendues, il eût été absolument nécessaire, pour savoir en quoi l'on s'entend, en quoi on se contredit, de faire connaître le nom de ceux qui sont venus, et avec quelle régularité ils sont venus se faire soigner, la très-grande majorité des enfants n'y venant pas chaque jour, la précision dans les jours de pansement ne peut dispenser de préciser ici les noms des enfants qui ont été effectivement traités avec régularité.

Voici deux exemples qui démontrent combien est utile, dans les discussions scientifiques, la précision que je demande :

X. *Deux observations écrites contradictoires.* — D'après M. Depaul (Rapport, p. 172), Boulaire (no 1 de mon tableau), n'aurait suivi aucun traitement; ceci est confirmé par la mère; mais c'est en contradiction avec une lettre de feu M. Closmadeuc d'Auray, dont j'ai envoyé copie à l'Académie le 5 octobre dernier. Voilà deux écrits, lequel croire?

D'après M. Depaul (Rapport, p. 206) l'enfant Névas, no 37, aurait suivi un traitement. Cette enfant, âgée de 10 ans, est une intelligente orpheline accoutumée par là à veiller à ses besoins; elle se souvient de la maladie qui a suivi sa vaccination, de ses visites au médecin et des remèdes qu'elle en recevait. Elle affirme qu'elle n'en a jamais pris. M. Mauricet expliquera-t-il cette contradiction par la crainte qu'aurait conçue cette orpheline que l'aveu du traitement pourrait nuire à sa réputation? Cette enfant est très-bien portante aujourd'hui : pourrait-on, même à cet âge, si syphilis il y a, la faire rentrer dans le cas de syphilis infantile guérissant sans traitement, dont on a parlé? Si elle se gagne par la vaccine, avouons, dans tous les cas, qu'elle est bien bénigne.

Cette réponse, bien que trop longue déjà, a dû négliger cependant plusieurs points utiles. Je la termine par la conclusion de ma thèse. Après cette discussion, comme après le travail d'ensemble objet de cette thèse, je crois qu'il y a lieu de se résoudre à attendre de nouvelles observations pour trancher la question qui nous occupe avec cette sécurité et le degré de certitude que réclame la science.

M. DEPAUL déclare que la lettre de M. Bourdais est un tissu d'erreurs. Il y a quinze jours, quand M. Depaul a parlé de la thèse de M. Bourdais, il l'a fait avec une extrême réserve, et loin de suspecter sa bonne foi, il s'en est pris uniquement à l'inexpérience de l'auteur. Aujourd'hui que M. Bourdais réclame avec une certaine vivacité, M. Depaul croit de son devoir de signaler d'une manière plus formelle les procédés scientifiques de son contradicteur. Or un seul fait, un fait capital, diminue la mesure de la créance que méritent les assertions de M. Bourdais. M. Bourdais affirme dans sa thèse (page 13) qu'il a visité 70 enfans dans le canton d'Auray. Or, il n'en a vu que 35, ainsi qu'il est forcé d'en convenir dans sa lettre. Que penser d'un homme qui altère si gravement la vérité, et qui est obligé de s'infliger à lui-même un démenti?

M. J. GUÉRIN proteste énergiquement contre l'imputation de M. Depaul et maintient la parfaite bonne foi de M. Bourdais. M. Bourdais ne dit pas dans sa thèse qu'il a vu 70 enfants (1); il parle d'une manière générale, par opposition à 80 autres environ non visités, de 70 enfants qui ont été visités, soit par lui, soit par les autres médecins d'Auray et de Vannes. La preuve, c'est que dans le tableau synoptique où il résume ces 70 observations, il a bien soin de distinguer les siennes, au nombre de 35, de celles plus nombreuses qui appartiennent à MM. Denis et Closmadeuc. L'accusation de M. Depaul est mal fondée; elle ne repose que sur des interprétations erronées d'une phrase de la thèse de M. Bourdais.

M. LE PRÉSIDENT annonce que l'Académie tiendra, lundi 20 courant, une séance supplémentaire, à l'heure accoutumée.

RAPPORTS

M. MARROTTE donne connaissance, dans un rapport supplémentaire, de la décision qui a été prise par la commission du prix Lefèvre, à l'égard de la question à formuler pour le concours de l'année prochaine. La commission a décidé que le sujet proposé serait : *De la nostalgie.*

La propositon de la commission, soumise au vote de l'Académie, est adoptée.

M. DEMARQUAY donne lecture du rapport sur le prix Amussat. Le rapporteur conclut en déclarant qu'il n'y a pas lieu à décerner le prix; mais la commission propose d'accorder une récompense à l'auteur d'un travail sur la réunion des parois de la matrice et des parois abdominales dans l'opération césarienne.

Après un échange d'explications entre M. Blot et M. le rapporteur, les conclusions du rapports sont mises aux voies et adoptées.

M. BRIQUET, au nom de la commission des épidémies, lit la partie scientifique du rapport général annuel sur les épidémies qui ont régné en France en 1868.

Les conclusions de ce rapport, consistant en propositions de médailles à décerner aux auteurs des meilleurs rapports, seront soumises à l'Académie en comité secret.

(1) Voici le texte de la thèse (page 13) : « Sur 70 enfants vaccinés, etc.

LECTURE

M. LE Dr DESPRÈS donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Étude sur quelques points de l'anatomie et de la physiologie du col utérin et des glandes de la muqueuse du col de l'utérus et de la fonction du col en dehors de l'accouchement.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° Le col de l'utérus renferme des glandes en grappes ou tubuleuses ramifiées, siégeant en partie dans le tissu musculaire de l'utérus comme les glandes prostatiques au milieu des fibres musculaires.

2° Les glandes secrètent un liquide clair, visqueux, albumineux, analogue au liquide prostatique qui sort du col d'une façon intermittente et produit l'éjaculation de la femme. Ce liquide que j'appelle le liquide utérin sort lentement du col et reste sur le museau de tanche et dans la cavité du col; on l'a considéré jusqu'ici improprement comme une variété du liquide catarrhal.

3° L'éjaculation de la femme est destinée à fournir un véhicule aux zoospermes pour leur permettre d'arriver sûrement dans le corps de l'utérus.

4° Les glandes du col s'oblitèrent pendant la grossesse et forment des kystes ou œufs de Naboth; mais l'accouchement défait ce que la grossesse a fait de mal. Les kystes se rompent pendant l'accouchement ou par le fait du retrait de l'utérus.

5° Le col de l'utérus est érectile, il entre en érection en même temps que les autres organes érectiles de la femme et s'entr'ouvre pour laisser passer le liquide utérin qui constitue l'éjaculation de la femme.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 13 octobre 1869. — Présidence de M. VERNEUIL.

(SUITE ET FIN)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Taille médiane, incisions multiples de la prostate. Extraction de trois calculs. Guérison. — M. VERNEUIL. Un médecin, âgé de 64 ans, maigre, très-actif, bien portant toute sa vie, vint me trouver dans le courant du mois dernier pour le débarrasser de la pierre.

Les premiers troubles remontaient à une douzaine d'années, mais n'avaient point empêché notre courageux confrère de vaquer à ses occupations, dans un pays montagneux, difficile, où la locomotion s'effectue au moins autant à pied et à cheval qu'en voiture. Depuis longtemps il soupçonnait la nature de son mal, mais recula jusqu'à l'an dernier une exploration, qui, faite par notre collègue M. Duboué, de Pau, démontra du premier coup la présence d'un calcul d'un volume notable.

Les symptômes s'aggravant, M. L... résolut d'en finir.

J'imposai quelques jours de repos après l'arrivée à Paris, et fis une exploration. Voulant d'abord connaître l'état de l'urètre, je me contentai d'introduire la sonde coudée de Merner : le canal était libre, le col de la vessie facilement franchissable. L'instrument, parvenu sans peine dans la vessie, heurta aussitôt le corps étranger. Il était relégué au côté gauche de la vessie, et, quoique le malade fût placé sur le dos, le bassin élevé, le calcul ne tomba pas dans le bas-fond, ce qui me surprit un petit peu, car la vessie contenait une assez bonne quantité d'urine.

Quoiqu'il en soit, en promenant la sonde d'avant en arrière, et *vice versâ*, je diagnostiquai un calcul à surface lisse, mesurant trois centimètres, et probablement assez dur, à en juger par le son sec rendu par le choc.

J'aurais voulu préciser le diagnostic à l'aide d'un brise-pierre, qui m'aurait renseigné mieux sur les dimensions et la consistance de la pierre; mais le malade était fort ému, et je crus devoir en rester là pour le moment.

J'avais au préalable exploré la prostate qui était peu volumineuse; je constatai que les urines étaient pâles, assez limpides, offrant un léger dépôt, mais purulent, jamais il n'y avait eu d'hématuries, jamais de sable, ni gravier, ni débris phosphatiques n'avaient été rendus. Les douleurs étaient médiocres dans la marche, nulles dans le décubitus dorsal. L'urine pouvait être facilement gardée jusqu'à 3 heures et plus.

Le cas me semblait fort simple, je crus à un calcul de volume moyen, à surface lisse, composé d'acide urique. La vessie était en bon état; les reins aussi. De temps en temps, à la vérité, il y avait des accès de fièvre, à la suite de fatigues extrêmes ou de refroidissements; mais notre confrère, habitant un pays où le paludisme est endémique, rapportait sans hésiter à cette cause les accidents en question.

Il me paraissait que la lithotritie était tout à fait indiquée, j'engageai donc M. L... à s'installer aux environs de Paris, ne voulant pas l'opérer dans une petite chambre d'hôtel, et je prescrivis un régime destiné à modifier la sécrétion urinaire et à combattre un état de dyspepsie assez prononcé, remontant à quelques semaines, et à la production duquel le moral prenait certainement la plus large part.

Les bains, les lavements, l'eau de Vichy, formaient la base de ce traitement préparatoire.

L'exploration avait été très-courte, très-facile, fort peu douloureuse; cependant, le soir même, se déclara un accès de fièvre qui dura plusieurs heures et se reproduisit le lendemain et le surlendemain, tout en perdant de son intensité. L'état saburral ne s'amenda guère, malgré l'emploi d'un purgatif, et la susceptibilité morale du malade ne fit que l'aggraver.

Il vint en conséquence m'annoncer, les larmes aux yeux, qu'il renonçait à la lithotritie, désirant être débarrassé d'un seul coup par la taille, mais qu'il craignait beaucoup de succomber loin de sa famille et de son pays. Cette déclaration pesait lourdement sur le choix du procédé. La lithotritie devenait presque irréalisable, à cause de sa durée inconnue et des chances de retour des accès fébriles. La taille reprenait toute sa suprématie; il me parut d'autre part que,

pratiquée en rase campagne, sur un malade maigre, bien portant et joyeux, elle se réduisait à son minimum de danger.

Je renvoyai donc M. L..., et allai l'opérer le 5 octobre, par un temps superbe. Je le trouvai dans les conditions les plus favorables, et, grâce au concours obligeant que voulurent bien me prêter M. Duboué et M. Serbet, exerçant dans le voisinage, j'augurai bien du succès.

Il y avait cependant une ombre au tableau; je veux parler de l'incertitude du diagnostic que l'unique cathétérisme rendait insuffisant, au moins pour fixer le choix du meilleur procédé.

Cependant, réfléchissant aux ressources qu'offre la lithotritie combinée séance tenante à la taille, et muni de tous les instruments nécessaires pour fragmenter le calcul par la plaie périnéale, je résolus de pratiquer la taille médiane, qui m'avait déjà, à plusieurs reprises, donné d'excellents résultats. D'ailleurs, il faut bien le dire, je croyais n'avoir affaire qu'à un calcul de 3 centimètres; dimension très-acceptable pour le succès du procédé en question.

Le chloroforme administré, j'exécutai rapidement les premiers temps de la taille médiane, et conduisis sans peine dans la vessie le lithotome simple. L'ayant ouvert à 25 millimètres, je débridai directement en arrière et sur la ligne médiane, puis, en retirant l'instrument, j'achevai d'inciser la portion membraneuse, pour rendre large la voie d'issue au voisinage de la peau; l'urine s'écoula aussitôt. J'introduisis le gorgeret et l'indicateur droit, et avec ces deux instruments, je dilatai doucement le col de la vessie. Mon doigt, à peine porté dans la cavité vésicale, y reconnut plusieurs calculs. Le premier me parut avoir les dimensions indiquées plus haut; un autre était plus petit; un dernier me sembla plus gros.

La prostate, quoique peu développée, était rigide et ferme. L'ouverture pratiquée au col eût été insuffisante; il eût fallu la dilater violemment, et peut-être déchirer le tissu glandulaire, aussi je crus sage de débrider sur-le-champ les diamètres obliques; c'est ce que je fis à l'aide du lithotome double. Ouvert seulement à 30 millimètres, le col de la vessie se trouvait ainsi par le fait incisé en trois points : sur la ligne médiane, dans l'étendue de moins de 1 centimètre, et sur les côtés, un peu plus largement sans doute.

La tenette pénétra facilement dans la vessie : un premier calcul fut immédiatement chassé. C'était précisément celui de 3 centimètres; mais par le fait, le diamètre saisi n'en offrait guère que 2. J'aurais pu faire l'extraction rapide, je préférai manœuvrer lentement et préparer, par des mouvements de latéralité, la voie à la pierre, plus grosse que je ne soupçonnais.

Ce soupçon fut d'ailleurs confirmé par l'examen de ce premier échantillon, très-régulièrement ovoïde dans sa plus grande étendue; il offrait, sur un de ses longs côtés, une dépression profonde, régulière dans sa concavité, appartenant à un rayon très-long annonçant sa juxtaposition à un calcul encore plus volumineux.

Un second coup de tenette amena une seconde pierre ovoïde, aplatie, de petite dimension, et brisée en deux fragments par la pression des mors.

La troisième devait nous donner plus de peine. Elle était facile à rencontrer et à saisir, mais deux fois elle s'échappa de la tenette, qui était d'ailleurs de petite dimension. J'en pris une plus forte, et cette fois le corps étranger fut solidement saisi. A l'écartement considérable des branches, je vis qu'il était plus volumineux même que je ne l'avais cru. Je songeai donc d'abord à le repousser dans la vessie et à le fragmenter. Toutefois, je crus devoir faire avec douceur et prudence un essai d'extraction. Au reste, voici pourquoi je le tentai. L'issue du premier calcul avait déjà dilaté le chemin, puis, dans les deux tentatives infructueuses, le calcul, dont j'ignorais les dimensions, avait progressé et certainement franchi, avant de se dégager des tenettes, le col de la vessie. Je pouvais donc espérer l'amener au dehors sans violenter trop les bords de la plaie.

Manœuvrant donc comme si j'avais eu une pompe entre les mains, je vis la tenette descendre doucement et progressivement, de sorte qu'en moins de deux minutes elle sortit avec la pierre, qui, par bonheur, était saisie par le petit diamètre de l'ovoïde. Je fus toutefois surpris, ainsi que mes assistants, de voir qu'un calcul relativement aussi gros ait pu franchir aussi aisément la voie ouverte par la taille médiane et les incisions relativement restreintes de sa prostate.

Je ne puis évaluer en chiffres la force que j'ai mise en usage, mais je puis affirmer n'avoir exercé aucune violence exagérée, et n'avoir rencontré aucune résistance qu'il eût été imprudent de surmonter par la force.

Une dernière exploration m'assura que la vessie ne contenait plus rien. L'écoulement sanguin avait été peu considérable, car je n'avais certainement pas blessé le bulbe, et n'avais ouvert aucun vaisseau important. Cependant, en écartant les lèvres de la plaie, je vis, sur le côté gauche, deux petites artérioles juxtaposées siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané, et qui donnaient du sang. Il s'agissait sans doute de rameaux de l'hémorrhoïdale inférieure. Un attouchement léger avec la pointe d'un cotère conique et une irrigation d'eau froide arrêtèrent sans peine l'écoulement sanguin.

Le malade fut transporté dans son lit. Un quart d'heure après, je voulus placer dans la plaie périnéale et pousser jusque dans la vessie une grosse sonde de caoutchouc vulcanisé, très-souple malgré son volume, et que je maintiens d'ordinaire pendant deux jours pour soutirer l'urine de la vessie, ou du moins lui fournir une voie directe à travers la plaie infractueuse du périnée.

Or, l'introduction directe ne put se faire, et il me fallut, à l'aide de l'index, refaire la voie; je fus alors frappé du retrait qu'avaient subi les parties molles, et en particulier la prostate, qui, quelques minutes auparavant, avait livré passage à un corps pourtant très-volumineux; cela me rassura sur les suites de cette dilatation forcée.

Lorsque, trois heures plus tard, je quittai l'opéré, il ne se plaignait que d'une douleur contusive au périnée et à l'hypogastre. Le sang s'était arrêté, et l'urine, à peine teintée, coulait librement par la sonde.

Des compresses imbibées d'eau fraîche furent appliquées sur le périnée avec ordre de les renouveler d'heure en heure. Le sulfate de quinine fut administré par précaution, à la dose de 50 cengrammes.

Les nouvelles ultérieures m'apprirent que le reste de la journée s'était passé sans autre accident qu'un peu d'agitation et d'exagération de la sensibilité normale; mais qu'à partir du lendemain il n'y avait eu ni fièvre ni malaise quelconque. Au huitième jour, la plaie extérieure, très-réduite, commençait à bourgeonner, au dixième jour, elle suppurait à peine, et quelques gouttes d'urine sortaient par le méat. Tout fait donc présager une guérison complète et prochaine.

Ce fait heureux confirme mon opinion sur la valeur de la taille médiane, sur son innocuité réelle et sur son efficacité, lors même que les calculs présentent un volume considérable; le dernier, en effet, offre les dimensions suivantes:

Gros calcul.

Longueur	00,60	
Largeur	00,47	
Épaisseur	00,30	
Poids		98 grammes.

Moyen calcul.

Longueur	00,42	
Largeur	00,25	
Épaisseur	00,15	
Poids		27 grammes.

Petit calcul.

Longueur	00,25
Largeur	00,15
Épaisseur	00,10

Tout porte à croire que cet excellent procédé reprendra de jour en jour plus de faveur dans la pratique chirurgicale, surtout par son innocuition avec les débridements multiples du col vésical et la lithotritie par la plaie.

M. PERRIN. Je crains, après ce que vient de dire M. Verneuil, qu'il y ait quelque confusion dans les esprits. La taille qu'a pratiqué notre collègue n'est pas une taille médiane; elle se rapproche beaucoup plus de la taille quadrilatérale de Vidal de Cassis, car ce n'est pas l'incision des parties molles, mais bien l'incision de la prostate qui caractérise les procédés. Je ne vois pas non plus quel avantage a le procédé suivi par M. Verneuil sur la taille prérectale, qui permet plus facilement de pratiquer ces deux incisions latérales sans blesser le bulbe. Enfin, lorsqu'il s'agit de calculs aussi volumineux, il me semble qu'il serait peut-être préférable de le faire d'abord éclater et de le retirer en plusieurs fragments plutôt que de chercher à l'extraire tel qu'il est, au risque d'amener des déchirures des parties molles.

M. FORGET se range à l'avis de M. Perrin; il croit à l'utilité de l'éclatement préalable; car si élastiques que l'on suppose les parties molles, il y a toujours danger de deshérences.

M. VERNEUIL. Mon intention avait été de faire éclater le calcul avant de l'extraire; mais quand j'ai vu que je pouvais le faire sortir sans exercer de violence, j'ai renoncé à l'éclatement.

M. TILLAUX. L'opération faite par M. Verneuil est la taille médio-bilatérale. Je ne sais si j'oserais pratiquer une incision verticale médiane sur le col de la vessie, en employant un lithotome, sur un adulte ou un enfant, car je craindrais de couper les canaux éjaculateurs. Quant au pansement, il me semblait que nous étions tous d'accord sur ce point, qu'il ne fallait pas laisser de sonde à demeure, car outre le danger d'irriter les parties, il me paraît inutile d'entretenir le passage de l'urine par la plaie. En faisant la taille médio-bilatérale chez un petit enfant de 27 mois, non-seulement je n'ai pas eu d'incontinence d'urine, mais après vingt-quatre heures, l'enfant accusait le besoin d'uriner, et la miction s'opérait par la verge.

M. GUYON. Un des reproches faits à la taille médiane est d'exposer à la blessure des canaux éjaculatoires; c'est ce qui a engagé M. Buisson à pratiquer la taille para-raphéale, en faisant l'incision un peu à gauche. La plaie faite à la vessie par cette incision est beaucoup plus grande qu'on ne serait tenté de le croire. Quant à la recommandation de faire éclater le calcul avant de l'extraire, je crois qu'il vaut mieux d'abord essayer de le retirer intact et de ne le briser que si l'on ne peut faire autrement, car on éprouve quelquefois beaucoup de difficultés à retirer les fragments.

M. VERNEUIL. Je répondrai à M. Perrin que l'incision de la prostate n'est pas le seul point de départ de la nomenclature des tailles, et je citerai comme exemple la taille prérectale.

Quant à la présence d'une sonde, je suis l'ennemi de l'introduction des corps étrangers dans les plaies récentes; mais ici, il me paraît important de se mettre à l'abri des infiltrations d'urine dans une plaie très-infractueuse. Je dois surtout faire remarquer qu'il ne s'agit pas ici de ces grosses canules droites qu'on employait jadis; ce que j'emploie, c'est un simple tube de caoutchouc, aussi flexible que possible.

M. TILLAUX croit que la sonde, au lieu de prévenir les infiltrations, peut les provoquer, lorsque, les yeux de l'instrument étant bouchés par du sang ou du mucus, l'urine coule le long de la sonde et non par le canal dont elle est percée.

M. GIRALDÈS. Quand l'incision est assez large, c'est-à-dire quand elle représente un triangle, dont le sommet est à la vessie et la base au périnée, la sonde est inutile. J'en suis aujourd'hui à ma 49e taille, et je n'ai jamais vu d'infiltration d'urine. Quant au retrait rapide de la vessie après la taille, on voit à peu près toujours, lorsque l'on a retiré un gros calcul et que l'on introduit le doigt, que l'ouverture de la vessie est beaucoup plus petite qu'on ne le croirait d'après le volume du calcul.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

Séance du 20 octobre 1869. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine : *L'Art dentaire;* — Le *Bulletin de thérapeutique;* — La *Gazette médicale de Strasbourg.*

— Le 6e fascicule, t. XXII, du *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

Vice de conformation du voile du palais.

M. NOTTA (de Lisieux) adresse à la Société l'observation suivante :

Mlle P..., de Saint-Pair-du-Mont, près Lisieux, âgée de 11 ans présente le défaut de conformation suivant : la voute osseuse palatine manque complétement dans un espace triangulaire dont le som, met répond, sur la ligue médiane, à la moitié de l'espace qui sépare l'orifice du canal palatin antérieur de l'épine nasale postérieure, qui, par conséquent, n'existe pas, et la base à l'intervalle qui sépare les deux dernières grosses molaires. Tout cet intervalle est rempli par la fibro-muqueuse palatine, qui ne présente aucune solution de continuité et qui fait suite au voile du palais, dont l'intégrité est complète : seulement la luette, qui est assez courte, est bifide dans toute sa hauteur. Lorsqu'on explore la bouche de l'enfant, on constate parfaitement l'existence de cette brèche osseuse, dans l'intervalle de laquelle on voit flotter la membrane fibro-muqueuse palatine. Lorsque cette jeune fille parle, la voix est nazonée et présente le timbre particulier aux individus qui ont une division du voile du palais, à tel point que ce caractère de la voix me frappa et me donna l'idée d'explorer le voile du palais, avec la pensée que j'allais le trouver divisé.

Pendant la première enfance, l'altération de la voix était telle, qu'il était difficile de comprendre ce que l'enfant disait. Aujourd'hui, la parole est très-intelligible, seulement le timbre de la voix est altéré, comme je l'ai dit précédemment.

Discours prononcé par M. Trélat aux funérailles de M. Guersant.

L'homme de bien que la mort vient de frapper après une carrière longue et justement honorée, appartenait à la Société de chirurgie de Paris depuis son origine. Jeune encore et déjà chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, qu'il ne devait plus quitter, il fit partie de cette petite pléiade d'hommes dévoués qui entreprirent, en 1843, de rendre une tribune à la chirurgie française, silencieuse depuis plus d'un demi-siècle. Ils étaient dix-sept alors, mais le temps est impitoyable dans sa marche, et déjà nous avons dû tresser des couronnes pour la moitié d'entre eux.

P. Guersant avait été l'artisan laborieux de la première heure, puis il avait vu notre Société grandir, et toujours il venait s'asseoir à son foyer, comme le fils affectueux revient au foyer maternel.

Il apportait sans cesse à nos séances le tribut de son active observation et de son expérience. Presque tous empruntés à la chirurgie infantile, à laquelle son nom semblait le vouer d'avance, les sujets dont il s'est occupé sont excessivement nombreux.

Les affections congénitales, les tumeurs blanches, le mal vertébral, la taille et la litbotricie chez les enfants, mais surtout l'opération du bec-de-lièvre, celle de la trachéotomie, ses indications et ses chances de succès, nous valurent des rapports importants et des communications réitérées. La pratique de l'hôpital s'éclairait ainsi par la discussion scientifique et bénéficiait de ce surcroît de lumières.

Aussi quand, il y a presque dix ans, Guersant dut obéir au règlement rigoureux, mais utile, qui mit une limite à l'exercice du corps médical des hôpitaux, il put utiliser ses loisirs et consigner les fruits de ses travaux dans une série de *Notices sur la chirurgie des enfants*, dont la collection forme un volume important.

Dès l'abord, la Société de chirurgie avait distingué le chirurgien habile, le collègue simple et de bons rapports, le travailleur actif et l'homme honorable. Neuf années après sa fondation, elle l'appelait à sa plus haute dignité et lui décernait son plus grand honneur. Paul Guersant fut président de la Société impériale de chirurgie de Paris pendant l'année 1852-53.

En descendant du fauteuil il rentra, pour de longues années, dans les rangs des membres les plus assidus à nos séances. C'est seulement il y a cinq ans qu'il demanda l'honorariat, et cependant il nous restait fidèle. Avant nos vacances, il siégeait parmi nous; nous l'attendions au retour.

Ignorant sa maladie, la douloureuse nouvelle de sa fin nous a surpris au dernier moment. Nous n'avons pas voulu néanmoins que la Société de chirurgie restât muette sur la tombe encore ouverte d'un homme qui l'avait bien servi et qu'elle avait honoré en retour, et nous sommes venus ici déposer nos derniers hommages et dire nos profonds regrets à tous ceux qui ont connu et aimé Paul Guersant.

COMMUNICATION

M. DE SAINT-GERMAIN. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie le résultat de quelques observations prises dans mon service, et relatives à l'application de l'électricité au travail de l'accouchement, et surtout à la délivrance. Les observations qui accompagnent ce travail sont malheureusement peu nombreuses (je n'en ai pu recueillir que 12); aussi vous prierai-je de voir, dans cette communication peut-être prématurée, non pas un enthousiasme irréfléchi pour une méthode encore à l'essai, mais, au contraire, le désir de soumettre à l'expérience de mes collègues des faits dont l'étrangeté m'a frappé, afin d'être fixé sur leur valeur et sur l'opportunité de continuer l'expérimentation commencée.

Je dois l'avouer d'abord, c'est tout à fait fortuitement que j'ai été amené à essayer l'action des courants interrompus sur la marche du travail.

Chargé d'un article pour le nouveau Dictionnaire de médecine; article qui devait résumer l'état de nos connaissances en fait d'électricité chirurgicale et obstétricale, je me trouvai de suite fort à l'aise pour la première partie de la question. Mais quand il s'agit de la seconde, je fus fort embarrassé. Si l'on consulte, en effet, les traités d'accouchements que nous avons entre les mains, on voit bien que Kreiber et Kilian ont tenté l'emploi de l'électricité pour provoquer l'accouchement; que M. P. Dubois a répété ces expériences sans le moindre succès. On trouve même dans le *Traité pratique des accouchements*, de Nægelé, publié cette année même, un résumé des travaux de Dorrington et de Hennig, ainsi que des expériences de Simpson; mais là encore, le but proposé est de provoquer l'accouchement, et le résultat est aussi peu satisfaisant que possible.

En présence de cette pénurie de documents, je résolus d'expérimenter par moi-même l'action de l'électricité sur le travail de l'accouchement. Je transportai au pavillon de Cochin un appareil de

Rhumkorff, et je commençai une série d'essais, dont je vous donnerai bientôt le résultat.

Dès les premières expériences, je fus tellement frappé de l'action du courant et sur les contractions utérines et sur l'expulsion du placenta, que je croyais presque à la découverte de faits entièrement nouveaux, lorsque mon interne, M. Suchard, qui déjà avait eu la complaisance de faire pour moi de vaines recherches, m'apporta les publications de Barnes et de Radfort, remontant en 1854 et traitant *in extenso* le sujet qui nous occupait.

Voici le résumé de ces intéressantes publications : Barnes emploie le galvanisme en haine du seigle ergoté, dont il proscrit l'emploi de la manière la plus absolue. Il conseille l'application de l'électricité à toutes les périodes du travail, et la recommande surtout dans l'inertie utérine.

Il blâme le procédé qui consiste à placer un des pôles sur le col et l'autre dans la région lombaire. Il applique constamment les deux pôles sur les parties latérales de l'abdomen, et ne se sert que du courant interrompu.

Il ne se contente pas d'appliquer le galvanisme à l'accouchement à terme; il le conseille également pour provoquer l'accouchement; mais il fait observer que dans ce cas, l'application doit être de très-longue durée.

Radfort va plus loin; il se loue d'avoir appliqué l'électricité au traitement des hémorrhagies internes ou externes consécutives à l'accouchement.

Notons que Barnes et Radfort déclarent tous deux n'avoir jamais constaté d'accidents chez le fœtus, même après des électrisations prolongées.

Après avoir pris connaissance des faits que je viens de rapporter, je continuai mes essais, et voici quelles sont les conclusions que nous avons pu tirer de nos expériences :

1° En aucun cas nous n'avons pu faire naître des contractions utérines, alors qu'elles n'avaient pas encore spontanément paru. Ce qui, soit dit en passant, expliquerait assez bien le discrédit dans lequel est tombé le courant électrique dans l'accouchement provoqué.

2° Chaque fois que le travail étant commencé, et les douleurs se succédant à un quart d'heure ou vingt minutes d'intervalle, nous avons appliqué les conducteurs sur les parties latérales de l'abdomen. Nous avons constamment remarqué, et cela au bout d'un temps très-court (dix minutes environ), une accélération considérable dans les contractions utérines.

3° Nous avons également constaté que chaque contraction provoquée par l'électricité était beaucoup plus longue et beaucoup plus douloureuse que les autres.

4° La dilatation du col nous a paru marcher constamment avec rapidité, sous l'influence de l'excitation galvanique.

5° Dans tous les cas observés par nous jusqu'ici, et j'insiste spécialement sur ce fait, qui n'a point été signalé, même par Barnes et Radfort, l'expulsion du placenta a suivi immédiatement celle de l'enfant.

Soit qu'il ait été pour ainsi dire projeté spontanément en dehors de la vulve aussitôt après l'issue de l'enfant, soit qu'il ait été trouvé aussitôt après dans le vagin, et attiré au dehors sans la moindre traction.

6° Deux fois seulement, nous avons constaté sur l'enfant nouveau-né une coloration légèrement bleuâtre; encore sur ces deux cas, la cyanose pouvait-elle être attribuée une fois à un circulaire très-serré.

En résumé, sans partager l'enthousiasme excessif de Barnes pour l'application de l'électricité à l'accouchement à terme, nous croyons que cette méthode mérite d'être soumise à une longue et sévère expérimentation, et que si de nouvelles et nombreuses expériences viennent confirmer les résultats obtenus par les premiers, l'application du courant électrique à l'expulsion rapide du placenta pourra être considérée comme un progrès.

(A suivre).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 24 octobre 1869, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine, pour les destinations suivantes : Brest (B.), Cherbourg (C.), la Cochinchine (Cn.), la Guyane (G.), Lorient (L.), Rochefort (R.), la Réunion (Rn.), le Sénégal (S.), Toulon (T.), Terre-Neuve (Tn.).

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. les médecins de 2e classe : Lefèvre (R.), Ercolé (T.), Valleteau de Mouillac (T.), Chauvin (C.), Gailhard (R.), Beaumanoir (B.), Gardies (T.), Lauge (B.), Dauvin (B.), Ricard (B.), Manson (B.), Talairach (Cn.). Dubergé (G.), Voyé (Cn.), Granger (G.), Borius (Cn.), Geoffroy (Cn.), Vincent (S.),

Au grade de médecin de 2e classe. — MM. les chirurgiens de 3e classe et les aide-médecins : Jablocki (B.), Boudet (T.), Henry (T.), Riche (T.), Géraud (Rn.), Bellom (B.), Gailhard (Cn.) Masse (Cn.), Brun (B.), Maget (T.), Brémaud (B.), Roussel (B.), Alessandri (T.), Brindejonc-Tréglodé (R.), Roux (R.), Epron (R.), Cauvy (B.), Mourson (B.), Lecorre (B.), Deformel (R.), Monge (B.), Pallier (G.), Garet (Cn), Fricker (S.), Robin (Tn.), Maurin (S.).

Au grade d'aide-médecin. — MM. les étudiants : Gouasguen (B.), Magelon (B.), Gorecki (T.), Chalmet (B.), Pujo (T.), Cantellauve (R.), Costes (T), Burot (B.), Terrin (T.), Bayol (T.), Rémond (B.), Caire (T.), Henry (R.), Taulier (T.), Le Piver (B.), Treille (B.), Clavel (R.), Dumaine (R.), Grand (T.), Tardif (T.), Cotrel (B.), Couleau (T.), Ardilouze (B.), Fleuriot (B.), Lemoine (B.), Maurin (R.), Bréan (R.), Beaufiis (B.), Brusque (T.), Mathé (R.), Rohan (B.).

Au grade de pharmacien de 1re classe. — MM. les pharmaciens de 2e classe : Bavay (B.), Gauthier (R.), Degorce (C.).

Au grade de pharmacien de 2e classe. — MM. les pharmaciens de 3e classe et l'aide pharmacien : Nouaille (R.), Porte (L.), Chalmé (B.), Raoul (C.), Barbedor (Cn.).

Au grade d'aide-pharmacien. — MM. les élèves en pharmacie : Signoret (T.), Peytral (T.), Taillote (T.), Gandaubert (B.)

— Très-bonne clientèle à céder à Paris. — S'adresser au bureau du Journal.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — Premier Paris. — Épilepsie confirmée ; traitement par le bromure de potassium ; succès remarquable. — SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

Paris, le 19 novembre 1869.

Quand le premier Bulletin hebdomadaire des décès a paru, la presse médicale l'a accueilli généralement avec faveur et même avec reconnaissance. Ce n'a pas été, toutefois, sans restriction à l'égard de quelques-unes de ses dispositions, particulièrement en ce qui concerne la colonne des « autres causes », qui, faute d'explication de la part de ses rédacteurs, a donné lieu tout d'abord à des interprétations très-diverses, et pour la plupart très-erronées, et bientôt à des critiques presque unanimes (1).

Plusieurs journaux de médecine ont même déclaré, à cette occasion, qu'ils renonçaient désormais à publier un document « sans valeur à leurs yeux, à cause des erreurs et des lacunes qu'il renferme. »

De ces critiques, quelques-unes nous ont paru fondées, beaucoup sont évidemment exagérées, d'autres sont injustes ou portent complétement à faux. Bien que ce document soit loin d'être irréprochable à nos yeux, et qu'il nous paraisse réclamer des additions et des améliorations que nous essayerons d'indiquer à notre tour, nous croyons devoir entrer ici, à ce sujet, dans quelques explications justificatives sur l'ensemble des travaux de statistique municipale que publie l'administration de la ville de Paris (2).

Disons un mot, d'abord, des critiques ; elles sont à peu près toutes résumées dans un article des *Archives générales de médecine et de chirurgie*, dont nous citerons les extraits suivants :

« Il nous paraît évident, dit l'auteur de l'article, que les indications fournies par les médecins vérificateurs des décès, sont au-dessous de ce qu'on aurait droit d'attendre, ou que les employés de la préfecture de la Seine soumettent à la plus inacceptable des révisions les documents qui leur sont communiqués.

« Comment, dans un tableau des causes de décès, la plus meurtrière de toutes les maladies, celle qui n'épargne aucun centre de population au monde, la phthisie pulmonaire n'est pas même mentionnée ! Ou l'omission est de celles qu'on n'excuse pas, ou Paris devient une terre promise, et bien mal avisés sont les médecins qui exigent injustement des tuberculeux un déplacement onéreux et le séjour sous un autre climat.

« Paris est encore, à d'autres titres, une station que doit nous envier l'étranger : personne n'y meurt d'une affection chirurgicale, et les amputés n'ont rien à redouter des suites de l'opération ; pas un homme n'y succombe à un empoisonnement, et l'apoplexie est aussi inconnue que la péritonite, etc.

« Quand on songe aux proportions effrayantes de la mortalité durant les premiers mois de la vie, il est étrange de ne trouver, parmi les causes de décès, la mention d'une maladie infantile, etc., etc. »

Puis vient le reproche du défaut de concordance des Bulletins hebdomadaires de Londres et de Berlin, qui rendrait toute confrontation impossible.

Enfin plus loin, après l'éloge obligé de tout ce qui se fait à Berlin, que l'on nous propose toujours pour modèle, et où tout, paraît-il, se fait mieux qu'à Paris, on lit ce qui suit :

« Si, après avoir corrigé les énormités de ses bulletins, après avoir étendu la nomenclature des maladies et supprimé la dernière de ses catégories qui, si on la conservait, ruinerait toute la statistique, la ville de Paris veut nous donner un relevé mensuel détaillé, régulier, vraiment scientifique, nous lui serons reconnaissant de ce service. »

Il est vraiment regrettable que, si bien informé de ce qui se fait à Londres et à Berlin, on sache si peu ce qui se passe à Paris, et qu'on se permette de critiquer avec une aussi grande légèreté — on verra que le mot n'est pas trop fort, — quand il eût été si facile de s'enquérir auparavant de ce qui existe. Si on avait voulu, avant de prendre la plume, se donner la peine de s'informer, et ce n'eût pas été bien difficile, on aurait appris : 1° que depuis cinq ans l'administration de la ville de Paris publie un bulletin mensuel de statistique municipale, qui a servi depuis de modèle à plusieurs publications de ce genre, et peut-être bien même à celle de Berlin, qu'on nous propose d'imiter (1) ; 2° que le Bulletin hebdomadaire des causes de décès, dont la première publication ne remonte, on le sait, qu'à quelques mois, n'est qu'un annexe de ce bulletin mensuel, fait dans un but spécial, que nous expliquerons tout à l'heure, puisqu'on paraît généralement ne l'avoir pas compris.

Un mot sur chacune de ces publications.

Le Bulletin mensuel de statistique municipale forme, chaque mois, un cahier grand in-4° de 40 pages, comprenant environ 25 tableaux, dont quelques-uns n'ont pas moins de 60 et quelques colonnes de chiffres. Le texte et les chiffres de chaque bulletin représente à peu près la matière d'un moyen volume in-8°. Puisque ces bulletins paraissent si peu connus de la plupart de nos confrères, et particulièrement de ceux qui, par leur position dans la presse, sembleraient devoir être mieux au courant que d'autres de toutes les publications de ce genre, nous demanderons la permission à nos lecteurs d'en exposer sommairement ici le contenu.

Le Bulletin est divisé en deux parties : topographie, population.

La partie relative à la topographie comprend les observations météorologiques, pluviométriques, udométriques, osonométriques, etc.

Un premier tableau donne les observations météorologiques de l'Observatoire impérial de Paris, comprenant pour chaque jour du mois : la durée du jour et de la nuit, les températures relevées à six moments distincts de la période diurne ; les températures moyennes de la journée, des 24 heures, et leur différence avec la moyenne normale ; les températures *minima* et *maxima* ; les hauteurs du baromètre à trois moments de la journée ; les degrés hygrométriques aux mêmes périodes ; les vents (direction et force) ; l'état du ciel ; la pluie ou neige ; la situation générale de l'atmosppère en France, et des remarques générales relatives aux variations barométriques signalées sur les différents points de l'Europe.

Un deuxième tableau comprend les observations pluviométriques faites dans la ville de Paris par l'ingénieur ordinaire et l'inspecteur général chargé de la direction du service des eaux, indiquant pour chaque jour du mois, la durée et la hauteur de la pluie dans les divers bassins et réservoirs d'eau, avec tracé graphique pour chaque station.

Puis viennent des tableaux d'observations thermométriques faites sur les eaux servant à l'alimentation de la ville de Paris ; des hauteurs et états de l'eau de la Seine ; des quantités d'eau distribuées à Paris ; enfin des tableaux des observations météorologiques faites à Versailles, par M. le docteur Berigny ; des observations météorologiques faites à Saint-Maur et à Aubervilliers, sous la direction des ingénieurs du service de la Ville, et des observations ozonométriques faites tous les jours dans 17 stations diverses, par les soins de M. Belgrand, inspecteur général du service des eaux.

Voilà pour la topographie.

Passons à ce qui concerne la population.

Les tableaux relatifs au mouvement de la population comprennent : 1° le relevé des naissances par sexe, par état civil, par quartier et par arrondissement, avec des sous-tableaux-annexes et des observations ; 2° le relevé des actes de mariage ; 3° le relevé des décès par sexe, par lieu de décès (à domicile et hors domicile), par lieu de naissance (à Paris et hors Paris), par quartier et par arrondissement ; le relevé des décès par jour, par sexe, par quartier et par arrondissement ; enfin les *causes de décès* par arrondissement. Ce dernier tableau est le plus considérable ; il ne contient pas moins de 15 pages du fascicule. Les causes de décès y sont divisées en 21 classes, ne comprenant pas moins de 165 ou 166 espèces morbides. La classification nosologique est celle qui a été adoptée au ministère du commerce et des travaux publics pour la statistique générale de la France ; elle est, à très-peu de chose près, conforme à celle qui sert de base à la statistique médicale des hôpitaux de Paris. Les éléments en sont puisés dans les rapports quotidiens des médecins vérificateurs des décès et dans les rapports mensuels des inspecteurs du service de la vérification. Les chiffres des décès attribués à chaque maladie sont, en outre, répartis par arrondissement, et divisés par séries d'âges, de mois en mois pour le premier âge, d'année en année pour la période infantile, de cinq en cinq ans pour les autres périodes de la vie. Une colonne présente, pour chaque maladie, le rapport pour 100 des décès qu'elle a causés, au nombre total des décès du mois. Des tableaux-annexes présentent séparément les décès par âge : décès des enfants au-dessous de 1 an ; décès par année d'âge de 1 à 100. Puis viennent des observations sur diverses particularités de la répartition des décès et de leurs rapports avec les sexes, les lieux de naissances, etc. ; un tableau présentant la population pour 10,000 habitants, des principales causes de décès ; puis un relevé des enfants mort-nés, par sexe, par état civil, par quartier et par arrondissement, suivi d'observations diverses sur les mort-nés, sur la durée connue de la gestation, sur leur moyenne par jour, par quartier et par arrondissement, sur leur proportion par rapport aux enfants nés vivants, etc.

Enfin la phthisie, qu'on accuse l'administration d'avoir tant négligée, parce qu'elle a été intentionnellement omise dans la série des maladies énoncées dans les bulletins hebdomadaires, fait le sujet de plusieurs tableaux spéciaux : un premier tableau, comprenant pour chaque jour du mois, avec l'indication de la température moyenne de chaque jour, le chiffre des décès par sexe, pour chaque arrondissement, avec l'indication de la population et de la superficie de chacun d'eux, et des observations sur la moyenne des décès phthisiques par jour, sur le rapport des décès masculins aux décès féminins, sur le rapport pour 100 de la phthisie aux décès de toutes causes, le rapport de la population, la proportion par rapport aux lieux de naissances, etc. ; un deuxième tableau, donnant le relevé des décès de phthisiques par sexe, par lieu de décès, par lieu de naissance, par quartier et par arrondissement ; un troisième, donnant les décès de phthisiques par âge.

Tels sont les éléments statistiques que l'administration de la ville publie mensuellement, et met à la disposition des personnes intéressées à en prendre connaissance.

Arrivons maintenant au Bulletin hebdomadaire.

Quel a été le but que s'est proposé l'administration municipale en publiant le Bulletin hebdomadaire ? Par quels moyens a-t-elle cherché à atteindre ce but ? l'a-t-elle atteint en effet ?

Le but de l'administration, qui paraît n'avoir pas été parfaitement compris par tout le monde, était cependant bien simple. Il s'agissait de mettre, tous les huit jours, sous les yeux des praticiens de Paris et des représentants de la presse médicale, le relevé des décès causés, pendant la semaine précédente, par les maladies aiguës, notamment celles qui constituent plus particulièrement nos endémies habituelles et qui sont susceptibles, à de certaines époques, de régner épidémiquement, les maladies zymotiques, en un mot, comme les désignent les bulletins statistiques anglais. Et cela afin que les médecins eussent ainsi devers eux, presque au jour le jour, par l'expression dernière et la plus accusée des maladies prédominantes, une idée de leurs fluctuations, et par là quelques-uns des principaux éléments de la constitution médicale actuelle. — Nous nous expliquerons plus tard, avec quelques développements, sur ce qui nous paraît manquer à ces bulletins à ce point de vue, les acceptant pour le moment comme très-utiles tels qu'ils sont. On comprend, dès lors, la parfaite inutilité d'y faire figurer nominativement et numériquement les décès causés par la phthisie, par le cancer, par les maladies du cœur, par les lésions chirurgicales, etc., etc. On comprendra également, si l'on veut bien tenir compte de l'objet spécial de ce bulletin, essentiellement éphémère de sa nature, et qui n'est qu'un annexe détaché, par anticipation en quelque sorte, de la statistique mensuelle, qu'il serait parfaitement oiseux d'y chercher des éléments de statistique ou d'études scientifiques qu'il ne saurait renfermer implicitement, ces éléments devant se retrouver plus tard dans la statistique mensuelle. On comprend, enfin, l'erreur où ont pu tomber à cet égard ceux des critiques qui, ignorant la publication de ce dernier document, ont cru que le Bulletin hebdomadaire était le premier et le dernier mot de l'administration sur ce point. Ceci étant bien entendu, nous ne demanderons au Bulletin hebdomadaire que ce qu'on a eu l'intention de lui faire dire, et pas autre chose. Or, nous avons eu trop souvent l'occasion, soit en exposant les rapports mensuels des maladies régnantes de la Société médicale des hôpitaux, soit en cherchant à esquisser

(1) Avertie par ces critiques, l'administration s'est déterminée à modifier le titre du bulletin, qu'elle désigne maintenant ainsi : « Bulletin hebdomadaire des décès causés par les principales maladies régnantes » ; et elle a ajouté en note l'observation suivante, qui explique ce que l'on a entendu dire par ces « autres causes » : « Les causes de décès inscrites sous ce titre comprennent toutes les affections chroniques ou accidentelles qu'il n'y a pas intérêt à faire connaître et à compter dans un bulletin hebdomadaire, mais qui sont données en détail dans le bulletin de statistique municipale publié mensuellement. »

(2) Il est bon d'ajouter ici, qu'à côté de ces critiques, le bulletin a reçu aussi quelques adhésions motivées. Voici en quels termes s'exprimait M. Bouchardat à l'Académie de médecine, dans la séance du 7 avril dernier, à l'occasion de la discussion sur la vaccine : « Je considère la distribution de ces bulletins à tous les médecins de Paris comme extrêmement avantageuse. On pourra les perfectionner, mais tels qu'ils sont, ils tiendront l'attention de tous éveillée sur les grandes questions d'étiologie. Ils pourront suggérer d'utiles mesures. Les personnes qui trouvent ces feuilles insuffisantes, peuvent consulter le *Bulletin de statistique municipale*, que la mairie centrale met généreusement à la disposition des hommes qui travaillent. »

(1) C'est en 1868 seulement, c'est-à-dire trois ans après la première publication du Bulletin mensuel de statistique municipale de la ville de Paris, qu'il a été publié à peu près simultanément un bulletin semblable à Berlin, à Florence et à Rome.

nous-mêmes, d'après nos enquêtes personnelles, les traits principaux des constitutions médicales régnantes, d'exprimer le regret de ne point connaître le mouvement mortuaire quotidien de la ville, pour que nous n'ayons pas considéré comme un véritable progrès la publication qui comblait cette lacune.

De quelle manière et par quels moyens a-t-on procédé à l'établissement du Bulletin hebdomadaire? Le voici en peu de mots.

Nous devons le dire à l'honneur de la presse médicale; elle n'a pas été étrangère à l'adoption de cette nouvelle mesure. *La Gazette médicale de Paris*, dans l'un des premiers numéros de l'année, exposant l'état des publications de ce genre qui se font depuis longtemps en Angleterre, exprimait le vœu que la France imitât, à cet égard, sa voisine. Très-peu de temps après, elle avait la satisfaction d'apprendre à ses lecteurs que ce vœu avait été entendu et que M. Dumas avait porté la question devant le conseil municipal. A cette même époque, en effet, une commission était instituée pour arrêter les bases de ce nouveau bulletin (1). Elle n'avait alors en sa possession d'autre document, pour la guider dans son travail, que le Bulletin hebdomadaire de Londres (2). Or ce bulletin ne contenait que l'indication de cinq maladies (la variole, la scarlatine, le typhus fever, la diarrhée et la bronchite). Il lui parut qu'elle pouvait faire mieux, et elle arrêta la nomenclature que l'on connaît, et qui a été adoptée depuis par le comité de Londres, qui l'a substituée à son ancien cadre, grâce à l'accord intervenu sur ce point, d'après l'avis de la commission, entre l'administration de Paris et ce comité. Il avait été convenu, en outre, qu'un pareil accord serait proposé aux administrations des diverses capitales de l'Europe, et que les principales villes de Frances, telles que Lyon, Marseille, Bordeaux, Lille, Nantes, Rouen, etc., seraient invitées à produire des documents semblables. Les Bulletins auraient embrassé ainsi, parallèlement, les relevés des décès causés par les maladies indiquées au tableau — et dont le cadre pourrait aisément s'élargir au besoin — dans les principales capitales de l'Europe et dans les principales villes de France. On peut voir jusqu'ici combien il reste encore de lacunes à combler à cet égard, lacunes qui ne sauraient être imputées ni à la commission, ni à l'administration de Paris.

Il nous resterait à examiner maintenant la troisième question : Le Bulletin, tel qu'il est, remplit-il le but qu'on s'est proposé? N'est-il point susceptible d'améliorations? Quelles sont celles qu'on pourrait proposer d'y introduire? L'examen de ces diverses questions fera l'objet d'un deuxième et prochain article.

Dr Brochin.

ÉPILEPSIE CONFIRMÉE

TRAITEMENT PAR LE BROMURE DE POTASSIUM

SUCCÈS REMARQUABLE

Par M. le docteur Octave Huard, de la Nouvelle-Orléans.

De toutes les questions qui intéressent les médecins du monde entier, il n'en est pas qui soient plus à l'ordre du jour que celles qui ont trait au traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium. Grâce aux travaux remarquables auxquels ce sel bromique a donné naissance, depuis quelque temps, l'épilepsie, qu'un grand nombre de praticiens traitaient indolemment, parce que, habitués à croire à l'incurabilité de cet *opprobrium artis*, leurs efforts devenaient inutiles, l'épilepsie, disons-nous, sera considérée comme étant une névrose dont l'amélioration sera toujours possible et la guérison souvent certaine.

« En face des fructueuses tentatives qui se font jour de tous les côtés, dit M. Legrand du Saulle, chacun doit se faire un cas de conscience de traiter désormais les épileptiques, et d'apporter ainsi, plus tard, sa part contributive au but si éminemment secourable que la science s'efforce d'atteindre. Chacun est compétent, chacun peut réussir. »

Cette opinion du médecin de Bicêtre, à qui les lecteurs de la *Gazette des Hopitaux* doivent les meilleures leçons qui aient été publiées sur l'emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie, est, par moi, considérée comme une loi que doit respecter tout ami de l'humanité. C'est cet amour pour le prochain et pour la vérité scientifique qui m'oblige à publier l'observation suivante :

Le 10 juin 1868, M. B..., négociant fort recommandable de la Nouvelle-Orléans, me fit appeler pour donner mes soins à son fils Albert, âgé de 10 ans, que traitait, sans la moindre amélioration, depuis plus de trois années consécutives, un disciple de l'idiotie hanemanienne.

Le sujet de cette observation a eu une première enfance exempte des affections ordinaires de cette époque de la vie.

A l'âge de sept ans, il eut, dit la mère, un malaise qui fut immédiatement suivi par des convulsions, qui finirent par un peu d'écume à la bouche, et par une altération telle de la mémoire, que l'enfant, revenu de sa crise, ne se rappelait pas le moindre détail concernant l'accès qu'il venait de traverser. Trois jours après cette première attaque, la rougeole se déclara et fut bénigne. Quelque temps après cette fièvre éruptive, autre attaque de haut-mal, qui fut suivie à époques plus ou moins éloignées, mais très-peu éloignées, par des phénomènes de plus en plus caractéristiques de l'épilepsie.

Avec le temps, la maladie a suivi cette *transformation* mentionnée tout dernièrement encore par Trousseau : à savoir que l'enfant a passé du *haut-mal* caractérisé par une seule attaque, revenant par intervalles de moins en moins éloignés, à ces accès se répétant jusqu'à huit fois par jour.

L'incontinence d'urine a marqué le début de la maladie; et jusqu'à tout dernièrement, ce symptôme a existé plus ou moins. Du jour où l'enfant fut, pour la première fois, frappé par l'épilepsie, jusqu'à la date de la disparition des accès, 29 décembre 1868, — période d'environ trois années, — nous avons pu calculer approximativement que le nombre des crises a dépassé le chiffre de 3000!!

Pendant cette longue période, on ne peut admettre que le malade a reçu les secours de la médecine, car à part les conseils donnés, par correspondance, par M. le docteur Clerc, de Paris, et qui ne furent qu'incomplétement suivis, le petit patient fut *traité* (!!) par un homéopathe qui jouit encore de la confiance des parents du sujet de cette observation!!

Donc, l'homéopathie ayant échoué, je fus, comme je l'ai dit plus haut, mandé le 10 juin 1868, pour donner mes soins à un épileptique malade depuis plusieurs années, ayant eu des accès par milliers; colère, frappant souvent ou voulant frapper ceux qui l'entouraient; atteint d'incontinence d'urine, aux idées parfois incohérentes, ayant une douleur très-vives parfois dans la région du cœur, précédant les crises, etc.

Sa mère, femme d'une intelligence très-cultivée, m'annonça, à ma première visite, qu'elle inscrivait, chaque jour, dans un livret, non-seulement le nombre des accès dont son fils avait souffert la veille, mais tous les symptômes qu'elle observait et dont, selon elle, la connaissance pourrait aider le médecin traitant. Ce livret avait été commencé le 1er novembre 1867 seulement, et je l'ai actuellement en ma possession. J'avoue que je le garde comme un document précieux, dont je me servirai quand, plus tard, je publierai dans la *Gazette des Hôpitaux* les observations très-détaillées des succès que m'a donnés le bromure de potassium à haute dose.

Aujourd'hui, je veux placer sous les yeux de mes confrères un tableau bien éloquent que j'extrais du livret dont j'ai parlé dans le paragraphe précédent. En voici la première partie :

Nombre approximatif des accès épileptiques dont le petit malade a souffert depuis le début de la maladie jusqu'au 1er novembre 1867, environ 2000. — Mois de novembre 1867, 59. — Décembre 1867, 84. — Janvier 1868, 116. — Février 1868, 83. — Mars 1868, 105. — Avril 1868, 87. — Mai 1868, 98. — Juin 1868, 129. — Total 2743.

Ainsi, 2743 accès jusqu'au jour où je commençai le traitement par le bromure de potassium, à haute dose, c'est-à-dire, le 1er juillet 1868. Maintenant, voici la seconde partie du tableau qui établira la supériorité du sel bromique :

Mois de juillet 1868, 65 accès. — Août 1868, 88. — Septembre 1868, 13. — Octobre 1868, 7. — Novembre 1868, 7. — Décembre 1868, 31. — Total 211 accès.

Pour ne pas donner trop d'extension à cette observation je vais répondre en quelques mots à cette question que chacun doit se poser : Qu'enseignent ces chiffres? Voici la réponse :

Ils apprennent :

1° Qu'un épileptique a eu pendant une période de trois années, *environ* 3000 accès épileptiques;

2° Que du 1er novembre 1867 au 1er juillet 1868, — huit mois, — il a eu, *positivement*, 763 accès;

3° Que du 1er juillet 1868 au 31 décembre même année, — six mois, — il n'eut, grâce au bromure de potassium administré à haute dose, que 211 accès;

4° Que c'est après l'administration du sel bromique que le nombre des accès diminua, et que ce n'est qu'après que l'économie fut presque saturée par le médicament, c'est-à-dire après deux mois, que le mieux se manifesta avec une rapidité vraiment remarquable.

Le lecteur verra que chez mon malade le nombre des accès était descendu au chiffre 7 pendant les mois d'octobre et de novembre 1868, et remarquera l'augmentation bien marquée du mois de décembre. Voici l'explication du fait : Cédant aux sollicitations des parents, je consentis, le 12 décembre, à la suspension des médicaments, parce que depuis plus de trois semaines il n'y avait pas eu d'accès. Dès le lendemain, retour de deux légères crises; enfin 31 accès pendant la suspension, qui dura douze jours seulement.

Le malade, depuis le 24 décembre dernier, va à l'école, suit régulièrement et avec succès ses leçons, a l'humeur moins irritable, et *n'a pas eu un seul accès* de la terrible maladie que, seul, le bromure de potassium a pu vaincre. A l'heure qu'il est, il continue le sel bromique à la dose de 6 grammes par jour, et le fait que ses parents ne m'ont appelé qu'une seule fois cette année, joint à celui que pour ce cas particulier je n'ai pas perdu leur confiance, est la preuve que le succès obtenu est vraiment remarquable.

Que cet enfant soit guéri, c'est ce qu'il m'est impossible d'affirmer. La prudence et le peu de temps qui s'est écoulé depuis que le sel bromique a été bien administré contre l'épilepsie, ne permettent pas une affirmation semblable; mais les améliorations extraordinaires que j'ai obtenues dans plusieurs cas d'épilepsie, m'encouragent et m'autorisent à avancer que la médecine a le droit de supposer que l'heure est arrivée où il n'est plus permis de croire que l'épilepsie est incurable parce qu'elle est le résultat de *la colère des dieux*.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 13 octobre 1869 (1). — Présidence de M. Verneuil.

RAPPORT

Plaie de l'artère fessière. — M. Desprès fait un rapport verbal sur une observation de plaie de l'artère fessière adressée, il y a quelques mois, par M. le docteur Dewalz. A la suite d'hémorrhagies graves et répétées, qu'on avait tenté d'arrêter par la compression et l'application immédiate de bourdonnets de charpie imbibée de perchlorure, il s'était développé une violente inflammation, suivie de la formation d'un abcès. M. Dewalz, appelé par ses confrères, se disposa à faire la ligature du tronc de la fessière. Il ouvrit l'abcès par une large incision; mais constatant que l'hémorrhagie s'était spontanément arrêtée, il ne crut pas devoir poursuivre plus loin son opération. Le malade guérit.

M. Hervez de Chégoin. J'ai eu à observer, il y a quelque temps, mais dans une autre région, un cas analogue. Un malade, à la suite d'un érysipèle et de la mortification d'une partie de la paroi latérale de la poitrine, au-dessus du sein gauche, vit se former à ce niveau une tumeur pulsatile, due probablement à la rupture d'une intercostale. Voulant couper court à l'hémorrhagie, je fis une grande incision, afin de lier l'artère ouverte; ne pouvant parvenir à saisir les bouts du vaisseau, je fis faire la compression au niveau du point d'où provenait le sang, en y tenant appliqué constamment le doigt d'aides qui presque tous étaient étrangers à la pratique médicale. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas, et la guérison fut complète.

M. Léon Le Fort. L'arrêt à peu près spontané de l'hémorrhagie est interprété par M. Desprès comme une preuve de l'intégrité de l'artère fessière. D'après notre collègue, l'hémorrhagie aurait été produite par la lésion d'une branche de cette artère. L'observation n'autorise pas à se prononcer ui pour ni contre l'existence d'une blessure de l'artère elle-même. Si je me rappelle bien les faits, qui, du reste, ont été publiés dans une thèse inaugurale, on avait employé le perchlorure, et amené une vive inflammation, suivie de suppuration. J'ai dit, en parlant des anévrysmes du tronc brachio-céphalique, que l'inflammation consécutive à une plaie voisine d'un artère anévrysmatique peut amener la guérison de l'anévrysme, et j'ai cité les faits de Peixoto et de Porter; je crois qu'il peut en être de même d'une artère ouverte. Dans le cas de M. Dewalz, l'inflammation de cette vaste poche a pu amener l'oblitération de la fessière ouverte lors de la blessure.

M. Desprès. Un cas cité par M. Dolbeau, dans son article *Aisselle* du *Dictionnaire encyclopédique*, montre qu'une grosse artère comme l'axillaire, rompue dans une tentative de réduction de luxation de l'épaule, ayant donné naissance à un anévrysme, suivi d'inflammation, de suppuration, de gangrène du sac, a pu s'oblitérer spontanément, car lors de l'ouverture, il n'y eut aucune hémorrhagie, et le malade guérit.

M. Giraldès. Dans l'observation telle qu'elle nous a été lue il y a quelques mois, on s'occupait beaucoup de la question de savoir s'il fallait chercher à lier les bouts de l'artère coupée, en les recherchant au fond de la plaie, ou s'il fallait recourir à la ligature de l'artère iliaque interne. Je regrette que le rapport verbal ne dise rien des préoccupations du chirurgien quant à la conduite à tenir dans le cas où l'hémorrhagie ne se serait pas spontanément arrêtée. Rien ne prouve, dans l'observation, que l'artère fessière elle-même ait été ou non ouverte. M. Desprès cite un cas d'oblitération spontanée de l'artère axillaire; le fait n'est pas aussi probant qu'on le croit. Quand on n'est pas témoin oculaire des faits, il faut une grande réserve, car on peut prendre comme hémorrhagie provenant d'une artère principale, celle qui est amenée par la blessure d'une branche peu volumineuse. Ainsi, il y a quelques années, notre collègue M. Boinet envoya à l'hôpital Saint-Louis, où j'étais alors, un malade qui venait de recevoir un coup de canif dans l'aisselle. Il s'était formé une tumeur du volume de la tête d'un fœtus, mais elle n'avait pas les caractères précis d'un anévrysme. Je devais attendre, j'attendis. L'inflammation s'empara de la tumeur; je l'ouvris largement, afin de lier les deux bouts de l'artère lésée, et je reconnus, pendant l'opération, que l'hémorrhagie loin de venir de l'axillaire elle-même, provenait d'une branche de la scapulaire. Je la liai : le malade guérit.

M. Desprès. Je ne suis pas entré dans mon rapport verbal dans tous les détails de l'observation. M. Dewalz n'a rien trouvé qu'un vaste foyer de suppuration, et il est difficile d'admettre que si l'artère fessière elle-même eût été blessée, on n'eût pas trouvé en quelque point un caillot plus ou moins volumineux, qui eût indiqué l'endroit précis de la blessure de cette artère.

Opération de cataracte sur un âne. — M. Hervez de Chégoin. La Société de chirurgie ne s'occupe pas d'ordinaire de médecine vétérinaire; cependant, comme j'ai fait, il y a quelques jours, une opération qu'on ne pratique d'ordinaire que sur l'homme, je crois pouvoir vous la résumer.

Le patient était un ancien serviteur, vieux, bien qu'il ne soit âgé que de 21 ans; il est vrai qu'il s'agit d'un âne. Je voulus le débarrasser d'une cécité qui devait certainement lui être pénible, et je voulus pratiquer l'abaissement de sa cataracte.

Outre que nos élévateurs ordinaires ne pouvaient guère servir, il nous fallut en fabriquer un troisième tout spécial, pour retenir la membrane clignotante, qui nous créait un obstacle tout spécial. Le reste de l'opération fut fait comme à l'ordinaire; mais la mollesse du cristallin, la largeur de la pupille, firent qu'une partie de la cataracte passa dans la chambre antérieure; mais elle disparut plus tard par absorption. La guérison fut complète, et le patient put, sans le secours de verres biconvexes, dont l'usage dans ce cas eût été difficile, vaquer à son occupation principale, celle de chercher sa nourriture. Ce que j'ai noté de particulier dans ce cas, c'est l'écoulement d'un telle abondance de larmes au moment de l'opération, que plusieurs linges en furent complétement humectés.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : Léon Le Fort.

Séance du 27 octobre 1869. — Présidence de M. A. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine. — Le *Sud médical*;

— *Traité de l'immobilisation directe des fragments osseux dans les fractures*, par le docteur Bérenger-Féraud. In-8°, 1869

— M. Larrey offre à la Société le Discours qu'il a prononcé à l'inauguration de la statue de Dupuytren, le 17 octobre 1869, à Pierre-Buffière.

COMMUNICATION

Opération du phimosis. — M. Duboué. Quelque précaution que l'on prenne pour exciser, du même coup, la peau et la mu-

(1) L'auteur de cet article ne fera aucune difficulté de déclarer ici qu'il avait l'honneur de faire partie de cette commission, et qu'il accepte par conséquent, vis-à-vis des critiques, la part de responsabilité qui lui revient, sans croire toutefois que cette situation doive aliéner en rien sa liberté d'appréciation.

(2) Londres a deux publications de ce genre, l'une analogue au Bulletin mensuel de Paris et celle dont nous parlons ici.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

queuse du prépuce, il arrive très-souvent que la section de la peau dépasse notablement les limites atteintes par la section de la muqueuse. Il s'agit donc de reprendre celle-ci en sous-œuvre, de l'exciser avec soin au niveau, de la peau pour pratiquer une circoncision convenable et obtenir une correspondance parfaite des deux lignes de section. Ce temps de l'opération n'est pas bien difficile; mais on serait certainement bien aise de pouvoir le supprimer pour soi, et surtout pour le patient. Voici quel est le procédé.

On commence par inciser longitudinalement le prépuce dans toute son épaisseur, depuis le limbe jusqu'à la couronne du gland. Cette incision, qui doit porter sur la face dorsale et sur la ligne médiane, peut être faite, d'après le procédé ordinaire, avec un bistouri droit et la boulette de cire classique, ou, mieux encore, avec une paire de ciseaux droits et mousses.

Cette première incision nous donne deux valves préputiales: l'une droite et l'autre gauche, dont l'écartement facile permet de voir à nue toute l'étendue de la face muqueuse. On saisit alors, avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, l'une de ces valves, la droite par exemple, et on la saisit dans le voisinage de la plaie et du sillon balano-préputial, de façon à ce que la peau et la muqueuse reprennent leurs rapports naturels, ce que l'on voit très-bien par l'inspection des deux lèvres muqueuse et cutanée de la plaie.

Le côté droit du prépuce étant ainsi pincé avec deux doigts et tenu dans cette position fixe, on prend de l'autre main un fil ciré et assez gros, long de 40 ou 50 centimètres, et préalablement armé de trois aiguilles droites ou courbes. A l'aide d'une aiguille tenant à l'un des chefs du fil, on pique et l'on traverse le prépuce perpendiculairement à sa surface et de dedans an dehors, c'est-à-dire de la face muqueuse vers la face cutanée. La piqûre doit porter de 1 à 2 millimètres, en dehors ou au-dessous (la verge étant supposée tendue et en érection) du point où se termine l'incision, vers le voisinage de la couronne du gland. Avec l'aiguille tenant à l'autre chef, on traverse encore le prépuce, toujours de dedans en dehors et au niveau de la rainure du gland; mais cette fois la piqûre porte immédiatement sur le côté droit du frein. — On prend enfin la troisième aiguille, celle qui était au milieu du fil, et on traverse encore le prépuce de dedans en dehors, et toujours sur le même sillon balano-préputial. Cette troisième piqûre doit être faite à égale distance des deux autres, de façon à diviser la valve correspondante en deux segments égaux, l'un antérieur et l'autre postérieur.

Aussitôt que la dernière aiguille a traversé le prépuce, on coupe l'anse de fil qu'elle entraîne, et l'on a ainsi deux fils au lieu d'un, et ces deux fils forment deux courbes qui se regardent par leur convexité (1).

Cela fait, on tire légèrement un de ces fils par un des chefs, de manière à bien reconnaître l'autre chef. Ces deux chefs une fois bien reconnus, on ramène l'un du côte du pubis et l'autre du còte de l'extrémité antérieure de la verge, ou, l'une à droite et l'autre à gauche; puis on les confie à un aide qui tend le fil en tirant en sens inverse sur les deux bouts. On répète la même manœuvre pour le second fil, et l'on confie les deux nouveaux chefs au même aide, de telle sorte que ce dernier tire à la fois d'une main sur les deux chefs antérieurs, et de l'autre main sur les deux chefs postérieurs des deux fils.

Si l'on a bien compris cette manœuvre, bien plus difficile à expliquer qu'à suivre, on voit: 1° que chaque fil figure une sorte d'S italique; 2° que, sur chaque fil, l'une des courbures de l'S est fixée par deux points, et l'autre courbure par un seul; 3° que la réunion des deux fils figure une sorte de 8 de chiffre dans les boucles du quel se trouve emprisonnée la moitié de la base du prépuce.

Les deux fils étant ainsi tendus, le chirurgien tord assez fortement l'un sur l'autre les deux chefs correspondants, pendant que l'aide tord les deux autres chefs en sens inverse. On ferme ainsi véritablement les deux boucles du 8 de chiffre, et le prépuce se trouve étreint entre deux fils situés au même niveau, l'un sur la face cutanée et l'autre sur la face muqueuse.

L'aide tend ensuite, avec les deux mains. les extrémités des fils ainsi tordus, pendant que le chirurgien saisit et tend, avec les doigts de la main gauche, toute la valve préputiale et résèque toute la moitié du prépuce en se guidant constamment sur le fil, et en faisant partir la section à 2 millimètres environ au-dessus du fil lui-même.

Cette section peut être très-rapide et doit être faite avec des ciseaux droits. Si on avait quelques difficultés à bien engager le segment antérieur de la valve préputiale dans la boucle correspondante du 8 de chiffre, rien ne serait plus facile que d'y remédier. Il suffirait de pratiquer une petite encoche verticale sur la limbe du prépuce. Cette encoche, de quelques millimètres, serait faite avec des ciseaux mousses, en rasant le côté correspondant du frein. Dans l'opération que j'ai faite, je n'ai pas dû recourir à cette petite incision.

Comme le chirurgien ne voit que l'un des fils appliqués sur le prépuce, on pourrait craindre que le fil qu'il ne voit pas vînt à être coupé pendant que l'excision du prépuce est pratiquée. Mais comme ces fils, à la suite de la double torsion qu'ils ont subie, doivent être forcément au même niveau, on peut être sûr que si on respecte l'un des fils, on respectera l'autre tout aussi sûrement.

Tout ce que je viens de dire pour l'une des valves préputiales, pour la valve droite, s'applique exactement à la valve gauche. On répète donc, pour celle-ci, identiquement la même manœuvre. Je ferai observer seulement qu'il me paraît plus opportun de placer les fils des deux côtés, dans un premier temps de l'opération, puis de pratiquer la section des deux côtés, dans un second temps. Cette seconde partie de l'opération étant beaucoup plus douloureuse que la première, on pourrait, pour être sûr de la mieux exécuter, soumettre au chloroforme les malades pusillanimes ou indociles. On pourrait encore, quoique je ne l'aie pas fait chez le malade que j'ai opéré, modifier légèrement le premier temps, et ne se servir que d'un seul fil, long de 90 centimètres à 1 mètre, et armé de cinq aiguilles. On ne ferait ainsi que cinq piqûres au lieu de six.

Reste enfin le mode de réunion, qu'on peut, une fois les fils déroulés, opérer de trois façons: 1° à la manière ordinaire, avec des serre-fines. 2° En divisant, une fois la section du prépuce terminée, chaque fil en deux moitiés. On aurait ainsi huit fils, dont deux deviennent inutiles, un de chaque côté de la verge. Il resterait donc à faire six points de suture à points séparés. C'est là le projet que j'avais conçu avant de faire l'opération. 3° En nouant *lâchement*, deux à deux et par un double nœud les deux fils qui se correspondent dans le voisinage de chaque piqûre ou qui sortent par une même piqûre. Je dis qu'il faut les nouer *lâchement*, parce qu'il faut s'attendre à voir survenir plus ou moins de gonflement de la peau de la verge dans le voisinage de la section. On a de la sorte quatre nœuds que j'appellerai: l'un dorsal; l'autre, nœud du frein, et les deux autres, latéral droit et latéral gauche. Ce dernier mode de réunion est celui que j'ai adopté, séance tenante, dans le cas que je vais relater succinctement.

Telle est l'opération que j'ai pratiquée, il y a quelques jours à peine, et à laquelle je donnerais volontiers le nom de procédé du *fil conducteur*, si on me permettait de risquer ce mot.

Après les détails qui précèdent, il ne me reste plus qu'à mentionner, en quelques mots, l'observation récente que j'ai recueillie. C'est le 16 de ce mois d'octobre (1869) que j'ai opéré le nommé B..., soldat au 58e de ligne, âgé de 25 ans, et entré à l'hôpital de Pau huit jours auparavant, pour une petite fièvre éphémère sans importance. J'ai attendu, pour l'opérer, qu'il fût bien remis de cette légère affection, et c'est le 16 octobre que j'ai pratiqué l'opération avec l'aide de mon confrère, M. Coneylas, interne du service. Les longs développements que j'ai exposés un peu plus haut me dispensent d'entrer dans de nouveaux détails. Je me bornerai à dire que j'ai exécuté point par point, et sans la moindre difficulté, le manuel opératoire que je m'étais promis de suivre. Le résultat immédiat de l'opération a donné tout ce que j'en attendais, une plaie circulaire d'une régularité parfaite et intéressant partout au même niveau la muqueuse et la peau du prépuce.

Après avoir pratiqué les quatre doubles nœuds dont j'ai parlé et leur avoir laissé une assez grande cavité, de manière à éviter et même à prévenir toute contriction, j'ai vu que les deux lignes sanglantes limitant la peau et la muqueuse préputiales avaient une tendance naturelle à se rapprocher. En certains points même, et surtout à la face dorsale, le rapprochement était parfait. Sur les côtés du frein, il y avait un écrasement variant suivant les points, de 2 à 4 millimètres. De petites compresses d'eau froide sont appliquées sur la plaie.

Le 17 octobre au matin, une réunion immédiate s'était opérée dans presque toute l'étendue de la circonférence supérieure; ce n'est que sur les côtés du frein qu'on voit un écartement variant de 2 à 5 centimètres. Seulement, le gonflement que j'avais prévu s'est produit sur toute la circonférence sectionnée. Ce gonflement a fait que le nœud latéral droit s'est enfoncé dans l'épaisseur du prépuce. Pour dégager ce nœud, je soulève, avec des ciseaux mousses et fermés, le fil intermédiaire à ce nœud latéral droit et au nœud dorsal, fil qui se trouve caché dans la rainure balano-préputiale. Puis, tirant légèrement sur ce fil, je dégage, sans la moindre difficulté, le nœud enfoncé dans les chairs, et je sectionne le fil en deux points près du nœud dorsal et près du nœud du frein. Je laisse intacts les fils qui restent. Il en résulte que la suture persiste sur toute la demi-circonférence gauche du prépuce. Ce n'est que le lendemain, 18 octobre, en voyant la plaie aux trois quarts fermée, que j'enlève ces fils. Je sectionne d'abord les nœuds dorsal et du frein, puis je tire sur le nœud latéral gauche. — Pansement simple.

Le 19 octobre, dernier jour où j'ai vu notre opéré, la réunion s'est maintenue; il reste toujours le même écartement des lèvres de la plaie, de chaque côté du frein. Mais, sans nul doute, la cicatrisation de cette petite plaie n'aura pas mis plus de quelques jours à se compléter.

Tel est le procédé nouveau que je viens d'employer et auquel on pourrait recourir, même dans les cas où l'on aurait oublié sa trousse. Il me paraît donc avoir le double avantage de n'exiger qu'un appareil instrumental des plus simples et de permettre d'exciser sûrement, et du même coup, la muqueuse et la peau du prépuce, au même niveau.

M. CHASSAIGNAC. La préoccupation de M. Duboué a été celle de beaucoup de chirurgiens: sectionner en même temps et au même niveau la peau et la muqueuse. Je crois avoir résolu la diffiulté par le procédé que je mets en usage. Il consiste à introduire, entre le prépuce et le gland, les deux branches d'une pince à pansement, à dilater et à tendre le prépuce par l'écartement des mors de la pince. Cela fait, je passe une aiguille qui traverse le prépuce et maintient en rapport la muqueuse et la peau. Il ne reste plus qu'à sectionner rapidement les parties avec un bistouri pour terminer l'opération, qui, faite de cette manière donne toujours un bon résultat.

M. BLOT. Le procédé de M. Chassaignac n'est pas toujours applicable, car lorsque l'orifice préputial est trop étroit, il est impossible, surtout chez les enfants, d'introduire une pince à pansement, et même parfois une simple pince à disséquer.

M. CHASSAIGNAC. On peut presque toujours, même lorsque l'orifice est des plus étroits, introduire une sonde cannelée; du reste, s'il en était besoin, on ferait une petite moucheture sur la partie rétrécie.

M. LÉON LE FORT. Les précautions prises dans l'opération du phymosis ont deux buts: couper la peau et la muqueuse là où on désire les sectionner et se mettre à l'abri du glissement des deux feuillets l'un contre l'autre; pratiquer la section de la muqueuse le plus près possible de la rainure glando-préputiale. Ce dernier point ne me préoccupe pas; je crois au contraire qu'il vaut mieux laisser un bourrelet de muqueuse qu'on rabat à la rencontre de la peau, et les parties s'adaptent si bien, que dans un bon nombre des opérations de phymosis que j'ai eu l'occasion fréquente de faire à l'hôpital du Midi, j'ai pu souvent m'abstenir de tout moyen de réunion, suture et serre-fines, et j'ai obtenu des réunions par première intention.

M. TRÉLAT Le procédé que j'emploie ressemble beaucoup à celui de M. Chassaignac. Je pratique sur le dos du prépuce une incision qui comprend la peau et la muqueuse, l'écartement des parties donne à l'incision la forme d'un V; j'immobilise les lèvres de l'incision en passant deux fils à la base du V, et je pratique l'ablation, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux. Bien que ce procédé me donne d'excellents résultats, j'obtiens très-difficilement la réunion par première intention.

Dans beaucoup de circonstances, j'ai rencontré chez les enfants une disposition peu connue et sur laquelle je crois devoir appeler l'attention: ce sont des adhérences assez solides existant entre le gland et le prépuce. Presque toujours il est facile de les détruire avec une sonde cannelée ou la tête d'une longue épingle, mais la séparation amène assez souvent, même dans ces conditions, un petit suintement de sang qui indique que l'adhérence n'était pas due à un simple accolement. Il reste une surface avivée, ayant l'aspect d'une muqueuse dépouillée de son épithélium, et en effet, ce qui est existe, c'est une sorte de fusion de l'épithélium du gland avec celui du prépuce.

M. BLOT. Lorsque j'ai parlé de la difficulté d'introduire un instrument entre le prépuce et le gland et de la présence assez fréquente d'adhérences, j'avais en vue non des nouveau-nés, mais des enfants de 3, 4 et 5 ans.

Quant à la réunion par première intention après l'opération de phimosis, elle est obtenue assez souvent dans la circoncision hébraïque; elle n'est pas rare chez les enfants, et, si ce qu'a dit M. Le Fort me paraît exact pour eux, cela me paraît plus étonnant chez l'adulte. Il est nécessaire de faire une distinction, si l'on veut rester dans la parité des faits et des observations.

M. DEMARQUAY. Comme M. Chassaignac, je crois qu'il faut fixer et tendre le prépuce; pour cela, je me sers de deux pinces à torsion avec lesquelles je saisis le prépuce en deux points opposés. Cela fait, je passe deux fils qui traversent et fixent la peau et la muqueuse, je fais l'excision avec le bistouri, après quoi je fends ce qui reste de muqueuse jusqu'à la rainure glando-préputiale.

Si l'on veut obtenir la réunion par première intention, il faut arrêter avec soin tout écoulement de sang, et c'est ce que l'on obtient avec assez de difficulté pour rendre assez sûre la réunion primitive. Cet écoulement de sang peut même prendre les proportions d'une véritable hémorrhagie. Dans un cas que j'eus l'occasion d'observer à l'hôpital du Midi, une hémorrhagie fournie par une artériole du frein, par son abondance, mais aussi par sa longue durée, fut assez sérieuse pour me faire craindre la mort du malade, quand je fus appelé auprès de lui par le médecin interne de garde.

M. GIRALDÈS. Le fait signalé par M. Trélat s'observe fréquemment. On m'amène assez souvent des enfants atteints, disent les parents, d'un vice de conformation. Le prépuce, quoique assez large, ne peut être ramené complétement en arrière, et remplit à peu près les conditions de la capsule par rapport au gland de chêne. Si l'on complète la rétraction, il n'est pas rare de voir survenir un petit écoulement de sang, sans importance pratique, mais qui indique l'existence de véritables adhérences. On observe assez souvent, de même chez les petites-filles, de prétendues imperforations vulvaires, qui ne sont autre chose que de légères adhérences des petites lèvres entre elles, adhérences qu'on détruit de même assez facilement par décollement. Il faut, dans le phimosis, distinguer l'atrésie de l'orifice et celle du canal préputial: pour ma part, je ne vois guère, même chez les enfants, de réunion par première intention, et si elles sont, comme le dit M. Blot, assez fréquentes après la circoncision, c'est sans doute que les rabbins opèrent sur des enfants ayant un prépuce normal.

M. SÉE. Les adhérences dont parle M. Trélat sont tellement fréquentes, que chez les israélites, il est d'usage dans la circoncision de passer au préalable un stylet autour du gland, afin de s'assurer de l'absence d'adhérences. Quant au procédé mis en usage, non par des rabbins, mais par des opérateurs spéciaux, il est très-simple. Le prépuce, saisi de la main gauche, est tiré en avant et suffisamment tendu; cela fait, on applique une pince en avant du gland et on sépare le prépuce d'un coup de bistouri. Il reste un lambeau circulaire de la muqueuse préputiale; autrefois ce lambeau était saisi entre les deux pouces et les deux index, et déchiré; aujourd'hui on a renoncé à cette manœuvre, qui était parfois cause de mortification partielle, et l'on fait la section avec des ciseaux. Du reste, même dans la circoncision pratiquée par les opérateurs israélites, il y a parfois des accidents, surtout des hémorhagies; aussi beaucoup de familles tiennent à ce que leur médecin assiste à l'opération.

M. LÉON LE FORT. La fréquence des réunions par première intention et des réunions rapides, après l'opération du phimosis telle que je la pratique, semble étonner plusieurs de nos collègues. Il s'agit cependant d'adultes, et elle sera observée assez fréquemment, si, au lieu de chercher à exciser la muqueuse à sa base, on en conserve une partie qui, rabattue sur la peau, s'applique parfois si exactement, qu'il n'est pas besoin de sutures. Loin de faire la circoncision complète, je crois qu'il faut n'enlever que l'anneau ou le canal préputial rétréci.

M. PANAS. Pour employer le procédé de M. Duboué, il faut passer des aiguilles jusqu'à la base du prépuce: cela est difficile, car l'aiguille pique tantôt le gland, tantôt la muqueuse préputiale, et l'on n'arrive pas où l'on veut. J'ai essayé de coiffer la pointe de l'aiguille d'une petite boulette de cire, mais sans bon résultat; ce qui m'a amené à inventer la pince que j'ai présentée l'année dernière à la Société de chirurgie. L'un des mors de cette pince peut être glissé dans le canal du prépuce et est mené jusqu'à sa base; l'autre mors est garni d'une pointe qui traverse la muqueuse et la peau, et qui est serré, au moyen d'une vis de pression. La réunion par première intention est pour moi celle qui se fait dans les vingt-quatre heures, et qui après ce temps laisse une cicatrice linéaire, parfaite et si mince qu'on a peine à l'apercevoir; pour l'obtenir, il faut un affrontement exact des parties, il faut qu'il n'y ait aucun œdème, car sans cela la cicatrice qui semblait déjà obtenue, se désunit, et la plaie suppure.

Vidal de Cassis, avec les serre-fines, obtenait des réunions par première intention, mais il se servait de précautions sur lesquelles j'appelle souvent l'attention de mes élèves. Elles consistent à ne pas laisser les serre-fines en place au delà de quelques heures, et à les enlever au plus tard à cinq heures du soir, lorsque l'opération a été faite à six heures du matin. Sans cette précaution, la place de chaque serre-fine est marquée par une petite eschare; or, lorsque

(1) Pour plus de clarté, on n'a qu'à tracer, sur une feuille de papier, une circonférence qui représente une coupe en travers de la peau de la verge et à indiquer, d'après la description ci-dessus, le trajet suivi par ces deux fils. Je fais ici la même remarque que pour les descriptions qui vont suivre.

le travail d'inflammation qui doit amener l'élimination survient, cette inflammation amène le décollement de la cicatrice.

Pour qu'il y ait réunion, il faut aussi que tout écoulement de sang soit arrêté, et surtout qu'il n'y ait pas d'hémorrhagie; ce qui a lieu lorsqu'on a sectionné près du filet une trop grande quantité de tissus. Après avoir décrit l'anatomie de la région et la disposition de l'artère du frein, M. Panas montre que l'hémorrhagie sera plus ou moins grande, selon qu'on aura sectionné une des branches ou le tronc de cette artère.

M. TRÉLAT. Une note que me fait passer M. Krishaber me fait savoir que le docteur Bokaï, chirurgien de l'hospice des Enfants à Pesth, a publié, en 1862, un mémoire basé sur des observations d'adhérences contre le prépuce et le gland chez les nouveau-nés; mémoire qu'il avait prié M. Krishaber de traduire et de faire connaître en France.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Altération syphilitique des poumons sur un nouveau-né. — M. DEPAUL. La femme qui fait le sujet de cette observation est une domestique, nommée Armande V..., âgée de 28 ans. Entrée à l'hôpital le 18 octobre, à six heures du soir, elle a dit qu'elle était primipare, qu'elle n'avait eu aucune maladie pendant sa grossesse, et enfin qu'elle n'était enceinte que de huit mois. Son accouchement a eu lieu d'une manière naturelle le même jour, à huit heures et demie du soir, après avoir perdu prématurément les eaux de l'amnios et après avoir souffert pendant vingt-trois heures et demie. Son enfant, du sexe féminin, pesant 2,470 grammes seulement, est né dans un état de faiblesse très-marquée; sa respiration était irrégulière, haletante, sa poitrine violacée; il succomba le lendemain 19 octobre, à sept heures du matin, après avoir vécu ainsi pendant dix heures et demie. Ce jour-là même, voulant me rendre compte de l'accouchement avant terme de la mère et de la mort de l'enfant, j'examinai soigneusement cette malade, et je trouvai des plaques muqueuses en grand nombre à la face interne des grandes lèvres, des papules de couleur cuivrée à la face palmaire des deux mains, de la rougeur au côté droit de la gorge, et enfin la pléiade ganglionnaire aux plis des aines. Je pus constater encore que les cheveux tombaient avec la plus grande facilité. Interrogée sur l'origine des lésions dont elle est affectée aux parties génitales et à la main, cette femme répond qu'il n'y a que trois ou quatre mois qu'elle s'est aperçue de quelque chose; qu'elle n'a jamais été malade auparavant, mais qu'elle est fort peu soigneuse de sa personne, et elle a fort bien pu ne pas voir l'accident primitif, qui doit remonter à une époque beaucoup plus reculée que celle dont elle parle. Au reste, les réponses embarrassées de cette femme ne permettent pas d'ajouter une confiance entière à ses déclarations.

A l'autopsie de l'enfant, on constate que la majeure partie des vésicules pulmonaires n'a pas été distendue par l'air; de plus, on rencontre dans le tissu du poumon un grand nombre de ces indurations de couleur jaune clair, grosses comme de petites noisettes, et que j'ai décrites pour la première fois dans un mémoire lu à l'Académie en 1851, et inséré dans ses mémoires (*Gazette des Hôpitaux*, 1853). A la coupe du foie, on trouve aussi un noyau de tissu hépatique induré, un peu plus jaune que le tissu ambiant. La peau, le thymus et les cavités du péricarde et du péritoine n'offrent du reste aucune lésion.

M. Cornil, qui a fait l'examen histologique du poumon, m'a remis la note suivante :

Les lobules indurés de ce poumon, examinés sur des sections minces après le durcissement dans l'alcool, montrent les particularités suivantes :

Les cloisons interalvéolaires sont extrêmement épaisses, et les alvéoles sont très-étroites.

Les cloisons sont composées par un tissu conjonctif embryonnaire, montrant des vaisseaux et de très-nombreux corpuscules embryonnaires. Elles sont tellement épaisses en certains points, que les cavités alvéolaires sont tout à fait effacées.

Les alvéoles pulmonaires, rétrécies, sont remplies de cellules épithéliales, de globules de pus, et de ces menus éléments ayant subi la dégénérescence graisseuse.

On n'a pas oublié les divergences considérables d'opinions qui existent sur le point de savoir si un enfant syphilitique présente des traces visibles de la maladie au moment de la naissance, ou si ces traces n'apparaissent que plus tard. M. Ricord, sous l'influence de ses théories sur l'évolution de la syphilis acquise, a soutenu qu'un enfant congénialement syphilitique ne présentait pas généralement à la naissance de traces de la maladie. Il y a fort longtemps que j'ai démontré que la syphilis congénitale se traduit, au contraire, au moment de la naissance, par de certaines lésions; que ce fait se rencontre 80 fois sur 100; mais que si ces lésions ont été méconnues, c'est qu'on ne savait pas les trouver.

Il y a 40 ans, lorsqu'on rencontrait, à l'autopsie d'un nouveau-né des altérations pulmonaires semblables à celle que je soumets à la Société, on les regardait comme des tubercules, ou comme l'indice d'une pneumonie fatale, ou intra-utérine. Quant à moi, je n'ai jamais trouvé ces lésions que sur des enfants nés de mères syphilitiques, et j'ai montré leur véritable valeur dès 1837, *Bulletin de la Société anatomique*, t. XII; tantôt elles siégent dans le poumon, d'autres fois dans le thymus, et M. Gubler les a constatées dans le foie.

Dans le fait dont je présente l'observation, comme dans beaucoup d'autres, les enfants meurent faute que l'air ne peut pénétrer dans leurs poumons par suite de la présence de ces altérations spécifiques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

Dans la réunion de jeudi dernier 18 novembre, la Faculté de médecine a accepté le legs qui lui a été fait pour la création d'une chaire d'histoire de la médecine.

Cette décision va être transmise au conseil d'Etat, qui autorisera l'acceptation, et on s'occupera ensuite de la nomination du professeur. La Faculté devait aussi s'occuper de l'avis à donner au ministre sur la demande de permutation de chaire de M. Lasègue, qui désire être professeur de clinique. Elle a nommé une commission pour lui faire un rapport, et elle émettra ensuite un vote favorable.

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Benjamin BALL.

De la maladie d'Addison.

(Leçon recueillie par M. LEGROUX, chef de clinique.)

Messieurs,

Au moment de prendre la parole dans cet amphithéâtre, je ne saurais me défendre d'une émotion vive et profonde, je dirais presque d'une émotion pénible, lorsque je songe à mon peu d'expérience et à la difficulté de la tâche qui m'est imposée.

Sans doute, c'est un grand honneur d'aborder l'enseignement clinique à la Faculté de médecine de Paris : mais c'est un honneur dangereux ; et le sentiment de mon insuffisance paralyserait à coup sûr tous mes efforts, si je n'étais pas soutenu par la tradition que nous ont léguée ces illustres cliniciens, qui ont tant fait pour la gloire et la grandeur de notre école : j'entends la véritable gloire et la grandeur solide. C'est à Chomel, c'est à Rostan, c'est à Grisolle, c'est à M. Bouillaud, c'est à M. Louis, que nous devons l'esprit scientifique qui nous anime et la méthode qui nous conduit. Et puisque je viens de citer tous ces noms, comment pourrais-je oublier celui dont les murs de cette enceinte nous rappellent encore le souvenir, mon excellent maître et ami, le professeur Béhier ? Ses enseignements ont puissamment contribué à compléter mon éducation médicale, et ses leçons, je puis bien le dire, m'ont procuré quelques-uns des meilleurs moments de ma vie, lorsque j'étais assis sur ces bancs que vous occupez aujourd'hui.

Messieurs, vous connaissez maintenant mes idées ; vous connaissez l'école à laquelle j'appartiens et je n'ai pas besoin de vous adresser une profession de foi. Les noms que je viens de prononcer sont des principes ; disons mieux, ce sont des exemples, et je m'efforcerai de les suivre dans la mesure de mes capacités. J'aurai donc toujours soin, pour me conformer à la tradition des maîtres, de subordonner les considérations générales de tout ordre à l'interprétation des cas particuliers que le mouvement du service amènera chaque jour dans nos salles. Aussi n'est-ce point à un cours de pathologie que vous allez assister, mais à de simples leçons cliniques. C'est au lit du malade que nous puiserons toutes nos inspirations ; c'est du malade que nous partirons pour aborder les discussions scientifiques, et c'est au malade que la discussion nous ramènera : en un mot, si jamais nous nous écartons des données que fournit l'observation directe, ce sera pour saisir les vues d'ensemble, qui nous permettront de mieux apprécier les faits placés sous nos yeux.

Telles sont, messieurs, mes intentions ; telle est la direction dans laquelle je me propose de marcher, et votre bienveillance fera le reste, permettez-moi de l'espérer. Et maintenant, passons de la théorie à la pratique, et pour commencer, occupons-nous immédiatement de l'un des malades qui sont confiés à nos soins.

Au n° 9 de la salle Saint-Paul, est couché un homme jeune encore, et dont le visage, d'ailleurs assez régulier, rappelle par sa teinte olivâtre l'aspect des races du Midi. Toutefois, c'est depuis peu de temps seulement qu'il a vu se développer cette coloration spéciale qui frappe aujourd'hui nos regards.

Cet homme, dont la santé jusqu'à ces derniers temps ne s'était jamais démentie, a quitté, il y a près d'une année, son métier de tisserand pour embrasser la profession plus laborieuse de terrassier, qu'il n'a pas exercée pendant longtemps. Une faiblesse inexplicable et rapidement croissante s'était emparée de lui ; les moindres efforts musculaires lui causaient une fatigue profonde, et le travail lui était devenu presque impossible. A cet affaiblissement singulier, un symptôme plus alarmant encore vint bientôt à se joindre.

Jusque-là cet homme, doué d'une belle conformation, et d'une taille assez avantageuse, n'avait jamais présenté la moindre difformité ; mais peu de temps après le début des premiers accidents, il vit son corps se voûter, sa colonne vertébrale s'incurver, et une cyphose bien manifeste se produire. Aujourd'hui, l'arc décrit par l'épine dorsale est tellement prononcé, qu'il représente presque un quart de cercle à convexité dirigée en arrière ; la tête, portée en avant, est inclinée en bas, et ne peut pas se redresser ; enfin, un pli transversal s'est dessiné à travers l'abdomen, un peu au-dessus de l'ombilic. Pendant le développement de cette difformité, des douleurs vives, partant des lombes, irradiaient dans l'abdomen ; elles persistent encore aujourd'hui, se réveillent à chaque effort du malade et ne se calment que par le repos.

C'est à la suite de ces premiers phénomènes, deux mois environ après le début du mal, qu'une couleur sombre, une teinte enfumée, s'est répandue de proche en proche sur toute la surface du corps. Moins prononcée au visage que sur le tronc, elle se montre nettement sur les mains, et acquiert son maximum d'intensité à la partie inférieure de l'abdomen, au sacrum et aux organes génitaux. En découvrant le malade, il est aisé de voir qu'avec des nuances plus ou moins foncées, elle recouvre la totalité du corps.

Entré le 24 juin dans le service de M. Marotte, le malade fut soumis à un régime tonique qui devait bientôt relever ses forces : et bien que cet habile clinicien eût reconnu l'existence de la *maladie bronzée*, bien qu'il fût impossible de se faire illusion sur la gravité du pronostic, on put, grâce à cette amélioration, le diriger sur l'Asile de Vincennes au commencement du mois dernier. Mais le retour de l'asthénie et la décroissance progressive des forces, l'obligèrent bientôt à rentrer à l'hôpital, et nous le trouvons aujourd'hui plus faible et plus souffrant qu'il ne l'avait jamais été.

Au milieu de ces symptômes de plus en plus accusés, il est important de remarquer que le malade a conservé son embonpoint et ne présente aucun signe d'anémie. Le pouls est faible et lent, mais régulier ; l'intelligence est intacte ; enfin l'apyrexie est complète.

Les phénomènes que je viens de vous exposer ne laissent planer aucune incertitude sur le diagnostic. Le malade est atteint de cette cachexie singulière, à laquelle Addison a légué son nom. Nous allons tout à l'heure étudier le tableau symptomatique qui se trouve ici sous vos yeux, et le comparer aux formes classiques et régulières de cette affection ; mais auparavant, demandons-nous s'il s'agit ici d'un cas ordinaire, ou si nous ne sommes point en présence d'un fait complexe et comprenant plusieurs éléments divers.

Messieurs, cet homme, né d'un père tuberculeux, est lui-même atteint de tuberculisation pulmonaire ; et bien que les signes rationnels nous fassent presque complètement défaut, les données de la percussion et de l'auscultation ne laissent aucun doute à cet égard. Une matité qui occupe la totalité de la fosse sus-épineuse droite, et qui s'accuse nettement au-dessous de la clavicule du même côté ; une respiration rude, une expiration prolongée, nous permettent d'affirmer qu'il existe au sommet du poumon droit une induration tuberculeuse. La filiation des accidents se déroule alors avec une grande clarté. Chez un homme prédisposé à la tuberculose, des efforts violents, occasionnés par un changement de métier, ont déterminé d'abord une incurvation de la colonne vertébrale ; puis les symptômes de la maladie d'Addison se sont graduellement développés, et la mélanodermie est venue achever le tableau. Ainsi des tubercules au sommet d'un poumon, des tubercules sur certains points de la colonne vertébrale, des tubercules dans les capsules surrénales, telles seraient, selon toute apparence, les lésions que présente notre sujet. Toutefois, il est possible qu'un travail morbide, développé au niveau des vertèbres lombaires, se soit étendu par propagation aux capsules, pour y déterminer cette altération inflammatoire qui coïncide si souvent avec la maladie d'Addison.

Nous rentrons complètement ici dans les idées émises par la plupart des observateurs anglais, et plus spécialement par Wilks, Hayden et Greenhow.

Voyons maintenant quelle est l'évolution régulière de la cachexie surrénale chez les sujets qui peuvent servir de type. Lorsqu'une fois nous connaîtrons la physionomie classique de cet état morbide, nous serons plus en mesure d'étudier le cas actuel.

Quatre symptômes principaux nous révèlent l'existence de la maladie d'Addison. Une asthénie qui va toujours croissant jusqu'à la mort, des troubles digestifs, des douleurs épigastriques ou lombaires, enfin une mélanodermie spéciale, en sont les caractères fondamentaux. Il est incontestable que de tous ces phénomènes, c'est le dernier qui frappe le plus vivement l'attention. Il a contribué pour la plus grande part à la découverte ; et c'est à coup sûr le symptôme le plus pittoresque de la maladie, sinon le plus essentiel. La mélanodermie d'Addison est presque toujours générale ; rarement elle est partielle ; quelquefois elle présente une disposition tachetée. Elle prédomine au visage, au cou et aux mains ; ce n'est point ce qui existe chez notre malade, mais il rentre dans le type classique par la coloration foncée de l'aréole du mamelon, du fourreau de la verge, de l'ombilic et des plis cutanés. La teinte qu'il présente est enfumée : c'est une couleur sale qui n'offre aucune analogie avec le reflet du bronze, et c'est ici le cas de faire observer que le mot de *peau bronzée* ou *maladie bronzée* ne répond nullement à l'aspect que présentent la plupart des malades. A côté de ces manifestations cutanées, on voit des taches pigmentaires se développer sous la mu-

FEUILLETON

RECHERCHES HISTORIQUES

Sur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.

Par M. Fr. DUBOIS (D'AMIENS)

On pense bien que nous voulons parler de Livie ; et cependant, au rapport de tous les historiens, Livie réunissait en elle toutes les qualités et toutes les vertus de l'épouse. Elle était près de l'empereur, dit M. Naudet, comme Mme de Maintenon près de Louis XIV. Ce que la séduction d'une beauté parfaite, dit-il, d'un esprit aimable avait commencé, s'achevait par l'ascendant d'une haute raison, par le charme d'une humeur toujours égale et facile, et même par une sévérité de mœurs qui n'exigeait point de retour. Compagne assidue et dévouée dans les fatigues, amie commode et enjouée au sein du foyer domestique, confidente discrète et conseillère éclairée, elle savait se rendre souvent utile, quelquefois nécessaire, agréable toujours, jamais importune.

Certes, il est impossible de tracer un portrait plus gracieux. Rien de plus fin, de plus délicat et de plus séduisant. Ajoutons que, pour achever le tableau, M. Naudet nous cite les bonnes actions de Livie ; comme quoi, lorsque l'empereur invitait à des festins solennels les sénateurs et les chevaliers, Livie recevait les femmes à sa table ; comme quoi elle dotait les pauvres filles nobles ; comme quoi elle faisait élever des enfants à l'éducation desquels les familles ne pouvaient suffire ; comme quoi enfin on la vit plus d'une fois, dans les incendies qui éclataient souvent à Rome, se mêler à la foule, encourager les soldats et les hommes du peuple à faire leur devoir.

Voilà certainement des antécédents qui tous sont en faveur de Livie, et pour les établir, M. Naudet s'en est rapporté aux historiens les plus dignes de foi.

Mais, je l'ai dit en parlant de César Auguste, il est aujourd'hui une école qui ne procède pas ainsi ; pour elle, les monuments écrits n'ont à peu près aucune valeur. Le marbre et l'airain, voilà quelles sont ses archives ; eux seuls méritent confiance. Ainsi M. J.-J. Ampère, tout en reconnaissant que les témoignages écrits sont tous en faveur de Livie, qu'on la donne comme sage, comme douée d'un bon jugement, etc., n'est nullement de cet avis, par la raison, dit-il, qu'il n'a rien vu de semblable dans les statues de Livie. Il n'a vu en elle qu'une beauté froide et un visage sans expression. Il avoue cependant que, dans ses statues, il n'a trouvé aucune apparence de fausseté ; mais cela tient, dit-il, à ce qu'elle savait dissimuler jusqu'à la fausseté. On conviendra que c'est là une explication assez étrange ; mais M. Beulé y met moins de façons, et ici, comme pour Auguste, il va droit au but. Ainsi, il lui a suffi de jeter les yeux sur une des plus belles statues de Livie pour y découvrir tous les indices d'une profonde scélératesse ; et d'abord, bien qu'elle soit de marbre, il lui a trouvé un front d'airain prêt à tout, surtout à ne pas rougir, un nez qui révèle tout à la fois une expression de colère et de sensualité dont rien n'approche, surtout dans la disposition des cartilages qui en forment l'extrémité, ce qui accuse, dit-il, une véritable méchanceté. M. Beulé trouve cependant, avec tout cela, que cette statue est d'une ravissante beauté. Le front, dit-il, en est pur, net et limpide ; la bouche petite, fraîche et mignonne ; et n'était ce malheureux nez qui trahit tous ses mauvais instincts, elle serait parfaite. En vérité, si je ne savais que M. Beulé nous a dit tout cela dans un livre très-sérieux, je croirais, qu'à l'exemple de M. Mérimée, il a voulu se livrer ici à quelque fantaisie d'antiquaire, semblable à cette charmante fiction connue sous le nom de la *Vénus d'Ille*.

Celle-ci aussi est d'une beauté incomparable ; c'est un chef-d'œuvre de l'art antique. La tête est petite, semblable à celles de toutes les statues grecques ; les yeux un peu obliques ; la bouche est aussi relevée vers les coins ; les narines quelque peu gonflées. Seulement elle n'est point de marbre ; comme celle de M. Beulé, elle est de bronze ; du reste en tout semblable ; dédain, ironie, cruauté se lisent aussi sur ce visage implacable ; et si elle n'a empoisonné personne, elle a du moins fini par étouffer son amant dans ses bras d'airain.

Mais revenons à notre page d'histoire ; ceci n'est qu'un simple rapprochement, M. Mérimée n'a pas eu la prétention d'éclairer un fait historique, il a voulu tout simplement charmer ses lecteurs, et il a réussi.

Le but de M. Beulé a été bien autrement sérieux, c'est un réquisitoire en forme qu'il a dressé contre Livie ; il n'a pas eu besoin de l'interroger, c'est sa personne qu'il a voulu mettre tout simplement sous nos yeux, en nous montrant sa statue ; il y a mis du savoir, assurément, et il a comme toujours fait preuve de talent, mais je n'en préfère pas moins invoquer en faveur de l'accusée les témoignages des historiens, et je vais reprendre les faits, en commen-

(1) Voir les numéros des 9, 12, 23 et 28 octobre.

queuse buccale, gingivale et linguale. Une ligne sinueuse se dessine longitudinalement sur les lèvres. Rien de pareil ne se rencontre chez notre malade; mais il présente sur d'autres muqueuses des maculatures très-caractéristiques. Le gland est parsemé de taches brunes et l'anus présente une couleur noirâtre. Il n'est pas rare de voir les cheveux et les poils participer à cette invasion générale du pigment. Ils prennent alors une teinte plus foncée, et deviennent raides et crépus. Notre homme est trop brun pour qu'il soit possible de constater chez lui ce phénomène.

Au milieu de cet envahissement uniforme d'une couleur sombre, la blancheur perlée des conjonctives tranche sur l'ensemble de la physionomie, et donne habituellement au malade l'aspect d'un mulâtre. L'obligeance du professeur Brown-Séquard me permet de faire passer sous vos yeux la représentation très-exacte d'un fait de ce genre. Cette planche est empruntée à l'atlas de Hutchinson. Elle se rapporte à un cas beaucoup plus avancé que celui dont je cherche en ce moment à vous tracer l'histoire.

Faut-il s'étonner, messieurs, du rapprochement que nous établissons entre les hommes de couleur et les malades atteints de mélanodermie d'Addison? Non, sans doute; car dans l'un et l'autre cas, la localisation anatomique du pigment est exactement la même. Une coupe de la peau nous montre au microscope des granulations pigmentaires, situées au-dessous de l'épiderme, dans l'épaisseur de cette couche intermédiaire, connue sous le nom de *corps muqueux* ou *réseau de Malpighi*. Quelques grains de pigment peuvent se trouver égarés dans les aréoles du derme, mais c'est seulement dans les cas les plus prononcés que les couches profondes de l'épiderme participent à la pigmentation. On comprend dès lors pourquoi cette teinte résiste au grattage, au lavage et à tous les soins hygiéniques. On comprend aussi, grâce à l'analyse microscopique, pourquoi l'épiderme demeure lisse et poli et conserve ses caractères normaux.

Ce n'est point d'ailleurs dans l'enveloppe cutanée, ni sous l'épithélium des muqueuses, que se localise exclusivement le pigment. Nous le voyons envahir les principaux viscères, les poumons, le cerveau, le foie, la rate, et pénétrer quelquefois jusque dans le sang. M. Martineau, dans son intéressante monographie, a signalé certaines localisations exceptionnelles qu'il nous paraît inutile d'énumérer ici. Elles n'ont aucun rapport avec l'état de notre malade.

Et pourtant, messieurs, la mélanodermie n'est pas un signe pathognomonique de la maladie d'Addison; dans quelques cas rares d'ailleurs, elle peut manquer complétement, et le plus souvent elle n'existe pas au début de la maladie. C'est l'*asthénie*, c'est l'affaiblissement progressif qui constitue véritablement le centre autour duquel viennent se grouper tous les autres symptômes.

Bien que l'évolution de la maladie soit assez souvent irrégulière, on peut, en général, lui assigner trois périodes successives. Elle peut débuter de deux manières bien différentes. Des phénomènes aigus, des vomissements incoercibles, une diarrhée profuse, en signalent quelquefois l'explosion. Ces phénomènes peuvent acquérir une telle intensité qu'on a pu soupçonner un empoisonnement (Addison) ou une attaque de choléra. Bientôt la crise se dissipe, et le malade peut se croire guéri; mais la maladie ne fait que débuter, et c'est surtout alors qu'on la voit parcourir, avec une rapidité formidable, les phases successives de son évolution.

Dans la plupart des cas, au contraire, il n'en est pas ainsi. C'est d'une manière sourde, insidieuse, que l'affection se développe, et c'est là le début ordinaire des cas chroniques. C'est surtout alors qu'on peut assigner trois périodes à la maladie.

L'asthénie et les troubles gastriques sont les symptômes prédominants de la première. Viennent ensuite les douleurs épigastriques et lombaires, puis la mélanodermie, dont les progrès sont d''abord lents. — A la seconde période, un affaiblissement toujours croissant, une langueur physique et morale s'emparent du malade, qui souffre toujours d'une dyspepsie plus ou moins accentuée, et quelquefois de vomisssements incessants. La constipation, la diarrhée, viennent souvent se joindre à cet état. Les douleurs s'accroissent, la couleur de la peau devient de plus en plus foncée; et l'on constate parfois des altérations diverses du sang, telles que l'augmentation du chiffre des globules blancs, l'excès de fibrine ou la présence du pigment.

Hâtons-nous de dire que rien de pareil ne se rencontre chez notre malade, qui, d'ailleurs, ne présente aucun souffle vasculaire; en effet, cette anémie, lorsqu'elle existe, n'est point habituellement accompagnée de bruits anormaux. Mais il existe des troubles notables de la circulation, lenteur et faiblesse du pouls, palpitations, syncopes; enfin, le phénomène qui marque surtout le passage de la seconde à la troisième période est l'abaissement de la température, d'abord aux extrémités, et plus tard dans toutes les autres parties du corps. Chez notre malade, la température rectale est de 37 degrés, ce qui prouve évidemment qu'il n'a point de fièvre, mais qu'il conserve encore sa chaleur naturelle.

La troisième et dernière période est caractérisée par l'exagération de la faiblesse, par le ralentissement ou l'accélération du pouls, qui peut offrir de 60 à 140 pulsations par minute, par des syncopes fréquentes, et par des accidents convulsifs. Quelquefois, il existe du délire, aux derniers jours de la vie; mais le plus souvent, le malade tombe dans un assoupissement profond et succombe dans le coma. On a quelquefois signalé une odeur cadavéreuse pendant les derniers temps, résultat probable d'une putréfaction anticipée pendant le cours de cette longue agonie. N'oublions pas que, plus d'une fois, on a vu la mort subite terminer la scène.

Laissons de côté les phénomènes exceptionnels qui peuvent exister dans quelques cas isolés, tels que l'albuminurie, l'ascite, l'ictère, et demandons-nous à quelle période est arrivée notre malade. D'après l'ensemble des symptômes, il est à la fin de la première période et au commencement de la seconde. Ici se place une considération fort importante: une amélioration sérieuse s'était montrée chez lui à la suite d'un traitement réparateur. Or, les auteurs anglais ont signalé la fréquence de ces rémissions, qui procurent un si grand soulagement aux malades, et qui peuvent se prolonger pendant un assez long espace de temps; aussi la durée de la maladie, qui, dans les cas rapides, est de quelques mois à peine, peut-elle s'étendre jusqu'à plusieurs années, dans les cas les moins défavorables. Une des malades de Greenhow a même pu se marier au sortir de l'hôpital, ce qui suppose évidemment une amélioration sérieuse.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 3 novembre 1869. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend les journaux de la semaine :

PRIX LABORIE

La Société a reçu, pour le concours de cette année, cinq mémoires. Quatre sont accompagnés de plis cachetés renfermant les noms des candidats; le cinquième mémoire est signé du nom de son auteur. La Société décide qu'à l'avenir, chaque manuscrit devra lui être adressé sous les formes académiques, c'est-à-dire non signé, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom du candidat.

La Société croit devoir rappeler les dispositions suivantes :

Le prix Edouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier), à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

Les auteurs sont libres de choisir le sujet de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera, *tous les six ans*, un sujet de mémoire, pris parmi les points de chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

Tous les docteurs et élèves en médecine français et étrangers sont admis à prendre part au concours.

Les mémoires écrits en français ou en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le secrétaire général de la Société impériale de chirurgie, rue de l'Abbaye, n° 3, à Paris, avant le 1er novembre de chaque année.

Le sujet pour les concours se terminant au 1er novembre des années 1870, 71, 72, 73, 74, est laissé au choix des candidats.

COMMUNICATION

M. Legouest. J'ai déjà eu l'honneur d'entretenir la Société de chirurgie de quelques opérations de polypes naso-pharyngiens, et je lui demande aujourd'hui la permission de lui en rapporter une nouvelle. A l'heure qu'il est, les chirurgiens considèrent les polypes de la base du crâne comme des polypes fibreux exclusivement : je ne crois pas me tromper en disant que c'est là l'opinion la plus répandue depuis quinze ou vingt ans, c'est-à-dire depuis les travaux de M. Nélaton et de ses élèves sur ce sujet, notamment depuis les recherches de M. Lorrain sur la nature de la membrane qui tapisse l'apophyse basilaire de l'occipital. Vraie d'une manière générale, cette opinion ne doit pas être absolue : j'ai rencontré, en effet, il y a quelques jours, un polype de l'apophyse basilaire qui me paraît être un polype muqueux, et que je présente à mes collègues, en les priant de vouloir bien nous dire s'ils ont observé des faits analogues.

J'ai enlevé le polype chez un artilleur de 23 ans, qui m'avait été adressé de l'hôpital de Vincennes par un de mes confrères de l'armée, M. le docteur Boulongne; il empêchait l'air de passer par la narine droite, laissait la narine gauche à peu près libre; il apparaissait derrière le voile du palais, à droite de la luette, sous la forme d'une tumeur d'un rouge foncé, grosse comme l'extrémité du pouce, et dépassant le voile de 2 millimètres environ. Le doigt, porté dans le pharynx, constatait que la tumeur était dure, très-mobile, globulaire et du volume d'un petit œuf de poule, insérée sur la partie antérieure de l'apophyse basilaire par un pédicule large de 2 centimètres, et dirigé de bas en haut et de droite à gauche. Deux digitations, grosses comme une fève, étaient attachées au même pédicule, à gauche, en haut et en avant du lobe principal de la tumeur, que le doigt pouvait contourner, et qui ne pénétrait pas dans les narines postérieures, mais s'appliquait simplement sur celle du côté droit.

L'ablation fut faite par la ligature extemporanée, pratiquée avec un fort cordonnet de soie et un serre-nœud à vis passé par la narine droite. Je ne dirai rien de plus de l'opération, sinon que je mis environ vingt minutes à sectionner le pédicule, et que le patient perdit à peine quelques gouttes de sang, qui strièrent des crachats. Aujourd'hui l'opéré est dans l'état le plus satisfaisant; en relevant le voile du palais avec le manche d'une cuiller pour découvrir la surface basilaire, on n'aperçoit aucun vestige de l'implantation du polype.

L'examen extérieur de ce dernier n'apprend rien de plus que ce que l'exploration sur place avait révélé; il est gros comme un petit œuf de poule, et ressemble assez bien pour sa forme et ses appendices à un cœur de volaille : sa surface est lisse et blanchâtre dans la portion qui était cachée à la partie supérieure du pharynx, un peu chagrinée et d'un rouge foncé dans la portion qui dépassait le voile du palais; son pédicule est large de 2 centimètres et épais de moins de 1 centimètre. Le lobe principal, ferme et dur au toucher, présente, à la coupe, une enveloppe fibrineuse très-dense, d'un blanc nacré et d'une épaisseur moyenne de 2 à 3 millimètres, limitant un tissu aréolaire et rosé comme celui des polypes muqueux; les deux petits lobes offrent une structure analogue : quelques foyers apoplectiques, du volume d'un grain de millet et paraissant résulter de l'étranglement du pédicule de la tumeur par la ligature, se rencontrent immédiatement au-dessous de l'enveloppe fibreuse. Ce polype est évidemment fibro-muqueux, et cependant il s'est développé sur la surface basilaire, généralement considérée, ainsi que je le disais tout à l'heure, comme ne donnant naissance qu'à des polypes fibreux.

Je pense bien que personne n'aurait eu l'idée de recourir, pour enlever cette tumeur, à l'une de ces opérations qui, en même temps qu'elles ouvrent une large voie aux manœuvres opératoires, laissent presque toujours après elles des mutilations plus ou moins graves,

---

çant par Tacite, c'est-à-dire par l'historien le plus grave, mais en même temps le plus soupçonneux qu'ait produit l'antiquité.

Tacite, après nous avoir montré que pour donner des appuis à sa domination, Auguste avait élevé le jeune Marcellus aux dignités d'édile curule et de pontife, ajoute que Marcellus avait atteint à peine sa vingtième année lorsque la mort vint tout à coup le surprendre au milieu de ses honneurs; toutefois, reprend Tacite, malgré cette mort (*defuncto Marcello*), la maison de l'empereur n'en demeurait pas moins encore à peu près intacte; il lui restait, outre ses deux gendres, deux petits-fils issus d'Agrippa, Caius et Lucius, mais coup sur coup ces deux jeunes princes lui sont également enlevés par une mort imprévue, et c'est ici que pour la première fois des soupçons d'empoisonnement s'élèvent et atteignent jusqu'à Livie, simples soupçons, je le répète, et sur lesquels je vais revenir. La mort de Marcellus avait été un grand événement; on connaît les vers de Virgile (*Tu Marcellus eris*) et les regrets d'Auguste; Tacite cependant se borne à une simple mention (*defuncto Marcello*) et rien de plus. Suétone s'en tient également à rappeler la mort de Marcellus, sans en rechercher les causes; dès qu'il fut mort, dit-il (*ut is obiit*), Auguste chercha une nouvelle alliance pour Julie. Mais Agrippa lui-même succombe à son tour, et Tacite se borne encore ici à de simples mentions.

De nos jours, après plus de dix-huit siècles, on en sait davantage, on accuse d'abord positivement Livie de la mort de Marcellus; ce prince étant tombé malade, on nous dit qu'il se mit entre les mains d'Antonius Musa, et que celui-ci le soumit au traitement qui lui avait si bien réussi pour Auguste, c'est-à-dire à l'hydrothérapie, mais avec si peu de succès que Marcellus meurt entre ses mains; ce qui d'abord n'est pas exact. Marcellus n'est point mort à Rome, mais à Baïes, où il est allé prendre des bains de mer; ce qui n'a pas empêché nos biographes de maintenir leur accusation contre Livie, et de soutenir qu'Antonius Musa, qui était son médecin, se serait entendu avec elle pour empoisonner Marcellus; ceci encore, on le voit, n'a pas besoin d'être réfuté, puisque tout se réduit à une simple assertion. Mais il n'en sera pas de même pour les deux petits-fils d'Auguste, Caius et Lucius; ici Tacite commence à émettre quelques soupçons sur la part que Livie aurait pu prendre à la mort de ces deux jeunes Césars. L'empereur, dit Tacite, les avait déjà nommés princes de la jeunesse, et les avait même désignés consuls; mais Lucius en allant aux armées, et Caius en revenant blessé d'Arménie, furent enlevés par une mort que hâtèrent les destins, dit Tacite, ou le crime de leur belle-mère Livie (*Mors fato propera vel novercæ Liviæ dolus*); on voit que Tacite ne se prononce pas, il s'en tient à cette alternative : ou la fatalité, ou le crime de Livie. Nos biographes, moins scrupuleux que Tacite, n'ont pas hésité; ici encore ils ont vu la main de Livie. Voici comment ils expliquent les faits.

Il est vrai, disent-ils, que ces deux jeunes princes succombèrent loin de Rome, l'un à Marseille, l'autre en Asie; mais Livie a pu avoir des agents qui se seront transportés sur les lieux, et puis voyez comment, suivant eux, les choses se passent : Lucius tombe malade à Marseille, sa maladie n'offre d'abord, il est vrai, aucune gravité, mais voilà que tout à coup des symptômes alarmants se produisent et le jeune prince expire; donc il a été empoisonné par Livie. Même raisonnement pour Caius, celui-ci est blessé, mais sa blessure est légère, et puis voilà que tout à coup des accidents formidables se déclarent et il meurt; donc Caius a été empoisonné par Livie; un de nos biographes, pour achever de convaincre ses lecteurs du crime de Livie, va un peu plus loin, il demande si l'on peut mourir d'une simple piqûre, car il ne voit pas autre chose dans la blessure du prince; à cela nous répondrons : certainement on peut mourir d'une simple piqûre; il n'est pas de chirurgien qui ne sache cela, et de même pour la maladie de Lucius, qui n'aurait été d'abord qu'une simple indisposition : oui, dirons-nous encore, une simple indisposition peut devenir rapidement mortelle, c'est là ce qui arrive tous les jours.

On en est vraiment à se demander comment de bons esprits ont pu se laisser aller à de semblables raisonnements; M. Des Vergers ne se déclare pas positivement convaincu de l'empoisonnement des deux jeunes princes; mais il paraît incliner vers cette opinion; il trouve qu'il y avait peut-être là un crime dont Auguste lui-même n'osait pas faire rechercher l'auteur, et il ajoute qu'à partir de ce moment Livie sembla marcher tête levée, imposant toutes ses volontés à l'empereur, jusqu'à lui faire exiler le dernier de ses petits-fils, Agrippa Posthumus; mais nous reviendrons sur les causes qui avaient forcé Auguste à éloigner de lui son petit-fils. M. Naudet est plus réservé que M. Des Vergers; ayant aussi à parler des deux jeunes Césars, il se borne à dire que Livie ne fut pas à l'abri du soupçon, ce qui est exact, et d'ailleurs conforme à l'opinion de Tacite. Quant aux autres historiens de cette première époque, ils ne font pas même allusion à ces soupçons. Ainsi Suétone nous dit tout simplement que Caius et Lucius César furent enlevés dans l'espace de dix-huit mois, l'un en Lycie, l'autre à Marseille.

(*A suivre.*)

dont, à plusieurs reprises, je me suis montré peu partisan, et sur l'opportunité desquelles je ne veux pas revenir. Mon seul but, aujourd'hui, est d'appeler l'attention sur le développement à la base du crâne de polypes autres que les polypes fibreux, et sur la possibilité d'enlever ces polypes par une opération très-simple. Lorsqu'ils sont fibro-muqueux et de consistance dure, comme celui-ci, le diagnostic de leur nature doit présenter quelques difficultés : je me suis fondé pour l'établir sur l'absence d'hémorrhagies, si fréquentes dans la simple exploration des polypes fibreux de cette région; sur la régularité de forme et la multiplicité des lobes de la tumeur, et sur le peu de volume de son pédicule, lui laissant une grande mobilité; mais je serais heureux que mes honorables collègues, répondant à mon appel, voulussent bien compléter mes observations par leurs observations personnelles.

M. HOUEL. Il y a deux mois, j'ai eu l'occasion de faire un rapport sur une observation de polype pharingien, adressée par M. Achille Bonnes. Le polype était regardé comme fibreux; j'émis cependant quelques doutes sur sa nature, car je le considérais plutôt comme fibreux-muqueux ou mixte. M. Bonnes, que j'ai eu l'occasion de voir depuis, a confirmé mon appréciation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Varices lymphatiques du réseau superficiel du dos de la verge et du scrotum, suite de contusion. — M. TRÉLAT présente un *fac-simile* de cette affection rare, admirablement exécuté par M. Baretta, mouleur des hôpitaux.

L'aspect de la lésion est très-caractéristique, et lorsqu'on l'a constaté une fois, le diagnostic devient facile pour les cas semblables. C'est pour ce motif que M. Trélat a tenu à mettre cette pièce sous les yeux de ses collègues. Dès le début, il avait reconnu la nature de la maladie : mais ce diagnostic fut accueilli avec surprise et incrédulité par les assistants, jusqu'au moment où il fut bien constaté que chaque vésicule, légèrement ponctionnée, fournissait une grosse goutte d'un liquide limpide et coagulable, que le microscope prouva chaque fois être de la lymphe. Ces vésicules, qui offrent une analogie éloignée avec celle de l'herpès, en diffèrent par leur indolence absolue et par leur mode de guérison : elles s'effacent sans laisser aucune trace. Ce n'est pas une guérison, c'est une disparition.

Bien que cette affection consiste en varices du réseau lymphatique, elle contient des différences, qu'il convient de rappeler, avec les varices des gros troncs et des ganglions lymphatiques, dont plusieurs exemples remarquables ont été présentés à la Société. La chronicité et la haute gravité de ces dernières, n'ont rien de commun avec la bénignité relative des varices superficielles.

Voici l'observation du malade, recueillie par M. Lucas-Championnière, interne du service de M. Trélat.

M. P..., 26 ans, maçon, né dans la Creuse, habitant Paris depuis dix ans; entré le lundi 4 octobre, sorti le 26 octobre; salle Saint-Gabriel, n° 20, à la Pitié.

Cet homme était entré à l'hôpital pour un gonflement de la verge datant de huit jours. Le dimanche 1er octobre il avait été poussé vivement contre le coin d'une table de bois, qui avait heurté la verge à sa base et à sa partie supérieure droite. Une douleur vive suivit le coup; le gonflement de la verge survint dans la nuit, et le malade dit avoir eu de la fièvre et s'être mis au lit les jours suivants. Huit jours après, il se présentait à la Pitié.

La verge était volumineuse, œdématiée; le gland était complétement caché, il n'y avait aucun écoulement uréthral. Le dos était dur, d'un rouge vif, surtout au niveau du prépuce. Peu de douleur à la pression, sauf au point qui avait reçu le coup, et qui présente une tuméfaction saillante sur le reste de l'organe.

A la base de la verge, l'œdème s'étendait un peu vers les bourses, et se prononça le jours suivants.

Sur le dos de la verge et vers le milieu, dès le premier jour, on pouvait voir une élevure raide, rosée, papuleuse, demi-transparente, et dès le lendemain, une autre élevure se montra tout auprès. Une piqûre d'épingle faite sur cette élevure amena l'écoulement d'un liquide transparent, légèrement jaunâtre. En pesant sur le prépuce, on faisait poindre le liquide avec plus d'abondance. A l'examen microscopique, on y trouva des globules blancs en abondance et de la graisse suspendue. Les jours suivants, le même examen, répété sur d'autres pustules, montra des leucocytes très-nombreux et moins de matières grasses.

Il n'y avait toujours pas d'écoulement uréthral; à la longue seulement, vers l'époque de la sortie du malade, il existait une balanite peu intense, résultant de la tension et du contact prolongé des muqueuses œdématiées.

Après huit jours de séjour, toute la face antérieure du scrotum était envahie, la rougeur en était presque livide; des élevures très-nombreuses s'étaient formées; en pressant avec la main sur la peau du scrotum, les élevures se prononçaient davantage, et d'autres plus petites, invisibles jusque-là, devenaient perceptibles en grand nombre; il semblait qu'on les eut injectées avec un liquide. En les piquant avec une épingle, on donnait issue au même liquide que pour les élevures de la verge.

Cette expérience a été répétée nombre de fois et a toujours donné le même résultat.

Pas de ganglions volumineux dans les aines. La maladie était exactement limitée à la verge et à la partie antérieure du scrotum. On n'apercevait nulle part de traînées rouges.

Sous l'influence de bains amidonés, pris tous les jours, et de la compression exercée fréquemment par le malade avec sa main (tous les autres procédés ayant échoué), l'œdème diminua, d'abord au scrotum; les élevures s'affaissèrent, et lorsque le malade sortit, le 26 octobre, l'œdème était limité à la verge, beaucoup diminuée; il n'y avait presque plus d'élevures, et la rougeur était atténuée.

Ce malade, d'une très-bonne santé habituelle et très-vigoureux, n'avait jamais rien eu de semblable; une fois, à la suite d'un coup sur le scrotum, il avait eu une ecchymose, mais pas de lymphangite.

Il avait toujours exercé le métier de maçon, n'avait jamais quitté la France, et habitait Paris depuis dix ans. Il avait eu une blennorrhagie il y a quatre mois, bien guérie aujourd'hui.

La pièce a été faite par M. Baretta au commencement du déclin de la maladie, avec un peu moins d'œdème, de rougeur qu'il n'y en avait eu.

Commission du prix Laborie.

Sont élus membres de la commission pour le concours de 1869 :

MM. Legouest,
Chassaignac,
Giraldès,
Dolbeau,
Liégeois.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 novembre 1869, le comité consultatif d'hygiène publique est réorganisé sur les bases suivantes :

Art. 1er. Le comité consultatif d'hygiène publique, institué près du ministère de l'agriculture et du commerce, est chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre, spécialement en ce qui concerne :

Les quarantaines et les services qui s'y rattachent;

Les mesures à prendre pour prévenir et combattre les épidémies et pour améliorer les conditions sanitaires des populations manufacturières et agricoles;

La propagation de la vaccine;

L'amélioration des établissements thermaux et les moyens d'en rendre l'usage de plus en plus accessible aux malades pauvres ou peu aisés;

Les titres des candidats aux places de médecins-inspecteurs des eaux minérales;

L'institution et l'organisation des conseils et des commissions de salubrité;

La police médicale et pharmaceutique;

La salubrité des ateliers;

Le comité d'hygiène publique indique au ministre les questions à soumettre à l'Académie impériale de médecine.

Art. 2. Le comité consultatif d'hygiène publique est composé de dix-huit membres.

Sont de plein droit membres du comité :

1° Le directeur des affaires commerciales au ministère des affaires étrangères;

2° L'inspecteur du service de santé militaire;

3° L'inspecteur général du service de santé de la marine;

4° Le directeur général des douanes;

5° Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique;

6° Le secrétaire général du ministère de l'agriculture et du commerce;

7° Le directeur du commerce intérieur;

8° L'inspecteur général du service sanitaire;

9° L'inspecteur général des Écoles vétérinaires.

Le ministre de l'agriculture et du commerce nomme les neuf autres membres du comité, qui sont pris, savoir :

Deux parmi les conseillers d'Etat ou administrateurs;

Quatre parmi les docteurs en médecine;

Un parmi les ingénieurs des ponts et chaussées ou des mines;

Un parmi les architectes;

Un parmi les chimistes.

En cas de vacances, la nomination de ces membres est faite sur une liste de trois candidats présentés par le comité.

Le président est nommé directement par le ministre.

Art. 3. Un secrétaire ayant voix délibérative, nommé par le ministre, est attaché au comité.

Le chef du bureau de la police sanitaire et industrielle assiste aux séances du comité, avec voix consultative.

Un auditeur au conseil d'État peut être attaché, avec voix consultative, au secrétariat du comité.

Le ministre peut, en outre, autoriser à assister, avec voix délibérative ou consultative, d'une manière permanente ou temporaire, aux séances du comité, les fonctionnaires dépendant de son administration et dont les fonctions sont en rapport avec les questions de la compétence du comité.

Le ministre peut aussi nommer membres honoraires du comité des personnes qui en ont fait partie.

Art. 4. Les membres présents aux séances du comité ont droit, pour chaque séance, à des jetons dont la valeur est fixée par arrêté du ministre.

Le secrétaire du comité ne reçoit pas de jetons de présence; il touche un traitement annuel qui sera fixé par arrêté du ministre.

Art. 5. Le comité se réunit une fois par semaine. L'ordre et le mode de ses délibérations sont réglés par des arrêtés du ministre.

Art. 6. Les membres du comité ne pourront faire partie d'aucun autre conseil ou commission de salubrité ou d'hygiène publique, soit de département, soit d'arrondissement.

Art. 7. Le décret du 23 octobre 1859 est et demeure rapporté.

— Par arrêté de S. Exc. le ministre de l'agriculture et du commerce, sont nommés membres du comité consultatif d'hygiène publique :

M. Tardieu (Ambroise), membre de l'Académie impériale de médecine.

M. Bussy, directeur de l'École supérieure de pharmacie, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie impériale de médecine.

M. Wurtz, membre de l'Académie des sciences, professeur à la Faculté de médecine de Paris, doyen de ladite Faculté.

M. Lhéritier, docteur en médecine, ancien médecin-inspecteur de l'établissement thermal de Plombières.

M. De Boureuille, conseiller d'Etat.

M. Vaudremer, ancien chef de bureau du service sanitaire.

M. François, inspecteur général des mines.

M. Isabelle, architecte, inspecteur des écoles impériales d'arts et métiers et des établissements thermaux et sanitaires de l'Etat.

M. Ville (Georges), professeur au Muséum d'histoire naturelle,

Sont nommés membres honoraires du comité :

M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.

M. Baumés, ancien conseiller d'État.

M. Tardieu (Ambroise) est nommé président dudit comité.

M. Amédée Latour, docteur en médecine, est nommé secrétaire du comité, avec voix délibérative.

M. le vicomte de Luppé, auditeur au conseil d'État, est ataché au secrétariat dudit comité, avec voix consultative.

— *Muséum d'histoire naturelles.* — M. Becquerel, professeur de physique au Muséum d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer dans sa chaire, pendant le premier semestre de l'année classique 1869-1870, par M. Edmond Becquerel, aide-naturaliste au Muséum.

— Le concours du prosectorat à l'École anatomique des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. Anger, et venait après lui d'une façon très-honorable, M. Verillon.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Aubergier, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Clermont, est autorisé à se faire suppléer dans sa chaire, pendant l'année classique 1869-1870, par M. Duclaux, docteur ès sciences.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — Il y lieu de pourvoir d'une manière définitive à la chaire de toxicologie, vacante à ladite École.

M. Bussy, professeur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1869-1870, par M. Riche, agrégé près ladite École.

M. Bouis, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris, continuera à être chargé provisoirement, pendant l'année classique 1869-70, du cours de toxicologie à ladite École.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.* — M. Bisch, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, en remplacement de M. Bertrand, démissionnaire.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.* — Un congé d'inactivité, pendant l'année classique 1869-1870, est accordé sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Gaussail, professeur de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

M. Bonnemaison, suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est chargé de la suppléance du cours de pathologie interne à ladite Ecole, pendant le congé accordé à M. Gaussail.

— A Bordeaux, la rentrée solennelle des Facultés de théologie, des sciences, des lettres et de l'École de médecine, aura lieu le 15 novembre, sous la présidence de M. le recteur Zevort, qui, dans un discours très-applaudi, a remercié MM. les avocats et les docteurs en médecine qui ont bien voulu faire des cours libres, et les a félicités de leurs succès. MM. les doyens Saballié, Abria, Dabas, et M. Gintrac père, directeur de l'École de médecine, ont successivement exposé les résultats de l'enseignement pendant l'année scolaire 1868-1869. Puis la distribution des prix s'est faite dans l'ordre suivant :

Le prix triennal de 400 francs, décerné à la meilleure thèse soutenue, par un des anciens élèves de l'École de médecine de Bordeaux, est partagé entre M. le docteur Girard (Marc) et M. le docteur Peyrault (Louis).

En outre, par délibération de l'École et en témoignage d'estime, des mentions très-honorables sont accordées :

Une première *ex-æquo* à M. le docteur Dudon (Charles), et à M. le docteur Demons (Albert).

Une deuxième mention à M. le docteur Dessus (Etienne), et à M. le docteur Martin (Maurice).

Élèves en médecine.

3e année. — Prix *ex-æquo*, M. Georges Poinsot, de Bordeaux; M. Henri Verdalle, de Macau. — 1er accessit, M. Oscar Dupin de Galgon (Gironde). — 2e accessit, M. Auguste Lapeyrine, de Bordeaux.

2e année. — 1er prix, M. Timothée Piechaud, d'Absac (Gironde). — 2e prix *ex-æquo*, M. Gaston Dubreuilh, de Bordeaux; M. Léonce Duboul, de Bordeaux. — 1er accessit, M. Daniel Courregelongue, de Caudrot. — 2e accessit, M. Armand Sabourin, de Miranbeau (Charente-Inférieure).

1re année. — 1er prix, M. Emile Franck, de Paris. — 2e prix, M. Charles Kirschs, de Bordeaux. — 1er accessit, M. Volmy Bellouard, de Cubsac. — 2e accessit, M. Fernand Durodié, de Casseneuil.

Élèves en pharmacie.

Prix, M. Emile Sentini, d'Agen (Lot-et-Garonne). — Accessit, M. Jean Bernède, de Portets (Gironde).

— *Thèses de doctorat ès sciences.* — M. Cave, licencié ès sciences, a subi avec succès, le 3 novembre, devant la Faculté des sciences de Paris, les épreuves du doctorat ès sciences naturelles. Sa thèse sur *la structure et le développement du fruit* est un travail important, résultat d'observations bien faites et longtemps poursuivies, et dans lequel il a établi d'une manière définitive l'analogie qui existe entre le mode d'accroissement de l'ovaire et du péricarpe et celui de la tige. M. Cave a été admis au grade de docteur à l'unanimité des suffrages.

— *Agrégation des lycées.* — M. d'Astre (Jules-Albert-Frank), né le 7 novembre 1844, reçu au concours d'agrégation de 1867, est nommé agrégé des lycées dans l'ordre des sciences physiques et naturelles.

— *École pratique des hautes études.* — Sont nommés élèves de l'École pratique des hautes études les candidats dont les noms suivent :

2e SECTION (PHYSIQUE ET CHIMIE)

1° *Physique.* — MM. Amaury, Benoit, Champagneux, Descamps, Hubert, Richard, Roger et Saïd.

2° *Chimie.* — MM. Blanc, Bresson, Chevalet, Darru, Duméril, Ferrouillat, Fontaine, Grange, Koch, Laugier, Lehec, Maillard, Martinot, Maudet, Popesco, Prinvault et Savigny.

3e SECTION : (HISTOIRE NATURELLE ET PHYSIOLOGIE)

M. Bachelet, Bresson, Cairol, Chatin, Coste, de la Rive, Demoules, du Mesnil, George, Guérin, Hébert, Hollande, Jobert, Lartet, Ligerot, Marcel, Ouslalet, Philippon, Poljanoswki, Prost, Ratte, Regnault, Schneider, Sicard, Stopin, Tridon, Vautherin et Velain.

— *École préparatoire à l'enseignement supérieur de Nantes.*— M. Placier est nommé préparateur d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Nantes, en remplacement de M. Pastoureau, démissionnaire.

— M. le docteur Fort commencera un cours d'anatomie, le lundi 22 novembre 1869, à midi et demi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure. On s'inscrit boulevard Saint-Michel, 51, de onze heures à midi.

— M. le docteur Hardy commencera le mardi 16 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, un corus de chimie appliqué aux sciences médicales. Il étudiera les phénomènes chimiques des diverses fonctions et la composition des tissus et des organes.

— M. le docteur Félix Rochard commencera son cours sur les maladies de la peau, le jeudi 25 novembre, à cinq heures du soir, à l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera lcs jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Onimus commencera, le samedi 27 novembre, à trois heures, un cours public à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 3, sur les applications de l'électricité à la physiologie et à la thérapeutique, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 14 au 20 novembre, donne les chiffres suivants :

Variole, 22. — Scarlatine, 2.— Rougeole, 11.—Fièvre typhoïde, 30. Érysipèle, 10.— Bronchite, 48.— Pneumonie, 78.— Diarrhée, 7.— Dysenterie, ». — Choléra, 1.— Angine couenneuso, 4.— Croup, 13. — Affections puerpérales, 8. — Autres causes, 666. — Total : 900.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 7 au 13 novembre :

Variole, 9.—Scarlatine, 218.—Rougeole, 31.— Fièvre typhoïde, 29. —Typhus, 10.—Érysipèle, 10.—Bronchite, 227.— Pneumonie, 133. — Diarrhée, 21. — Dysenterie, 1. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 10.—Croup, 12. —Affections puerpérales, 10.—Autres causcs, 968: — Total : 1,689.

— Très-bonne clientèle à céder à Paris. — S'adresser au bureau du Journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

—

Manuel d'opérations chirurgicales, par le docteur Dubrueil, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 5e facicule (pages 121 à 156 et planches 21 à 24.) Amputations (suite). In-18. — Prix : 1 fr. 50.
Prix des fascicules 1 à 5 : 7 fr. 50.
Le 6e et dernier fascicule paraîtra le 15 décembre

Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires, précédé de l'étude chimique et physique des changements que l'urine éprouve pendant les maladies, et des indications qui en résultent au point de vue du diagnostic et du traitement, par le docteur Gustave Le Bon (2e édit.). — In-12 avec 83 gravures et 2 planches en couleurs. Paris, 1869. — Prix : 4 fr. 50 c.

Des accès convulsifs de la paralysie générale, par M. le docteur Edmond Dupouy, lauréat (prix Esquirol, prix Aubanel). In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Des aliénés dangereux, étudiés au triple point de vue clinique, administratif et médico-légal, par le docteur Lunier, inspecteur général du service des aliénés. Paris, 1869. In-8° de 30 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée, comprenant la chimie organique et inorganique, la chimie appliquée à l'industrie, à l'agriculture et aux arts, la chimie analytique, la chimie physique et la minéralogie, par Ad. Wurtz, membre de l'Institut, avec la collaboration de nombreux chimistes.

Ce dictionnaire formera deux volumes in-8° d'environ 1500 pages. L'ouvrage paraît par fasciles, au prix de 3 fr. 50 le fascicule. — Le 7e vient de paraître.

De la sciatique. Étude historique, sémiologique et thérapeutique, par M. le docteur P. A. Lagrelette. 1 vol. in-8. — Prix : 4 fr.

De la transfusion du sang, par M. le docteur Charles Marmonier. 1 vol. in-8. — Prix : 4 fr.

Considérations générales sur la construction et l'organisation des asiles d'aliénés, par M. P. Lenoir, architecte du Gouvernement. In-4 avcc 3 planches représentant des vues des asiles d'aliénés. — Prix : 2 fr. 50.

Pronostic et traitement de l'épilepsie. — Succès remarquaquables obtenus par l'emploi du bromure de potassium à haute dose, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Paris, 1869. Une broch. in-8°. Prix : 1 fr. 25.

Hygiène des écoles, par le professeur Wirchow, traduit par le docteur E. Decaisne. — In-8°, Paris, 1870. Prix : 1 fr.

Nouvelles considérations sur la périostite phlegmoneuse et ses modes de terminaison, par le docteur Eug. Bœckel, professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg. — Br. in-8° de 48 pages : Prix : 1 franc.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 137. — JEUDI 25 NOVEMBRE 1869. 42e ANNÉE. JEUDI 25 NOVEMBRE 1869. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DE LA PITIÉ (M. Peter). Les points de côté. — Des fonctions de la trachée dans l'acte de la respiration. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

Paris, le 24 novembre 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Des deux séances que l'Académie a tenues depuis huit jours, la première, celle de samedi, a été consacrée à la discussion sur la mortalité des enfants, la deuxième, celle d'hier, à la suite de la lecture des rapports de prix. Sur la question de la mortalité des enfants, l'Académie a entendu deux répliques, l'une de M. Husson en réponse à M. Fauvel, l'autre de M. Boudet en réponse au précédent discours de M. Husson. M. Husson a défendu le rapport de la commission contre les critiques de M. Fauvel et maintenu l'utilité du règlement restreint proposé par la commission et qui aurait, suivant lui, l'avantage de ne comprendre que des mesures pratiques et immédiatement applicables, en opposition aux mesures beaucoup plus générales, mais quelques peu chimériques à ses yeux, que conseille M. Fauvel. En un mot, d'accord avec M. Fauvel sur le but à atteindre, il diffère avec lui sur les moyens. Mais c'est là justement qu'est toute la question. Il ne saurait y avoir de dissidence entre les membres de l'Académie sur le but, qui est l'objet des vœux et des aspirations les plus unanimes. La divergence ne peut porter évidemment que sur les moyens. Entre ceux que propose la commission et qui se résument, en définitive, à réduire le plus possible, par une réglementation plus efficace, le nombre des mauvaises nourrices, et le système de M. Fauvel qui tendrait surtout à multiplier, soit par la voie des encouragements et de l'appel direct aux intérêts des bonnes nourrices, soit par la recherche et l'étude des meilleurs moyens d'allaitement artificiel, les ressources actuellement insuffisantes de l'allaitement en France, quel sera le meilleur parti à prendre? Voilà à peu près dans quel cercle d'idées l'Académie aura à choisir, à moins que la suite de la discussion n'apporte quelque élément nouveau de solution, ou qu'on veuille entrer dans la voie, beaucoup plus large, indiquée par M. Boudet. A peine, en effet, M. Husson finissait-il de se défendre contre les critiques de M. Fauvel, que M. Boudet montait à la tribune pour le prendre à son tour à partie. M. Boudet envisageant la question à un point de vue bien plus élevé encore que M. Husson et que M. Fauvel lui-même, bien loin de se contenter du projet de réglementation de la commission, tout à fait insuffisant à ses yeux, est inflexible sur le chapitre des concessions; et il persiste plus que jamais dans l'opinion qu'il a déjà émise dans son précédent discours, relativement à l'insuffisance absolue du travail de la commission et des moyens qu'elle propose, et à la nécessité de faire appel aux pouvoirs publics, afin d'arriver par une loi à l'organisation d'une protection complète et efficace de l'enfance, et à un système d'éducation physique qui a manqué jusqu'ici de toute direction.

On n'est pas encore, comme on le voit, près de s'entendre.

Dans cette même séance de samedi, l'incident soulevé entre M. Depaul et M. Bourdais, à l'occasion de la discussion sur la syphilis vaccinale, a été heureusement vidé. La discussion sur les conclusions du rapport de M. Depaul aura lieu dans une nouvelle séance extraordinaire de samedi prochain.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté(1).

3e LEÇON.

(Recueillie par M. J. FINOT, élève du service.)

Le sujet que je traite n'est point tellement nouveau qu'on pourrait croire, ni la distinction entre les points de côté et les affections thoraciques tellement récente que nous ayons beaucoup à nous en enorgueillir. Déjà Hippocrate en savait bien quelque chose : « En hiver, dit-il, dans son Aphorisme XXIIIe de la section III, on observe des pleurésies, des pneumonies, des enrouements, des rhumes, des toux, des *douleurs de poitrine et de côté* (πόνοι στηθέων καὶ πλευρέων). » Ce qui prouve qu'il distingue explicitement et parfaitement ces dernières douleurs de celles de la pleurésie et de la péripneumonie.

Galien, lui, est plus explicite encore ; pour qu'il diagnostique une pleurésie, il lui faut un point de côté, un mouvement fébrile continu et de la toux. Il en est ainsi, pour ne parler que des anciens, d'Alexandre de Tralles et de Celse. Vous savez trop tout ce qu'ont ajouté à ces trois signes les richesses de la séméiotique moderne pour que j'aie besoin d'y insister davantage.

Je ne vous dirai donc pas comment, grâce à l'auscultation, notre époque n'hésite plus ou n'hésite guère, dans son diagnostic entre la pleurésie et la pneumonie, et ne connaît plus ces distinctions subtiles et souvent peu fondées d'autrefois entre la péripneumonie et la pleurésie, la pleurésie sèche et humide, la pneumonie vraie et la pneumonie fausse. — Frisson initial, point de côté, toux, expectoration sanglante, puis rouillée ; submatité, puis matité ; crépitation, puis souffle : voilà la pneumonie sous sa forme simple et classique, telle que chacun de vous a pu l'observer un grand nombre de fois cette année à la Clinique de la Pitié.

Ce n'est donc point de tout cela qu'il s'agit ; ce que je veux discuter aujourd'hui, c'est l'origine probable de ces points de côté de la pleurésie et de la pneumonie.

Et d'abord, y a-t-il, peut-il y avoir point de côté par le seul fait de l'inflammation du poumon?

L'un des plus illustres parmi les modernes, M. Andral, ne le croit pas, et cette opinion de M. Andral était déjà celle d'Arétée : « *Dolor vacat si solus inflammetur pulmo. Is enim naturaliter doloris expers est,* » dit-il dans le deuxième livre de son *De causis et signis acutorum morborum.* « La douleur n'existe dans la pneumonie, dit de son côté M. Andral, dans sa *Clinique médicale*, que lorsqu'il y a en même temps pleurésie, et c'est le cas le plus ordinaire. » Elle manquait constamment, ajoute-t-il, alors que la plèvre était saine. Dans ce cas, « les malades n'éprouvent, dans le côté affecté, qu'une sensation de gêne et de malaise, une sorte de poids plus ou moins pénible (*pectoris subest gravitas*, avait dit Arétée), une chaleur incommode et profonde, mais jamais une véritable douleur, » ce qui faisait dire aux anciens, de la pneumonie, « qu'elle entraîne plus de péril que de douleur (*affert plus periculi quam doloris*). » Le fait est que le poumon est de soi peu sensible, et j'ai maintes fois labouré le poumon, avec des instruments piquants et tranchants, chez des animaux vivants, sans que ceux-ci témoignassent de la moindre douleur, tandis qu'ils poussaient des cris aigus ou paraissaient souffrir beaucoup alors que j'irritais la paroi thoracique. D'ailleurs, une grande sensibilité eût été du luxe pour cet instrument de physique, le poumon, destiné à cet emploi tout physique, l'endosmose et l'exosmose des gaz, et qui n'a même pas à se mouvoir par lui-même. Enfin, indépendamment de ces expériences, j'invoquerai cet autre fait d'observation vulgaire, c'est à savoir l'absence de douleur dans les cas d'apoplexie pulmonaire, bien que le poumon soit déchiré centralement en maintes places par des infarctus hémoptoïques. Tout cela se conçoit si l'on songe que les vésicules du poumon n'ont point de nerfs : les filets terminaux des plexus pulmonaires n'ayant pu être suivis que jusque très-près des extrémités des bronches.

Au contraire, Grisolle pense que la douleur peut se produire indépendamment de toute inflammation de la plèvre et par le seul fait de la lésion du poumon. Pour le prouver, il cite, page 203 de son *Traité de la pneumonie*, le cas d'un homme qui avait eu, dans le cours de sa pneumonie, un violent point de côté, et à l'autopsie duquel on ne trouva « ni épanchement, ni fausse membrane, ni rougeur de la séreuse, qui avait son poli et sa consistance, aussi bien sur sa surface viscérale que sur les parois de la poitrine. »

Cependant le même auteur, recherchant (p. 198 du même ouvrage) s'il y avait quelque rapport entre le siége de la douleur et le point du poumon que la phlegmasie occupait, est arrivé aux résultats suivants : « Sur près d'un *cinquième* des cas, la douleur correspondait exactement à la partie du poumon frappée d'inflammation ; chez un *septième* des malades, la douleur occupait un point du thorax *assez rapproché* de celui de la pneumonie. Enfin, chez tous les autres, la portion du poumon phlogosée était *éloignée* du point où la douleur était perçue. » Ce qui, si je sais compter, revient à dire que, dans les deux tiers des cas (dans les vingt-trois trente-cinquièmes), la douleur était ailleurs qu'au point du poumon lésé. On a quelque peine à comprendre comment, après une pareille statistique, Grisolle n'en arrive pas moins à conclure, contre M. Andral, que c'est le poumon qui souffre. L'arithmétique, comme le raisonnement, conduit au contraire à cette déduction que, puisque le plus souvent c'est ailleurs qu'au point du poumon lésé que se fait sentir la douleur, c'est un autre organe que le poumon qui se plaint ; cet autre organe restant à déterminer et pouvant être la plèvre ou les nerfs intercostaux. En tout cas, la déduction rigoureuse est qu'il y a rayonnement du travail irritatif, sinon phlegmasique, du poumon à la plèvre viscérale d'abord, et probablement de celle-ci à la pariétale et aux nerfs intercostaux du voisinage. Il ne me répugne pas plus de croire, en pareil cas, la plèvre compromise, que je ne m'étonne de voir, en cas d'épididymite, la tunique vaginale s'enflammer, la peau du scrotum lui-même rougir et la douleur rayonner au loin : le processus morbide étant le même dans les deux cas. Seulement, l'épididymite a cet avantage sur la pneumonie, pour les délicats en matière de constatation scientifique, que les phénomènes s'accomplissent sous les yeux.

D'ailleurs, l'autopsie citée par Grisolle ne prouve peut-être pas autant qu'il paraît le croire. Il faut bien distinguer, en effet, dans les maladies inflammatoires, la période de début et d'augment, toute d'acuité et *d'irritation*, de la période d'état ou *de coction*, la première étant essentiellement douloureuse, la seconde essentiellement sécrétoire. Or, dans la pleurésie (le fait est de tous les jours), ce n'est pas quand il y a fausses membranes ou épanchement que la douleur existe au maximum, c'est avant tout acte sécrétoire. et comme préliminaire de cet acte, que la douleur se fait sentir; de sorte que, dans l'espèce, la phlogose pulmonaire a fort bien pu rayonner jusque vers la plèvre en y produisant la douleur accusée, sans que l'irritation pleurale ait été jusqu'à l'acte sécrétoire. De sorte, enfin, qu'à l'autopsie, toute trace de cette irritation, dès longtemps éteinte, a fort bien pu disparaître comme elle.

Qu'il y ait rayonnement de l'irritation phlogistique de l'organe à son enveloppe, et cela même assez loin du point parenchymateux envahi, le fait ne me semble guère douteux, témoin le cas de notre malade du n° 15 de la salle Saint-Paul.

Cet homme, entré tout récemment dans notre service, avait éprouvé, deux jours avant son admission, un frisson des plus intenses, puis, quelques heures plus tard, à droite, un point de côté d'une acuité peu commune. Vous l'avez vu, à son entrée, en proie à cette douleur poignante qui entravait chacune de ses inspirations, de manière à produire la respiration entrecoupée, douleur tellement caractéristique de la pleurésie. Vous avez également vu que cette douleur était exaspérée par la percussion et surtout par la pression des points douloureux. Or elle avait son maximum d'intensité exactement sous le mamelon, mais siégeait dans toute la zone moyenne de la poitrine, ainsi que le démontrait la pression des espaces intercostaux correspondants.

A la percussion, nous trouvions de la submatité dans toute cette région, et nous ne doutions guère que nous n'entendissions en auscultant la crépitation, précurseur du souffle. Ce qui nous le faisait croire, c'est que l'état général était plus mauvais qu'il ne l'est en cas de pleurésie, que le malade avait rejeté deux crachats rouillés, et qu'il avait 40 degrés dans l'aisselle le matin. Quel n'était pas notre étonnement cependant, en ne percevant qu'un amoindrissement du murmure respiratoire avec çà et là quelques bruits morbides qu'on pouvait tout aussi bien rapporter à du frottement pleural commençant qu'à des bulles intra-vésiculaires ! Nous pensions qu'il y avait pneumonie centrale avec rayonnement vers la plèvre, et qu'avant peu nous percevrions les signes caractéristiques de la pneumonie dans la région douloureuse, et, le soir de ce même jour, le lendemain matin et le soir de ce lendemain, ces signes cherchés faisaient toujours défaut. Ce ne fut que le surlendemain matin qu'on constata pour la première fois une matité absolue et du souffle tubaire mêlé à quelques râles crépitants dans la fosse sus-épineuse et dans l'aisselle. Le lendemain de ce jour, la matité s'était étendue à la fosse sous-épineuse et la région sous-clavière, de sorte que la totalité du sommet du poumon était évidemment hépatisée. Deux jours plus tard, la résolution se révélait par des râles crépitants de retour, de l'herpès critique à la moitié droite de la lèvre supérieure ainsi qu'à la narine droite (c'est-à-dire du même côté que le poumon malade). Le traitement avait consisté dans l'application de six ventouses scarifiées sur le point douloureux, l'administration d'une potion kermétisée à la dose de 30 centigrammes, puis d'un vomitif; l'état saburral et la prostration devenant de plus en plus marqués. La crise coïncida avec l'administration de ce vomitif.

Ainsi voilà un malade, que vous avez pu observer avec moi, qui a eu la douleur classique de la pneumonie sous le mamelon, et sa *pneumonie* fort loin du point douloureux, *au sommet;* et qui, réciproquement, n'a présenté aux points douloureux qu'un peu de submatité avec diminution du murmure vésiculaire, et peut-être çà et là quelques frottements pleuraux commençants. De sorte que je ne peux m'empêcher de croire qu'il y eut, chez ce malade, rayonnement de l'irritation de dedans en dehors jusqu'à la plèvre, et, dans ce cas comme dans tant d'autres, pleu-

(1) Voir les nos des 28 octobre, 6 et 16 novembre.

résie sèche par le fait de la pneumonie, comme il y a, ainsi que je vous l'ai dit pour d'autres cas, mais par un rayonnement de dehors en dedans, pleurésie sèche par le fait d'une pleurodynie.

Quant à la portée pratique de tout cela, la voici : le point de côté était trop douloureux et trop persistant pour n'être que l'expression d'une simple pleurodynie. Il devait donc y avoir phlegmasie *à l'intérieur* de la poitrine. Etait-ce la plèvre ou le poumon qui était intéressé? mais le frisson initial avait été trop intense et trop prolongé pour être dû à une inflammation pure et simple de la plèvre. Le poumon devait donc être atteint. Présomption qui était confirmée par ce fait, qu'il y avait 40° dans l'aisselle le matin, chose insolite à la pleurésie. Et voilà comment la nature et la durée du frisson initial d'une part, et l'élévation de la température d'autre part, nous firent chercher chaque jour, et découvrir enfin les signes physiques de la pneumonie, et diagnostiquer d'ailleurs celle-ci quarante-huit heures avant la découverte de ces signes. Ce qui vous démontre l'énorme valeur de l'intensité comme de la durée du frisson initial, chez un individu qui souffre d'un point de côté, et la valeur considérable aussi du chiffre de la température ; l'un et l'autre symptômes étant l'indice d'une perturbation générale bien autrement profonde que ne le pourrait être celle qui accompagne l'inflammation de la paroi thoracique (pleurodynie) ou de sa doublure interne (pleurésie), et devant correspondre à une inflammation viscérale, la pneumonie.

Mais si ce n'est pas le poumon qui souffre, c'est donc la plèvre? Or, la plèvre n'est pas sensible. Pas plus que le péritoine, que les méninges, elle n'a de nerfs ; et si je vous ai parlé l'autre jour de ceux du péricarde, c'est sur la foi de Ludovic Hirschfeld. Organes passifs de glissement et moyens de contention tout à la fois, n'ayant pas plus de spontanéité que le corps gras qui facilite la rotation de la roue ou que le rivet qui la fixe, la sensibilité eût été de trop aux membranes séreuses ; aussi n'en ont-elles point. Mais si elles ne sont pas sensibles, comment leur inflammation fait-elle donc souffrir ? Et, plus spécialement, quelle est donc l'origine du point de côté de la pleurésie? Est-ce la plèvre qui souffre, ou le nerf intercostal adjacent ?

Dans un remarquable travail publié dans les *Archives de médecine* pour 1847, Beau a essayé de démontrer que c'était le nerf : il y a là pour lui, *névrite* intercostale. Cette névrite étant, pour Beau, à peu près aussi fréquente que la névralgie. Elle se produirait dans la pleurésie ou la pleuro-pneumonie, au contact, de la plèvre enflammée. En effet, les nerfs intercostaux sont immédiatement en rapport avec la plèvre dans le tiers postérieur de leur trajet, tandis que depuis l'angle des côtes jusqu'à leur terminaison, ils sont séparés de la séreuse par le muscle intercostal interne. On ne peut guère admettre que les nerfs intercostaux restent sains dans leur tiers postérieur quand la plèvre est enflammée. Or, l'observation nécroscopique démontre que « ces nerfs sont plus ou moins enflammés dans tous les cas d'inflammation de la plèvre, soit simple, soit compliquée de pneumonie. L'inflammation occupe ordinairement toute la portion du nerf qui touche la plèvre, mais ne s'étend pas au delà. Elle est caractérisée par une injection souvent intense, non-seulement du névrilème, mais du nerf lui-même, qui est augmenté de volume, sans être pour cela ni plus mou ni plus friable qu'un nerf sain. Quelquefois il adhère légèrement à la portion de plèvre contiguë. »

Maintenant toute irritation d'un tronc nerveux retentit à ses expansions terminales, d'où le point de côté latéral et antérieur par le fait de la lésion du tronc du nerf intercostal à sa partie postérieure. D'ailleurs, c'est la partie la plus mobile qui souffrira le plus; et comme c'est la septième côte qui exécute les plus grands mouvements, c'est à la partie antéro-latérale du sixième ou du septième espace intercostal que s'observe le plus souvent la plus vive douleur. C'est aussi la douleur la plus vive qui sera seule accusée ; de sorte que le malade ne se plaint, le plus habituellement, que d'un point douloureux, le plus ordinairement sous le mamelon ; mais il est facile de se convaincre, par la pression, qu'il existe d'autres points douloureux au-dessus, au-dessous et en arrière de celui dont se plaint le malade.

En résumé, la douleur si vive de la pleurésie est une douleur d'emprunt ; pour Beau, c'est une névropathie intercostale, résultant d'une *névrite*.

Avant Beau, M. Bouillaud avait déjà rapporté la douleur de la pleurésie, non pas à la plèvre, « mais aux nerfs des parois thoraciques comprimés ou souffrants par suite de la phlegmasie ou de l'épanchement. » De son côté, M. Piorry était arrivé aux mêmes conclusions. Quant à cette douleur, à ces points de côté de la pleurésie, M. Bouillaud les considère comme étant l'expression d'une *névralgie* intercostale.

Ainsi, en résumé, le point de côté de la pneumonie est une douleur pleurétique, et la douleur pleurétique n'est elle-même qu'une névropathie intercostale.

(A suivre.)

DES FONCTIONS DE LA TRACHÉE

DANS L'ACTE DE LA RESPIRATION.

(Travail déposé sur le Bureau de l'Académie de médecine, dans la séance du 23 novembre, par M. le Dr Leven.)

Jusqu'à présent, les physiologistes n'ont considéré la trachée que comme un conduit inerte servant au passage de l'air. Nos expériences ont pour objet de montrer comment elle est associée d'une façon intime à l'acte complexe de la respiration, comment elle a pour rôle d'exciter le bulbe et d'entretenir cette partie du système nerveux central dans un état constant d'activité, par l'intermédiaire du nerf pneumogastrique. Sans la connaissance de ces faits physiologiques, il est impossible de saisir la pathogénie de l'asphyxie.

CONCLUSIONS

Expériences : 1° Une ligature appliquée autour de la trachée, qui rétrécit son calibre sans gêner l'échange des gaz, ralentit instantanément les mouvements respiratoires.

2° Une ligature forte appliquée autour de ce conduit, de manière à l'oblitérer tout d'un coup, arrête la respiration et la circulation et détermine la mort subite, laquelle n'est précédée que de deux ou trois secousses convulsives.

Cette mort n'est autre que celle que l'on détermine par une irritation directe du bulbe; une piqûre, par exemple.

3° Les nerfs pneumogastriques transmettent au bulbe toute compression faite sur la trachée.

4° En sectionnant les pneumogastriques avant de lier la trachée, on ne peut plus produire la mort instantanée par la ligature de la trachée. Les animaux meurent alors par asphyxie.

Dans ce dernier cas, on peut les rappeler à la vie en introduisant de l'air dans la trachée.

Dans la ligature de la trachée sans section des pneumogastriques, la mort est irrévocable.

5° Ce n'est pas l'impression de la peur ou une autre du même ordre qui modifie le rhythme respiratoire.

Si les animaux sont, par une ligature incomplète de la trachée, plongés dans le coma de l'asphyxie, on peut encore ralentir la respiration instantanément en serrant le fil, ou déterminer la mort subite si on l'oblitère tout d'un coup.

6° La mort par pendaison est comparable à celle que produit la ligature de la trachée. Dans les deux cas, le cœur et les poumons restent roses.

7° On doit classer dans la même catégorie la mort subite des paralytiques généraux au moment du repas. Elle est due à une irritation du bulbe par compression de la trachée.

8° Dans l'asphyxie par submersion, les animaux respirent trois ou quatre fois si on les maintient dans l'eau, et ils meurent après 20 ou 30 secondes, non par excès d'acide carbonique dans le sang ; ils meurent par syncope. Les respirations incomplètes qu'ils font sont dues à la réserve d'oxygène qui se trouve dans les bronches, puis l'air n'arrivant plus, le pneumogastrique n'est plus excité, le bulbe reste inerte et les fonctions de la respiration et de la circulation se suspendent.

9° La véritable asphyxie par submersion, alors qu'il n'y a pas eu tentatives pour respirer de l'air, n'est qu'une syncope.

10° La mort par strangulation est due à une irritation du bulbe.

11° Dans l'asphyxie par submersion, la mort n'est due qu'à une véritable paralysie du bulbe qui ne reçoit plus l'excitation périphérique de l'oxygène de l'air.

On peut tirer le bulbe de son état d'inertie par des courants électriques appliqués à la peau, par la respiration artificielle, par une excitation directe du cœur.

12° Un grand nombre de physiologistes ont prétendu que les mouvements respiratoires ne sont pas dus au pneumogastrique, puisqu'en sectionnant les pneumogastriques la respiration continue; mais ce n'est plus qu'une respiration saccadée, irrégulière, ralentie, insuffisante pour l'échange des gaz, et qui ne permet plus à la vie que de continuer quelques heures.

Si la respiration, très-imparfaite, est encore possible, c'est que le bulbe reçoit des incitations d'autres nerfs sensitifs de la périphérie.

Nos expériences démontrent que toute compression sur la trachée se transmet instantanément au bulbe, avec lequel elle est intimement unie par l'intermédiaire du nerf pneumogastrique. L'excitant normal du bulbe est l'oxygène de l'air; c'est lui qui, en pénétrant dans la trachée, met le bulbe en activité, indépendamment de son action directe par l'intermédiaire de la circulation.

Quand l'air ne peut plus pénétrer, le bulbe se paralyse, et la mort est irrémédiable si cet état d'inertie dure trop longtemps.

La respiration est intermittente, parce que l'excitation du bulbe par le nerf pneumogastrique est intermittente, et cette intermittence est réglée par l'intermittence de l'entrée de l'air.

Les asphyxies par strangulation et submersion sont des asphyxies d'ordre nerveux et se confondent avec la syncope.

Nous aurons l'honneur de vous communiquer, dans la prochaine séance, nos conclusions sur l'asphyxie chimique, c'est-à-dire par l'acide carbonique. Ce dernier travail a été fait avec notre ami M. Duquesnel, qui nous a prêté son concours pour la partie chimique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance extraordinaire du 20 novembre — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE

M. le secrétaire annuel donne lecture de la lettre suivante de M. Bourdais :

Monsieur le président,

L'Académie ayant écouté M. Depaul mettant en suspicion, à propos d'un fait inexact, l'honnêteté de mes intentions, je ne doute pas qu'elle ne veille bien écouter aussi ma réponse.

Dans la séance du 16 novembre, M. Depaul, revenant à ma thèse après la lecture de ma lettre en réponse à son discours du 4 novembre, cite isolément les quatre mots suivants: *sur* 70 *enfants visités*, et raisonnant comme s'il y avait eu : *j'ai visité* 70 *enfants*, affirme, sans autre motif que cette citation inexacte, que j'ai eu la blamable intention de m'attribuer les 70 observations que j'ai rapportées.

Il a prétendu, en outre que, si dans ma thèse du 12 novembre je reconnais enfin n'avoir visité que 35 enfants, ce résultat ne serait dû qu'à son discours du 4 novembre, par lequel il m'aurait obligé à venir me donner un démenti à moi-même.

1° *Le* 1er *paragraphe de ma thèse* démontre déjà combien sont dénuées de fondement ces deux imputations de M. Depaul, puisque je déclare que je n'ai vu que *quelques-uns* des enfants dont les observations sont publiées dans le rapport de *MM. Depaul et Roger de* 1866.

2° *A la page* 8, *le* § 6 est une nouvelle preuve de ce que j'avance, en ce que je renvoie le lecteur à ces mêmes *observations originales* pour vérifier les extraits que j'en donne au tableau suivant, et, pour faciliter ce rapprochement, j'ai pris le soin d'indiquer le numéro de ces *observations originales* au-dessous du nom de chaque enfant du tableau.

3° *A la page* 9, ce tableau démontré combien j'étais éloigné de vouloir m'attribuer les observations d'autrui, puisque ces observations abrégées y sont distribuées entre trois colonnes, en tête de chacune desquelles figurent les noms des observateurs.

Dans la deuxième colonne, réservée à l'auteur, le simple dénombrement des annotations inscrites, fait voir qu'il ne s'en attribue que 28, abrégé d'autant d'observations *in extenso* de la page 36, auxquelles on peut se reporter aisément, grâce au numéro d'ordre, qui est le même à dessein.

4° *Une lettre du* 8 *octobre*, lue à l'Académie le 12 ou le 19 suivant, fait voir que, assez longtemps avant le discours du 4 novembre de M. Depaul, je n'avais aucunement la pensée de m'approprier les 70 observations rapportées. Elle contient, en effet, textuellement : « Les observations admises, au même titre, dans ma thèse, sont celles de tous les médecins qui, à ma connaissance, avaient laissé des observations sur notre sujet, savoir : en juillet 1866, MM. Denis et Closmadeuc; 19 août 1866, MM. Depaul et Roger; juillet 1869, M. Bourdais. »

Toute ma thèse, enfin, proteste contre l'imputation d'avoir voulu m'approprier d'autres observations que les miennes, car, à côté de chaque symptôme cité, il m'est rarement arrivé d'omettre le nom de l'observateur.

Agréez, Dr Eugène Bourdais.

M. Depaul. Je n'ai qu'un seul mot à dire à l'Académie à propos de la lettre dont M. le secrétaire vient de donner lecture. Je suis loin de vouloir mettre en doute la bonne foi de M. Bourdais. Si j'ai commis une erreur, j'en suis d'autant plus excusable que M. Guérin s'est mépris lui-même, et a parlé de 70 enfants que M. Bourdais aurait visités. Il n'y a donc là que le fait d'une faute de rédaction, dont M. Bourdais devra convenir. (Marques d'approbation. — Nombre de voix : l'incident est vidé.)

L'ordre du jour est la suite de la discussion sur la mortalité des nourrissons.

La parole est à M. Husson.

Suite de la discussion sur la mortalité des nourrissons.

M. Husson. Messieurs, la réponse de notre honorable collègue M. Fauvel appelait de ma part une réplique.

Et d'abord, je ne puis laisser dire à M. Fauvel que j'aurais dénaturé ses paroles : ce ne sont pas là mes habitudes de discussion. Lorsque j'ai abordé les divers points sur lesquels nous étions en désaccord, j'ai eu soin de me reporter au texte même de son discours, et je crois l'avoir reproduit fidèlement. Je n'ai donc ni excédé les droits de la critique, ni manqué aux égards dus à un collègue.

M. Fauvel persiste à soutenir que le règlement de police de 1842 n'est point exécuté; je soutiens, au contraire, qu'il l'est, et j'ai déjà dit sur quelles preuves repose mon affirmation.

Mais, prétend toujours M. Fauvel, l'ordonnance de 1842 ne produit pas de bons résultats! C'est précisément ce que j'ai dit : aussi, est-ce pour cela que, loin de la copier servilement, nous avons fait ressortir ses vices et ses lacunes, et proposé des dispositions qui ne s'y trouvent pas, notamment l'intervention médicale dans le recrutement des nourrices. Si M. Fauvel a comparé l'ordonnance actuelle avec la réglementation que nous recommandons (règlement et carnet), je ne comprends pas sa persistance à soutenir que nous n'avons pas innové.

Notre collègue affirme encore que cette réglementation ne remédiera en rien au mal. Ce peut être son avis, mais ce n'est pas le nôtre. Nous n'avons pas assurément la prétention de changer radicalement la face des choses; mais n'est-il pas d'expérience que là où le choix des nourrices et le soin à donner aux enfants sont soumis à une surveillance médicale et administrative, la mortalité, malgré les causes les plus délétères, s'abaisse de 10 ou 15 p. 100.

S'il en était autrement, nous ne tomberions pas dans la contradiction où notre collègue s'est laissé entraîner, et nous repousserions absolument une réglementation dont il a admis lui-même l'opportunité dans le discours où il nous a combattus.

Au sujet de l'instruction qui fait partie de nos propositions, et que nous croyons propre à guider les nourrices, M. Fauvel nous objecte que les conseils qui en forment la matière se trouvent dans tous les livres spéciaux : je ne le conteste pas; mais les nourrices n'ont pas coutume de lire les ouvrages de médecine, et c'est pour cela que nous insérons nos conseils dans le carnet. Lorsque ce *vade mecum* sera dans les mains de toutes les nourrices, il y aura, ce me semble, quelque chance pour qu'un certain nombre d'entre elles lise ou se fasse lire l'instruction, car le carnet contient aussi d'autres énonciations d'un intérêt direct pour ces femmes. Il faut croire, d'ailleurs, que cette instruction n'est pas indifférente à tout le monde, puisque je viens de recevoir d'un médecin de Bordeaux, chargé du service de la Société de charité maternelle, une lettre par laquelle il me demande de la lui procurer. Un autre médecin de Bordeaux, dans un excellent travail que M. Fauvel a lui-même cité avec éloges, le docteur Levieux, exprime le vœu que l'on éclaire les mères de famille par une instruction analogue à la nôtre.

M. Fauvel prétend qu'il faudrait une loi pour instituer le carnet; il fait ici une confusion avec le livret des ouvriers : une loi ne serait pas nécessaire pour les nourrices. L'obligation du carnet peut dériver d'ailleurs de la convention qui intervient toujours entre elles et les familles. Si le carnet, qui contiendra les certificats aujourd'hui demandés, était illégal, l'exigence de ces mêmes certificats, actuellement pratiquée, ne le serait pas moins.

M. Fauvel me reproche ce que j'ai dit de ses dispositions à l'égard de l'allaitement artificiel. Je ne l'ai pas accusé, comme il semble le croire, d'avoir prôné ce mode de nourriture ; je me suis borné à regretter qu'il en ait trop bien parlé. Ses paroles à cet égard pourraient être, je le crains encore, un encouragement pour les personnes qui ont une tendance à recourir à l'allaitement artificiel uniquement pour s'épargner les fatigues qu'entraînent les devoirs de la maternité.

J'ai dû relever l'assertion de notre collègue au sujet du degré d'aisance ou de misère des nourrices. J'ai soutenu que la grande majorité de ces femmes n'étaient pas nécessiteuses, comme l'affirme M. Fauvel. Il me répond que j'ai sans doute entendu parler des nourrices de la commission municipale. Non! Mes paroles s'appliquaient aux nourrices des petits bureaux, que l'on paye aussi cher et souvent même plus cher que les nourrices de la direction.

M. Fauvel est encore revenu sur le programme de l'enquête dont il nous reproche de n'avoir pas imposé le plan. Dans son discours, comme dans sa réponse, notre collègue a constamment confondu l'enquête numérique demandée d'abord au gouvernement pour confirmer ou rectifier les chiffres de M. Brochard, et l'enquête raisonnée que nous avons proposée pour l'avenir.

J'avais fait remarquer qu'en ramenant à trois causes principales les décès des nourrissons, M. Fauvel en avait oublié plusieurs, notamment l'alimentation prématurée. Notre collègue me répond que l'alimentation prématurée rentre dans les trois chefs suivants : faiblesse native, défaut de soins, insuffisance ou mauvaise qualité de la nourriture. Ce n'est pas moi qui vais lui répondre, mais un médecin dont il ne déclinera pas la compétence. Après avoir dit qu'il y a dans l'étude de la mortalité des nourrissons deux grandes catégories à établir, notre confrère, M. Jules Guérin, dans son discours du 15 janvier 1867, ajoute : « La première catégorie comprend les cas de mortalité qui résultent de l'ignorance, de l'incurie et de la cupidité des nourrices, et les trois ordres d'influence se résolvent dans un seul et même fait, l'*alimentation prématurée*, qu'il ne faut pas confondre avec la mauvaise alimentation, l'alimentation insuffisante et même l'alimentation artificielle. »

L'alimentation prématurée ne saurait donc rentrer dans les cas d'insuffisance ou de mauvaise qualité de la nourriture.

Enfin, l'argument maître que M. Fauvel nous oppose avec persistance est celui-ci : Vous ne remédierez pas à la pénurie des bonnes nourrices; vous n'augmenterez pas les ressources de l'allaitement. — Serait bien hardi celui qui se vanterait d'apporter ici, dans une question si complexe et si difficile, une solution d'une efficacité immédiate et souveraine; mais je ne crains pas d'affirmer que nos moyens ont un caractère autrement pratique que ceux que notre collègue conseille et qu'il place dans une pure espérance. Il est certain que les mesures par vous proposées auront pour premier effet de retrancher les mauvaises nourrices (ce qui sera déjà un bien immense), et que, par la force des choses, le prix des bonnes nourrices s'élèvera. Non seulement alors ces femmes trouveront dans ces avantages pécuniaires des gages rémunérateurs; mais l'appât d'un profit suffisant portera vers l'allaitement mercenaire un certain nombre de femmes qui s'en éloignent aujourd'hui.

D'un autre côté, cette élévation elle-même ramènera à la pratique des devoirs de la maternité une foule de femmes peu riches, trop empressées de confier leurs enfants à des nourrices de campagne. M. Fauvel ne veut pas s'en tenir aux faits économiques qui réglementent toutes choses en ce monde; il compte sur les millions du budget. Mais lorsqu'on ajouterait aux deux milliards qui pèsent sur les contribuables 500,000 francs ou même 1 million pour encourager les sociétés qui protégent l'enfance, croit-il sérieusement que le chiffre des bonnes nourrices s'en trouverait sensiblement accru? Si, par pure supposition, le budget de l'État versait pour secourir largement les familles et rémunérer ou salarier directement les nourrices, les abondantes subventions que notre collègue se plait à espérer, l'effet qui se produirait alors serait tout différent de celui auquel il s'attend. Sans doute, il y aurait plus de nourrices, sans qu'il soit prouvé qu'il n'y en eût que de bonnes; mais on verrait aussitôt, par l'appât même de ces largesses, naître et se développer l'industrie nourricière dans les départements encore nombreux où elle n'existe pas. Et croyez-vous donc que l'argent de vos subventions donnera aux nourrices les lumières qui leur manquent et qu'elles ne continueront pas de sacrifier le nourrisson à leur propre enfant? Tout ce que vous ferez pour encourager outre mesure l'allaitement mercenaire tournera contre l'allaitement maternel; et c'est surtout là qu'est le salut.

Vous le voyez, messieurs, les mesures auxquelles nous demandons l'amélioration de l'état actuel des choses appartiennent à l'ordre naturel et pratique, tandis que M. Fauvel vous propose des moyens artificiels et hypothétiques, pour ne pas dire chimériques.

Si je suis d'accord avec notre honorable collègue sur plusieurs points, et surtout sur le but à atteindre, je reste en dissentiment avec lui sur les autres. Je persiste donc à le trouver au moins sévère vis-à-vis de la commission et je déclare ne pouvoir, à mon grand regret, partager ses illusions sur la valeur du remède qu'il croit avoir trouvé.

M. F. BOUDET. Personne plus que moi ne rend un sincère hommage au caractère de M. Husson et aux œuvres considérables qu'il a pu accomplir dans le domaine de l'assistance publique. Aussi est-ce avec regret que je me vois obligé aujourd'hui de répondre aux critiques sévères qu'il a dirigées contre les opinions que j'ai exprimées il y a deux mois devant l'Académie.

Mais, en présence du problème social si grave et si difficile dont l'Académie est saisie, je veux dépouiller autant que possible toute personnalité.

Lorsqu'en 1866 je me suis appliqué à démontrer la compétence de l'Académie pour étudier la question de la mortalité des enfants du premier âge, lorsque j'ai employé toutes les forces de ma conviction pour en élever la discussion à toute la hauteur qu'elle me semblait comporter, lorsque j'ai réclamé la nomination de la Commission dont le rapport est en cause aujourd'hui, tracé à grands traits le programme des travaux d'une commission permanente de l'hygiène de l'enfance, et formulé à titre de documents une série de propositions qui se trouvent en grande partie reproduites dans les conclusions du rapport, je me faisais assurément une grande idée de la tâche redoutable qui incombrait à ces deux Commissions, et particulièrement à la première. Celle-ci, en effet, devait reconnaître et débrouiller d'abord le terrain sur lequel elle était appelée, poser la question sur ses véritables bases et en rechercher la solution. Dans ma pensée, le travail de cette Commission se divisait en deux parties bien distinctes, l'une, le rapport proprement dit, devait comprendre d'abord un exposé de la situation en France au point de vue des conditions diverses dans lesquelles sont élevés les enfants du premier âge, des systèmes, coutumes, institutions qui les concernent, et une appréciation médicale de cette situation; puis une analyse approfondie de nos discussions académiques, des documents adressés à l'Académie ou récemment publiés sur le mouvement de la population en France et à l'étranger, sur la mortalité des enfants du premier âge et sur les statistiques officielles ou particulières qui la constatent, sur les causes si diverses et si nombreuses qui la déterminent, et sur ses rapports avec celle des siècles derniers, aussi bien qu'avec celle des principaux États de l'Europe; enfin, une discussion attentive des institutions médicales et philanthropiques des grandes mesures administratives ou financières, et un mot des moyens les plus propres à combattre cette épidémie nationale et permanente qui dépeuple nos villes et nos campagnes.

Ce cadre, qui était naturellement indiqué et qui se trouve tracé dans les diverses communications que j'ai faites à l'Académie en 1866, a-t-il été rempli par le rapport? Non, assurément, et je ne pouvais approuver ce rapport sans démentir mes antécédents. Sans doute il se termine par un règlement et par des vœux qui représentent les conclusions de la Commission et son œuvre collective; mais était-ce à ces conclusions que devait se borner ce rapport? N'était-ce pas un devoir, en face de la plus grande question qui ait jamais été soumise à l'Académie, d'exposer en son nom toutes les considérations les plus propres, non-seulement à justifier ces conclusions, mais encore à répandre sur ce grand et saisissant problème de l'éducation des enfants du premier âge, du salut de nos générations à leur entrée dans la vie, toutes les lumières dont les sciences médicales peuvent l'éclairer, à révéler à la société française les dangers qui menacent les forces vives du pays, à lui démontrer son ignorance des conditions premières de la vie des enfants, et à professer devant elle, avec l'autorité suprême qui appartient à l'Académie, les préceptes de l'hygiène la plus nécessaire, les devoirs que les lois de la nature comme celles de la science elle-même imposent aux familles et dont l'accomplissement peut être réclamé en faveur des enfants et de par le droit de leur naissance, de leur faiblesse et de leur muette impuissance?

Vous avez entendu mon discours du 28 septembre, je demeure convaincu qu'il porte en lui-même la justification de mes critiques. Je dois ajouter cependant et affirmer devant vous que, dans le sein de la commission, après avoir entendu la lecture du rapport, j'ai cherché à démontrer que ce rapport était incomplet et que j'ai affirmé qu'à mon sens il ne répondait ni à l'attente de l'Académie, ni à celle de la commission officielle.

Les faits n'ont-ils pas surabondamment prouvé que l'ajournement que j'ai provoqué était nécessaire, que la pensée académique n'avait pas reçu sa véritable interprétation et que de nouvelles lumières devaient jaillir d'une nouvelle discussion?

Quoi qu'en puisse dire M. Husson, il y a autre chose dans le discours substantiel et dans les propositions de M. Devilliers, dans le discours de mon éloquent collègue M. Fauvel et dans le mien propre, que cette critique facile et gratuite que nous reproche notre contradicteur; malgré le talent et la générosité avec lesquels il a plaidé en faveur du rapport, je maintiens avec une conviction profonde mes critiques et mes conclusions.

Ici l'orateur entre dans la discussion de l'enquête officielle, que l'Académie a demandée au ministre de l'intérieur; enquête qu'il était du droit et du devoir de l'Académie d'étudier et de discuter, afin d'en faire sortir tous les enseignements qu'elle renferme.

M. Boudet répond ensuite à toutes les critiques de M. Husson, et passe successivement en revue tous les points soulevés par la discussion; puis il résume son argumentation en ces termes :

La cause des enfants du premier âge est entendue, peu importent aujourd'hui les détails des chiffres plus ou moins élevés de leur mortalité, cette mortalité est affreuse, intolérable, et c'est à elle qu'il faut attribuer principalement l'arrêt de notre population dans la marche progressive qu'elle avait subie jusqu'à ces derniers temps, et cette situation périlleuse où se trouve notre pays, entouré de nations rivales élevant rapidement leur puissance par le chiffre croissant de leur population, tandis que le nombre des Français reste stationnaire et menace de décroître.

Les causes de cette mortalité sont nombreuses et connues. J'énumère les plus graves.

Le sentiment du premier devoir de la maternité s'est affaibli; l'allaitement maternel tombe en désuétude; l'allaitement mercenaire, l'allaitement artificiel, l'allaitement prématuré, y suppléent.

L'allaitement mercenaire, de quelque manière qu'il soit pratiqué, porte le désordre et la dépopulation dans nos villages, et augmente considérablement la mortalité naturelle des enfants du premier âge soumis à une organisation vicieuse, à des règlements incomplets, le plus souvent éludés ou mal exécutés; surveillée par des agents incapables pour la plupart de remplir leur importante mission, l'industrie nourricière exploitée par les petits bureaux réclame des réformes radicales.

Le service des enfants assistés donne partout les résultats les plus affligeants.

Le service du Bureau municipal de Paris n'a plus qu'une clientèle restreinte et fait en vain de louables efforts pour se soutenir. On connaît les navrantes conséquences de l'industrie nourricière abandonnée à elle-même; l'allaitement artificiel, accompagné le plus souvent de l'alimentation prématurée, est funeste de sa nature, et libre de toute réglementation et de toute surveillance dans son exercice industriel et mercenaire, il est excessivement meurtrier.

On peut dire qu'en dehors de la famille, où les enfants sont nourris par leurs mères, l'éducation infantile, livrée en quelque sorte à l'abandon, est dans la situation la plus fâcheuse et contraste douloureusement avec les progrès de l'hygiène générale et de notre civilisation.

Appelés dans ce monde sans leur aveu, plus faibles, plus nus, plus délicats, plus souvent abandonnés par ceux qui leur ont donné le jour qu'aucune autre créature, exposés à des dangers de toutes sortes, les enfants ne trouvent pas dans nos institutions une protection suffisante, et cette garantie collective que toute société civilisée doit à la faiblesse est loin d'être équitablement, humainement et régulièrement établie en leur faveur.

Si la paternité a ses droits, elle a les plus impérieux devoirs, et les enfants ont aussi des droits d'autant plus sacrés qu'ils sont incapables de les faire respecter.

La loi punit les infanticides par violence, le magistrat les recherche et les atteint; cependant leur nombre a plus que doublé en France, de 1826 à 1854, et le nombre des morts-nés s'accroît d'une manière effrayante.

Quels sont les moyens de réformer une situation aussi grave, de guérir ces plaies honteuses de notre civilisation?

Aux grands maux, les grands remèdes : les lois de la nature, de la morale, de l'humanité, les intérêts de la race et de la nation française sont en cause. Il est temps de recourir à des mesures larges, énergiques et proportionnées au but qu'il faut atteindre à tout prix.

Il y a une loi protectrice des animaux et il n'y a pas de loi protectrice des enfants! Il y a une loi, trop souvent violée sans doute, mais enfin il y a une loi régulatrice du travail des enfants dans les manufactures, et qui a pour but de les préserver de l'exploitation prématurée de leurs forces, de les défendre contre les suggestions de la misère ou de la cupidité de leurs parents. Comment le législateur a-t-il oublié d'étendre sa sollicitude aux enfants nouveau-nés et de leur assurer la nourriture et les soins indispensables à leur existence?

Si la loi porte atteinte à la liberté des propriétaires d'animaux, si elle entrave la liberté des parents pour qu'ils n'abusent pas du travail de leurs enfants, pourquoi donc leur réserverait-elle la liberté de les livrer à des nourrices sans lait, sans moyens d'existence ou sans entrailles, pour qu'ils meurent entre leurs mains d'inanition ou de misère?

Comment aussi respecter absolument la liberté des nourrices? N'exercent-elles pas une industrie justiciable plus que tant d'autres de la police générale, de cette providence légale et tutélaire qui, dans les pays civilisés, protége les intérêts généraux et particuliers, la sûreté et la santé publique, contient la liberté dans ses écarts, et souvent même lui porte de légitimes atteintes dans l'intérêt supérieur de la société? Si l'on ne saurait trop protéger et honorer les nourrices dignes de ce nom, faut-il rester désarmé devant celles qui, pour un peu d'argent, font subir à nos enfants le douloureux martyr de la faim et d'une longue agonie?

Une loi protectrice des enfants est donc nécessaire, et cette loi doit porter en elle le principe de leurs droits et de leur défense. Si cette loi est indispensable, il ne l'est pas moins d'organiser la protection et l'éducation infantile, et par conséquent l'industrie nourricière. L'initiative et le dévouement des particuliers peuvent-ils suffire pour cette organisation et son fonctionnement efficace? Personne assurément ne voudrait le prétendre. Ce n'est pas trop, pour accomplir une tâche si grande, de réunir les ressources de l'État et celles de l'initiative privée.

Une direction générale de la protection de l'enfance et de l'industrie nourricière est commandée par la plus impérieuse nécessité. Je m'associe aux idées de M. Devilliers à cet égard, et je fais des vœux ardents pour que cette direction soit établie sur de larges bases et avec la plus généreuse dotation, car il s'agit de la vie et de la constitution physique et morale de la nation.

La protection des enfants doit précéder leur naissance; elle doit s'étendre aux mères nécessiteuses ou sans appui qui les portent dans leur sein; légitimes ou illégitimes, quand elles veulent allaiter leurs enfants, la maternité les consacre et leur donne droit à une assistance efficace et sympathique. Assistance aussi et garanties pour les nourrices, qui ont leurs droits aux sympathies que la maternité inspire; honneur et récompense pour celles qui remplissent dignement leurs devoirs; juste sévérité pour celles qui les méconnaissent.

Ce sont là les moyens d'arrêter l'accroissement effrayant du nombre des enfants morts-nés ou abandonnés, des infanticides violents ou déguisés et de la mortalité générale des enfants. Je signale à ce sujet un décret de la Convention nationale daté du 18 juin 1793, et publié récemment dans le Bulletin de la Société protectrice de l'enfance.

Je n'entrerai pas dans les détails de l'organisation de l'industrie nourricière; que pourrais-je ajouter aux propositions et aux vœux de la commission académique, aux amendements de M. Devilliers et aux principales publications récentes sur ce sujet? Je me borne à dire que cette organisation, impliquant d'abord la constatation médicale et régulière des naissances et des décès, doit être telle que tout enfant abandonné par ses parents à des soins mercenaires tombe, par le fait de cet abandon, sous la tutelle de la Direction générale des nourrices et des Sociétés protectrices de l'enfance, et ne puisse échapper à leur surveillance.

Fondée sur les plus généreuses inspirations du cœur humain, sur les enseignements de la science et de l'expérience, qu'elle confie le soin des enfants à des protecteurs éclairés, dignes de la mission qui leur sera confiée, qu'elle s'appuie surtout sur l'inspection et l'intervention si compétentes des médecins, et, en particulier, sur le dévouement éclairé des conseils et comités d'hygiène des départements, des arrondissements et des cantons, dont les attributions pourraient être très-utilement étendues.

A côté de cette organisation nationale de la protection des enfants, la protection due à l'initiative privée doit être encouragée et libéralement subventionnée comme un précieux et puissant auxiliaire; elle doit, chaque jour davantage, se substituer à la protection publique, ou au moins la rendre plus efficace et plus complète. Quelle ressource pour la surveillance et l'assistance des enfants, dans ces comités de patronage provoqués par la Société protectrice de l'enfance, présidés par les maires ou par les curés réunissant dans chaque communes toutes les influences et tous les cœurs sympathiques à la touchante faiblesse des enfants! Que de préjugés ils peuvent détruire! que d'enseignements salutaires et de bienfaits ils peuvent répandre! que de souffrances ils peuvent prévenir ou écarter!...

L'éducation physique de nos générations naissantes est à peu près livrée à elle-même et donne les plus tristes résultats, tandis que l'instruction publique, fortement organisée depuis des siècles, et heureusement développée dans ces derniers temps, prépare notre jeunesse à toutes les carrières. Il est temps d'organiser l'éducation infantile, qui aurait dû être organisée la première. Ce sera l'honneur de M. Duruy d'avoir écouté et compris les premiers apôtres de cette éducation et d'avoir confié au corps le plus compétent, à l'Académie de médecine, la mission d'en jeter les premières bases.

Achevons notre œuvre, mes chers collègues, en répondant dignement

ment à la confiance dont nous sommes investis et aux espérances fondées sur nos lumières et notre patriotisme.

Après la lecture de M. Boudet, une discussion s'élève entre MM. Chauffart, Boudet, Depaul, Blot, Delpech et quelques autres membres au sujet de l'ordre à mettre dans les discussions actuellement engagées devant l'Académie. Cette discussion ne conduit à aucune décision de la part de la compagnie.

LECTURES

M. LE Dr MILLIOT donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Méthode opératoire par ballonnement* (Comm. : MM. Béclard, Guérard et Alphonse Guérin).

M. LE Dr GENT lit un travail intitulé : *De l'emploi thérapeutique de l'air comprimé dans l'asthme et l'emphysème.*

M. GENT annonce que depuis trois années qu'il applique ce mode de traitement aux affections chroniques des voies respiratoires, ainsi qu'à la chlorose et à l'anémie, il en a obtenu les meilleurs résultats.

L'air, dit-il, rendu plus dense par la compression, agrandit considérablement la capacité pulmonaire, souvent de moitié et même plus; il ralentit en même temps la respiration, ainsi que la circulation, d'une manière très-notable. L'acte respiratoire se faisant plus largement et plus profondément, l'hématose est plus complète, aussi l'air comprimé devient-il un agent reconstituant d'une grande valeur.

M. Gent, pour ne pas abuser des moments de l'Académie, ne cite à l'appui de ce qu'il avance que deux observations, se réservant d'en mettre un plus grand nombre à la disposition de la commission qui sera chargée d'examiner son travail.

« Je rappellerai, dit en terminant M. le docteur Gent, que l'air comprimé est à la fois un agent sédatif de la circulation et de la respiration et un tonique de la muqueuse bronchique. Il convient dans toutes les maladies des voies respiratoires : les laryngites, les bronchites, le catarrhe, la pneumonie chronique, l'emphysème, l'asthme et la coqueluche. Comme excitant de la digestion, et par la plus grande quantité d'oxygène qu'il porte dans le sang, il convient particulièrement dans la chloro-anémie.

(Comm. : MM. Bouvier, Hérard et Guénaud de Mussy.)

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y aura encore une séance extraordinaire samedi prochain à la même heure.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Au moment où une grande enquête s'est ouverte dans le monde entier, en Angleterre, en Allemagne..., sur le danger des agglomérations de malades dans les hôpitaux et dans les maternités, où cette même question est mise à l'ordre du jour de la Société médicale des hôpitaux, il ne sera pas inopportun de signaler les résolutions qui ont été prises à l'unanimité par la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 19 novembre 1869.

A la suite d'un mémoire lu au commencement de l'année par le docteur Pétrequin, de Lyon, membre correspondant, sur les magnifiques résultats de l'assistance privée dans la ville de Lyon, pour les femmes en couches, et d'un autre mémoire lu par le docteur Charrier, secrétaire général, sur les maternités, la Société de médecine de Paris a nommé une commission composée de MM. Blachez, Boinet, Lagneau, Perrin et Charrier, rapporteur, chargée de rédiger des propositions qui seraient ensuite soumises à l'assentiment de la Société.

La Société, à l'unanimité, a voté les propositions suivantes :

1° Suppression des maternités.

2° Suppression des services d'accouchement dans les hôpitaux. — Maintien d'une salle de travail pour les cas urgents. — Dissémination des accouchées dans les différents services de médecine, à l'exclusion des services de chirurgie.

3° Ouverture, dans chaque maison de secours d'arrondissement, de trois à quatre chambres isolées où les femmes iraient accoucher séparément, sous la surveillance d'une sage-femme et de médecins spéciaux.

— Dans sa séance du 21 novembre, l'Académie des sciences a nommé membre correspondant M. Pringsheim, pour remplir la place laissée vacante dans la section de botanique, par suite du décès de M. Martius, à Munich.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Deleau, médecin des prisons de la Seine. Cet honorable confrère était âgé de 73 ans.

— M. Legrand du Saulle, médecin de Bicêtre, ouvrira son cours sur les maladies mentales et la médecine légale des aliénés, le lundi 29 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.— Les leçons auront lieu les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— M. J. Falret, médecin de Bicêtre, ouvrira son cours sur les maladies mentales, le mardi 30 novembre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique. — Les leçons auront lieu les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra ses leçons de clinique médicale le jeudi 25 novembre, et les continuera les samedis et jeudis suivants, à huit heures et demie du matin.

Les mardis, l'heure de la leçon sera consacrée à l'examen au spéculum.

— A Porto d'Anzio (États romains), dans le palais Mencacci, Mgr Ricci, président du comité de salubrité de Rome, a fondé un hospice pour les enfants rachitiques et scrofuleux. Cet établissement, inspiré par l'hospice de Berck-sur-Mer, a déjà donné d'excellents résultats durant la saison des bains de mer.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies régnantes du mois d'octobre.

La commission des maladies régnantes a présenté son rapport, pour le mois d'octobre, dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, par l'organe de son rapporteur M. Besnier. Ce rapport, indépendamment des faits intéressants qu'il renferme au point de vue de l'histoire de la constitution médicale actuelle, a particulièrement fixé l'attention de la Société par les considérations que le rapporteur y a émises sur plusieurs points, particulièrement sur la scarlatine, comparée au point de vue de sa gravité à Paris et à Londres, et sur les fièvres intermittentes de Paris, ainsi que par les détails qu'il contient sur l'épidémie de fièvres puerpérales qui a sévi récemment à l'hôpital Saint-Antoine. Nous serons obligé, faute d'espace suffisant, d'être bref sur quelques-uns de ces points, que nous reprendrons en sous-œuvre plus tard. Donnons, pour le moment, la physionomie générale des maladies qui ont prédominé durant cette période mensuelle.

Les affections des voies respiratoires se sont montrées à peine un peu plus fréquentes et un peu plus graves que dans le mois précédent. Tandis qu'il y avait eu en septembre 50 décès par pneumonie et 10 par bronchite, les chiffres sont pour le mois d'octobre de 51 et de 19. Les décès par phthisie, qui avaient été de 194 en septembre, ont été de 227 en octobre. La mortalité par pleurésie en octobre a été inférieure à celle de septembre (7 au lieu de 9).

La grippe a recommencé, pour la première fois, à être inscrite sur les bulletins statistiques.

Les pneumonies ont revêtu les formes les plus variées. M. Frémy à l'Hôtel-Dieu, et M. Besnier à Saint-Antoine, ont reçu des broncho-pneumonies plutôt que des pneumonies proprement dites. Dans un cas de pneumonie typhoïde analogue à ceux que Graves a si bien décrits, et qu'il traitait avec succès par l'éther et le quinquina, M. Besnier a substitué l'alcool à l'éther, et le succès a été immédiat et rapide.

A Sainte-Eugénie, sous l'influence des froids subits de la fin d'octobre, M. Bergeron a vu s'élever le nombre des maladies des voies respiratoires (4 pneumonies lobaires primitives et 2 broncho-pneumonies mortelles chez des rubéoliques, 2 pleurésies et 3 trachéo-bronchites). A la même époque, M. H. Roger a eu à l'hôpital des Enfants 2 pneumonies du sommet et 3 broncho-pneumonies, toutes suivies de guérison.

Les phthisiques ont été remarquablement exposés aux hémoptysies. M. Besnier a obtenu contre l'hémoptysie rebelle deux succès immédiats au moyen de l'ipéca à haute dose vomitive (4 grammes dans un julep gommeux, pris par deux cuillerées à la fois d'heure en heure).

Les affections rhumatismales se sont montrées sensiblement avec la même fréquence que dans le mois précédent (en septembre 266 cas, 4 décès ; en octobre 262 cas, 5 décès).

M. Frémy, à l'Hôtel-Dieu, a constaté des rhumatismes nombreux à forme subaiguë prédominante, avec des récidives multiples, réapparition jusqu'à 5 et 6 fois de l'arthropathie dans les mêmes points ; M. Frémy a signalé aussi un cas très-intéressant de pneumonie rhumatismale.

Dans le même hôpital, M. Hayem, suppléant M. Tardieu, ayant fait une étude comparative du traitement par l'infusion de feuilles de digitale, le sulfate de quinine et le bicarbonate de soude, place au premier rang le bicarbonate de soude.

Parmi les fièvres éruptives, la scarlatine figure pour 30 cas, dont 2 décès. (Nous reviendrons sur les considérations très-intéressantes dans lesquelles M. Besnier est entré à ce sujet dans son rapport, particulièrement en ce qui concerne le contraste que présente l'extrême bénignité de l'épidémie de scarlatine qui règne en ce moment à Paris, comparée à l'extrême gravité de l'épidémie actuelle de Londres).

La rougeole est restée dans des proportions très-restreintes comme nombre (22 malades seulement pour tous les hôpitaux civils).

La variole a subi pendant le mois d'octobre une diminution assez accentuée. Le chiffre, qui était de 174 dont 17 décès en septembre, n'a été que de 123 dont 14 décès.

La fièvre typhoïde s'est généralisée pendant le mois d'octobre, et a notablement dépassé le chiffre ordinaire de la mortalité (55 décès sur un mouvement de 169 malades). L'épidémie s'est manifestée aussi bien dans les hôpitaux militaires que dans les hôpitaux civils, dans les hôpitaux d'enfants que dans les hôpitaux d'adultes. Les formes graves ont été nombreuses ; c'est la forme adynamique qui a prédominé.

Parmi les observations très-nombreuses qui ont été communiquées au rapporteur sur cette épidémie, nous signalerons particulièrement les suivantes : La mort subite a été constatée avec une fréquence tout à fait insolite. Chez un certain nombre de malades, l'éruption lenticulaire s'est montrée extrêmement abondante ou généralisée. Fréquence relative de la maladie chez les nourrices et chez les femmes récemment accouchées. Fréquence et importance des symptômes cardiaques. Précocité et gravité des symptômes ataxiques chez un assez grand nombre de malades. Abcès multiples dans quelques cas. Les affusions froides ont paru produire des résultats très-remarquables dans les cas de forme ataxique et dans les cas où la température est extrêmement élevée.

Les affections des voies digestives ont été encore assez nombreuses : angines catarrhales et phlegmoneuses ; stomatites ulcéro-membraneuses ; embarras gastriques et gastro-intestinaux. La dysenterie a augmenté. En septembre il y avait eu 15 malades et 5 décès par dysenterie ; en novembre il y a eu 41 malades, 7 décès.

Les affections diphthériques ont été plus nombreuses et plus graves que dans le mois précédent : en septembre on comptait 9 décès par croup sur un mouvement de 15 malades ; en octobre il y a eu 12 décès sur un mouvement de 29 malades.

Les affections puerpérales ont régné épidémiquement, avons-nous dit, pendant le mois d'octobre à l'hôpital Saint-Antoine. C'est sur cette épidémie qu'a insisté plus particulièrement le rapport.

Voici, en substance, le contenu de la note très-détaillée et très-circonstanciée que M. Lorain a remise au rapporteur de la commission et qui figure tout entière dans le rapport :

En octobre, il est entré 52 femmes ; il en est entré, en outre, 4 du 1er au 5 novembre. Sur ce nombre total de 56 femmes, 45 ont été plus ou moins malades, à tous les degrés, c'est-à-dire qu'elles ont toutes eu de la fièvre, soit pendant plusieurs jours, soit pendant une durée très-courte. Sur ces 45 femmes, 30 ont présenté les signes de la pelvi-péritonite ou de la péritonite. 4 ont succombé, et l'autopsie a montré les lésions suivantes : 2 ont eu les lésions vulgaires de la péritonite diffuse purulente ; 1 a eu une péritonite avec infection purulente (forme rare), c'est-à-dire des abcès disséminés dans les poumons et la rate ; 1 a eu des antécédents méningitiques sans péritonite, avec phlébite de la veine ovarique gauche. (Suit l'analyse de 30 observations.)

Le service d'accouchement de Saint-Antoine ayant été complétement évacué depuis le 7 novembre, M. Lorain a cherché s'il n'existait point d'accidents puerpéraux ailleurs que dans ses salles. M. Besnier lui a signalé une femme accouchée dans une salle de fiévreux, appartenant à sa division, qui présentait les signes d'une péritonite localisée, et qui a succombé plus tard à un érysipèle grangréneux. Le directeur de l'assistance publique ayant, en raison des circonstances et par suite d'un accord avec les médecins des hôpitaux, prescrit que les femmes qui se présenteraient en mal d'enfant fussent dirigées sur des maisons d'accouchement privées, tenues par des sages-femmes, M. Lorain a recherché quel était l'état sanitaire de ces nouvelles accouchées. 6 femmes ont été réparties dans divers points du quartier Saint-Antoine. Aucune d'elles n'avait pénétré dans l'hôpital proprement dit ; elles n'avaient séjourné que pendant quelques minutes dans les bureaux de l'administration. Sur ces 6 femmes, 4 n'ont éprouvé aucun accident ; 2 ont été atteintes de péritonite puerpérale franche.

Dans une communication ultérieure, M. Lorain a fait savoir que deux femmes placées chez une sage-femme de la ville ont été prises d'accidents semblables qui ont nécésité leur rentrée à l'hôpital.

On voit par là que l'épidémie n'était point confinée seulement dans les salles de l'hôpital, mais qu'elle sévissait aussi en même temps, mais avec moins de gravité sans doute, dans les quartiers voisins.

A la même époque, il y a eu à la Maternité, dans le service de M. Brouardel, sur 82 accouchements, 29 femmes atteintes d'accidents divers et transportées dans le service des femmes malades. Sur ces 29 femmes entrées en médecine, 7 sont mortes, 1 est sortie mourante, 11 sont sorties guéries, 10 restent en traitement.

Ces 29 femmes ont eu 30 enfants (une grossesse gémellaire) : morts-nés, 2 ; morts, 11 ; sortis mourants d'érysipèle, 2 ; sortis avec la mère, 9, etc.

De l'influence de la déformation cyphotique du bassin sur la marche de la grossesse et de l'accouchement.

On a vu, dans l'une des précédentes Revues (numéro du 13 novembre), quels sont les caractères et les signes diagnostiques du rétrécissement cyphotique du bassin. Nous allons voir aujourd'hui, en suivant le travail de M. Chantreuil, quelle est l'influence de cette déformation sur la marche de la grossesse et de l'accouchement.

Un grand nombre de femmes ayant une gibbosité par cyphose de la partie inférieure du rachis, accouchent avant terme, soit parce que le travail se déclare prématurément par les seuls efforts de la nature, soit parce que l'art est obligé d'intervenir à cause des dangers que court la femme enceinte, en dehors même du vice de conformation du bassin. Ces dangers ont leur source dans la compression de l'utérus, qui est logé entre les fausses côtes et les crêtes iliaques, dans un espace trop restreint, dont le développement ne peut se faire qu'avec une extrême difficulté, et détermine des douleurs, des accès d'oppression qui vont jusqu'à l'orthopnée et font courir à la femme enceinte des risques d'asphyxie.

Ce qu'il y a à remarquer encore, c'est la fréquence de la position postérieure du dos du fœtus dans les différentes présentations. La fréquence de cette position paraît devoir être attribuée à l'étroitesse du ventre, et aussi à la lordose compensatrice qui exerce son influence non-seulement sur la forme de l'abdomen, mais sur celle de l'utérus ; cet organe, ne trouvant pas dans la cavité rétrécie du ventre un espace suffisant pour son développement final, son fond est obligé de s'incliner en avant, vers la symphyse.

A l'égard du mécanisme de l'accouchement, les choses se passent tout autrement dans les bassins cyphotiques que dans les bassins rachitiques. Tandis que dans ces derniers la partie fœtale tend à se placer transversalement et se trouve arrêtée au détroit supérieur, ici, au contraire, le cours de l'accouchement ne devient anormal qu'à une époque beaucoup plus avancée du travail, au moment où l'accoucheur croit que l'expulsion du fœtus va se terminer dans un bref délai. De l'examen des faits que rapporte M. Chantreuil, d'après différents observateurs, il résulte que les temps d'engagement et de descente s'exécutent facilement. Quant au dégagement, il présente des difficultés variables, suivant le degré du rétrécissement, suivant la présentation, le volume de l'enfant, suivant certaines circonstances particulières. Mais ce qu'il importe de savoir, c'est que toutes les conditions défavorables se trouvent concentrées au détroit inférieur ; le rapprochement et la rotation en dedans des branches du pubis, le rapprochement des ischions, des épines sciatiques, et enfin une étroitesse anormale du diamètre coccy-pubien sont des obstacles accumulés à l'issue du bassin que la partie fœtale ne pourra franchir si la grossesse parvient à son terme, à moins qu'il ne survienne quelque phénomène imprévu et favorable, comme le ramollissement, la mobilité des articulations du bassin permettant l'écartement des pièces osseuses dont il est formé. L'accouchement spontané peut avoir lieu dans ce cas.

Le pronostic varie évidemment selon le degré de rétrécissement et le volume du fœtus ; il est généralement sérieux. Sur 14 femmes et 23 accouchements, dont 16 à terme, il y a eu 9 décès pour les mères et 14 pour les enfants.

Quelle conduite doit tenir l'accoucheur en présence d'une pareille espèce de rétrécissement ?

Le moyen qui se présente naturellement à l'esprit est l'application du forceps. Mais si l'enfant, étant à terme et se présentant par le sommet, le diamètre biischiatique est de 9 centimètres ou au-dessous, ce qui est le plus habituel dans ce cas, il n'y aura pas de place à la fois pour la tête et pour le forceps. L'application de cet instrument sera d'ailleurs impossible si la tête est enclavée. Si le diamètre bi-ischiatique varie entre 85 millimètres et 11 centimètres, on pourra essayer l'application du forceps, à la condition de choisir un instrument délicat, court et à petite courbure ; mais au-dessous de 85 millimètres, on n'aura plus d'autre ressource que l'alternative du choix entre la perforation du crâne et l'opération césarienne.

Mais avant d'en venir à cette grave détermination, M. Chantreuil conseille d'attendre un certain temps, afin de constater s'il ne survient pas de mobilité dans les articulations du bassin, cet accident ayant permis, dans une circonstance, l'accouchement spontané, et dans un autre cas, l'application du forceps.

Il faut enfin s'assurer que la tête enclavée ne progresse en aucune façon, avant de se décider à intervenir, et le faire avec résolution quand on est convaincu que la mère et l'enfant courent des dangers sérieux.

Parmi les divers instruments proposés pour cette opération, celui auquel M. Chantreuil est disposé à donner la préférence, comme plus commode à la fois et s'adaptant mieux aux conditions particulières de ce vice de conformation, est le cranioclaste de Simpson. Cet instrument, inférieur au céphalotribe, quand il s'agit de broyer et d'extraire une tête située au-dessus du détroit supérieur, rétréci dans son diamètre droit, lui est préférable dans cette circonstance, où l'on n'a besoin ni d'une grande longueur ni d'une courbure prononcée.

M. Chantreuil est d'avis qu'on ne peut guère reculer la limite d'action de cet instrument au delà de 5 centimètres. Au-dessous de ce chiffre, il ne reste de ressource que dans l'opération césarienne, surtout quand l'enfant est vivant.

La symphyséotomie serait-elle applicable dans ce cas? M. Chantreuil incline à le croire, mais sans se prononcer cependant d'une manière formelle à cet égard, faute de faits suffisants à l'appui.

On a supposé, jusqu'à présent, la femme à terme. La question change lorsque les femmes atteintes de cette difformité vont trouver l'accoucheur dans le cours de la grossesse. C'est dans ces conditions surtout qu'il est utile que les praticiens soient fixés sur la manière d'agir en pareil cas. L'accouchement prématuré se présente tout naturellement à l'esprit. A quelle époque conviendra-t-il d'y avoir recours? On comprendra aisément que le choix de l'époque est subordonné à la relation qui existe entre les dimensions du crâne du fœtus aux différentes périodes de son développement et le degré du rétrécissement bi-ischiatique. D'après M. Tarnier, les dimensions de la tête fœtale peuvent approximativement être fixées de la façon suivante : à sept mois, le diamètre bi-pariétal, ou grand diamètre transversal, mesure 7 centimètres; à sept mois et demi, il mesure 7 centimètres et demi; à huit mois, 8 centimètres; à huit mois et demi, 8 centimètres et demi; à neuf mois, 9 centimètres.

Tout ce qui précède s'applique au cas de présentation de l'extrémité céphalique. Si l'on avait affaire à une présentation de l'extrémité pelvienne; il faudrait, au début de la période d'expulsion, ne pratiquer aucune traction, afin d'éviter le redressement du bras et l'extension de la tête; mais si, après la sortie de la plus grande partie du tronc, l'expulsion de la tête se faisait attendre, il faudrait, par quelques tractions modérées, hâter la terminaison du travail; si celles-ci étaient insuffisantes, il faudrait appliquer le forceps. Si le rétrécissement est très-prononcé, on est réduit à faire la crâniotomie et la céphalotriphie, et même quelquefois à séparer la tête du tronc par la section du cou, après avoir diminué le volume des parties.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet le n° 2 des cahiers publiés par les soins du chirurgien en chef des troupes des États-Unis.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° une note complémentaire de M. le docteur Boens (de Charleroi) sur l'alimentation des nouveau-nés (Commission des nourrissons).

M. le secrétaire annuel donne lecture de la lettre suivante :

« Monsieur le président,

« Par son testament, M. le professeur Grisolle a exprimé le désir qu'il fût fait deux copies du buste de son portrait par M. Robert-Fleury, son ami, pour être offertes, l'une à l'Académie, l'autre à la Faculté. Mme Grisolle et ses enfants ont prié M. Robert-Fleury de vouloir bien choisir le peintre qui serait chargé de faire ces copies; mais heureux de rendre un dernier hommage à la mémoire de son ami, M. Robert-Fleury n'a pas voulu confier à un autre main le soin de reproduire son œuvre, et il a exécuté lui-même ces deux portraits, qu'il a signés. Grâce à lui, le souvenir laissé par M. Grisolle à ses collègues aura, sa famille l'espère, plus de prix encore à leurs yeux.

» J'ai donc l'honneur, monsieur le président, au nom de Mme Grisolle et de ses enfants, de vous informer que le portrait destiné à l'Académie de médecine est dès à présent à sa disposition, et je vous serai reconnaissant de vouloir bien me faire savoir le jour où il vous conviendra que j'en effectue la remise entre vos mains.

« Bergeon, notaire à Paris. »

M. le Président adresse, au nom de l'Académie, des remercîment à M. Robert Fleury.

PRÉSENTATIONS

M. Denonvilliers présente une malade chez laquelle il a pratiqué, il y a un an, une opération d'autoplastie, pour un cancroïde qui avait détruit toute la paupière inférieure de l'œil droit, jusqu'à la membrane muqueuse, seule restée intacte. Une particularité a rendu l'opération très-difficile. Il a fallu d'abord enlever toute la partie malade, puis combler la perte de substance; pour cela, le chirurgien a taillé un lambeau triangulaire emprunté à la peau de la joue, lambeau qu'il a fait pivoter sur son pédicule et qu'il a inséré sur le grand angle de l'œil. Il a dû également disséquer la muqueuse palpébrale et y accoler la surface saignante du lambeau, pour refaire la paupière inférieure. La rétraction subie par le lambeau dans le sens de la longueur a été telle, qu'inséré dans le grand angle de l'œil, il semble maintenant l'avoir été vers le milieu de la paupière inférieure. M. Denonvilliers n'a jamais vu manquer cette rétraction en longueur des lambeaux autoplastiques, contre laquelle le chirurgien devra toujours se tenir en garde. Le résultat est très-beau, en ce sens que le lambeau est plein et ne présente pas ces bourrelets disgracieux que l'on observait autrefois à la suite des opérations d'autoplastie de la face. M. Denonvilliers en rapporte le mérite au progrès accompli grâce à l'initiative de M. Mirault (d'Angers). Il y a un an que l'opération est pratiquée, aujourd'hui il faut y regarder de très-près pour apercevoir la cicatrice du lambeau.

La malade est examinée par divers membres de l'Académie.

M. Devilliers met sous les yeux de l'Académie un appareil à fractures construit sur les indications de M. le docteur Lemaire, de Cosne (Nièvre).

M. Depaul dépose sur le bureau une lettre de M. le docteur Mauricet (de Vannes), par laquelle il proteste contre les assertions avancées par M. le docteur Bourdais. M. Mauricet annonce des développements plus complets pour plus tard.

M. Béclard dépose sur le bureau la 6e édition de son *Traité élémentaire de physiologie.*

M. Béclard, au nom de M. le docteur Leven, dépose sur le bureau de l'Académie un travail intitulé : *Des fonctions de la trachée dans l'acte de la respiration.*

M. Larrey offre en hommage un ouvrage en deux volumes intitulé : *Conférences internationales des sociétés de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer.*

M. Guérard dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Considérations nouvelles sur le bain turc*, par M. le docteur Seeligmann.

M. Briquet présente, au nom de M. le docteur Mignot, une observation de fracture non consolidée du fémur.

M. J. Guérin dépose, au nom de M. le docteur Luis Munos, ancien directeur de la vaccine à Mexico, un travail sur les questions les plus importantes relatives à la vaccine. L'auteur y fait remarquer que depuis 60 ans les vaccinations ont été pratiquées avec du vaccin humanisé, qui n'a été renouvelé qu'une seule fois. On n'a jamais constaté de dégénérescence de ce vaccin ni de cas de variole chez les vaccinés.

M. J. Guérin ajoute quelques mots au sujet des observations de syphilis vaccinale publiées par M. Bardinet (de Limoges), et sur lesquelles M. Depaul a attiré l'attention de l'Académie. M. J. Guérin fait remarquer que cette observation n'a nullement la valeur que M. Depaul lui a attribuée. Il s'appuie en cela sur les propres paroles de M. Bardinet, qu'il cite textuellement :

« Quand on lit les observations que je viens de rapporter, il est une préoccupation qui, me semble-t-il, doit venir tout d'abord à l'esprit, et que j'ai déjà signalée : l'enfant vaccinifère avait tout à la fois des pustules de vaccin et des pustules de syphilis; — la sage-femme ne s'est-elle pas trompée? n'a-t-elle pas inoculé aux uns du vrai vaccin, aux autres du fluide syphilitique? On s'expliquerait ainsi que les uns aient été atteints, que les autres soient restés indemnes. »

Le fait de M. Bardinet, répond M. Guérin, n'offre donc pas les caractères d'un fait probant de syphilis vaccinale. D'ailleurs, il n'existe pas dans la science un seul fait de ce genre qui soit de nature à entraîner la conviction d'un esprit sévère.

M. Depaul répond qu'il résulte des termes mêmes de la brochure de M. Bardinet, qu'il s'agit bien d'un vaccinifère syphilitique. Qu'importe au fond qu'à côté des pustules syphilitiques, le vaccinifère ait eu des pustules vaccinales? En est-il moins pour cela un vaccinifère syphilitique, ayant transmis la syphilis à 4 enfants sur 8 qu'il a servi à vacciner?

M. J. Guérin répond que cela importe beaucoup, puisque les partisans de la syphilis vaccinale ont prétendu, jusqu'à ce jour, que l'on pouvait transmettre la syphilis avec le virus vaccin. Si donc, comme il semble résulter des faits de M. Bardinet, 4 vaccinés n'ont eu la syphilis que parce qu'on leur aurait inoculé des pustules syphilitiques, tandis que les quatre autres, auxquels on aurait inoculé seulement le liquide des pustules vaccinales sont resté indemnes, que devient la doctrine soutenue par M. Depaul?

— M. le Président déclare une place vacante dans la section des associés libres.

M. le président annonce ensuite qu'il y aura samedi prochain, 27 novembre, une séance supplémentaire. L'Académie, consultée sur le règlement de l'ordre du jour de cette séance, décide qu'elle sera consacrée à la continuation de la discussion sur la vaccine animale.

RAPPORTS

M. Vigla, rapporteur de la commission du prix de l'Académie, soumet à l'approbation de la compagnie la question suivante, pour servir de sujet pour le concours de 1871 : de l'ictère grave. (Adopté.)

M. Alphonse Guérin demande que l'Académie mette à l'ordre du jour d'une des prochaines séances la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

M. Alphonse Guérin donne lecture du rapport sur le prix Godard. Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées.

M. Briquet donne lecture de la seconde partie du rapport sur le service général des épidémies pour l'année 1868. Les conclusions de la commission, proposant de décerner des médailles d'or, des médailles d'argent, des médailles de bronze et des mentions honorables, sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 10 novembre 1869. — Présidence de M. Alp. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine de l'Ouest.* — Le *Montpellier médical.*

— *Tétanos clonique*, par le docteur Jouon, de Nantes. Brochure in-8°.

— *Deux cas d'ovariotomie suivis de succès*, par le docteur Letenneur, de Nantes. Brochure in-8°.

— *Transactions of the Clinical Society of London.* T. II.

— Lettre de remercîments de M. le secrétaire du Collége des chirurgiens de Londres pour l'envoi du dernier fascicule des Mémoires de la société.

— M. le docteur Chairon, médecin de l'asile du Vésinet, adresse un mémoire intitulé : *Étude clinique sur le traitement des tumeurs sous-cutanées et sur l'emploi de la pâte sulfo-safranée.* Renvoyé à une commission composée de MM. Guyon, Tillaux et Le Fort.

— M. le docteur Falien adresse à la Société une lettre dans laquelle il exprime l'opinion que la déformation crânienne, récemment décrite par M. Guéniot, serait plutôt congénitale que due à une pression prolongée comme le pense M. Guéniot.

M. Louis Thomas (de Tours), adresse l'observation suivante :

Luxation de l'avant-bras en dedans. — Le nommé G... (Jules), soldat au 2e régiment de ligne, âgé de 21 ans, admis à l'hôpital de Tours, le 20 octobre 1869, me raconte que le 24 juin dernier, étant assis dans une charrette, un choc le projeta violemment sur le sol. Il tomba sur le côté gauche du corps. Cette chute détermina, outre plusieurs lésions insignifiantes, un gonflement considérable du coude gauche et l'abolition complète des mouvements de l'avant-bras. Un médecin, mandé quelques heures après l'accident, crut avoir affaire à une fracture et appliqua un appareil. Quinze jours après, le gonflement ayant disparu, il reconnut qu'il avait commis une erreur et qu'il existait une luxation, mais il la jugea trop ancienne pour en tenter la réduction.

A l'examen de la région, je constate, à première vue, une déformation très-prononcée. L'avant-bras, en supination, forme avec le bras un angle rentrant en dedans au lieu de l'angle saillant que forme, à l'état normal, l'épitrochlée. En dehors, existe une disposition inverse, c'est-à-dire un angle saillant au niveau de l'épicondyle. En avant, le biceps se dessine sur le côté interne du bras. En arrière, sur la ligne médiane, au niveau du siége habituel de l'olécrane, existe une dépression très-accusée.

Par le toucher, on s'assure que la saillie qui existe sur le côté externe du coude est formée par l'épicondyle et le condyle, au-dessous desquels une dépression très-prononcée, surtout en arrière, indique l'abandon, par le radius, de ses rapports normaux. En dedans du biceps, une légère saillie est reconnue pour être l'épitrochlée. En arrière, sur la ligne médiane, le doigt pénètre dans la cavité olécranienne. Le tendon du triceps se dessinant sous la peau est dirigé obliquement en dedans, conduit sur l'olécrane, reconnaissable encore à cette particularité qu'il décrit des arcs de cercle dans les mouvements de flexion et d'extension qu'on imprime à l'avant-bras. Peu saillant en arrière, l'olécrane déborde légèrement en dedans l'épitrochlée, au-dessous de laquelle on reconnaît la présence de l'apophyse coronoïde. L'épitrochlée se trouve donc embrassée par le sinus sygmoïdien, et c'est autour de cette saillie, jouant le rôle de la trochlée que s'exécutent les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras. En dehors de l'olécrane, on sent distinctement la trochlée et principalement son bord interne; puis, au-dessous d'elle, une saillie arrondie à laquelle se transmettent les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras. On reconnaît ainsi que cette saillie est formée par la tête du radius dont le rebord de la capule déborde légèrement la trochlée en arrière. La lésion que présente le malade est donc une luxation incomplète en dedans de l'avant-bras, appartenant à la variété radio-postérieure, admise par M. Denucé.

Les mouvements de pronation, de supination et d'extension s'exécutent complétement. Seule la flexion est limitée; ainsi elle ne dépasse guère l'angle droit que de quelques degrés, assez cependant pour porter la main à la bouche. Tous ces mouvements, qui s'accompagnent parfois de craquements, s'accomplissent avec assez de force, et G... se sert de son membre presque aussi facilement que celui du côté opposé. Il est néanmoins possible d'imprimer à l'avant-bras de légers mouvements de latéralité. Ce défaut de solidité me semble dû à ce que l'épitrochlée ne peut, comme la trochlée, remplir exactement le sinus sygmoïdien. Malgré cela, l'état du membre est si satisfaisant que je ne crois pas devoir tenter, quatre mois après l'accident, une réduction à coup sûr difficile et peut-être même impossible. Le blessé eût du reste sans doute repoussé toute tentative de réduction.

Quelque incomplet qu'il soit, ce fait, qui, par sa rareté, mérite déjà d'être signalé, présente une certaine importance. Il montre en effet que les luxations de l'avant-bras en dedans peuvent être abandonnées à elles-mêmes sans grand préjudice pour le blessé. Les fonctions du membre peuvent se rétablir rapidement et presque complétement. Bien plus, je suis porté à croire que, chez mon malade, la nouvelle articulation acquerra plus tard la solidité qui lui fait actuellement défaut, la cavité sygmoïde venant à se rétrécir et par suite à embrasser plus étroitement l'épitrochlée.

Adénome de la région parotidienne. Ablation. Récidive locale. Généralisation probable. Mort. — (M. Ancelet, de Vailly-sur-Aisne.) — Il s'agit d'une dame de 56 ans portant une tumeur de la région parotidienne qui fut enlevée par M. Ancelet, et dont les caractères parurent à M. Lancereaux, d'après l'examen microscopique, être ceux d'un adénome parotidien. M. Broca, en raison de l'altération des tissus qui lui furent envoyés, resta dans le doute sur la nature histologique de la tumeur. Un an après, une nouvelle tumeur parut dans la même région, accompagnée de paralysie du moteur oculaire commun, d'anesthésie du côté correspondant de la face, plus tard d'émiplégie faciale. La malade mourut trois ans après l'apparition de la première tumeur, sept mois après la récidive.

Rétrécissement considérable du bassin par ostéomalacie après deux accouchements normaux. — Embryotomie. M. Piachaud, de Genève.) — Une femme, mariée à 27 ans, après deux accouchements normaux et un troisième assez difficile, vit, pendant une quatrième grossesse, survenir des douleurs qu'on prit pour rhumatismales, mais qui n'étaient que le symptôme d'une ostéomalacie. Au moment de l'accouchement, on constata, dans le bassin, la présence d'une tumeur saillante, arrondie, formée par l'angle sacro-vertébral, poussé en bas et en avant. En même temps, les branches ischio-pubiennes s'étaient rapprochées. Le diamètre

sacro-pubien était réduit à 6 ou 7 centimètres. Bien que l'enfant fût vivant, on fit la crâniotomie. La mère guérit sans accident.

Statistique des opérations.

M. le docteur Taillard, de Maiche (Doubs), pratique rurale, 1865-1868.

Amputation du bras, deux guérisons.

Amputation du 5e métatarsien, mort d'infection purulente.

Castration, une guérison.

RAPPORT

M. FORGET. Certains états pathologiques, caractérisés par l'apparition instantanée et le développement rapide de tumeurs qui envahissent en quelques instants la plus grande partie du plancher de la bouche, constituent un accident qui ne manque pas d'une certaine gravité; c'est ce que démontre le fait suivant, que M. Bouchard, interne de l'hôpital Necker, vous a communiqué dans le courant de l'année dernière, et dont je suis appelé à vous entretenir aujourd'hui, à titre de rapporteur.

Observation sur un cas de grenouillette aiguë. — Le 15 mai 1868, M. Bouchard, de service à la salle de garde, est appelé en toute hâte dans le voisinage de l'hôpital Necker, auprès d'une femme qui depuis quelques instants était en proie à une asphyxie imminente.

Enceinte de huit mois, cette femme était étendue sur un fauteuil, la tête fortement renversée en arrière, le visage injecté, les yeux larmoyants; la dyspnée était excessive, et la respiration très-bruyante.

Les deux côtés de la région sus-hyoïdienne sont fortement distendus; la bouche, entr'ouverte, laisse apercevoir une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, qui refoulait la langue en arrière et en haut vers la voûte palatine, en s'inclinant à droite, de sorte que la cavité buccale se trouvait entièrement remplie, et ne permettait à l'air de passer que par un petit espace situé à gauche. Cette tumeur avait une couleur livide et offrait l'aspect d'un épanchement sanguin sous-muqueux; il est dit, en outre, dans l'observation, qu'il existait une salivation abondante.

En interrogeant les antécédents, M. Bouchard apprit du mari de la malade (ayant elle-même la parole trop embarrassée pour s'expliquer), qu'une demi-heure environ avant l'apparition des accidents, en buvant un verre de vin, elle avait senti se former subitement dans sa bouche une tumeur qui prit un volume considérable en quelques instants; qu'antérieurement, toutefois, sa femme avait eu dans le même endroit une grosseur du volume d'une petite noisette, qui quelques mois auparavant avait été ouverte, et avait donné issue à un liquide analogue à du blanc d'œuf.

La première question qu'eut à résoudre l'auteur de cette observation, fut celle du diagnostic de la tumeur. Quelle était son origine? quelle était la composition du liquide qu'elle renfermait? car c'était bien une tumeur formée par l'accumulation d'un liquide; la fluctuation ne laissait à cet égard aucun doute.

« Je trouvai, dit M. Bouchard, cette tumeur fluctuante; or, son développement si rapide et sa coloration, quelle présentait sous la muqueuse buccale me fit immédiatement penser à un épanchement sanguin, opinion que partagea mon collègue M. Alling, à qui je demandai avis... »

Ce diagnostic porté, ces deux messieurs jugèrent le cas assez sérieux pour proposer à la malade d'entrer immédiatement à l'hôpital Necker, ce quelle accepta, et pour mander aussitôt le chef du service, M. Guyon, dont l'intervention leur parut nécessaire.

Sur ces entrefaites, le médecin ordinaire de la malade, mandé depuis une demi-heure, arriva, et sans plus tarder, après examen de la tumeur, il en excisa une partie, et fraya ainsi une ouverture par laquelle s'écoula une quantité considérable de liquide analogue à du blanc d'œuf, sans mélange de sang, si ce n'est celui fourni par la plaie.

« Je n'étais pas présent à l'opération, dit M. Bouchard, le médecin étant survenu à mon insu, et quand je revis la malade, après ma première visite, la tumeur avait été complétement vidée au moyen d'une perte de substance faite avec des ciseaux sur le plancher buccal; le liquide albumineux qui en sortit nous apprit que nous avions évidemment affaire à une *grenouillette aiguë*... »

Ici, messieurs, j'ouvre une parenthèse et m'y enferme un instant, afin de rechercher la cause d'une erreur qui a induit le diagnostic en une fausse voie. La découvrir et la mettre en relief, c'est, ce me semble, fixer sur elle l'attention du praticien et le prémunir, le cas échéant, contre une semblable méprise.

Or, c'est pour avoir négligé un précepte essentiel et fondamental en saine clinique, qui prescrit, dans l'étude des productions accidentelles ou *néoplasia* morbides d'une région quelconque de l'organisme, de considérer d'abord la diversité des éléments anatomiques qui la constituent, d'apprécier avec soin les aptitudes fonctionnelles de ceux-ci, la prédominance relative des uns ou des autres, au double point de vue du développement et du dynamisme vital: toutes conditions qui peuvent servir à déterminer la nature du fait pathologique, à éclairer son origine, et à rendre raison de son développement. C'est, disons-nous, pour avoir négligé cette enquête que l'auteur a fait fausse route.

Dans l'espèce, en effet, en prenant en considération les appareils de sécrétion dont la région sublinguale est si abondamment pourvue, la multiplicité des glandes salivaires, dont l'activité fonctionnelle y est incessamment en jeu, et enfin le nombre considérable de conduits excréteurs qui sillonnent en sens divers le plancher de la bouche, il n'est pas douteux que l'auteur n'eût été conduit à se demander s'il n'était pas plus rationnel de placer le point de départ de la néoplasie morbide dans une lésion de canalisation de l'appareil sécrétoire, ayant eu pour résultat immédiat la rétention du liquide sécrété à l'intérieur des voies naturelles ou en dehors d'elles par suite d'une sorte d'infiltration dans le tissu sous-muqueux, que d'admettre, pour expliquer son développement rapide et instantané, un épanchement de sang dont l'abondance supposait une rupture d'un vaisseau d'une certaine importance, qu'aucune altération anatomique antérieure n'autorisait d'ailleurs à admettre.

Mais il y avait bien un précédent morbide, qui, pour le genre d'opération qu'il avait exigé, ne laissait aucun doute sur son siége et sur sa nature, et établissait une filiation évidente et directe entre lui et la néoplasie actuelle; eh bien, chose singulière, qui prouve tout l'empire d'une préoccupation, même sur de bons esprits, et fait voir à quel point d'aveuglement on peut être conduit par une idée préconçue, ce précédent, qui était une indication lumineuse pour le diagnostic de la tumeur actuellement existante, resta oublié et comme non avenu pour l'observateur, qui, dans son appréciation clinique, n'en a tenu aucun compte. Quoi qu'il en soit, le fait que vous a communiqué M. Bouchard est digne de fixer votre attention. C'est un exemple rare d'une variété de grenouillette dont l'existence a été contestée et dont l'origine et le mode de formation, pour ceux qui l'admettent, a été l'objet de nombreuses controverses.

Un cas analogue est cité dans le travail de M. Bouchard; il le doit à son collègue d'internat, M. Mahot, qui l'a observé à l'hôpital de Nantes sur un homme dont le plancher de la bouche, pendant qu'il mangeait, devint subitement le siége d'un gonflement tellement considérable que les mouvements de la langue devenaient impossibles.

Cet individu vint, tout effrayé, consulter un chirurgien de l'hôpital, qui constata de chaque côté du frein une tumeur du volume d'un œuf de poule, d'apparence bleuâtre et transparente. Il pratiqua une incision qui donna issue à un liquide semblable à du blanc d'œuf.

La tuméfaction se reproduisit peu après et exigea une nouvelle opération qui, cette fois, fut suivie d'une injection iodée.

Puisque l'occasion m'en est fournie, j'ajouterai à ces deux faits une observation qui m'est propre. C'est celle d'une dame âgée d'une quarantaine d'années, qui me fit appeler en toute hâte, au milieu de son repas, fort effrayée d'un gonflement considérable survenu tout à coup, et ayant des proportions telles qu'elle ne pouvait plus avaler, et que la respiration était gênée.

L'examen de la bouche me fit voir un soulèvement en masse du plancher buccal, mais plus particulièrement accentué à gauche, où il se prolongeait dans toute l'étendue du sillon linguo-maxillaire jusqu'à l'origine du pilier du voile du palais. La tumeur qui en résultait offrait, en avant, sur le côté du frein, un renflement notable, et se continuait dans la direction que je viens d'indiquer, sous la forme d'un doigt de gant fortement distendu.

Une ponction, suivie d'une légère incision, livra passage à un liquide albuminoïde assez consistant. La détuméfaction des parties, qui en fut la conséquence, fit cesser la douleur et rendit à la langue la liberté de ses mouvements. La malade, pouvant alors parler, m'apprit que déjà elle avait, trois fois depuis six mois, éprouvé, toujours en mangeant, un accident analogue, mais beaucoup moins prononcé. La mastication devenait douloureuse; un gonflement notable se manifestait. Elle suspendait alors son repas, et quelques instants après elle se trouvait débarrassée de la douleur, qui n'était que momentanée. Toutefois elle conservait, dans la région génio-linguale, un peu plus en arrière, un gonflement persistant à un degré notable, comme j'ai pu m'en convaincre par la suite.

En effet, m'étant borné à ne faire qu'une simple ouverture évacuative à la tumeur, celle-ci ne tarda pas à croître de nouveau, si bien que quelques jours ne s'étaient pas écoulés que, m'étant trouvé chez cette dame à l'heure de son repas, je vis se reproduire en partie les accidents auxquels j'avais été appelé déjà à remédier.

Je n'eus plus aucun doute sur le siége et la nature de l'affection, que je qualifiai de grenouillette diffuse, la rattachant à une extasie primitive des conduits salivaires, qui, suivant moi, en était le point original.

Quant au traitement auquel j'eus recours, de palliatif qu'il avait été une première fois, je le rendis radical en associant à une incision étendue de la paroi du kyste la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent pratiquée à plusieurs reprises.

Dans l'observation communiquée par M. Bouchard, comme dans celle de son collègue, M. Mahot, il est bon de noter que c'est la teinture d'iode qui fut employée avec succès comme agent thérapeutique.

Ici, messieurs, se termine ma tâche de rapporteur. Je vous ai exposé le côté pratique d'une observation qui, sous le rapport du diagnostic, renferme un *desideratum* qu'il était du devoir de la critique de faire ressortir dans un but d'enseignement utile, et qui ne peut, en quoi que ce soit, diminuer à nos yeux le mérite scientifique de l'auteur, qui compte à juste titre au nombre des membres distingués de l'internat, auquel je vous propose d'adresser des remercîments pour son intéressante communication.

Maintenant, messieurs, un dernier mot sur l'hystologie de ces tumeurs sublinguales me semble être ici à sa place.

A deux reprises déjà, la Société de chirurgie a eu à traiter cette question de genèse morbide, une première fois en 1849, à la suite du rapport de M. Danyau, sur mon mémoire ayant trait *à la nature, à l'origine et au siége de la grenouillette* (1); et une seconde fois en 1853, à propos de celui que je fis moi-même sur le travail de notre regretté collègue Jarjavay, qui a pour titre: *De la dilatation des conduits excréteurs des glandes parotide, sous-maxillaire et lacrymale* (2).

Partisan de l'opinion qui prétend que plus une région est pourvue de glandes et de conduits excréteurs, plus les kystes s'y observent fréquemment, je soutins alors, contre de nombreux opposants, que le siége initial de la grenouillette était à l'intérieur des voies salivaires, dont l'ampliation constituait l'origine de cette tumeur.

Peut-être, à cette époque, la discussion porta-t-elle trop exclusivement sur la glande sous-maxillaire et son conduit excréteur, sans tenir compte assez des autres organes de sécrétion, fort nombreux dans l'épaisseur des parois de la bouche, et qui, plus fréquemment peut-être que le canal de Warthon lui-même, sont le point de départ des kystes de cette région.

Cette indication étiologique a été précisée, admise dans ces dernières années, surtout par l'un de mes honorables collègues, qui dans sa thèse inaugurale, publiée en 1862, a donné l'anatomie exacte de la glande sublinguale et de ses nombreux conduits excréteurs... « Il n'est pas étonnant, dit M. Tillaux, que les chirurgiens, lors de la discussion soulevée il y a quelques années à la Société de chirurgie, n'aient point été d'accord sur le siége de cette affection. Cela ne doit pas surprendre, puisque la structure de l'organe principal de la région sublinguale était très-imparfaitement connue. Pour nous, ajouta-t-il, la grenouillette est due à la dilatation d'un des conduits excréteurs de la langue sublinguale, par suite de l'oblitération de ce conduit. »

En faveur de cette origine, milite l'autorité du professeur Claude Bernard, qui, dans sa leçon de physiologie expérimentale, enseignait en 1856 que l'obstruction des canaux de Rivini produisait la dilatation des petits lobules de la glande sublinguale et la formation d'un véritable kyste salivaire.

Ainsi se prononce, de plus en plus, l'opinion des anatomo-pathologistes sur cette question d'histologie, dont la solution, que j'ai vivement soutenue il y a vingt ans, n'est plus guère contestable aujourd'hui. En Allemagne comme en France, elle est acceptée, et la grenouillette n'est plus considérée comme une poche de formation nouvelle, mais comme une ectasie des courants des glandes salivaires.

Personne jusqu'à présent, dit Wirchow, dans le second volume de son remarquable *Traité de la pathologie des tumeurs*, n'a pu démontrer que les grandes formes de la grenouillette procèdent des petits kystes muqueux; quant à un hygroma procédant de la prétendue bourse muqueuse attenant, d'après Fleischmann d'Erlangen, au muscle génio-glosse, cette origine est inadmissible, tant que son existence n'aura pas été mise entièrement hors de doute. Or, « j'ai moi-même été, dit encore Wirchow, tout aussi malheureux que nombre d'autres observateurs attentifs; je n'ai jamais réussi à pouvoir découvrir une semblable bourse muqueuse. »

Mais ce n'est pas exclusivement la glande sublinguale et ses appendices qui sont le siége de la grenouillette: des faits nombreux prouvent que les conduits des glandes sous-maxillaire et parotide peuvent également se prêter à son développement.

Prétendre que les canaux de Warthon et de Sténon ne sauraient se dilater au point de produire une semblable ectasie, c'est, dit Virchow, se fonder sur une connaissance incomplète de la littérature chirurgicale et sur une observation incomplète. A ce propos, il rappelle que dans le *Traité de chirurgie* de Bruns (Tubingen, 1859), on trouve une masse de faits rassemblés, qui démontrent l'existence de la grenouillette à l'intérieur du conduit de Sténon. Il ajoute, d'après ses propres observations, que la même maladie se rencontre dans le pancréas; *grenouillette pancréatique*, c'est le nom qu'il lui donne.

Déjà moi-même, en 1849, dans mon mémoire qui est inséré dans le troisième volume de nos fascicules, j'avais insisté sur cette identité morbide, la fondant sur deux cas analogues de kystes du pancréas empruntés au *Traité d'anatomie pathologique* de M. Cruveilhier.

Au surplus, qu'il y ait une limite à l'extensibilité des conduits excréteurs, au delà de laquelle ils ne peuvent se prêter à l'ampliation de la tumeur, et que son volume incessamment accru, entraîne, nécessairement une modification de structure de la cavité kystique, c'est ce qui ne peut être contesté.

Pour moi, la notion du mécanisme suivant lequel s'opère cette modification m'a été donnée par la description anatomique que j'ai eu occasion de faire en 1844 (*Bulletin général de thérapeutique*, du Galactocèle). La dissection d'un kyste mammaire, qui a une grande analogie avec celui des glandes salivaires, m'a démontré à quel degré de dilatation considérable pouvaient atteindre les vaisseaux galactophores, en même temps qu'elle m'a permis de constater l'existence d'une poche centrale correspondant à la partie la plus développée de la tumeur, se confondant avec le tissu connectif ambiant, et présentant à sa surface interne les ouvertures multiples de plusieurs conduits galactophores, dont le calibre offrait des dimensions considérables.

Cette interprétation histologique, que j'avais développée à l'appui de ma manière de voir sur le siége primitif de la grenouillette et ses transformations successives, a été reprise en 1862 par Friedrich Pauli, dans un travail sur le même sujet (*Pathologie des tumeurs*, Virchow, t. II), et il en a fait la base d'une division nosologique qui comprend deux stades différents dans l'évolution des tumeurs sublinguales; l'un, où le conduit est dilaté, c'est ce qu'il appelle *ptyalectasie*, dont il a démontré l'existence par la ligature du conduit chez le chien; et l'autre, où le conduit venant à se rompre, soit par fissure ou ulcération, le liquide s'infiltre dans les tissus ambiants, qui, par leur tassement progressif et incessant, concourent ainsi à l'agrandissement du kyste primitif; c'est à cette dernière forme qu'il donne le nom de *ptyalocèle*.

En résumé, la dénomination importe peu; si le fait pathogénique dont j'ai moi-même donné la description en 1844, dans mon mémoire sur le galactocèle, est, comme je le crois, exact et vrai, on a ainsi désormais la clef de la genèse et du développement successif de cette variété du kyste, si commune non-seulement à l'intérieur de la bouche, mais encore dans tous les tissus, organes, riches en appareils glandulaires.

DISCUSSION

M. DESPRÉS. Je ne sais si dans l'observation de M. Bouchard il est fait mention de l'examen de l'état du conduit de Warthon. Il serait, en effet, intéressant de savoir si la grenouillette aiguë était ou non due à une oblitération de ces conduits. Il y a peu d'exemples de grenouillettes chroniques causées par une oblitération du conduit de Warthon; on connaît toutefois une observation dans laquelle il existait une oblitération causée par une soie de sanglier introduite dans ce canal; mais les calculs salivaires n'amènent pas cette sorte d'accidents. M. de Closmadeuc, dans sa remarquable thèse sur les calculs salivaires, a montré que ceux du canal de Warthon ne l'oblitéraient pas, et qu'il n'y avait pas de grenouillette concomitante.

Dans la grenouillette aiguë, dont M. Laugier a fourni depuis longtemps des exemples, on n'a point constaté d'oblitération des conduits, et il eût été curieux de rechercher s'il y en avait dans le cas dont il est aujourd'hui question.

M. GIRALDÈS. Lorsque l'on discute sur la nature et sur les variétés de forme de la grenouillette, on oublie trop souvent de faire une distinction importante entre les kystes qui se développent dans l'épaisseur de la glande sublinguale et ceux qui naissent dans l'épaisseur de la glande sous-maxillaire. Les premiers prédominent du côté

(1) *Mémoires de la Société de chirurgie*, tome II, page 219 et suiv.
(2) *Mémoires de la Société de chirurgie*, tome III, page 209 et suiv.

de la cavité buccale ; les seconds font saillie du côté du cou, et s'ils prennent un grand volume, ils se portent en bas, vers la racine du cou et non du côté de la bouche.

M. LÉON LE FORT appuie la distinction faite par M. Giraldès ; il a observé, à la Charité, sur un malade adressé par M. Andral, une grenouillette ayant pris naissance vers la deuxième grosse molaire dans les derniers acini de la glande sublinguale, et, cette année, un kyste salivaire de la glande sous-maxillaire siégeant au cou et coïncidant avec un autre kyste naissant de la sublinguale, c'est-à-dire les deux variétés de grenouillette. Dans la première variété, la ponction doit être faite dans la région du cou ; dans la seconde, c'est par la bouche que l'on peut et doit agir.

M. GUYON. M. Giraldès vient de rappeler les recherches anatomiques que j'ai faites sur les glandes sublinguales. Je dois d'abord déclarer que les recherches de M. Tillaux sont antérieures aux miennes, et que c'est bien à lui qu'est due la démonstration des conduits multiples du groupe de glandes désigné sous le nom de glande sublinguale. Mais j'ai montré qu'il existait cependant, chez quelques sujets, une véritable glande sublinguale avec un conduit semblable à celui que l'on connait chez les animaux sous le nom de conduit de Bartholin. En dernier lieu, je répondrai à M. Desprès que l'oblitération du conduit de Warthon est prouvée par plusieurs faits. J'en ai moi-même présenté un cas à la Société de chirurgie en 1866.

M. GIRALDÈS revendique la découverte du procédé qui, par l'immersion des glandes dans l'acide tartrique, permet leur préparation facile.

M. TILLAUX. Je n'ai pas cru devoir prendre la parole à ce sujet, car, dans mes diverses publications sur ce point, j'ai très-explicitement, et à plusieurs reprises, attribué à M. Giraldès la découverte de la méthode de préparation.

M. FORGET. M. Desprès me reproche de n'avoir pas cité le travail de M. Closmadeuc sur les calculs salivaires ; il renferme, dit-il, des observations qui démontrent l'existence de ces calculs sans dilatation du conduit de Warthon ; il ajoute avoir vu lui-même de semblables calculs creusés, sur une de leurs faces, d'un sillon. Dans tous ces cas il n'y avait pas de grenouillette. M. Desprès ne s'aperçoit pas qu'il fait lui-même la réponse à son objection. En effet, l'existence d'une sorte de rigole sur les calculs salivaires démontre qu'il n'y avait pas oblitération complète du conduit ; que le liquide salivaire, filtrant ainsi entre le calcul et la paroi du conduit, continuait d'être versé à l'intérieur de la bouche, et que des faits de ce genre ne prouvent rien contre l'existence de la grenouillette sous-maxillaire, puisque la condition indispensable à son développement, l'oblitération complète du conduit de Warthon n'avait pas lieu.

Quant à la possibilité de sonder ce conduit dans des cas de grenouillette, ce qui établissait la persistance de sa perméabilité, cela veut dire simplement qu'en pareil cas la maladie a son siége dans d'autres conduits salivaires, ce qui est d'accord avec la doctrine soutenue dans mon rapport.

Que si M. Desprès veut nier d'une manière absolue que la glande sous-maxillaire suit le point de départ de la grenouillette, je le renverrai à l'observation si concluante de M. Richet, que j'ai publiée dans mon mémoire, et dans laquelle l'autopsie a mis en toute évidence la dilatation du conduit de Warthon dans un cas de grenouillette intra-buccale opérée par M. Richet lui-même.

Au surplus, je ferai remarquer à M. Desprès, comme à M. Giraldès, que ce côté de la question ne rentrait pas dans le cadre de mon rapport, et je ne m'y suis arrêté qu'incidemment, l'ayant surtout et exclusivement envisagé dans mon mémoire sur la grenouillette, qui est inséré dans nos fascicules.

Un mot cependant encore à M. Giraldès au sujet de la grenouillette de la glande sous-maxillaire, qui offrirait comme caractère distinctif et constant de se développer du côté du cou, au-dessous de la base de la mâchoire. Que cela soit, je ne le conteste pas quand le kyste occupe la glande elle-même ; mais peut-on se refuser à admettre que son conduit, qui se rapproche du plancher de la bouche pour s'y ouvrir après avoir rampé sous la muqueuse, ne puisse, en se dilatant, constituer la grenouillette sublinguale ? C'est, je crois, se mettre en opposition avec des faits acquis et généralement acceptés.

Du reste, je ferai remarquer que la discussion a laissé dans l'ombre le fait capital de mon rapport, celui qui en constitue l'originalité, et qui me paraissait devoir surtout fixer l'attention de mes collègues ; c'est la possibilité de la formation instantanée d'une grenouillette volumineuse, que j'appelle diffuse, dénomination plus juste que celle de grenouillette aiguë. J'avais espéré que l'expérience de mes collègues aurait contribuer à élucider ce point de pathogénie.

Commission du prix Duval.

Sont élus : MM. Guyon, Panas, Desprès, Marjolin, Tarnier.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 21 novembre 1869, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Béguin, médecin principal de la marine.
Au grade de chevalier : M. Chadefaux, médecin de 2e classe.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Tedeschi et Lasnier, médecins-majors de 1re classe, et de M. Vernay, médecin-major de 2e classe.

— M. le docteur Édouard Meyer commencera son cours public sur les maladies des yeux, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, le mardi 30 novembre, à deux heures, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Un cours public des opérations sur les yeux, ainsi que des conférences cliniques, commenceront le lundi 6 décembre, à midi, rue de l'École-de-Médecine, 41.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 29 novembre 1869.

Le Bulletin hebdomadaire des décès, publié par les soins de l'administration de la ville de Paris remplit-il le but qu'on s'en est proposé? Est-il susceptible d'améliorations? Quelles sont celles qu'on pourrait y introduire? Telles sont les questions que nous allons rapidement examiner.

Nous avons défini et circonscrit le but de la publication de ce bulletin (1). Nous n'y reviendrons pas. — Sans doute on eût bien plus complétement atteint ce but si, au lieu de se borner à un relevé mortuaire qui ne donne, nécessairement, qu'un élément insuffisant pour la connaissance de la constitution médicale, et un renseignement relatif seulement pour la détermination de la fréquence de certaines maladies zymotiques et absolument nul pour celles d'entre elles qui ne se terminent que très-exceptionnellement par la mort, on eût pu inscrire, à côté des causes de décès, le nombre approximatif des cas de ces mêmes maladies observées et traitées durant la même période et en esquisser rapidement les caractères principaux et la physionomie spéciale. Mais tout désirable qu'il eût été de voir réaliser un pareil plan, on comprendra aisément qu'on ne pourrait réclamer de l'administration un pareil travail, qui exigerait le concours de la presque généralité des praticiens de Paris, ou tout au moins celui des sociétés savantes auxquelles ils sont pour la plupart agrégés, en admettant que toutes ces sociétés eussent des réunions assez fréquentes pour suffire aux exigences d'un bulletin hebdomadaire. C'est là un projet à étudier, et dont nous n'avons pas à nous occuper pour l'instant. — Revenons à ce qui est et au plan beaucoup plus modeste du bulletin de l'administration.

Ce plan admis, quelles maladies fallait-il inscrire au bulletin? En est-il parmi celles qu'il renferme qui y figurent indûment? Conviendrait-il d'y ajouter quelques-unes de celles qui en ont été éliminées et qui sont confondues sous le titre : *Autres causes*, avec la masse des autres maladies.

On ne contestera pas assurément la légitimité de la place qui a été faite dans la colonne des décès causés par les maladies régnantes, à la variole, à la rougeole et à la scarlatine, qui forment à elles trois le groupe naturel des fièvres éruptives endémiques à Paris. On ne le contestera pas davantage, sans doute, pour la fièvre typhoïde, pour l'érysipèle, pour les affections puerpérales, pour l'angine couenneuse et le croup. Le typhus, qui ne figurait pas dans les premiers bulletins, a dû y être ajouté plus tard, non pour Paris, mais pour Londres, où l'on désigne, comme on le sait, sous ce nom, une affection sans analogue chez nous, et qui diffère tout à la fois du vrai typhus épidémique et de notre fièvre typhoïde. Peut-être trouvera-t-on, avec quelque raison, que la fièvre typhoïde, qui est l'endémie pyrétique type de nos climats, ne représente pas cependant d'une manière suffisante, à elle seule, le groupe des affections fébriles. Il pourrait y avoir lieu, à l'occasion, d'en rapprocher les fièvres bilieuses qui règnent quelquefois épidémiquement; les fièvres intermittentes simples ou pernicieuses, qui bien que généralement assez rares à Paris, ne laissent pas, ces dernières du moins, que de produire de temps en temps quelques décès, et qui appartiennent essentiellement, d'ailleurs, à l'ordre des zymotiques; enfin les fièvres catarrhales, dont la grippe, si souvent épidémique dans nos climats, constitue un vrai type, classé à tort, suivant nous, parmi les affections des voies respiratoires, et qui trouverait mieux sa place naturelle dans le groupe général des fièvres.

Viennent ensuite, dans l'ordre de classification, la bronchite et la pneumonie. Ici nous sommes bien obligé de convenir qu'il y a quelque chose de fondé dans les critiques dont cette partie du Bulletin a été l'objet. On a remarqué, en effet, non-seulement l'insuffisance de la place réservée aux affections des organes respiratoires, sur le nombre et la fréquence desquelles le climat parisien a une si grande influence, mais encore l'inappropriation, ou plutôt le détournement des termes employés. Et d'abord, a-t-on dit, pourquoi avoir éliminé les pleurésies qui, dans la statistique mensuelle, donnent un chiffre de mortalité relativement assez élevé? On peut répondre à cela que les pneumonies et les pleurésies, si souvent congénères et étroitement unies entre elles étiologiquement comme elles le sont par le fait de leur fréquente simultanéité, pouvaient, sans trop d'inconvénients, au point de vue que se propose le Bulletin hebdomadaire, être confondues sous la dénomination commune de pneumonies. L'idée de cette confusion intentionnelle eût été mieux marquée par l'emploi du mot pleuro-pneumonies ou par la vieille expression vulgaire de fluxions de poitrine. Nous ne verrions, pour notre part, aucun inconvénient pour satisfaire les exigences de l'opinion en matière d'exactitude, à introduire dans le Bulletin à côté des pneumonies la désignation distincte des pleurésies.

Pour la bronchite, ce n'est pas sur le mot que peut porter la discussion, mais sur le sens abusif qu'on nous paraît lui avoir donné dans le Bulletin. Ici, qu'on nous permette de le dire, la commission doit être exonérée de tout reproche à cet égard, pour en laisser à qui de droit la responsabilité. A l'époque où ont paru les premiers Bulletins, notre collaborateur M. Revillout a fait la remarque très-juste que, tandis que les bronchites y figuraient pour un chiffre assez élevé, on n'en observait presque point dans les hôpitaux, et rien ne paraissait indiquer qu'elles eussent acquis alors une fréquence ou une gravité insolites dans la pratique de la ville. D'où venait donc ce chiffre relativement élevé de bronchites mortelles? Sans doute une bonne part pouvait être attribuée aux bronchites capillaires du premier âge et quelques-unes aux bronchites des vieillards, les seules à peu près qui puissent fournir un certain contingent à la mort. Mais ces deux éléments réunis suffisaient-ils pour justifier le total? Il est permis d'en douter. Ce chiffre élevé de morts par bronchite ne tiendrait-il pas à ce que, dans les bulletins de vérification de décès, on comprendrait souvent sous cette désignation, non plus des bronchites simples, mais des bronchites compliquantes ou terminales, et que, par une sorte d'euphémisme admis dans des intérêts de famille, on ferait figurer indûment un certain nombre de cas de phthisie sur les bulletins sous le nom de bronchite, dégrevant d'autant la phthisie, qu'on était convenu de ne point faire figurer dans le bulletin hebdomadaire, au détriment de la bronchite, qui y acquiert ainsi une apparence de gravité qu'elle n'a point en réalité. S'il en était ainsi, bien que nous soyons de ceux qui ont adopté l'exclusion de la phthisie du bulletin hebdomadaire, nous demanderions volontiers qu'elle y fût réintégrée, ne fût-ce que pour rétablir, par une sorte de compensation, le chiffre vrai des décès causés par le groupe entier des affections des organes respiratoires. Mais nous persistons à penser qu'il n'y aurait aucun avantage réel à surcharger le bulletin d'une colonne de plus pour la phthisie, à la condition expresse, toutefois, que les bronchites ne figureront désormais que pour leur chiffre réel.

Cette observation ne s'adresse pas seulement au Bulletin de Paris, elle s'adresse aussi et surtout au Bulletin de Londres, où la bronchite figure pour un chiffre évidemment hors de toute proportion avec le faible degré de léthalité connu de la bronchite simple.

Nous ferons une observation analogue au sujet du groupe des affections intestinales, dans lequel le mot diarrhée, qui, à part la diarrhée infantile, exprime beaucoup plus souvent un symptôme qu'une maladie idiopathique, nous paraît également surchargé d'un chiffre de mortalité un peu excessif, et peut-être aussi un peu conventionnel. Cela ne provient-il pas de ce que, dans la vérification des décès et dans la recherche de leurs causes connues ou probables, on s'en tient peut-être un peu trop aux phénomènes ultimes, et que, soit dans les renseignements recueillis auprès des familles, soit dans le travail de diagnostic rétrospectif auquel ont souvent à se livrer les médecins-vérificateurs, ils ne remontent pas toujours assez haut dans l'histoire de la maladie pour lui assigner son véritable caractère?

Un mot seulement sur un dernier reproche qui a été fait au Bulletin, le défaut de concordonnance entre les périodes septenales qui figurent dans le même tableau pour Paris, Londres et Berlin, les seules villes qui aient envoyé régulièrement jusqu'ici leurs relevés. On doit tenir compte ici des difficultés provenant des distances. Que devaient faire les rédacteurs du Bulletin en présence de ces difficultés? Attendre les derniers envois pour publier simultanément les relevés d'une même semaine? C'était faire attendre très-inutilement les chiffres que les médecins de Paris ont surtout intérêt à connaître. L'accord est d'ailleurs si facile à faire rétrospectivement avec les 3 ou 4 derniers bulletins sous les yeux, qu'il y aurait véritablement puérilité à insister sur ce reproche.

Sauf les réserves faites par rapport au groupe des fièvres et à celui des affections des voies aériennes, qui demanderaient à être complétés ou mieux répartis, nous ne voyons pas, en somme, les reproches sérieux qu'on pourrait maintenir encore contre la classification du bulletin. Ajoutons d'ailleurs que, dans la pensée de la commission, cette classification n'avait rien de fixe et d'invariable, et qu'elle n'a pas entendu lui donner l'immuabilité d'un cliché. De même qu'à de certaines époques, telle maladie, qui y figure aujourd'hui pour un chiffre plus ou moins élevé, pourra ne s'y trouver que pour mémoire, il pourra se faire aussi, et il arrivera infailliblement, qu'à un moment donné on devra ajouter à la liste actuelle des noms qu'on n'y voit point aujourd'hui. Qu'il surgisse, par exemple, une de ces épidémies de fièvres bilieuses dont nous parlions tout à l'heure, et comme il en a été observé à Paris pendant une période de plusieurs années consécutives, une épidémie de méningite cérébro-spinale telle qu'on en a vu de à certaines époques, ou toute autre maladie nouvelle, inconnue; ou qu'une de ces affections saisonnières si communes et si générales, qui n'entraînent la mort qu'exceptionnellement ou par le fait seulement de complications accidentelles qui absorbent en quelque sorte la maladie principale, telle que la grippe, la coqueluche, vienne, par suite d'influences atmosphériques spéciales, ou sous l'influence de ces causes inconnues qui soufflent la malignité, à élever sensiblement le chiffre de la mortalité, il faudra bien qu'on ouvre le petit cadre nosologique actuel pour les y introduire.

En résumé, élargir et compléter le cadre du Bulletin d'après quelques-unes des indications qui précèdent; y annexer au besoin une colonne d'observations, où l'on pourrait signaler quelques particularités utiles, telles, par exemple, que la prédominance exceptionnelle de la mortalité dans tel ou tel quartier, sous l'influence de telle ou telle condition connue; le soumettre, à de courts intervalles, à une révision de la part d'hommes compétents qui jugeraient de l'opportunité de le modifier, d'y ajouter ou d'y retrancher, suivant les fluctuations et les déplacements de la mortalité; faire un appel aux médecins vérificateurs des décès, sur qui repose surtout la responsabilité de l'exactitude du Bulletin, afin qu'ils donnent à l'administration des renseignements précis et les éléments d'une bonne statistique, et aux médecins traitants pour qu'ils facilitent, autant qu'il est en leur pouvoir de le faire, l'œuvre souvent difficile de la vérification; tels sont les moyens qui nous paraissent devoir assurer les utiles services que l'on est en droit d'attendre de la publication du Bulletin hebdomadaire.

Nous livrons ces réflexions tout à la fois à l'administration et à nos confrères.

Dr Brochin.

(1) Voir le numéro de samedi 20 novembre.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PETER.

Les points de côté(1).

3e LEÇON.

(Recueillie par M. J. FINOT, élève du service.)

Mais les points de côté ne sont pas seulement le résultat des affections dont nous venons de parler, et en particulier d'une inflammation franche de la plèvre; on les observe aussi à la suite de simples *contusions de la poitrine*. Depuis longtemps, M. Gosselin appelle l'attention de ses élèves sur les douleurs de côté, si fréquentes et si rebelles, qu'on observe en pareil cas, et qui préoccupent si vivement, quoique bien à tort, les malades. Le savant chirurgien ne peut guère admettre qu'un traumatisme ait porté son action sur la plèvre; et d'ailleurs une douleur pleurale ne persisterait pas durant des semaines, et même des mois, sans se traduire par quelque signe physique, lequel au contraire fait défaut. D'un autre côté, on ne peut admettre une ostéite costale, parce qu'une ostéite ne se prolonge pas aussi longtemps sans qu'il en résulte du gonflement de l'os, et M. Gosselin n'en a pas constaté. Enfin, la pression sur les côtes n'éveille et n'augmente pas, dans ces cas, la souffrance. En un mot, dit M. Gosselin, la douleur ressemble à celle de la névralgie intercostale spontanée. Or, tenant compte de la cause du mal, qui est une contusion, le professeur de la Charité, d'accord ici avec Beau, ne serait pas éloigné de croire que cette douleur est due à une névrite traumatique. Et l'on conçoit que le corps contondant a fort bien pu produire une attrition plus ou moins profonde et étendue d'un tronc ou d'un rameau nerveux. Seulement la démonstration matérielle a toujours manqué jusqu'ici à M. Gosselin.

Dans tout cela, une chose est certaine, c'est qu'il y a douleur nerveuse — ou, pour parler grec, *névralgie*; — et ce qui le démontre, même en cas de pleurésie, c'est que la pression n'est pas seulement douloureuse sur tout le trajet d'un espace intercostal, mais aussi qu'elle est le plus pénible en des foyers bien connus, qui sont les points d'émergence des rameaux nerveux, et qu'enfin elle éveille de la souffrance au sommet des apophyses épineuses des espaces correspondants.

Or, n'est-il pas probable qu'en cas d'inflammation un peut

(1) Fin. — Voir les nos des 28 octobre, 6, 16 et 25 novembre.

vive, telle qu'on l'observe dans la pleurésie, par exemple, le nerf se trouve compris et compromis dans la sphère de l'irritation inflammatoire, dont le point de départ est la plèvre, et qui rayonne au loin? N'est-il pas vraisemblable que le nerf intercostal subit alors ce qu'éprouvent les nerfs des vaisseaux plongés dans une atmosphère inflammatoire? Au voisinage d'un phlegmon, par exemple, non-seulement les vaisseaux sont plus dilatés, mais encore ils sont animés de battements plus énergiques que ceux d'une partie homologue : ce qui veut dire qu'il y a paralysie, ou tout au moins parésie de la tunique contractile du vaisseau, qui, résistant moins à l'ondée sanguine, se laisse dilater davantage par elle, et en traduit plus passivement l'impulsion. Seulement, en cas d'irritation inflammatoire transmise au nerf intercostal, l'action porte sur la sensibilité, le nerf étant mixte, et il y a douleur; tandis que lorsque cette irritation s'exerce sur un nerf vaso-moteur, nerf de mouvement, l'action morbide porte sur la motilité, et il y a parésie. Mais le phénomène est identique dans le deux cas.

On *voit*, de ses propres yeux, ce phénomène du rayonnement inflammatoire s'accomplir dans le cas de phlegmon; on ne le voit pas dans le cas de pleurésie. Et, en vérité, quand celle-ci est aiguë et simple, la propagation de la phogose n'est jamais telle, qu'elle se fasse jusqu'à la peau et que la paroi de la poitrine soit ainsi envahie dans toute son épaisseur. Mais le fait est fréquemment réalisé quand cette pleurésie devient purulente; auquel cas l'inflammation a si bien rayonné, que toute la paroi est prise, jusques et y compris la peau, qui rougit, puis s'ulcère en un point; c'est l'empyème. Eh bien, il n'y a point là différence dans la nature du processus morbide, mais différence dans son intensité seulement; et ce qui est vrai et matériellement démontré pour la pleurésie purulente abcédée, est également vrai, au degré près, pour la pleurésie aiguë simple.

Maintenant faisons, si vous le voulez bien, une hypothèse, — chose permise en matière scientifique. Supposons, ce qui est facilement réalisable, très-exactement connus l'origine, les connexions, le trajet, et les irradiations d'un nerf tel que le *diaphragmatique*, par exemple. Sachant d'ailleurs que l'irritation d'un nerf n'est point seulement centrifuge, mais aussi centripète, c'est-à-dire que si l'excitation d'un tronc nerveux se propage douloureusement à ses expansions terminales, réciproquement, l'irritation d'une de ces expansions, ou *a fortiori*, de plusieurs d'entre elles, peut remonter vers le tronc, — témoin ce fait, si vulgaire qu'on l'en néglige scientifiquement, de l'endolorissement de toutes les branches du nerf maxillaire, supérieur ou inférieur, à la suite de la lésion (et encore y a-t-il lésion?) du très-petit filet nerveux qui avoisine un très-petit point de carie dentaire; et non-seulement endolorissement de cette branche d'où émane le filet compromis, mais de la branche adjacente, inférieure ou supérieure du trijumeau, voire même des trois branches de ce nerf. — Fort de ces données, demandons-nous ce que devrait produire de symptômes l'irritation des rameaux du nerf diaphragmatique en rapport avec la plèvre qui tapisse le diaphragme, dans le cas de lésion de cette portion de la plèvre; en d'autres termes, inventons, pour ainsi dire, la *névralgie diaphragmatique*.

Il est bien évident, par ce que nous savons des névralgies en général, que les mouvements du muscle diaphragme provoqueront ou exaspéreront la douleur, ce qui va, par contre-coup, gêner les mouvements de ce muscle, et par suite entraver la respiration, dont il est le principal agent mécanique; que, de même, la pression sera douloureuse partout où des filets de ce nerf sont accessibles à notre investigation, c'est-à-dire aux insertions du diaphragme, le long de la base du thorax, en avant comme en arrière, et à la face inférieure du diaphragme, que nous pouvons comprimer à sa partie antérieure, en refoulant de bas en haut la parci de l'abdomen.

Voilà pour les expansions terminales.

Il est tout aussi évident que la pression du tronc du nerf phrénique sera pénible, et que, par conséquent, le malade souffrira si on comprime entre les deux scalènes, là où passe le nerf phrénique avant de s'engager dans le thorax.

Voilà pour le tronc du phrénique. Voici maintenant pour les origines de ce nerf et ses anastomoses :

Il naît, vous le savez, des troisième, quatrième et cinquième paires cervicales, et quelquefois reçoit un filet de la seconde paire ou de la sixième. Et cette multiplicité dans l'origine doit déjà vous faire supposer la multiplicité dans le retentissement possible de la douleur. Ce n'est pas tout : il s'anastomose avec la branche descendante de l'hypoglosse, avec le grand sympathique par des fibres arciformes, avec le cordon de communication des ganglions cervicaux supérieur et moyen, et souvent avec le ganglion cervical inférieur; enfin, avec des filets du nerf sous-clavier.

L'ébranlement douloureux subi par le nerf phrénique pourra donc retentir sur presque toutes les branches d'origine du plexus cervical superficiel et profond, et se transmettre par action réflexe aux branches terminales de ce plexus : d'où la douleur possible à la région du cou, de la clavicule et même de la mâchoire inférienre, par le fait de la névralgie diaphragmatique.

Et je n'ai pas fini : les cinquième et sixième paires cervicales contribuent à la formation du plexus brachial et fournissent directement les nerfs des muscles de l'épaule (nerf des muscles sus et sous-épineux, des grand et petit ronds, du sous-scapulaire), et enfin la première grosse branche importante du plexus brachial est le nerf circonflexe, qui anime le deltoïde. De sorte que la névralgie du nerf diaphragmatique pourra retentir dans l'épaule correspondante.

Enfin, on conçoit que ce retentissement pourra se faire sentir jusque dans le bras, en raison de la loi de communauté d'origine, qui régit les irradiations douloureuses extrinsèques, le plexus brachial ayant en commun avec le plexus cervical, la cinquième et la sixième paires cervicales.

Eh bien, tout ce que je vous dis là de la névralgie diaphragmatique est plus qu'une hypothèse, c'est un fait, réalisé dans le cas de *pleurésie diaphragmatique*; pleurésie à symptômes tellement étranges, si l'on méconnaît les irradiations de la douleur par l'intermédiaire du phrénique, et tellement simples si on les interprète anatomiquement.

La malade du n° 38 de la salle Saint-Charles vous en a fourni un bel exemple, et d'autant plus intéressant pour nous, que nous avons vu naître sa pleurésie.

Cette femme, que je vous ai déjà signalée à propos des névralgies intercostales droites, dont elle souffrait en juillet, à la suite de ses coliques hépatiques, avait éprouvé en mai tous les symptômes de la névralgie diaphragmatique, vraisemblablement symptomatique elle-même d'une pleurésie diaphragmatique; au moins la pathogénie le donne-t-elle à supposer.

Voici les faits : elle est entrée le 7 mai dans la salle Saint-Charles pour des coliques hépatiques remontant à une huitaine de jours : elle vomissait et souffrait de l'hypochondre droit, mais n'avait pas de fièvre et continuait à se livrer au travail, quand, enfin, la douleur croissant et les forces faisant défaut, la malade dut s'avouer vaincue et entrer à l'hôpital.

Le soir même, le chef de clinique, M. Duguet, lui fit appliquer des ventouses scarifiées, qui calmèrent notablement ses souffrances; un vésicatoire, que j'ordonnai ensuite, compléta le soulagement. Elle avait d'ailleurs le foie assez volumineux et douloureux, notamment au niveau de la vésicule biliaire. Il est inutile de vous rappeler qu'il y avait de l'ictère.

Le 19 mai, les coliques reparurent, pour céder à l'application d'un second vésicatoire; en même temps, la teinte ictérique se fonçait encore davantage.

Enfin, trois jours plus tard, le 22, la malade m'arrêtait à son lit pour me dire qu'elle se sentait très-oppressée. Pourquoi cette oppression? Sinon parce que la malade avait une des complications possibles des affections du foie. Mais était-ce dans le foie lui-même qu'était le point de départ de l'oppression? Était-ce, plus vraisemblablement, dans un organe voisin?

Ce problème clinique fut, séance tenante, résolu devant vous à l'aide de l'expérience que vous connaissez. J'appuyai successivement le doigt sur chacune des insertions costales du diaphragme, et chaque fois la malade redressait vivement le tronc pour se dérober à la douleur dont elle se plaignait non moins vivement.

J'appuyai sur la clavicule droite à sa partie moyenne, elle était douloureuse. Il en était ainsi de l'épaule correspondante.

Mais ce ne fut pas tout : je comprimai le phrénique au cou entre les deux scalènes, et non-seulement la malade en éprouva de la douleur, mais elle nous dit que par cette compression « elle sentait sa respiration s'arrêter et qu'elle s'arrêtait *là* » (et, ce disant, elle montrait son diaphragme). Voilà, j'espère, qui vaut bien une vivisection; et cette femme, physiologiste sans le savoir, nous a donné une excellente démonstration expérimentale.

Or, ce n'est pas là le seul point intéressant du fait que je vous rappelle.

Il n'est pas douteux qu'il y ait là tout au moins *névralgie* diaphragmatique, mais n'y a-t-il pas aussi *pleurésie?* La chose est assez probable, parce que depuis deux à trois jours, cette malade a un petit mouvement de fièvre qu'on ne peut rapporter ni à une colique hépatique simple, ni à une simple névralgie. Seulement (comme cela arrive souvent dans les pleurésies diaphragmatiques, pour des raisons que je vous ai dites à propos d'autres malades), il n'y a ici ni souffle ni ægophonie. Quant à la matité postérieure, évidemment augmentée, comme elle siége à droite, on ne peut savoir si elle est due à un exsudat pleurétique ou au plus grand volume du foie.

Mais pour qu'il y ait pleurésie diaphragmatique, étant donnée la cause, elle ne peut être qu'une pleurésie par propagation, et il faut bien qu'il y ait eu, au préalable, *péritonite* diaphragmatique. Et pour qu'il y ait eu péritonite diaphragmatique, il faut, de toute nécessité, qu'il y ait eu antérieurement péritonite sus-hépatique. De sorte qu'il a dû y avoir ici cet enchaînement de phénomènes : d'abord, une colique hépatique classique, c'est-à-dire une irritation due au passage de calculs biliaires dans le canal cholédoque, et nécessairement dans le canal cystique; puis une inflammation possible de ces conduits, puis de la vésicule biliaire; puis une propagation de cette inflammation dans les canaux biliaires intra-hépatiques, puis au tissu hépatique circonvoisin; c'est-à-dire ce que, dans son langage pittoresque, Trousseau appelait « une broncho-pneumonie du foie. » Or, je vous ai dit que dès l'entrée de la malade à l'hôpital, quinze jours avant les accidents actuels, j'avais constaté une augmentation de volume du foie, symptomatique déjà tout au moins d'une congestion de l'organe, qui était douloureux.

Je vous ferai remarquer encore, à ce propos, que ni le chef de clinique M. Duguet, ni moi, n'avons négligé d'avoir recours aux émissions sanguines locales, lorsqu'elles nous ont paru indiquées, et malgré l'anémie apparente, qui arrête trop souvent de nos jours la main du médecin, au grand détriment du malade. Et le bénéfice de ces émissions sanguines, immédiat et consécutif, était si évident, que la malade les réclamait elle-même à chaque retour de ses crises douloureuses.

Je dis maintenant que la nature de la douleur et ses irradiations dans la pleurésie diaphragmatique, ne se pouvant concevoir que par l'irritation du nerf phrénique, prouvent en faveur de la théorie de Beau, quant à la névralgie ou à la névrite intercostale concomitante de la pleurésie; et je m'étonne qu'il n'ait pas songé à invoquer cet argument clinique. D'ailleurs, tout cela n'est, en dernière analyse, que la vérification, dans un cas particulier, de cette proposition générale formulée par un homme à l'esprit éminemment généralisateur et philosophique, M. Bouillaud, à savoir que « la douleur pongitive de la phlegmasie des membranes séreuses est due à l'extension de l'inflammation aux nerfs sous-jacents. »

Dans ma prochaine leçon, je vous parlerai de l'*angine de poitrine.*

CLINIQUE DE VALS. — M. CLERMONT (DE LYON).

(*Eaux alcalines gazeuses. — Eaux toniques reconstituantes*)

Source Magdeleine.

Nous terminerons notre revue clinique de 1868 par quelques considérations pratiques sur l'eau fournie par la source *Magdeleine*, la plus importante à coup sûr, par sa composition chimique et ses vertus curatives, de toutes les eaux carbo-sodiques connues, et celle sur laquelle, par la publicité donnée à nos nombreuses observations, nous avons le premier appelé l'attention du corps médical.

Elle n'est pas d'un goût agréable; car de toutes les eaux alcalines gazeuses découvertes jusqu'à ce jour, celle de *la Magdeleine*, outre sa richesse en fer, en gaz carbonique et en chlorure de sodium, contient en dissolution la dose la plus élevée de bicarbonate de soude. Aussi nos confrères, qui ont apprécié comme nous l'action excitatrice du gaz carbonique sur les nerfs et les propriétés hématosiques des autres éléments minéralisateurs de l'eau de *la Magdeleine*, la reconnaîtront avec nous comme la plus reconstituante des eaux carbo-sodiques, et l'un des agents les plus efficaces de la médication *altérante*. Il leur paraîtra donc tout naturel que nous lui donnions la préférence sur toutes les eaux similaires, forcément moins actives, quand il s'agira de combattre certaines affections diathésiques, notamment le diabète sucré, la goutte, la gravelle, ou encore diverses formes de manifestations herpétiques, si toutefois leur étiologie dénonce quelques symptômes d'arthrite ou de rhumatisme.

L'eau de la source *Magdeleine* aurait-elle l'heureux et constant privilége de guérir toutes ces affections réputées avec raison si graves et si tenaces? Nous ne saurions répondre à cette question par une affirmation nette et tranchée, car nous reconnaissons avec tous les médecins que les altérations diathésiques dépendent trop souvent d'une cause elle-même incurable, pour espérer alors par l'emploi de l'eau de la *Magdeleine* autre chose qu'un sursis aux progrès du mal, une amélioration momentanée; mais l'expérience nous apprend encore que si la diathèse de date récente n'a pas imprimé un caractère indélébile à l'organisme, si mieux, disons-nous, elle n'offre pas dans ses causes éloignées d'altérations anatomiques irrémédiables, le succès obtenu par l'eau préconisée ici est souvent prompt et éclatant.

On connaît la tolérance des malades atteints de diabète, de gravelle et de rhumatisme, pour les alcalins, et surtout pour les eaux alcalines; on sait les bons effets qu'ils retirent de cette dernière médication : rappeler donc combien l'eau de *la Magdeleine* est riche en bicarbonate de soude, en principes toniques et altérants, n'est-ce pas la désigner aussi comme l'eau anti-diathésique par excellence. En preuve des services qu'elle peut rendre dans ces affections chroniques, nous extrairons, en les abrégeant, quelques exemples de nos cahiers d'observations.

Ire OBSERVATION. — *Diabète sucré avec complication d'acné et de psoriasis.*

M. E..., négociant, âgé de 28 ans, d'un tempérament nerveux, d'un caractère très-impressionnable, se plaint depuis deux ans d'une soif ardente, inextinguible, qui l'oblige à boire à tout instant. Depuis six mois seulement, le malade s'est adressé à M. le docteur Milliet, d'Orange, et pour la première fois l'état diabétique a été constaté et combattu par des moyens rationnels; mais le traitement, inexactement suivi par M. L..., n'a procuré que des moments d'amélioration passagère, ce qui décide l'honorable praticien d'Orange à nous adresser ce malade à Vals, où il arrive le 28 juillet, porteur d'une lettre dans laquelle sont fidèlement rappelés les symptômes de sa maladie :

Soif ardente, continuelle; langue blanche, toujours sèche; urines fréquentes, abondantes et sucrées, manque d'appétit, anémie commençante; pouls irrégulier à 85°; quelques palpitations, des manifestations herpétiques sous forme d'acné sur le nez et une partie des joues, sous celle de psoriasis aux jambes.

Le 28, nous constatons 42 grammes de sucre par litre d'urine. Le malade est mis immédiatement à l'usage de l'eau de *la Magdeleine*, dix, puis huit verrées par jour. Ce traitement est complété par des douches sur l'épine dorsale et des bains alcalins, pris alternativement : un jour la douche, un jour le bain. Le 3 août, un peu de diarrhée cède à quelques prises de bismuth, et le traitement n'est pas interrompu. Le 7 août, nous n'avons plus que 15 grammes de sucre sur 1,000 grammes d'urine. Enfin le 20 août, après 23 jours de traitement, veille du départ de M. L..., ses urines ne contenaient plus que 3 ou 4 grammes de glucose, ses digestions étaient améliorées, ainsi que ses forces; le psoriasis avait disparu, et l'acné avait considérablement pâli.

II[e] Observation. — *Diabète sucré.*

M. S. J., capitaine de navire marchand, âgé de 50 ans, est envoyé à Vals, le 20 août, par M. le docteur Girès, de Marseille. La maladie date d'une année environ, mais la présence du sucre dans les urines a été constatée il y a seulement un mois. La langue est constamment sèche, la soif intense; les urines sont fréquentes et très-abondantes. Ce malade a considérablement maigri; cependant il a conservé de l'appétit; ses jambes sont très-faibles. Le 21 août, la liqueur de Barreswil titrée décèle 32 grammes par litre de sucre diabétique. Le malade est mis immédiatement à l'usage interne de l'eau de *la Magdeleine*, quatre verrées d'abord, puis huit par jour; un bain alcalin chaque matin. Sous l'influence de ce traitement, l'hypersécrétion glycosique diminue promptement; elle est de 12 sur 1,000 le 29 août; le 15 septembre, jour du départ, nous n'en trouvons plus que des traces; la reconstitution était complète.

Le diabète est souvent compliqué d'autres manifestations morbides, Sur 23 cas observés par nous pendant l'année 1868, 5 ont offert des maladies de la peau : 2 eczémas vulvaires, 1 acné et 1 psoriasis sur le même sujet, et 2 psoriasis; quatre malades avaient la gravelle ou des sables uriques, 5 des douleurs rhumatismales. Heureusement les eaux alcalines s'appliquent avec un égal succès à ces maladies concomittantes, et le traitement thermal de Vals acquiert, dans ces circonstances, une double valeur.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 novembre 1869. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Féréol, à l'occasion du procès-verbal, apprend à la Société que M. Potain prépare un travail sur l'influence des travaux du champ de Mars sur les fièvres intermittentes, travail dont le but est de prouver une fois de plus ce que M. Féréol a soutenu dans la dernière séance à ce sujet, à savoir que les grands maniements de terrains sont la cause de fièvres intermitentes.

CORRESPONDANCE

Parmi les pièces de la correspondance, M. le secrétaire général signale une lettre de remerciments de M. le docteur Monteils, élu membre correspondant dans la dernière séance.

RAPPORT

M. Besnier donne lecture du rapport sur les maladies régnantes pour le mois d'octobre.

Nous nous bornerons à reproduire ici le tableau comparatif suivant, indiquant la mortalité due aux principales affections internes qui peuvent être influencées par la constitution régnante dans les hôpitaux civils de Paris pendant le mois de septembre 1869 et le mois d'octobre des années 1867, 1868, 1869.

Maladies :	Décès : Sept. 1869	Oct. 1867	Oct. 1868	Oct. 1869
Phthisie pulmonaire	194	241	232	227
Fièvre typhoïde	42	37	42	55
Grippe	0	0	0	0
Laryngite	1	2	2	0
Bronchites	10	14	12	19
Pneumonies	50	40	38	51
Pleurésies	9	12	11	7
Coqueluche	2	2	2	0
Croup	9	2	12	18
Angines	1	2	2	1
Rhumatismes articulaires	4	2	2	5
Variole	17	5	23	14
Scarlatine	3	2	2	2
Rougeole	4	2	2	3
Entérite	18	14	13	11
Diarrhées	12	4	9	4
Dyssenteries	5	0	5	9
Ictères	2	2	2	7
Érysipèles	10	2	6	13

Nous exposerons plus tard les principaux détails du rapport dont l'intérêt porte surtout sur les fièvres puerpérales, et en particulier sur une épidémie de l'hôpital Saint-Antoine, dont la relation est due à M. Lorain, et qui a donné lieu à une petite discussion incidente.

M. Bourdon s'étonne d'entendre M. Besnier exprimer le regret que la ville ne donne pas des bulletins exacts des causes de décès, et croit que M. Besnier ignore l'existence de bulletins statistiques mensuels paraissant fort exactement et donnant le nombre et la cause des décès. M. Bourdon en montre un exemplaire à M. Besnier.

M. Besnier trouvant qu'il serait trop long, pour le moment, de répondre à M. Bourdon au sujet de ce bulletin, demande que cette discussion soit remise à une autre séance.

M. Hervieux, à propos du rapport de M. Besnier, demande si les deux femmes qui, par suite de la fermeture de la salle de M. Lorain, ont été renvoyées chez des sages-femmes, et qui, étant tombées malades, ont été ramenées à l'hôpital par ces mêmes sages-femmes, ont été examinées avec soin par des médecins et non pas seulement par des sages-femmes.

M. Lorain répond que M. Husson a chargé des médecins de visiter toutes les femmes en couches qui, par suite de cette nouvelle mesure, ont été envoyées chez des sages-femmes, médecins dont personne ne peut mettre en doute le talent et le savoir, puisqu'il s'agit de MM. Bouchard et Chalvet. Je me suis en outre, ajoute M. Lorain, transporté moi-même, avec mon interne, chez ces sages-femmes, et les deux femmes en question étaient déjà fort malades quand je suis arrivé. Nous avons recueilli leurs observations avec le plus grand soin. La sage-femme qui logeait ces deux malades s'en trouvant fort embarrassée, attendu qu'elles allaient infecter ses chambres et porter le plus grand préjudice à son industrie, s'est empressé de les faire disparaître en les plaçant dans des garnis. Il ne faut pas croire, du reste, que de semblables faits soient rares. Quiconque a comme moi connu les sages-femmes à la Maternité et a conservé avec elles des relations, sait parfaitement que dès que quelqu'une de leurs pensionnaires se trouve gravement malade, elles s'empressent de la renvoyer, afin qu'elles puissent dire qu'il n'est jamais mort personne chez elles. On ne peut donc s'en rapporter à ce que disent les sages-femmes en pareil cas, et un contrôle est indispensable, si l'on veut juger exactement ce qui se passe chez elles.

M. Hervieux fait remarquer que les renseignements fournis par M. Lorain sont loin de s'accorder avec la statistique qu'a fait connaître M, Moissenet dans la dernière séance, statisttique qui ne portait que 1 ou 2 morts sur 205 femmes dispersées chez des sages-femmes. Ces résultats, fournis par M. Moissenet, sont complétement différents de ce qu'a observé M. Lorain. M. Hervieux se demande si les internes qui ont été voir les femmes chez les sages-femmes n'auraient pas été, dans cette circonstance, des agents intermédiaires. C'est là un doute, ajoute en terminant M, Hervieux, qu'il est permis d'exprimer.

M. Lorain répond que cette hypothèse n'est pas admissible dans le cas dont il s'agit, attendu que c'est M. Chalvet le premier médecin, qui les a vues et qu'à ce moment elles étaient déjà malades.

L'ordre du jour appelle la discussion sur les affections puerpérales. La parole est à M. Labbé.

Discussion sur les affections puerpérales.

M. Labbé, qui a demandé la parole dans une précédente séance, et s'est engagé à donner à la Société une statistique des décès causés par les affections puerpérales, demande, avant d'aborder la question des statistiques, à faire connaître à la Société le résultat d'un entretien qu'il a eu à cette occasion avec M. le directeur de l'Assistance publique. M. Husson demande 1 million pour faire construire trois nouvelles maternités. L'une à X..., la seconde à Saint-Antoine et la troisième à la place de la Maternité actuelle, qui devra être détruite. De ces trois établissements, l'un serait construit d'après le plan de M. Tarnier. Pour les autres, l'administration en appellerait aux lumières de la Société, et ne ferait que ce qui lui serait indiqué par elle. M. Husson, bien loin donc, de redouter de voir cette question devenir ici l'objet d'une discussion sérieuse, n'en attend que le résultat pour agir. Je crois donc, ajoute M. Labbé, qu'il est indispensable d'entrer immédiatement en discussion, et c'est pourquoi je n'ai pas voulu attendre d'avoir complétement achevé le travail que je me propose de faire à cette occasion, pour vous communiquer le résultat succinct des recherches que j'ai faites à ce sujet, et que je m'engage à vous faire connaître plus amplement dans un travail imprimé que j'aurai l'honneur de remettre à chacun des membres de la Société.

Considérant les chiffres comme indispensables pour servir de base à la discussion, je vais vous donner aujourd'hui le résumé total des recherches auxquelles je me suis livré depuis la publication de la dernière statistique. Le tableau suivant ne s'applique qu'aux hôpitaux.

Années.	Femmes accouchées.	Décès.		Mortalité.
1864	7171	592		8,26 p. 100
1865	7501	340		4,53 p. 100
1866	7663	332		4,33 p. 100
1867	7956	325		4,08 p. 100
1868	8467	378		4,44 p. 100
Totaux	38758	1967	Moyenne..	5,13 p. 100

M. Labbé fait remarquer, en outre, les différences notables qui s'observent, selon les époques et les lieux, pour la mortalité dans les affections puerpérales. Ainsi, dans le même mois on observe :

A l'Hôtel-Dieu.............. 0,95 p. 100 de morts.
A la Maternité.............. 28,85 —
A Saint-Antoine.............. 10,87 —

Et le mois suivant, le nombre d'accouchements étant sensiblement le même :

A la Maternité.............. 1,81 p. 100 de morts.
A l'hôpital des cliniques.... 13,11 —

Dans le même hôpital donc, à la Maternité, on trouve dans un mois 28,85 p. 100 de morts, et le mois suivant seulement 1,81 p. 100. M. Labbé en conclut que les épidémies naissent d'une manière locale, et termine en disant que les mesures prises actuellement ne sont que des mesures transitoires, et que l'administration n'a l'intention que de faire des essais en disséminant ainsi les femmes en couches chez des sages-femmes.

M. Lorain. Je suis très-touché des bonnes intentions de M. Husson, que je reconnais de toutes façons très-capable d'interpréter nos discussions. Seulement, c'est pour moi une erreur de croire que les corps savants doivent être ainsi dépossédés de ce qui les regarde seuls. Je demande donc que l'Assistance publique prenne notre avis avant de faire des essais, et qu'elle ne les fasse, ces essais, que quand nous les aurons jugés nécessaires. Je m'empresse de dire que je n'attaque ni la personne ni les intentions de M. Husson; mais c'est uniquement le principe que je défends ici. Car il ne faut pas croire que ce soit d'aujourd'hui seulement que date cette discussion sur l'effrayante mortalité par les affections puerpérales. Il y a onze ans, en 1858, M. Cruveilher se frappait la poitrine en se rappelant avec horreur toutes les morts dont il s'était rendu responsable à la Maternité. M. Paul Dubois, de son côté, disait à la même époque, qu'il aimerait mieux voir ces pauvres femmes accoucher dans la rue que de mettre les pieds dans nos salles d'accouchements. M. Depaul enfin, à qui revient le premier l'idée de la fermeture des maternités, demandait à la même époque qu'on allât secourir ces pauvres femmes à domicile; tous demandaient du reste la même chose : les secours à domicile. M. Danyau voulait concilier les nécessités de l'enseignement avec l'intérêt des malades, en créant un plus grand nombre de professeurs d'accouchements; mais il s'élevait aussi contre ces grandes agglomérations de femmes en couches. Moi-même, enfin, étant interne à la Maternité, en 1852, j'étais tellement navré de voir ainsi mourir ces pauvres femmes, de voir arriver dans nos salles des filles de la campagne, fraîches et bien portantes, presque toutes âgées à peine de vingt ans, et décimées ainsi par l'épidémie, je souffrais tellement à la fin de l'année, que je résolus de m'adresser moi-même aux autorités. J'écrivis alors mémoires sur mémoires que j'envoyai à M. Husson; j'ai demandé à l'entretenir; voyant que toutes mes démarches auprès de l'administration n'aboutissaient qu'à des promesses, j'allai moi-même m'adresser à une femme puissante et généreuse. Je fis enfin à cette époque tout ce que mon énergique conviction pouvait me susciter, et je ne suis arrivé à rien. Je trouve que l'administration a attendu trop longtemps pour répondre à des appels de ce genre. Il est temps donc de revendiquer nos droits. Nous ne voulons plus de ce trépied se composant de la charité d'un côté, de la pitié de l'autre, et du pouvoir sculpté en marbre au milieu. Nous ne sommes même pas consultés alors qu'on ne devrait agir que d'après nos prescriptions. On nous annonce des mesures qui toutes avortent, et c'est ainsi que depuis bientôt vingt ans on trompe continuellement notre confiance. Je ne veux pas, pour moi, que tout ce que j'ai fait dans ce but soit perdu. Si on annonce des maternités, je n'en veux pas; je veux qu'avant seulement de décider la moindre mesure on nous consulte, et alors nous discuterons comme des gens calmes, comme des savants désintéressés... Je demande donc qu'on nomme une commission, et qu'on écrive avant tout à M. Husson qu'il n'aille pas s'entendre avec des architectes avant de s'entendre avec des médecins.

M. Lailler partage d'une façon absolue l'opinion de M. Lorain et demande comme lui la nomination d'une commission qui surtout ne se laisse arrêter devant aucun obstacle. Il rappelle à cette occasion qu'une commission de ce genre a déjà été nommée à la Société médicale, il y a quelques années, et que cette commission n'a même pas pu obtenir de l'administration l'entrée libre à la Maternité. C'est là, selon M. Lailler, un affront de la part de l'administration, affront qu'il ne faut pas que la Société supporte une seconde fois. C'est pourquoi, dit en terminant M. Laillier, je m'associe complétement à la manière de voir de M. Lorain et demande à la Société de nommer, le plus tôt possible, une commission chargée de faire un rapport sur la question si importante dont il s'agit.

M. Labbé demande à se disculper d'un reproche que semble lui faire M. Lorain en croyant que c'est au nom de l'administration qu'il est venu parler des projets de M. le directeur de l'assistance publique. M. Labbé prétend n'avoir agi, dans cette circonstance, que d'une façon tout à fait officieuse. M. Husson lui faisait part de ses projets, il a trouvé tout naturel de les faire connaître à la Société, mais il n'est pas pour cela l'homme de l'administration.

M. Hervieux assure à M. Labbé que jamais personne n'a eu la pensée de le considérer comme tel, mais il s'étonne de lui entendre dire qu'il est question de construire des maternités, et que l'administration demande à la Société des conseils sur la façon dont doivent être construites ces maternités. Avant de savoir comment elles doivent être construites, il faudrait savoir si seulement on doit les construire. Comme le dit fort bien M. Lorain, ajoute M. Hervieux, il faut que l'administration s'entende avec des médecins avant de s'entendre avec des architectes. M. Hervieux demande, en terminant, à faire partie de la commission.

M. Delasiauve dit que ce n'est pas seulement à Paris que les médecins ne sont pas consultés par l'administration, mais que les choses se passent ainsi à peu près partout, et, pour s'en convaincre, il suffit de lire un travail de M. Pétrequin (de Lyon), sur ce sujet.

M. Delasiauve analyse le travail de M. Pétrequin.

M. Dumont-Pallier demande si la commission sera nommée tout de suite et si la discussion continuera après la nomination de cette commission, ou bien si la commission ne sera nommée qu'une fois la discussion close. Il semble à M. Dumontpallier qu'il vaudrait beaucoup mieux ne nommer la commission que quand toute la Société sera d'accord, sans quoi l'administration pourrait bien profiter du désaccord qui pourrait exister entre quelques membres pour ne pas tenir compte de l'avis de la majorité. M. Dumontpallier demande donc que la discussion continue et que la commission ne soit nommée qu'après.

M. Hérard appuie la proposition de M. Dumontpallier, trouvant beaucoup plus logique qu'on ne nomme la commission qu'après la discussion.

M. Guyot ne partage pas l'avis de ces messieurs, et croit au contraire qu'il y a urgence à ce que la Société impose le plus tôt possible son autorité à l'administration, d'autant plus que le travail de la commission pourrait parfaitement se faire en même temps qu'aura lieu la discussion. M. Guyot demande donc, qu'au contraire, la commission soit nommée dans le plus bref délai.

M. Moissenet rappelle qu'il a demandé la parole, dans la dernière séance, uniquement pour relever une erreur de M. Labbé, qui croyait que la mesure d'envoyer les femmes en couches chez les sages-femmes était une mesure nouvelle. Chargé, comme membre du conseil, de faire un rapport sur cette question, mes conclusions, dit M. Moissenet, étaient des plus énergiques, puisque je ne demandais rien moins que la suppression complète des maternités. Le conseil fut très-ému de ce rapport, les conclusions en furent même approuvées, et c'est ce qui suscita à M. Husson l'idée d'essayer de nouvelles mesures. Je n'ai fait que constater dans cette circonstance le bon vouloir de M. le directeur de l'Assistance publique, mais je n'ai jamais dit que l'administration prenait l'initiative dans des questions de ce genre. J'ai fait connaître, en outre, les bons résultats obtenus par suite de cette mesure, puisque sur 205 femmes une seule a succombé. C'est à M. Depaul qu'on doit cette idée de répandre les femmes en couches chez les sages-femmes. M. Moissenet termine en demandant, comme membre du conseil, à faire partie de la commission.

M. Dumont-Pallier ne veut pas admettre cette nouvelle mesure, qui consiste à disséminer les femmes en couches chez des sages-femmes; il la regarde comme presque aussi dangereuse que les maternités, il a peine à s'expliquer les chiffres fournis par M. Moissenet. Il demande les secours à domicile.

M. Labbé demande qu'on limite pour le moment la question aux maternités, et croit qu'il vaudrait mieux discuter avant de faire le rapport au nom d'une commission.

M. MOISSENET dit que, pour ce qui regarde les chiffres qu'il a donnés, tout le monde peut s'assurer de leur exactitude, et demande que ceux qui en doutent aillent constater par eux-mêmes leur exactitude.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la question.

La Société consultée décide qu'une commission spéciale sera nommée dans la prochaine séance, et que la discussion générale sur la question sera reprise après le rapport de cette commission.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La séance de rentrée de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie et de l'École préparatoire à l'enseignement des sciences et des lettres, de Nantes, a eu lieu le 8 novembre dernier, dans une des salles du musée Hélie, à l'École de médecine, devant un nombreux auditoire composé des autorités de la ville, du corps médical et des élèves des deux Écoles.

La séance a été ouverte par une allocution de M. Lame, inspecteur de l'Académie; puis M. Viaud-Grand-Marais, professeur de pathologie médicale, a fait l'éloge de son prédécesseur, M. O. Pihan-Dufeillay; M. le docteur Lapeyre a ensuite pris la parole pour l'École des sciences, et M. le docteur Laënnec, secrétaire, a lu un rapport sur les concours et examens de réception à l'École de médecine pendant l'année scolaire 1868-69.

Voici les noms des lauréats de l'École de médecine :

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Élèves de 1re année : 1er prix : M. Gafé, du Cellier; 2e prix : M. Plantard de Rezé.

Élèves de 2e année : 1er prix : M. Kirmisson, de Nantes; 2e prix : M. Dianoux, de Nantes.

Mentions honorables : M. Thébaud, de Nantes, et M. Porson, de Saint-Omer (Pas-de-Calais).

Élèves de 3e année : 1er prix : M. Ribard, de Napoléon-Vendée; 2e prix : M. Moreau, de Châtillon-sur-Seine.

Concours pour les prix de clinique : 1er prix : M. Lamy, de Nantes 2e prix : M. Cado, d'Herbignac.

ÉTUDIANTS EN PHARMACIE

1er prix : M. Corbineau, du Cellier; 2e prix : M. Baudouin, de la Rochelle (Charente-Inférieure).

— Au Val-de-Grâce, du 3 au 18 novembre, a eu lieu le concours pour 13 places de médecins traitants dans le service hospitalier (9 pour la section de chirurgie et 4 pour la section de médecine).

Le jury d'examen de la section de chirurgie, présidé par M. le baron Larrey, était composé de MM. Marit, Didiot et Perrin, médecins principaux.

Les candidats ont eu à traiter par écrit : *Des rétrécissements du canal de l'urètre.*

A la suite des épreuves, ont été désignés au choix du ministre MM. les médecins-majors de 2e classe :

Thierry de Maugras, Meige, Malaval, Giard, Bourot, Chabert, Vincent Genod, Mathis et Arnaud.

Le jury pour la section de médecine, sous la présidence de M. Cazalas, se composait de MM. Champouillon, Martin et Colin, médecins principaux.

Les candidats avaient à traiter le *Diagnostic des différentes espèces d'angine; leur traitement.*

Ont été désignés au choix du ministre :

MM. Azaïs, Paoli, Guillemin, et De Courtois, médecins-majors de 2e classe.

— La Société médicale d'observation de Paris a tenu sa séance de rentrée, lundi 22 novembre, au lieu habituel de ses séances, à l'École de Médecine, sous la présidence de M. le docteur Barthez. Dans cette séance, la Société a décerné pour la première fois le prix Louis, à M. Huchard, interne des hôpitaux, pour un mémoire intitulé : *De l'emploi de l'éponge préparée dans le traitement des maladies utérines.* Ce travail sera publié aux frais de la Société.

— La Société protectrice de l'enfance vient d'établir, au siége de la société, 5, rue Magnan, un bureau de renseignements pour le placement des nourrices (1).

Cette création a pour but d'offrir aux familles des nourrices dignes de confiance, attendu qu'elles sont recommandées et choisies par des médecins-inspecteurs, qui les connaissent personnellement.

Ces nourrices ne viennent à Paris qu'après leur placement. Les parents sont mis directement en rapport avec elles pour traiter la question des gages.

La société ne perçoit aucune redevance, ni des familles, ni des nourrices.

Le registre d'inscription, déposé au bureau, contient tous les renseignements qu'on peut avoir intérêt à connaître, concernant la nourrice, ainsi que l'adresse du médecin qui la présente.

On pourra se procurer au bureau de la Société des nourrices sur lieux, aussi bien que des nourrices à la campagne.

La société se charge de faire surveiller tous les enfants placés loin de Paris, par ses soins ou autrement, et de communiquer aux parents le bulletin sanitaire qu'elle reçoit mensuellement de ses médecins-inspecteurs.

Ce service est absolument gratuit.

— M. Trélat a repris ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Pitié, les mardi et jeudi à dix heures.

Le mardi, maladies des femmes. Le jeudi, leçon à l'amphithéâtre et opérations.

— M. Giraldès, professeur agrégé de la Faculté, a commencé ses leçons cliniques, à l'hôpital des Enfants malades, le jeudi 25 novembre, à huit heures et demie, et les continuera tous les jeudis.

(1) Ce bureau est ouvert de dix heures à quatre heures, les dimanches et fêtes, de dix heures à midi.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SÉANCES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Je ne sais plus qui disait que les séances supplémentaires du samedi étaient des séances d'enterrement, qu'elles n'étaient bonnes qu'à étouffer les questions dans le silence et l'isolement. Ceux qui ont assisté aux deux dernières séances supplémentaires et en particulier à celle de samedi dernier reviendront de ce préjugé. L'Académie a eu peu de séances aussi agitées et aussi bruyantes. Sans le parti qu'a pris le président de se couvrir et de descendre du bureau en déclarant la séance close, au milieu d'un indescriptible tumulte, il serait difficile de dire quand et comment les choses se seraient terminées. De quoi s'agissait-il donc ? On le sait déjà. Il s'agissait de discuter et de voter les conclusions du rapport officiel sur la vaccine animale lu en avril 1867. Ces conclusions ou propositions, au nombre de 37, sont l'expression ou le résumé exact et précis des procès-verbaux des expériences de la commission. Elles sont consignées tout au long dans le numéro du 11 avril 1867, ce qui nous dispense de les reproduire textuellement aujourd'hui. M. Depaul en a donné de nouveau lecture à l'Académie en les faisant précéder d'un petit commentaire, rendu nécessaire par le long temps écoulé depuis la lecture du rapport et par les nombreux incidents qui sont venus se placer dans cet intervalle. 37 conclusions mises en discussion ! Nous avons eu peur un instant. Heureusement, la discussion n'a porté que sur leur ensemble, sur leur esprit ou plutôt sur celui qui leur manque, car c'est là précisément l'objet du reproche que M. J. Guérin a fait au rapporteur. Vous combattez les conclusions et vous les avez signées, lui avait dit M. Depaul. Oui, sans doute, je les ai signées, a répondu M. Guérin, parce qu'elles sont l'expression pure et simple des expériences faites par la commission ; mais ce que je reproche à ces conclusions, c'est précisément de ne pas conclure, c'est-à-dire de ne pas faire ressortir de la comparaison de la vaccine animale avec la vaccine jennérienne, les enseignements qu'elle renferme, de laisser dans l'ombre les avantages de la vaccine jennérienne, consacrés par une longue expérience, de laisser peser sur elle une suspicion de nocuité, qui est encore loin d'être suffisamment démontrée, au profit de prétendus avantages de la vaccine animale dont les preuves sont encore à faire.

M. Guérin a fait ressortir avec beaucoup de raison l'analogie du fait qui se présente dans la discussion sur la vaccine, avec ce qui a eu lieu tout récemment dans la discussion sur la mortalité des nourrissons, dont on a considérablement élevé l'objet en en élargissant le cercle. Dans l'une pas plus que dans l'autre, l'Académie ne saurait se contenter de conclusions officielles et de projets de réglementation. L'une et l'autre impliquent des problèmes scientifiques de premier ordre dont l'Académie, sous peine d'abdiquer son rôle scientifique, ne peut décliner l'étude et la solution.

Il y a dans les conclusions du rapport de M. Depaul un énoncé d'expériences physiologiques et de faits, qui était sans doute le préliminaire indispensable de la réponse à faire au ministre; mais cette réponse elle-même ne s'y trouve pas. Les conclusions, si l'on veut voir ce qu'elles renferment implicitement, disent, à notre avis, trop ou trop peu; trop en ce qu'elles laissent peser sur la vaccine jennérienne, sans preuves suffisamment établies, comme l'a montré M. Guérin, une suspicion de déchéance, qui conduirait presque logiquement à prononcer comme ultimatum la fatale formule *delenda est...*, quoique puisse dire M. Depaul pour s'en défendre ; trop peu en ce qu'elles ne font pas assez ressortir les points de vue scientifiques du parallèle des deux vaccines, que la discussion elle-même a mis en lumière.

Sans rien retrancher des conclusions du rapport, nous croyons donc avec MM. Guérin, Ricord, Hérard et M. Blot, qui s'est rangé depuis au même avis, qu'il y aurait lieu d'ajouter aux 37 propositions, qui gagneraient à être abrégées, fondues en trois ou quatre groupes, comme en est convenu, du reste, M. Depaul lui-même, une proposition ou conclusion terminale, contenant la vraie réponse à faire par l'Académie à la question qui lui a été posée, et qui consisterait à dire, ou à peu près, ce que M. Guérin a parfaitement formulé, à notre avis, dans le projet qu'il a déposé sur le bureau, et qui se résume en ceci : « Emettre le vœu que la plus grande liberté soit laissée à la vaccine animale pour la démonstration de ses propriétés et de sa valeur; mais que cette liberté ne puisse, en aucun cas, s'exercer aux dépens de la vaccine jennérienne, qui devra être maintenue en possession de la confiance publique. »

Nous ne connaissons pas exactement le texte de la proposition formulée par MM. Hérard et Blot, et déposée hier sur le bureau, mais nous croyons qu'elle ne diffère pas beaucoup au fond de celle-ci. Il a été décidé que, dans une des prochaines séances, l'Académie aurait à se prononcer sur ces amendements.

La séance d'hier a été consacrée aux rapports de prix. L'Académie a entendu successivement le rapport général annuel sur les eaux minérales, par M. Devergie, avec les propositions de médailles et récompenses à décerner aux auteurs des meilleurs rapports; le rapport sur le prix Civrieux, par M. Baillarger ; et le rapport sur le prix Barbier, par M. Hardy.

Les assistants habituels n'ont qu'à se louer de plus en plus d'être admis à entendre des rapports qui sont généralement faits avec un très-grand soin, et très-sérieusement écoutés et discutés par l'Académie.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SÉE.

Leçon d'ouverture du cours de clinique.

(Recueillie par M. CHOYAU, chef de clinique de la Faculté.)

Depuis trois ans, messieurs, je poursuis l'application de la physiologie à la médecine ; votre présence et votre assiduité m'encouragent dans cette tâche, je dirais même dans cette lutte qui vient de s'engager aussi entre les chirurgiens. Je continuerai à marcher dans cette voie sans me préoccuper du désaccord qui peut régner entre le passé et le présent, entre la tradition que je respecte et le progrès que je cherche à accomplir.

Nous suivrons donc les données de la physiologie expérimentale dans toutes les parties de la médecine, dans le diagnostic, dans la pathogénie, surtout dans la thérapeutique.

Si nous faisons sommairement la revue rétrospective du cours précédent, nous voyons que nous avons étudié la thermométrie et son application au diagnostic des fièvres à leur début ; nous avons fait aussi une analyse physique minutieuse des phénomènes de l'auscultation et leur application au diagnostic des maladies de poitrine, et au point de vue de la pathogénie, nous avons commencé à discuter les divers modes de formation de l'albuminurie. L'épilepsie est une des maladies dont le domaine est pour ainsi dire tout entier dans la physiologie expérimentale ; c'est cette dernière qui nous a montré le mécanisme des attaques convulsives et des vertiges ; j'indiquerai encore le développement de la maladie bronzée et la pathogénie des fièvres malignes.

C'est aussi la physiologie qui nous a permis de connaître l'action des médicaments, du tabac et de la belladone dans les affections respiratoires ; de l'alcool dans les fièvres ; du bromure de potassium dans l'épilepsie ; enfin la tolérance des médicaments en général.

Nous avons posé ainsi les premiers jalons de la méthode à suivre, et, malgré les retardataires, malgré les réactionnaires, nous resterons fidèles à nos principes que vous m'avez encore vu appliquer ce matin au n° 1 de la salle Saint-Charles. Il s'agit d'un malade atteint d'ictère et qui présente, outre la coloration jaune de la peau, le ralentissement du pouls, les démangeaisons cutanées, la constipation, la décoloration des selles et la couleur rougeâtre des urines. Tous ces phénomènes appartenant à l'ictère, sont ordinairement énumérés sans aucun ordre, comme s'ils se produisaient au hasard, de sorte qu'on ignore leur valeur diagnostique et leur importance séméiotique ; or, il s'agit avant tout de connaître leur enchaînement, leur hiérarchie, et de reléguer au second plan tous les phénomènes consécutifs accidentels, secondaires ; pour atteindre ce but, il faut, de toute nécessité, étudier leur mode de production, leur pathogénie. Mais pour cela il faut se servir de l'expérimentation.

En injectant la bile dans les veines d'un animal, on fait pénétrer deux éléments principaux, les acides biliaires et la matière colorante. Séparez ces deux éléments pour faire la part de chacun ; et vous verrez : que les acides biliaires sont des excitants névro-musculaires, et que, consécutivement à leur pénétration dans le courant circulatoire, il se produit une série de phénomènes constants qui sont :

1° Le ralentissement du pouls par suite de l'excitation du nerf vague ; vous savez, en effet, que le nerf pneumo-gastrique est l'antagonisme des ganglions moteurs du cœur, et que son excitation amène un ralentissement qui est aussi produit par les acides biliaires, exactement comme par la digitale, plus promptement et plus sûrement encore.

2° Les démangeaisons cutanées peuvent s'expliquer par l'excitation des extrémités des nerfs sensitifs de la peau par les acides choliques et choléiques.

3° La constipation est due en grande partie à l'absence de ces acides dans l'intestin. Dans l'état normal, ils produisent sur le plan musculaire une excitation qui se traduit par la contraction des muscles intestinaux ; si cette excitation manque, il y a rétention des matières.

L'action de la bile elle-même, en tant que matière colorante, donne d'autres résultats :

1° La coloration des matières fécales ; s'il y a obstruction des conduits biliaires, si la bile ne s'écoule plus dans les intestins, les selles sont décolorées, grisâtres.

2° La pénétration de la bile dans le sang, lorsqu'elle trouve ses émonctoires naturels oblitérés, détermine l'imprégnation de tous les tissus, et principalement des tissus très vasculaires, par la biliverdine.

3° Une fois introduite dans le sang, elle tend à s'éliminer, de là la coloration des divers liquides sécrétés, et plus particulièrement de l'urine.

Telle est, messieurs, l'origine longtemps méconnue des phénomènes que l'on voit survenir chez les malades ictériques.

Ce que je viens de vous dire pour l'ictère trouverait bien ailleurs son application. Lorsque vous lisez la description d'une maladie, vous voyez les mêmes symptômes se répéter dans chacune d'elles, sans que vous puissiez savoir pour quelle raison des phénomènes identiques se rencontrent dans un aussi grand nombre de maladies ; aussi, vous est-il presque impossible de vous souvenir de ces descriptions stéréotypées les unes sur les autres. La physiologie seule vous dira comment il se fait qu'un même symptôme puisse appartenir à des maladies différentes.

Depuis le 1er novembre, vous avez pu voir dans nos salles trois malades qui ont tous présenté de la cyanose, cyanose qu'il me sera facile de vous expliquer par la physiologie.

Le premier malade était un jeune homme qui fut pris d'accidents cholériformes dans le cours d'une scarlatine. Des vomissements abondants, des selles répétées, ont amené chez lui une diminution considérable de la partie aqueuse du sang ; cette modification du liquide sanguin, cette déshydratation a eu pour résultat un ralentissement de plus en plus marqué dans la circulation, une véritable stase dans les capillaires, et la cyanose n'a pas tardé à apparaître.

La deuxième malade était atteinte d'une pneumonie très-étendue, survenue au 16e jour d'une fièvre typhoïde ; la diminution dans l'étendue de la surface respiratoire donna lieu à des phénomènes d'asphyxie, à l'accumulation de l'acide carbonique dans la circulation, et finalement à la cyanose. — Voilà donc déjà un deuxième mécanisme de la cyanose, bien différent du premier, qui est le résultat de la déshydratation, et par conséquent de la stase du sang.

Le troisième malade était atteint de fièvre typhoïde à forme adynamique ; vous l'avez vu dans un état de stupeur profond et persistant ; son système nerveux était indifférent à toute espèce d'excitation ; si on suppose que les nerfs vaso-moteurs participent à cette atonie générale, les vaisseaux se laissent distendre, la circulation s'affaiblit, et finalement il se produit des stases capillaires, de là la coloration bleuâtre de toute la surface du corps, qui était si marquée chez ce malade. Dans ce deuxième cas, la circulation tout entière s'est affaiblie, le cœur subissant la dégénérescence musculaire, perd sa force et devient insuffisant pour obvier à la distension atonique des vaisseaux ; tandis qu'au contraire, si le cœur était intact, les vaisseaux étant relâchés, la circulation serait plus facile. Dans la fièvre typhoïde grave, la cyanose tient donc à la débilitation simultanée de l'organe central et des vaisseaux eux-mêmes.

Après avoir fait connaître ce troisième mécanisme de la cyanose, j'arrive maintenant à un dernier fait. Il y a plusieurs mois, un homme a succombé dans nos salles à une péritonite par perforation. Dès le début, presque en même temps que la douleur violente due à l'épanchement de matières stercorales dans la cavité péritonéale, la cyanose s'est montrée et a persisté jusqu'à la mort. Vous savez tous qu'un coup violent porté à l'épigastre amène souvent une syncope qui peut parfois être mortelle. Ce coup violent est pour la partie abdominale du pneumo-gastrique une excitation très-vive, qui remonte jusqu'au bulbe, pour retentir ensuite sur les filets cardiaques du nerf vague et amener alors une diminution, un arrêt même des battements du cœur ; ce même phénomène, prouvé par les expériences si précises de Golz, a lieu dans la perforation. La douleur abdominale excessive est une excitation périphérique qui, par action reflexe, va retentir sur les filets cardiaques du nerf vague et diminuer l'action du cœur. Vous savez, en outre, qu'au nerf vague se trouve accolé

un nerf appelé *dépresseur*, découvert par Cyon, et démontré à Paris devant l'Institut et les physiologistes français, qui ont reconnu l'exactitude et l'importance de cette découverte, récompensée par le grand prix de l'Académie des sciences. Ce nerf qui existe, soit isolément, soit accolé au nerf vague, chez tous les animaux et non pas seulement chez le lapin, comme on l'a dit plaisamment, a le pouvoir, quand il est excité, de diminuer considérablement la pression dans les vaisseaux, et par suite d'affaiblir la circulation. Or, la même excitation qui, partant de l'abdomen, va gagner le pneumo-gastrique, se propage aussi au nerf de Cyon et amène, par l'intermédiaire de la moelle allongée, une paralysie des nerfs splanchniques vaso-moteurs et une dilatation consécutive du système vasculaire ; de là, la faiblesse simultanée du cœur et des vaisseaux ; de là, la diminution de la circulation, et par conséquent la cyanose, comme dans le cas précédent. Mais ici l'affaiblissement du cœur est simplement dynamique, et ne tient pas à une dégénérescence musculaire, comme cela peut avoir lieu dans la dothiénentérie ; d'autre part, la dépression des vaisseaux est un acte reflexe au lieu d'être direct, comme chez notre troisième malade.

Il nous est donc facile de voir, messieurs, que la cyanose reconnaît des origines multiples, entraîne, par conséquent, un pronostic tout autre, et comporte un traitement qui ne peut être rationnel que si l'on tient compte de la diversité de ses mécanismes.

(*A suivre.*)

DES MOYENS PRATIQUES D'OBVIER A LA MORTALITÉ DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS

Par M. le docteur P. Chalvet (1).

I

Généralités.—Avons-nous besoin de déclarer, en commençant, que nous n'avons rien inventé dans cette étude? Tout ce que nous allons dire a été dit et fort bien dit ailleurs; cependant il importe de réunir ici, comme éléments de la question, les faits et les affirmations isolés dans les livres et les mémoires.

On lit d'excellents conseils dans la plupart des ouvrages consacrés à l'éducation physique des enfants nouveau-nés ; mais, à côté de sages préceptes, les hommes les plus autorisés tolèrent et encouragent même des abus nuisibles, que l'anatomie, la physiologie et l'observation condamnent irrévocablement.

Je sais bien qu'on va répondre que ces moyens, que je condamne d'une manière absolue, ont donné parfois d'heureux résultats ; je l'admets, tout en déclarant illogique d'ériger l'exception en règle générale.

De ce que quelques enfants ont pu se nourrir impunément, *en apparence*, dès les premiers mois de la vie, de lait mélangé et bouilli, d'aliments féculents et d'émulsion d'œuf, il ne s'ensuit pas que cette alimentation soit absolument bonne ; j'espère même démontrer qu'elle est essentiellement mauvaise avant l'évolution complète des huit premières dents, comme on le dit depuis si longtemps avec juste raison.

Les exceptions qu'on pourra nous citer à cette règle générale ne sont qu'apparentes, disons-nous ; car, pour apprécier l'état physique de l'enfant, il ne faut pas seulement tenir compte du poids, c'est-à-dire de la masse, il faut aussi ne pas négliger ce que je décrirai plus tard sous le nom de *résistance individuelle acquise*. Il est incontestable que l'homme s'élève sur l'enfant, qu'il puise ses éléments de force ou de faiblesse dans le travail de son premier développement, tout comme nos animaux domestiques, dût l'orgueil humain trouver ce rapprochement irrévérencieux!

On peut bien user de quelque sévérité envers ceux qui n'ont ugé nécessaire une société protectrice de l'enfance que bien longtemps après la fondation de sociétés protectrices des animaux?

Cependant, la santé publique est une force, je dirai même une richesse qu'on ne saurait négliger; et comme elle est le résultat de la vigueur collective des membres d'une même société, il en résulte que l'éducation physique des enfants nouveau-nés devient une question d'économie sociale de la plus haute importance.

Cette question, en effet, a souvent préoccupé *théoriquement* les philosophes, les médecins, et même quelques-uns de ces hommes qui se donnent spécialement le titre *d'hommes d'Etat*.

On a toujours conclu, dans ces dissertations spéculatives, que la force physique de chaque individu forme le premier élément de la puissance et de la prospérité des nations. Ces déclarations, absolument vraies, sont restées à l'état de mots et de paroles, *verba et voces*, dans les constitutions modernes du moins ; car quelques peuples anciens, et nous y reviendrons, faisaient un sacerdoce de l'éducation physique des enfants.

A qui la faute si ce mauvais état de choses a jeté chez nous, par exemple, de si profondes racines? Notre société tout entière est coupable, nous le prouverons bien ; mais ceux qui doivent le plus directement porter cette responsabilité, dans un très-grand nombre de cas, sont les hygiénistes, les médecins qui ont faibli et qui faiblissent encore dans leurs conseils. Le blâme doit retomber sur les représentants naturels de la santé publique qui se sont contentés de parler et ont négligé d'agir ; souvent même leurs paroles ont été des conseils irréfléchis donnés au mépris des lois naturelles.

Habitués à subir l'initiative des hommes de l'art en cette matière, nous avons vu ce spectacle étrange de pères de famille qui perfectionnent les races domestiques par l'élevage bien dirigé, et qui n'obtiennent pas les mêmes résultats pour leurs enfants, grâce aux vices d'éducation physique dont la science ne sait pas triompher!

Nous en sommes arrivés à ce point, qu'on le sache bien, où une réforme complète dans *l'élevage* des enfants est absolument nécessaire. Or, pour qu'une réforme soit complète, il ne faut pas qu'elle transige avec les antécédents, dès que ces antécédents ne sont pas *intégralement* bons à conserver.

Donc, tout ce que l'élevage naturel, basé sur l'étude de l'organisme aux différents âges repousse, nous le repousserons impitoyablement; nous ne transigerons qu'en présence de forces majeures, et dans ces cas, nous essayerons encore d'imiter autant que possible les situations naturelles.

En principe, nous n'établissons d'autres différences entre *l'élevage* physique des enfants nouveau-nés et des petits mammifères que celle qui s'impose par la lenteur relative du développement, par la corrélation des âges.

En effet, il est de petits mammifères de quelques semaines qui équivalent à des enfants de dix à douze mois, au point de vue du développement des organes digestifs. Dans les deux cas, les soins, et l'alimentation devront être équivalents.

Pour diriger comme il convient de le faire l'éducation physique des enfants, il nous suffirait, en réalité, d'imiter ce qu'inspire aux mères pleines de cœur de jeunes animaux, cette impulsion intime qu'on est convenu d'appeler l'instinct. Comme le dit avec raison M. le docteur J. Gauneau, qui a bien étudié cette question, nous sommes trop disposés à prendre l'enfant nouveau-né pour un homme, et par cela même à lui donner un aliment tout à fait en disproportion avec ses aptitudes digestives. J'ajouterai que les mères se croient aussi trop facilement mères à demi, et qu'il est fâcheux que certaines influences religieuses, qui font vibrer avec tant de succès beaucoup de cordes moins utiles chez les femmes dites du monde, ne leur fassent pas un devoir sacré de l'allaitement, à l'exemple de Mahomet.

Pour avoir le droit de soustraire l'enfant nouveau-né à l'allaitement direct ou indirect, on a cru utile de critiquer la nature, d'affirmer qu'elle n'a mis aucun discernement à ordonner les conditions de la naissance et de la vie. De ce que l'étuve peut remplacer la poule dans l'incubation, on a cru trouver la nature en défaut, on l'a déclarée vaincue par l'initiative de l'homme! Ce fait n'est pas une démonstration de ce que l'on cherche à prouver : l'incubation artificielle n'est qu'une imitation directe d'une condition naturelle, ce n'est que la substitution d'un milieu à un milieu équivalent; il est par conséquent *très-naturel* que les résultats obtenus soient les mêmes.

Pour que cette critique reposât sur des faits probants, il faudrait que l'incubation pût se faire en plaçant la tache germinative dans un autre milieu que le vitellus et la masse albumineuse. Si l'on parvenait à réaliser cette expérience, alors seulement on aurait le droit de dire, que l'initiative de l'homme a pu modifier les conditions naturelles de l'évolution des êtres. Il est aussi illogique de vouloir remplacer le lait par tout autre aliment dans l'élevage des nouveau-nés, que de vouloir tenter l'expérience précédente ; car ces tentatives réussiraient-elles à demi, qu'elles n'auraient certainement aucun avantage.

Comme il est démontré pour nous, que les succès sur lesquels on s'appuie sont illusoires, nous tenons tous ces moyens d'alimentation artificielle pour dangereux.

Il est inutile d'entrer dans des détails qui reviendront naturellement quand nous aurons démontré que plus on imite l'instinct, plus on se conforme aux lois de la nature, plus *l'élevage* des nouveau-nés se simplifie.

Nous ne pouvons cependant quitter ces généralités, sans dire quelques mots des moyens tout dernièrement proposés pour remédier à la mortalité des enfants nouveau-nés.

On a dit avec raison que le vrai remède devait sortir de l'instruction générale du peuple. Personne ne contredira M. Husson sur ce sujet; nous savons tous que bien des misères seront supprimées par l'instruction, et surtout par une meilleure éducation sociale. Mais pouvons-nous attendre qu'il en soit ainsi avant de porter remède à la mortalité en question? De plus, n'est-il pas nécessaire de changer avant tout les principes qui président actuellement à l'éducation physique des nouveau-nés, c'est-à-dire de modifier l'instruction vicieuse de ceux qui croient bien savoir? Nous affirmons qu'après avoir élevé l'instruction de toutes les mères de famille à la hauteur de l'instruction spéciale de la plupart des sages-femmes, ce qui ne serait pas très-dificile ; qu'après avoir fait partager aux sages-femmes les opinions de la généralité des médecins sur l'allaitement, ou mieux sur *l'élevage* des nouveau-nés, nous aurions encore un état de choses qui, *comparativement* appliqué à la zootechnie, ruinerait rapidement nos éleveurs des belles races domestiques, et entraînerait certainement la dégénérescence de leurs plus beaux produits.

Donc, la première chose à faire et à faire de suite, est de corriger les abus, de s'élever contre les mauvais soins que l'on croit bons, contre les détestables principes alimentaires que l'on croit excellents.

Qui doit s'élever contre tout cela? Les médecins et les sages-femmes, qui, pour la plupart, s'élèveront ainsi contre eux-mêmes, nous le répétons.

Si ces abus sont imposés par une ignorance ou une routine invincibles, ou par la misère absolue, qui ne permet pas de faire autrement, nous indiquerons précisément par quels moyens on peut changer les milieux, faute de pouvoir changer les personnes et les situations de fortune.

On a dit encore que, la misère étant la grande cause de la mortalité des nouveaux-nés, il fallait combattre d'abord la misère; mais comme il est impossible de donner la fortune ou l'aisance nécessaire à tous les déshérités, il fallait élever l'enfant du pauvre par la charité privée!

Voilà un noble moyen pour une grande nation, proposé par M. Fauvel.

L'enfant de l'ouvrier malheureux, c'est-à-dire de la classe la plus utile de la société, l'enfant qui soutiendra un jour le plus *personnellement* l'honneur du drapeau français, si les circonstances l'exigent, débutera dans la vie par la mendicité, par la situation dont il faut inspirer à tous les citoyens la plus profonde horreur, parce qu'elle est la formule de la paresse et l'occasion de tous les vices, y compris le penchant à la servilité.

La mendicité n'est-elle pas le point de départ de toutes les fausses positions, qu'un état social bien organisé doit d'abord chercher à faire disparaître?

A-t-on oublié déjà ce que la charité, largement répandue, ce que l'aumône avait créé autour des couvents et des châteaux, à une autre époque de notre histoire nationale?

Non, la charité, ainsi réglementée, ne saurait être le remède cherché, et ce moyen serait certainement mal venu de la part des travailleurs, qui, à défaut de fortune, ne manquent pas tous de noblesse de cœur (1).

Qu'on se le persuade bien, l'argent même ne suffirait pas pour obvier à la mortalité des nouveau-nés. Les enfants riches meurent ou condamnent ceux de leur nourrice mercenaire à mourir, et ce n'est pas faute d'argent.

Le remède doit sortir des combinaisons suivantes, c'est-à-dire qu'il doit varier avec les conditions sociales, qui ne seront pas égalisées de sitôt.

Améliorer les principes de *l'élevage*; forcer autant que possible les vraies mères à nourrir elle-même; diminuer pour la classe ouvrière les frais d'élevage par *l'industrie privée* et non par *l'aumône privée*.

Quant aux enfants abandonnés, la nation et non la charité privée leur doit la subsistance dans les meilleures conditions possibles. Ils sont les véritables enfants de la nation, puisqu'ils ne connaîtront souvent d'autre mère que la patrie. Nous verrons aussi, à propos de ces derniers, ce qu'une sage organisation pourrait faire de *grand*, tandis qu'ils sont exposés à l'heure qu'il est sur un champ de bataille où la mort en prend plus de la moitié. La moitié des survivants seront plus tard infirmes ou maladifs. Les demeurants compteront des vagabonds, des mauvais sujets, et quelques rares citoyens utiles, quand il serait si aisé de faire de tous les défenseurs naturels du pays.

Ces questions, ne l'oublions pas, ont un intérêt immense ; elles touchent non-seulement à l'économie sociale, dont nous n'avons pas à nous occuper, mais à l'hygiène sociale, trop négligée jusqu'ici. Cette négligence ne fait pas l'éloge du corps médical. Le médecin ne devrait-il pas être l'instigateur de toutes les réformes utiles dans tout ce qui concerne la conservation des individus et le perfectionnement de la santé, s'il était à la hauteur de sa mission, et s'il avait la bonne volonté de remplir les nombreux devoirs que lui imposent les *initiatives* dont il est, pour ainsi dire, tacitement et naturellement investi?

(*Sera continué*).

(1) Voir le numéro du 19 octobre 1869.

(1) Dans l'organisation de *l'élevage* des nouveau-nés, nous ne prétendons pas exclure les donations privées. Les hôpitaux anglais n'ont pas d'autre ressource; mais un legs n'est pas une aumône; dans ces conditions, il devient propriété sociale. La fondation de berceaux dans une *ferme-nourrice*, par des dons privés, nous paraît un acte aussi digne d'éloges que la fondation de prix dans les sociétés savantes ou des lits dans les hôpitaux de Londres.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance extraordinaire du 27 novembre — Présidence de M. Blache.

LECTURES

M. Trélat, candidat pour la section de médecine opératoire, lit un travail sur l'ulcère tuberculeux de la bouche, et en particulier de la langue, dont voici les conclusions :

1° Il est démontré que les ulcères de la bouche, désignés sous le nom de phthisie buccale et d'ulcères tuberculeux, sont produits, dans certains cas au moins, par l'ulcération de véritables tubercules, ce qui n'était pas admis jusqu'ici.

2° Les ulcères tuberculeux de la bouche ont toujours été observés chez des tuberculeux, mais leur apparition peut précéder celle de la tuberculose pulmonaire, bien que l'ordre inverse soit le plus fréquent.

3° Le diagnostic des ulcères peut être établi sûrement à toutes les périodes de la maladie. (Renvoyé à la commission d'élection.)

M. Personne donne lecture d'un travail ayant pour titre : *De l'emploi médical du chloral, de ses propriétés, et de sa transformation en chloroforme dans l'économie animale.*

L'auteur conclut que l'hydrate de chloral ne traverse pas l'économie sans transformation, mais qu'il est, au contraire, à son arrivée dans le sang, dédoublé en acide formique et chloroforme, lequel est converti ultérieurement en chlorure de sodium et formiate de soude, qui forment ainsi les produits de son élimination. (Comm. MM. Pidoux, Regnault et Gübler.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les conclusions du rapport de la commission de la vaccine animale.

Suite de la discussion sur la vaccine animale.

M. Depaul ne suppose guère que la plupart de ses auditeurs soient parfaitement au courant de la question. C'est pourquoi il croit nécessaire, avant de donner de nouveau lecture des conclusions du rapport, de rappeler en quelques mots ce dont il s'agit. Si M. Guérin, dit-il, veut reprendre la discussion sur la question générale de la vaccine animale, je l'accepte, mais pas aujourd'hui. Je ne veux pas, en effet, entrer aujourd'hui dans une nouvelle discussion, je viens simplement, au nom d'une commission, vous relire les conclusions d'un rapport que l'on doit mettre aux voix ; mais avant, je le répète, je crois nécessaire de rappeler comment les choses se sont passées.

En 1866, je fus chargé de faire un rapport sur les mémoires ayant trait à la vaccine animale. Après l'exposé des travaux que je jugeai nécessaires, je terminais en demandant au ministre une somme de 6,000 fr. d'un côté et de 800 fr. de l'autre, pour entrer en expériences. M. Guérin ayant demandé à ce qu'on obtint quelque chose de plus, je rédigeai une nouvelle lettre, dans laquelle je demandai, après de nouveaux calculs, un somme de 8,000 fr. Le ministre répondit qu'il ne pouvait donner que 6,000 fr., laquelle somme devait être consacrée à des expériences sur le cow-pox. L'Académie nomma donc une commission composée de MM. Ricord, Bouley, J. Guérin, Bousquet, Lelanc, Blot et moi. Le but de cette commission était d'expérimenter sur la vaccine animale. On se procura du cow-pox chez MM. Lannoy, qui en avait un dépôt. Ayant appris depuis qu'il y en avait dans le Loiret, je partis et revins muni d'une génisse inoculée. C'est ainsi qu'au cow-pox de Naples j'ai substitué celui de Baugency. Il fallait donc : 1° savoir ce qu'on pouvait faire comme conservation du cow-pox de génisse à génisse. On pratiqua donc l'inoculation sans interruption de génisse à génisse, et je rappellerai à cette occasion le grand zèle qu'apporta la commission dans ces expériences ; — 2° il se présentait une seconde série d'expériences

par lesquelles il s'agissait de faire passer le cow-pox de la génisse à l'enfant, et 3°, enfin, une nouvelle série d'expériences comparatives : les unes avec le cow-pox, les autres avec le vaccin de bras à bras. Ce fut surtout dans cette dernière expérimentation que la commission eut tant de zèle à déployer. La constatation des vaccinations des enfants à domicile n'était pas, en effet, chose facile. Enfin, comme question incidente, il s'agissait de savoir si la génisse était capable de contracter la syphilis. Nous vous avons donné tous les résultats de ces différentes expériences et même de ces dernières qui, je le répète, n'étaient qu'un point accessoire de la question.

(Ici M. Depaul donne lecture des conclusions qu'il a déjà lues le 2 avril 1867. — Voir le numéro du 11 avril 1867, où ces conclusions ont été reproduites textuellement.)

Si j'avais cru, reprend M. Depaul, ne devoir parler seulement qu'à des médecins, j'aurais restreint ces conclusions; mais comme elles étaient destinées à passer dans les bureaux du ministère, j'ai cru devoir les détailler. Ces conclusions ont été l'objet d'une discussion fort longue dont tout le monde peut voir les comptes rendus dans les bulletins, et après laquelle j'ai demandé qu'on voulût bien les signer. MM. Guérin et Bousquet les ont signées eux-mêmes. Je crois donc être dans mon droit en demandant qu'on les mette aux voix, quitte à revenir après à une nouvelle discussion sur la question générale, mais non plus sur ces conclusions que tous les membres de la commission ont signées. Je m'en rapporte d'ailleurs, à cet égard, à la sagesse de l'Académie.

M. J. GUÉRIN. Il se présente, dans cette circonstance, un fait analogue à celui qui se présente dans la question de la mortalité des nourrissons. Un de nos collègues a prouvé à l'Académie, avec beaucoup de talent et de justesse, qu'elle ne pouvait pas se contenter d'un système réglementaire pour une question d'une si haute importance. Je partage entièrement son opinion, et c'est pourquoi je demande à discuter de nouveau les conclusions du rapport de M. Depaul, car il se présente, pour la vaccine animale, la même circonstance que pour la mortalité des nourrissons. Nous sommes en présence d'une question dont il faut apprécier la valeur. Or cette question touche aux intérêts mêmes de l'humanité. Faut-il donc la restreindre, selon le vœu de M. le rapporteur, à des termes de bureaux de ministère? Non, certes, mon avis est, au contraire, qu'il faut l'élever à la hauteur que comportent la dignité de la science et l'intérêt même du public qu'elle touche directement.

Or voici le problème que nous avons à résoudre, tel qu'il doit être posé. Il s'agit de savoir si la vaccine humaine doit être remplacée par la vacccine animale. Telle est, en effet, la haute question implicitement renfermée dans la demande du ministre et qui ressort du travail même du rapporteur. L'Académie a accepté le débat et ne s'est pas plaint qu'on s'écartât de la question. M. Depaul lui-même n'a pas refusé de prendre part à ce débat. Le but est donc d'étudier comparativement la vaccine animale et la vaccine jennérienne, ou, en d'autres termes, il y a lieu de voir si la vaccine animale doit remplacer la vaccine jennérienne, marcher avec elle ou lui laisser le pas. Il ne suffit donc pas, devant d'aussi graves questions, de se renfermer dans des conclusions purement expérimentales.

On a accusé la vaccine jennérienne de présenter des dangers, et on a proposé comme remède la vaccine animale. C'est pourquoi l'autorité a démandé la comparaison des deux vaccines. Je justifie donc le caractère plus large et plus élevé que la discussion a prise. Or, si on vote les conclusions que vous venez d'entendre, telles qu'elles sont, on ne fera qu'accepter les raisons qu'on a données de préférer la vaccine animale à la vaccine humaine. Tout en reconnaissant la nécessité qu'il y a à ce que ces conclusions simprègnent du caractère administratif, je prétends qu'elles doivent s'imprégner aussi du caratère de la haute mission que l'Académie a reçue. Ce programme est le résumé de la question telle que l'Académie l'a envisagée. Ce qu'il faut au ministre, c'est de savoir s'il doit propager une nouvelle mesure à la place d'une des plus grandes découvertes des temps modernes. Les conclusions de M. Depaul résument tout simplement les expériences physiologiques qui ont été faites. Il n'y est pas même question de la vaccine humaine; on n'y parle nullement de la comparaison qui était demandée, et les différences qui existent entre les deux vaccines y sont noyées. Or, la première question que l'on devait se poser était celle-ci : est-il vrai que la vaccine jennérienne ait dégénéré? On n'a pas répondu à cette question, et on s'est contenté d'y faire une légère allusion en disant, à la faveur de la vaccination animale, que les transmissions de la vaccine animale se font très-bien. C'est ainsi qu'on a détourné cette grave question de la vaccine jennérienne, et même il semble résulter de cette affirmation en faveur du vaccin animal que l'on ait démontré que le vaccin humain est susceptible de garder ses propriétés préservatrices, tandis qu'il y avait là, au contraire, une vérité qu'il fallait consacrer, à savoir la conservation de la vaccine humaine.

Une seconde question a été soulevée, qui a beaucoup préoccupé la commission; je veux parler de la syphilis vaccinale.

Cette nouvelle discussion a eu pour résultats de montrer qu'il y avait à compter avec la syphilis vaccinale. On a dit que c'était en dehors de la question; mais alors pourquoi avoir fait des expériences sur les animaux? Il est évident qu'il y a des cas où il y a coïncidence de vaccin et de syphilis; mais comment? C'était ce qu'il fallait démontrer. On n'a jamais pu dire qu'il y avait contamination produite par le vaccin. La commission, ici encore, n'a examiné la question qu'en faveur de la vaccine animale, et pour dire seulement que celle-ci ne donnait pas la syphilis, et enfin, une question qu'il n'a encore été donné à personne d'éclaircir, c'est qu'il existe une identité parfaite de préservation entre les deux vaccines. Il y a évidemment de grandes analogies entre les deux vaccines, mais il y a aussi de grandes différences dans leurs causes comme dans leurs effets et leurs propriétés.

Je me résume en posant à l'Académie ces questions : 1° si elle consentira à ce qu'on rétrécisse sa mission; — 2° si elle peut se contenter de l'expression purement littérale et physiologique des faits observés; — 3° si elle ne doit pas embrasser la question sous le point de vue social et humanitaire; — 4°, enfin, quelle destinée elle réserve à la vaccine animale? J'avoue que j'ai peur de voir le ministre, si l'on vote ces conclusions, faire disparaître la grande découverte de Jenner consacrée par le temps et toutes les nations au profit de la vaccine animale, que je regarde, moi, comme une mauvaise chose.

M. Guérin termine en donnant lecture de conclusions qu'il a faites de son côté.

CONCLUSIONS. — L'Académie, après avoir entendu le rapport de la commission chargée d'expérimenter la vaccine animale et la discussion dont ce rapport a été suivi, est d'avis que :

1° La vaccine animale présente, dans son évolution, sa marche, ses caractères, de très-grandes analogies, mais aussi quelques différences avec la vaccine humaine ou jennérienne; toutefois, ces analogies n'impliquent pas nécessairement de la part de la vaccine animale une vertu préservatrice de la variole égale à celle de la vaccine jennérienne; le temps et l'expérience pourront seuls donner la solution définitive de cette question.

2° La vaccine humaine ou jennérienne, dont une longue et vaste expérience a sanctionné l'efficacité et les bienfaits, ne paraît susceptible de perdre ses propriétés que passagèrement et par suite d'un défaut de soin dans le choix du vaccin ou de l'omission des règles d'une bonne vaccination; et les complications qui ont pu quelquefois, mais très-rarement, en altérer la pureté peuvent être prévenues par une plus grande attention de la part des vaccinateurs.

3° En conséquence, l'Académie émet le vœu que la plus grande liberté soit laissée à la vaccine animale pour la démonstration de ses propriétés et de sa valeur, mais que cette liberté ne puisse, en aucun cas, s'exercer aux dépens de la vaccine humaine ou jennérienne, laquelle doit être maintenue en possession de la confiance de la science, du public et de l'administration.

M. LE PRÉSIDENT veut les mettre aux voix, mais M. J. Guérin déclare qu'il s'y oppose et qu'il les retire, en se réservant de les présenter plus tard, si la discussion est reprise et s'il lui est permis de les développer.

M. LE PRÉSIDENT met alors aux voix les propositions qui terminent le rapport de la commission. — Ces propositions sont adoptées.

M. HÉRARD demande si l'Académie entend conserver simultanément les deux modes de vaccination. C'est, selon lui, ce qu'on devrait faire.

M. RICORD prend la parole : Il serait bon cependant de s'entendre sur ce que nous avons fait. Que venons-nous de voter?

Plusieurs membres : Le rapport de la commission.

M. RICORD. Bien! notre vote signifie donc que nous approuvons ce rapport; que les expériences sont fidèlement rapportées; que tout ce que la commission a fait est, en un mot, bien fait. A cet égard, le doute n'existait même pas. Mais avons-nous voté sur ce point qui me semble dominer la discussion, à savoir s'il faut préférer la vaccination animale à la vaccine humaine? Avons-nous décidé que l'on pouvait, par la vaccination animale, s'affranchir de tous dangers d'inoculation? Le rapport semble conclure en ce sens, lorsqu'il présente la vaccination animale comme exempte de dangers. Mais notre vote ne peut aller jusqu'à approuver cette vue de la commission, parce que, en réalité, nous sommes à cet égard dans une ignorance. Nous ne savons pas du tout si la vaccination animale n'a pas de dangers. Ce que nous savons, c'est que, jusqu'à présent, il n'a pas été possible de communiquer la vérole aux animaux. Par conséquent, ce mode de vaccination serait exempt du danger de transmettre la syphylis aux enfants; mais ce même mode peut comporter d'autres dangers tout aussi redoutables, peut-être même plus redoutables...

M. MARROTTE. On possède un cas de syphilis transmise à un enfant vacciné avec du vaccin pris sur une génisse.

Protestations de M. Depaul. Tumulte.

M. RICORD, reprenant la parole au milieu du bruit : Messieurs, plus qu'un mot : abondance de bien ne nuit pas. Il faut conserver les deux vaccinations.

M. HÉRARD est de cet avis.

M. DEPAUL explique que l'enfant dont parle M. Marrotte a été contaminé par une lancette qui avait vacciné un syphilitique auparavant.

M. COLLIN veut appuyer ce qu'a dit M. Ricord. Avec le cow-pox on inoculera le charbon; avec le horse-pox on inoculera la morve et le farcin...

M. BOULEY. Mais non, mais non!

MM. Guérin, Blot, Vernois prennent en même temps la parole. Il est impossible de rétablir le silence, et, sur la proposition de M. Larrey, M. le président lève la séance au milieu d'un tumulte inexprimable. — Il est cinq heures.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 30 novembre 1869. — Présidence de M. BLACHE.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend : 1° deux lettres, l'une de M. le docteur Amédée Latour, l'autre de M. Payen, qui se présentent comme candidats dans la section des associés libres (Commission des associés libres); — 2° une lettre de M. le docteur Danis, de Remiremont (Vosges), accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *D'un signe certain et immédiat de la mort réelle*, pour le concours au prix d'Ourches (Commission du prix d'Ourches); — 3° un travail de M. le docteur Milliot, ayant pour titre : *De l'apto-organoscopie* (Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Béhier, Guérard et Alphonse Guérin.) — 4° un mémoire sur le poison de Rainette des sauvages du Choco (Nouvelle-Grenade), par M. le docteur Posada Arango, chirurgien militaire dans la Nouvelle-Grenade (Commission: MM. Gobley et Guérard). — 5° Un travail de M. le docteur Dubert, de Pont-du-Château (Puy-de-Dôme), sur la mortalité des enfants du premier âge dans les campagnes (Commission des nourrissons); — 6° Un travail de M. le docteur Leven sur les fonctions de la trachée dans l'acte de la respiration, dont M. Béclard expose un résumé analytique. (Commission : MM. Bouley, Béclard et Vulpian).

PRÉSENTATIONS

M. HÉRARD présente, au nom de M. le docteur Marchal, médecin en chef de l'établissement thermal de Mondorf, une brochure intitulée : *Observations cliniques sur l'action des eaux de Mondorf.*

M. LARREY offre en hommage, au nom de M. le docteur Dufour, un fascicule ayant pour titre : *Notes médicales et observations sur divers hôpitaux en Italie, en Sicile et aux échelles du Levant.*

M. BRIQUET dépose sur le bureau une brochure en italien donnant la relation médicale du typhus exanthématique qui a régné à Tunis pendant l'hiver de 1868, par M. le docteur Giovami Ferrini.

— M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que le portrait de feu M. Grisolle, annoncé dans une des dernières séances par une lettre de sa veuve, a été envoyé et est exposé dans la salle des séances.

— M. BOULEY, à l'occasion du procès-verbal, demande à répondre à une assertion émise dans la dernière séance par M. Colin, à savoir qu'on pouvait *facilement* inoculer le charbon avec le vaccin. M. Bouley repousse cette assertion par les raisons suivantes : D'abord, la fièvre charbonneuse est une maladie tellement grave, qu'il est impossible qu'un vétérinaire quelque peu expérimenté ne la reconnaisse pas de suite. En outre, le vaccin est une maladie éruptive, qui ne peut se développer que chez un animal présentant certaines conditions de santé; il existe donc une entière incompatibilité entre l'éruption vaccinale et l'éruption charbonneuse. Je crois pouvoir affirmer, ajoute M. Bouley, que les pustules vaccinales s'éteindraient à l'instant même sur une bête qui les porterait, du moment que la fièvre charbonneuse se développerait chez elle. Impossible, conséquemment de faire servir les pustules *taries* à une vaccination.

M. COLIN ne partage pas l'opinion de M. Bouley, quand il dit qu'on ne peut pas rencontrer sur le même animal le vaccin et le charbon. Il n'y a, en effet, aucun fait dit M. Colin, qui démontre qu'il y a impossibilité à la coïncidence des deux éruptions. Je ne parle donc que d'un fait qui peut se produire. Je n'ai jamais prétendu que le cas pût se présenter fréquemment.

M. BLOT demande à M. Colin s'il a vu le charbon, la morve et le farcin chez de jeunes animaux.

M. COLIN répond qu'il a vu ces affections chez des veaux qui n'avaient pas plus de deux à trois mois.

M. BLOT rappelle qu'au sein même de la commission, les vétérinaires qui en faisaient partie avaient émis une opinion toute contraire.

M. LEBLANC ne partage nullement l'opinion de M. Colin. Il a exercé pendant 4 ans dans un pays où le charbon est extrêmement fréquent, dans le Poitou, et il affirme ne l'avoir jamais observé chez de jeunes sujets.

M. BLOT rappelle la proposition faite dans la dernière séance par M. Hérard, et demande, en l'appuyant, qu'elle soit soumise de nouveau à la délibération de l'Académie. Elle consiste à dire, en manière de conclusion générale, que la vaccine animale et la vaccine jennérienne méritent un égal encouragement.

M. GUÉRIN demande si l'Académie veut revenir sur la discussion déclarée close dans la dernière séance, auquel cas il reproduirait les conclusions qu'il a retirées devant la clôture de la discussion.

M. HÉRARD demande à ce que cette discussion reprenne et ait lieu dans l'une des plus prochaines séances.

Un jour sera fixé pour cette discussion.

LECTURE

M. ROUSSIN donne lecture d'un travail sur l'hydrate de chloral, son nouveau mode de préparation et les caractères de sa pureté. L'auteur conclut en affirmant qu'il est impossible que l'hydrate de chloral, ingéré ou absorbé par l'économie d'une manière quelconque, ne se transforme pas rapidement en formiate alcalin et chloroforme. (Renvoyé à la commission précédemment nommée.)

RAPPORTS SUR LES PRIX

M. DEVERGIER donne lecture du rapport général sur le service des eaux minérales de France pour l'année 1868, et propose de décerner des médailles d'argent, des médailles de bronze et des mentions honorables aux médecins inspecteurs dont les travaux ont été le plus remarqués par la commission.

M. BAILLARGER donne lecture du rapport sur le prix Bernard de Civrieux (faire l'histoire clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs.)

La commission propose d'accorder le prix à l'auteur du mémoire n° 4 (M. le docteur Achille Foville, fils).

M. HARDY donne lecture du rapport sur les travaux envoyés au concours pour le prix Barbier.

Ce rapport est suivi d'une discussion qui a pour résultat de faire ajouter le nom de M. Costallat, auteur d'un travail sur la pellagre, aux noms des auteurs proposés pour des récompenses.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CORRESPONDANCE

Traitement de l'héméralopie par les fumigations et l'huile de foie de morue.

A M. le docteur Xavier Galezowski,

Monsieur et très-honoré confrère,

La position que vous avez justement acquise en ophthalmologie, me donne l'assurance que vous accueillerez comme il convient cette lettre, qui n'a d'autre but que d'appeler à nouveau votre attention sur une médication que vous repoussez et condamnez d'une façon trop absolue.

Dans un article sur l'héméralopie endémique (*Gazette des Hôpitaux* du 23 octobre), vous affirmez que les fumigations avec les vapeurs du foie d'un animal quelconque, et l'usage interne de l'huile de foie de morue, n'ont aucune efficacité contre cette affection. C'est, il me semble, faire trop bon marché de l'observation et de l'expérience de ceux qui vous ont précédé. Pour ma part, j'ai été tellement surpris d'une opinion si complètement opposée avec les faits que j'ai observés, que je crois nécessaire, malgré mon peu de goût pour la controverse, de faire appel de votre jugement.

Je ne veux pas revenir sur l'histoire des fumigations de foie de bœuf; comme moi, vous savez qu'elle remonte à une époque très-reculée. Du temps de Galien, c'était presque le seul remède employé contre l'héméralopie; mais si les assertions de Galien, d'Oribase, d'Ætius, de Paul d'Égine, etc., ne vous inspirent

qu'une faible confiance, au moins accepterez-vous celles de Deval, de M. Stœber, ophthalmologistes distingués, auxquels vous ne contesterez ni le mérite, ni le talent d'observation ; de M. le professeur Fonssagrives, qui a été si satisfait de cette médication, qu'il en a fait l'objet d'une note intéressante, insérée dans *l'Union médicale* de 1858 ; de M. Martialis, dont vous tenez en grande estime les recherches ophthalmoscopiques chez les héméralopes, et de tant d'autres qu'il est inutile, je pense, de faire intervenir.

De mon côté, je n'ai pas été moins heureux. Ainsi que je l'ai écrit (*Union médicale*, 1858, p. 283), j'ai obtenu des résultats favorables, non-seulement avec la décoction de foie de bœuf, mais avec des vapeurs d'eau pure ou d'infusion de diverses plantes. Mes essais ont été nombreux et faits avec toutes les précautions nécessaires pour éviter l'erreur. J'ai eu certainement des insuccès ; avec quels remèdes n'a-t-on pas d'échecs? Mais je n'insiste pas davantage sur cette médication, que je désire cependant relever de la déchéance que vous avez prononcée contre elle. Toutes mes préférences, je l'avoue, sont aujourd'hui pour l'huile de foie de morue, qui ne vous inspire pas plus de sympathie.

Cette médication peut être, jusqu'à un certain point, rapprochée de l'usage qu'on avait, du temps d'Hippocrate, de faire manger du foie de bœuf aux personnes atteintes d'héméralopie, et qui, d'après M. Fuesslin (*Union médicale*, 19 août 1858), serait encore suivie en Allemagne. Je ne peux rien dire des effets de cette pratique, ne l'ayant jamais expérimentée ; mais il en est tout différemment de l'huile de foie de morue à l'intérieur, conseillée, il y a quelques années, par M. Despont de Mauzevin. Voici ce que j'écrivais en 1861, dans une monographie sur l'héméralopie épidémique (*Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*) :

« Nous avons essayé de ce médicament, et nous l'avons donné à un certain nombre d'héméralopes, à la dose de 20 à 30 grammes, le matin à jeun. La rapidité et la régularité de son action ont été telles, que nous avons été surpris des résultats remarquables que nous avons obtenus. Chez quelques malades, la guérison a été presque instantanée, c'est-à-dire que, 24 heures après la prise du remède, l'affection oculaire était dissipée ; les autres ont été guéris le deuxième ou le troisième jour. Rarement nous avons été forcé de prolonger le traitement au delà du quatrième jour, et non-seulement nous avons réussi dans les héméralopies récentes, mais nous avons triomphé avec la même facilité d'amblyopies nocturnes anciennes, et qui avaient résisté aux traitements les plus variés. »

Depuis lors, j'ai eu plusieurs fois l'occasion, en Afrique, de rencontrer des héméralopes. Tous ont été traités par cette médication, et tous, sans exception, sont arrivés promptement à une guérison parfaite. L'action de l'huile de foie de morue est incontestablement supérieure à celle des divers moyens qui ont été préconisés contre l'héméralopie, je n'en excepte pas même la calabarine, dont les effets vous ont paru si avantageux. Il a fallu à M. Perreon de neuf à douze jours de ce traitement pour guérir ses malades ; je suis convaincu qu'avec l'huile de foie de morue deux à trois jours auraient suffi.

Je fais toutefois des réserves pour le cas où il existe des complications sérieuses, telles par exemple que le scorbut, un embarras gastrique très-prononcé. Il est possible qu'alors on obtienne des résultats moins rapides, surtout si les malades restent, comme les marins en cours de navigation, exposés aux mêmes influences morbides. Mais chez nos soldats on n'a pas ordinairement à se préoccuper de ces complications.

Je suis aussi partisan des purgatifs et des vomitifs, et je suis en cela d'accord avec vous et Scarpa, qui a insisté sur l'emploi des évacuants. Seulement, je ne m'en sers que dans les héméralopies compliquées d'embarras gastrique ou gastro-intestinal ; en dehors de ces cas, cette médication ne m'a jamais paru d'une efficacité bien réelle.

Avec les premiers froids l'héméralopie disparaît en France ; vous n'aurez donc pas la possibilité de vérifier cette année les faits que j'avance ; mais aux mois de mars et d'avril prochains, l'armée de Paris vous en fournira l'occasion ; car il est bien rare qu'à pareille époque on n'observe pas quelques héméralopes. C'est à tort que beaucoup de médecins pensent que l'héméralopie était une maladie exclusive aux pays chauds ; mes recherches bibliographiques, et l'observation, m'ont démontré que si cette affection se manifeste fréquemment dans les contrées équatoriales, elle se voyait aussi, même à l'état endémique, dans les climats froids et tempérés. Il n'y a pas d'année qu'elle ne se manifeste à Strasbourg, Paris, Metz, Lyon, Besançon, etc., et je peux affirmer que je l'ai observée bien plus souvent en France qu'en Algérie. L'héméralopie n'est donc pas une affection propre aux marins ; elle est fréquente également dans l'armée de terre, et se rencontre quelquefois dans les prisons et les pensionnats.

L'histoire de l'héméralopie, comme vous le dites, n'est pas encore complète ; mais il faut donc reconnaître que l'obscurité qui l'enveloppe a beaucoup diminué, grâce aux nombreux écrits dont elle a été l'objet depuis quelques années. Les altérations ophthalmoscopiques de la rétine que vous avez signalées s'ajouteront heureusement aux connaissances déjà acquises, et contribueront, je l'espère, à éclairer la nature de cette affection.

Veuillez agréer, monsieur et cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr Baizeau.

Alger, le 10 novembre 1869.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des convulsions par thrombose des sinus de la dure-mère.

M. Bouchut a déjà eu l'occasion d'établir par ses recherches antérieures que chez les enfants, les convulsions initiales d'une maladie sont presque toujours *sympathiques*, tandis que leurs convulsions finales sont, au contraire, *symptomatiques*.

Il a même à ce sujet formulé cet aphorisme, dont vingt années d'expérience lui ont démontré la justesse.

Aphorisme 95 : Une convulsion subite suivie de fièvre est toujours le symptôme du début d'une fièvre éruptive ou d'une pneumonie.

A la fin des maladies aiguës et dans les maladies chroniques, des convulsions peuvent également se produire, mais elles dépendent soit d'une méningo-encéphalite, soit de la coagulation du sang dans les sinus de la dure-mère. C'est la *thrombose des sinus*. En voici un nouvel exemple à ajouter à ceux qui ont été déjà publiés.

Coqueluche. — Pneumonie. — Convulsions finales par thrombose des sinus de la dure-mère.

Marie B..., âgée de 2 ans, entrée le 1er octobre au n° 49 de la salle Sainte-Catherine (service de M. Bouchut), morte le 9 octobre. — Cette enfant a la coqueluche depuis deux mois, a des quintes assez fréquentes bien caractérisées, et présente dans les poumons, à droite comme à gauche, des râles sous-crépitants assez nombreux ; elle a une fièvre assez forte, ne mange pas, vomit quelquefois en toussant et n'a pas de diarrhée. Le 5 octobre, elle a été prise tout à coup de convulsions qui ont duré une demi-heure, accompagnées de mouvements cloniques de tous les membres, et perte absolue de connaissance et de sentiment.

Après cette convulsion, l'enfant est restée un peu abattue, somnolente ; les quintes de coqueluche étaient moins fortes, et elle a succombé le 9 octobre, sans autre convulsion et sans contraction.

AUTOPSIE. — *Cerveau.* — Les veines de la convexité sont très-dilatées et gorgées d'un sang noir liquide ; ce sont surtout celles du lobe droit qui présentent cet aspect. De plus, de place en place on voit quelques suffusions sanguines de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien paraît infiltré d'une certaine quantité de sérosité transparente.

Les ventricules latéraux ne renferment pas de sérosité et n'offrent pas de dilatation.

Le sinus longitudinal supérieur contient un caillot de 6 centimètres de long, presque décoloré, mais présentant encore une légère teinte rosée ; il est dur, peu épais, filiforme à sa partie postérieure, allant en grossissant vers sa partie antérieure, mais là même, n'obstruant pas complétement la cavité du sinus.

Le sinus latéral droit est plein d'un sang noir tout à fait liquide.

Le sinus latéral gauche est rempli presque complétement par un caillot s'étendant de son extrémité postérieure jusqu'au niveau de l'orifice interne du trou mastoïdien. A ce niveau et dans une étendue de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, ce caillot est dur et complétement décoloré ; dans le reste de son étendue, il est noir et ne présente aucune consistance.

Poumons. — La base des poumons, des deux côtés, présente de nombreux noyaux de pneumonie lobulaire, disséminés dans un tissu crépitant ; les bronches à la coupe laissent échapper un pus blanchâtre et abondant. Le sommet gauche présente de l'emphysème, ainsi que le sommet droit ; seulement ce dernier est hépatisé dans la moitié de son étendue. Aucune trace de tubercules, ni de matière caséuse.

Cœur. — Le tissu du cœur est normal, les valvules ne présentent aucune trace de lésion ancienne ou récente. Dans le ventricule droit, on trouve un caillot peu volumineux, dur et complétement décoloré, envoyant un prolongement dans l'artère pulmonaire. Le ventricule gauche est rempli par un caillot noir, n'offrant pas de consistance, si ce n'est dans le tiers de son étendue, où il est légèrement dur et décoloré.

Foie. — Rien de particulier. La *rate* et les *reins* ne présentent aucune altération.

Assez généralement, on attribue à l'appauvrissement du sang et à l'anémie cérébrale les convulsions qui se présentent à la fin des maladies aiguës de l'enfance et de l'adulte. Sans prétendre annuler cette influence pathogénique, il faut, dans un grand nombre de cas au moins, lui substituer au contraire la gêne circulatoire et l'hypérémie cérébrale, qui résultent des thromboses cardiaques et craniennes qui troublent les fonctions du cerveau. Les observations antérieures de M. Bouchut ont déjà mis le fait hors de doute, et celle-ci vient y ajouter le poids de son affirmation. En effet, le cœur droit était rempli d'un caillot dur ancien, décoloré, se prolongeant dans l'artère pulmonaire, ce qui devait entraîner un reflux dans la veine cave et dans les veines craniennes. De plus, les sinus étaient obstrués en plusieurs points par des caillots fermant à demi ou en totalité le canal veineux. C'en est assez pour faire voir qu'avec une pareille lésion anatomique, c'est de l'hypérémie cérébrale qui doit se produire, plutôt que de l'anémie, et si des convulsions ou du délire se rencontrent chez les malades, il ne saurait y avoir de doute sur leur nature. Ce sont des convulsions symptomatiques par thrombose des sinus de la dure-mère.

Aquapuncture.

La piqûre de l'aquapuncture, dont nous avons parlé dans l'une des précédentes revues, a une singulière analogie avec la piqûre de l'injection hypodermique. Il faut de plus y ajouter que, dans l'un et l'autre moyen, on injecte de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il était naturel de se demander si l'aquapuncture remplacerait l'injection hypodermique dans les algies musculaires. M. le docteur Mallez a poursuivi cette pensée avec le concours de M. Pouillet, son aide, qui a expérimenté sur lui-même pour une scapulalgie rebelle, et les conclusions auxquelles ils arrivent se rencontrent presque par une heureuse coïncidence avec celles qu'ont fournies à M. le docteur Dieulafoy des recherches presque analogues. Ces deux médecins ont essayé comparativement l'action des injections hypodermiques avec de l'eau simple et avec de l'eau médicamenteuse ; les injections ayant surtout pour but de combattre l'élément douloureux dans le rhumatisme articulaire aigu.

L'introduction de l'eau simple calme la douleur aussi vite que l'injection médicamenteuse, mais son action paraît moins durable. L'effet immédiat est le même dans les deux cas, et semble n'être que le résultat d'une perturbation nerveuse produite par la pénétration de la canule de la seringue au voisinage d'un nerf ou sur le nerf même. Mais tous les praticiens savent que, dans un grand nombre de cas, les injections hypodermiques, même avec des doses élevées de morphine, ne procurèrent qu'un soulagement momentané, et ce ne serait alors que le trouble traumatique qui aurait agi.

L'aquapuncture produit également la cessation immédiate de la douleur, mais comme avec les injections hypodermiques, on est exposé à la voir reparaître.

L'aquapuncture paraît plus douloureuse que l'injection, mais on sait combien il est difficile de se former une opinion sur ce point.

L'instrument de M. Mathieu se place donc à côté de la seringue de Pravaz, et il sera intéressant de savoir si l'eau médicamenteuse injectée par l'aquapuncture donne une guérison plus durable. M. le docteur Mallez se proposant précisément de faire au périnée, dans l'incontinence nocturne chez les enfants, des piqûres d'aquapuncture avec une solution de strychnine, comme Fouché l'avait fait avec succès avec la seringue, nous aurons l'occasion d'en reparler.

DE QUELQUES EFFETS LOCAUX DE L'ARSENIC
DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE

Par le docteur CERSOY (de Langres).

L'arsenic, dans le traitement de la phthisie pulmonaire, agit de deux manières : la première, générale, et la seconde, locale. Cette dernière, dont les thérapeutistes ne parlent que d'une façon assez vague, est évidemment complexe ; mais une de ses actions qui m'a surtout vivement frappée, c'est la *décongestion : décongestion de la muqueuse bronchique d'abord, puis décongestion du parenchyme pulmonaire prétuberculeux.*

Sous l'influence de ce médicament, la toux devient moins fréquente, l'expectoration moins abondante et plus naturelle ; lorsque les crachats sont hémoptoïques, et lorsqu'il existe avec cela de véritables hémorrhagies passives, j'ai toujours vu disparaître ces phénomènes promptement, je dis même qu'ils disparaissent les premiers. En même temps, la dyspnée fait place à une respiration facile. Au bout d'un temps plus long, la décongestion du parenchyme pulmonaire s'accuse par une matité bien amoindrie

---

FEUILLETON

NOS ÉTRENNES

L'année va se terminer, et bientôt nous allons inscrire en tête de notre journal la 43e année de notre existence.

Pendant cette longue période, la *Gazette* a acquis de bien vives sympathies. Organe officiel de la *Société de chirurgie*, cette grande rivale de l'Académie de médecine ; de la Société de médecine de Paris, la plus importante des sociétés scientifiques de la capitale ; de la *Société médicale d'observation*, formée de l'élite de l'internat ; la *Gazette des Hôpitaux* justifie de plus en plus l'importance de son titre, et ses colonnes deviennent trop étroites pour insérer le nombre considérable de matériaux qui lui sont adressés par les médecins les plus distingués de la France et de l'étranger.

Nous ne parlons jamais de nos efforts pour continuer à mériter notre succès ; qu'on nous pardonne une fois par hasard de dire la vérité sur le courant que nous suivons.

Il faut que nul, parmi nos confrères, n'ignore que notre journal est ennemi de toute coterie ; que nos colonnes sont ouvertes à tous ; que le développement de la science et de l'amélioration de notre profession est le but constant de nos travaux. Nous sommes compris par tous ceux que ne lie pas une camaraderie éhontée, et qui ne demandent ni encens immérité, ni le silence sur les travaux de leurs rivaux.

La *Gazette* n'a qu'à se louer des résultats obtenus ; elle continuera à faire bien, silencieusement et sans phrases.

Arrivons maintenant à nos étrennes.

L'année dernière, nous avons mis, à un prix très-modeste, deux albums à la disposition de nos lecteurs. Pour une modique somme de 22 francs (pris dans nos bureaux), et de 25 francs (adressés *franco* dans la province), chacun de nos abonnés a pu recevoir l'*Album du Consulat et de l'Empire*, ou l'*Album de Rubens*. De ces deux belles publications, il nous reste à peine quelques exemplaires.

Cette année, pour un prix encore plus modeste, 16 fr., pris dans nos bureaux, et 18 fr. 50 par la poste, nous adresserons à nos abonnés un *Album de la Révolution française* (1789-1793), où tous les personnages qui ont joué un si grand rôle dans notre histoire sont représentés en pied. Cette galerie, dont le mérite artistique est à considérer, comprend 50 portraits. Elle est la première page iconographique destinée à illustrer l'œuvre de notre grand historien national. L'*Album du Consulat et de l'Empire* en forme la seconde page, et nous sommes heureux de pouvoir compléter cette série de l'histoire de notre pays par un troisième album offrant la galerie des illustrations de 1830 et de 1848.

Tous les hommes qui ont joué un rôle important dans nos affaires publiques se trouvent reproduits avec soin par le burin.

Cet album de 1830-1848 est remis à nos abonnés aux prix de 12 fr. pris dans notre bureau, et de 14 fr. 50 *franco* par la poste.

Nous avons encore pensé qu'un recueil des plus jolis paysages de la Touraine, ce jardin de la France, de l'Anjou, etc. serait bien accueilli par nos confrères, et ornerait fort bien la table de leur salon. Nous avons donc pris avec un éditeur des conditions fort avantageuses pour nos abonnés, et cet *Album de la Touraine* pourra leur être remis aussi au prix de 16 fr., pris dans nos bureaux, et de 18 fr. 50, *franco*.

Nos confrères de l'étranger sont appelés à jouir des mêmes avantages que nos confrères français ; seulement nous ne pouvons garantir l'affranchissement que jusqu'à la frontière de notre pays.

Aujourd'hui, nous avons voulu dire à nos lecteurs nos efforts de chaque jour pour mériter leur confiance, et la pensée du dernier jour de l'année, qui se lie si intimement aux étrennes. Qu'ils excusent l'abandon de cette petite causerie intime ; mais, comme nous écrivent souvent des abonnés qui, depuis plus de trente ans, ne nous ont pas abandonnés : « Nous sommes éloignés, mais nos esprits et nos cœurs sont unis par nos rapports journaliers. » Cela est d'une grande vérité, et le journal se trouve souvent le conseil, mais toujours l'ami qui approuve sa ligne de conduite.

Mais il faut clore ce petit entretien, et nous ne le ferons pas sans assurer nos lecteurs de tous les vœux que nous formons pour l'avenir de notre profession.

Dr E. Le Sourd.

de la région tuberculisée; lorsqu'on est assez heureux pour assister tout à fait au début de la maladie, on peut même voir disparaître complétement ce symptôme et arriver à une parfaite guérison. La respiration devient plus ample.

Cette action décongestive me semble avoir une part énorme dans l'amélioration ou la guérison, selon le cas, de la phthisie pulmonaire traitée par l'arsenic.

Grâce à cette action, on peut souvent dissiper des congestions périturberculeuses, qui sont le premier terme des pneumonies caséeuses si funestes aux phthisiques, et on rend à l'hématose des portions plus ou moins considérables de parenchyme pulmonaire qui se trouvaient presque complétement privées de leurs fonctions.

A l'appui de ma thèse, voici deux observations. La première offre un intérêt tout particulier, parce qu'elle est un exemple de guérison de la phthisie pulmonaire au moyen des préparations arsénicales.

Obs. I. — P..., tailleur de pierres des environs de Langres, 36 ans, vient me consulter le 20 mai 1867. Depuis un an, me dit-il, il souffre de la poitrine, tousse et crache le sang. Quelquefois les crachats sont simplement sanguinolents; d'autres fois, il a de véritables hémoptysies, et rend alors une notable quantité de sang pur. Il a été traité, depuis le début de sa maladie, par un de mes confrères de Langres, qui lui faisait prendre de l'huile de foie de morue et du perchlorure de fer; ce dernier médicament devait avoir pour effet de conjurer les hémoptysies, qui devenaient inquiétantes par leur fréquence. Le malade, malgré ce traitement, se sent aller de plus en plus mal, et surtout ne voit pas diminuer ses hémorrhagies.

Au moment où je l'examine pour la première fois, voici ce que je constate : toux fréquente, crachats le plus souvent hémoptoïques, hémoptysies fréquentes, dyspnée, légères douleurs dans la poitrine du côté droit. A la percussion, matité dans la fosse sus-épineuse droite. A l'auscultation, respiration faible dans la même région et expiration prolongée. Le côté gauche ne présente rien d'anormal. Appétit presque nul, digestion pénible, langue muqueuse, constipation opiniâtre. Sueurs nocturnes, mais peu abondantes. Cet homme, d'une charpente herculéenne et autrefois si fort, se trouve très-faible aujourd'hui et est incapable de travailler de son état. Teint décoloré et légèrement cachectique. Maladies antérieures : une atteinte de rhumatisme articulaire aigu. Point de traces de phthisie chez le père et la mère encore vivants, ni chez les frères et sœurs, que je connais aussi. Ce malade est pêcheur et chasseur, et semble avoir pris sa maladie dans des refroidissements successifs.

Diagnostic : phthisie pulmonaire au premier degré du sommet du poumon droit :

Traitement : arséniate de soude, 6 milligrammes par jour, pendant vingt jours du mois; huile de morue les dix jours suivants.

Au bout de huit jours, les crachats sont sans mélange de sang; plus d'hémoptysies. Le matin, le malade crache quelquefois comme des pseudo-membranes qui semblent mucoso-fibrineuses.

L'appétit commence à renaître; la dyspnée disparaît. Petit à petit, les fonctions de la digestion arrivent à se faire parfaitement, et au bout de trois mois du même traitement, j'ai l'agrément de ne plus pouvoir constater de phénomènes stétoscopiques morbides.

Cependant, toujours un peu de faiblesse générale et de toux. Pendant quatre mois, le traitement suivant : arséniate de soude, 5 milligrammes par jour pendant quinze jours; morue les quinze jours suivants.

Après, santé parfaite; le malade peut travailler.

Pour consolider la guérison, j'ordonne encore un peu d'arséniate de soude au commencement de cet hiver.

J'ai occasion de voir mon client souvent, et la guérison ne se dément pas.

Obs. II. — B..., 29 ans, ancien militaire, actuellement menuisier, a eu les fièvres paludéennes étant en garnison à Rome.

Depuis plus de deux ans et demi tousse et crache le sang. Il a perdu un frère de la phthisie pulmonaire; son père est mort de gangrène sénile; quant à sa mère, il ne peut pas me donner sur son compte des renseignements bien satisfaisants; cependant, elle ne me semblerait pas morte de phthisie, d'après ce que j'ai pu recueillir. B... a été soigné par un de mes confrères de Langres, qui a prescrit : huile de morue, calmants, protoiodure de fer; puis, les hémoptysies devenant inquiétantes par leur fréquence, il a, en dernier lieu, donné pendant assez longtemps le perchlorure de fer, sans obtenir le moindre effet.

Le malade m'envoie chercher au mois d'octobre dernier; je le trouve au lit dans l'état suivant : pouls fréquent, langue blanche, perte d'appétit, toute nourriture lui donne des envies de vomir; sueurs continuelles; pas de diarrhée; toux très-répétées; crachats épais, visqueux, toujours panachés de sang; hémoptysies fréquentes et assez abondantes, qui inquiètent au plus haut degré le pauvre malade. Teint cachectique, maigreur extrême, faiblesse excessive. Percussion; matité très-marquée au sommet du poumon gauche; matité à un degré moindre au sommet droit. Auscultation, côté gauche : craquements secs et humides sous la clavicule et en arrière dans le tiers supérieur du poumon, râles sous-crépitant disséminés dans tout ce côté de la poitrine; à droite, en arrière : souffle, expiration prolongée, dyspnée intense.

Le malade a recours à moi, parce qu'il sent ses forces diminuer de jour en jour; il ne supporte plus l'huile de foie de morue, et le perchlorure de fer ne diminue en rien ses hémorrhagies.

Diagnostic : phthisie au second degré à gauche, au premier degré à droite.

Traitement : granules d'arséniate de soude à 1 milligramme, cinq par jour; augmenter de un tous les deux jours, jusqu'à dix; tisane de quassia amara; opium le soir, dans les premiers temps seulement.

Au bout d'une semaine, toute trace de sang a disparu dans les crachats; plus d'hémoptysies. L'appétit est revenu, le malade se nourrit bien.

Bientôt il prend des forces et de la physionomie; il parvient à rester hors du lit toute la journée et se promène dans sa chambre. Au bout d'un mois, le malade cesse son traitement pendant huit jours, pour le reprendre, et ainsi de suite pendant quatre mois. Nous sommes aujourd'hui à la fin du cinquième mois, et il y a trois semaines que B... ne prend plus que tisane amère et vin de quinquina. Nous allons incessamment revenir au traitement arsenical.

Lorsque j'ai vu B... pour la dernière fois, le souffle était moins fort du côté droit. Du côté gauche, les craquements étaient moins nombreux et moins humides. La matité des deux côtés avait bien diminué. Plus de gêne dans la respiration.

Cette observation est naturellement incomplète, puisque le malade est encore en traitement; mais telle qu'elle est, elle offre déjà un enseignement.

Ces deux observations nous offrent une preuve palpable de ce que j'ai avancé plus haut, c'est-à-dire de la puissance décongestive des préparations arsenicales contre les engorgements bronchiques et périturberculeux résultant de l'atonicité des capillaires bronchiques et pulmonaires. La disparition du sang dans les crachats et des hémoptysies dans les phthisies hémoptoïques, m'a toujours vivement frappé par sa remarquable rapidité. Enfin, la matité diminue toujours plus ou moins, selon le degré de la phthisie; dans la première observation, nous voyons qu'elle disparaît complétement. La dyspnée disparaît le plus souvent, diminue toujours énormément, même au dernier degré de la maladie.

Je termine en rappelant ce que j'ai dit dès le début : les phénomènes locaux les plus saillants que l'on observe dans le traitement de la phthisie par l'arsenic sont : décongestion bronchique presque immédiate, puis décongestion parenchymateuse périturberculeuse plus lente, mais non moins certaine.

SUR L'ÉTIOLOGIE DES FIÈVRES INTERMITTENTES

(Intoxication tellurique).

Note de M. L. Colin, présentée à l'Académie des sciences par M. Larrey.

Les termes *intoxication palustre*, *impaludisme*, ne suffisent pas à déterminer l'étiologie des affections produites par les émanations du sol et connues généralement sous le nom de *fièvres intermittentes* et *rémittentes*....

Le terme *intoxication tellurique*, que nous proposons, a une signification plus complète que celle d'*intoxication palustre*, qui ne représente qu'une des conditions d'action toxique du sol....

La valeur de cette appellation nous semble confirmée par la nature des moyens prophylactiques à opposer à la production ou aux atteintes de la *malaria*.

L'éloignement du sol en est le plus efficace, comme le plus naturel, et nous explique l'immunité des équipages naviguant sous les latitudes où l'atterrissement est le plus dangereux, l'immunité relative des individus placés dans des hôpitaux ou dans des comptoirs *flottants*, à distance suffisante des côtes insalubres.

L'homme y échappera également dans les localités dont la température ne suffit plus à féconder l'action toxique du sol (climats froids et altitudes).

Modifier la terre par un aménagement et un système de culture correspondant à sa puissance de rendement, tel est le but à poursuivre dans les pays non marécageux et atteints de malaria.

Signalons enfin la résistance opposée à cette intoxication par les agglomérations humaines : le séjour au centre des grandes villes constitue une véritable sauvegarde pour les habitants; le pavage des rues, les obstacles opposés au mauvais air des plaines environnantes par la masse des maisons et des édifices, ainsi que par les différents foyers de chaleur, assurent une salubrité relative, qui est à son maximum dans les quartiers centraux les plus peuplés, à son minimum à la périphérie. Rome est un exemple remarquable de cette puissance prophylactique des conditions sociales.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 29 novembre 1869. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Moissenet demande à M. Lorain des renseignements sur les deux malades qui sont sorties de chez les sages-femmes pour rentrer dans les hôpitaux, où elles ont succombé, et si ce sont bien celles qu'a visitées M. Chelvet? M. Chelvet lui aurait dit que l'une avait présenté des accidents cholériques, et que l'autre avait fait une fausse couche à cinq mois.

M. Lorain répond que ces deux femmes étaient mortes dans son service; il en a fait l'autopsie, et peut, par conséquent, donner les renseignements demandés par M. Moissenet. De ces deux femmes, l'une avait accouché d'un enfant de sept mois passés, qui est mort aussi. M. Lorain croit devoir attribuer la mort de cet enfant à sa naissance anticipée. L'autopsie n'a du moins pas révélé d'autre cause. Quant aux trois autres personnes, M. Lorain affirme qu'elles ont succombé à des affections puerpérales.

CORRESPONDANCE

Parmi les pièces de la correspondance, se trouve un travail de M. Parrot sur le muguet gastrique, travail dont il a donné lecture à la Société.

PRÉSENTATION

M. Lorain dépose sur le bureau, de la part de M. Sauteret (de Tours), un travail sur le poids du corps dans les différentes maladies.

M. Lorain ajoute que, dans un récent voyage qu'il a fait en Angleterre, il a eu occasion de remarquer que les médecins de Londres étaient pourvus d'appareils très-confortables destinés à peser les malades.

DISCUSSION

M. le Président fait connaître à la Société une liste composée de cinq membres, qui composent la commission chargée d'examiner la question des maternités, dont on a décidé la nomination dans la dernière séance.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les affections puerpérales.

Suite de la discussion sur les affections puerpérales.

M. Hervieu donne lecture d'une nouvelle communication sur le poison puerpéral.

La Société procède à l'élection des membres de la commission chargée d'examiner la question des maternités.

Cette commission se compose de MM. Moissenet, Lorain, Hervieu, Bourdon et Chauffard.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 17 novembre 1869. — Présidence de M. Alph. Guérin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

— Les journaux de la semaine. — Le *Bulletin de thérapeutique*.

— M. Mourlon, médecin militaire à l'hôpital de la Calle (Algérie), adresse plusieurs observations manuscrites : *Amputation de la jambe*. — *Imperforation de l'anus*. — *Atrésie de la vulve*. — *Désarticulation de l'épaule*. Renvoyées à une commission composée de MM. Larrey, Dolbeau et Forget.

COMMUNICATION

Kyste de l'ovaire multiloculaire. — Ovariotomie. — Guérison. — M. Liégeois. Mme A..., habitant Noroy-le-Sec (Meuse), rentière, âgée de 63 ans, est de robuste constitution. Elle a été menstruée à 13 ans, a eu deux enfants. Ses grossesses ont été bonnes, ses accouchements faciles. Ses règles ont cessé à l'âge de 52 ans.

Il y a cinq ans, elle s'aperçut qu'elle portait dans le ventre une tumeur large comme la main, et qui fut reconnue par MM. Isnard et Marchal, de Metz, pour un kyste de l'ovaire. Depuis cette époque, cette tumeur a grossi insensiblement.

En septembre 1868, Mme A... vint me trouver à Étain (Meuse). Le kyste alors s'étendait jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic.

Après que j'eus examiné cette tumeur, la malade insista vivement auprès de moi pour savoir si l'opération de l'ovariotomie, dont elle avait entendu parler, serait praticable chez elle un jour ou l'autre. Je répondis que le kyste était encore trop peu développé pour songer à cette opération; mais que s'il prenait un accroissement incompatible avec l'exercice normal des fonctions, il me paraissait être dans des conditions avantageuses pour être enlevé. Peu de temps après cette consultation, la tumeur s'accrut notablement, et au mois de juin, la malade, inquiète des proportions que celle-ci prenait, alla à Strasbourg consulter M. Kœberlé. Ce chirurgien ne fut nullement d'avis de l'opération, et engagea fortement Mme A... à ne point la laisser pratiquer.

Au mois de septembre, cette dame vint me retrouver à Étain. Elle présentait, à cet instant, l'état qui suit :

Le ventre est considérablement développé; il mesure, en circonférence, au niveau de l'ombilic, 120 centimètres. La distance qui sépare le bord supérieur du pubis de l'appendice syphoïde est de 52 centimètres. A la palpation, on constate une tumeur nettement limitée à la partie supérieure. Elle paraît uniformément ronde, excepté en bas et de chaque côté, où l'on reconnaît, à droite et à gauche, l'existence d'une bosselure dont il est difficile d'apprécier le volume. La tumeur n'est nullement douloureuse à la pression; elle est molle et nettement fluctuante dans toute son étendue. Quand on cherche à imprimer à la paroi abdominale un léger mouvement de latéralité, on perçoit, sous la main, une sensation de crépitation dans presque tous les points où cette exploration est faite.

A la région épigastrique et lombaire, on constate, à la percussion, de la sonorité. Le toucher vaginal ne permet pas de sentir la tumeur; l'utérus, peu mobile, est légèrement incliné en arrière; son volume paraît normal. Les membres inférieurs présentent un œdème très-prononcé; les membres supérieurs et la face, une légère bouffissure. L'urine ne contient pas d'albumine; la circulation est normale. Toutes les autres fonctions paraissent bien s'exécuter, à part la respiration, qui est notablement gênée par le développement qu'a pris la tumeur. Depuis quelque temps même les digestions sont difficiles, ce que la malade attribue au chagrin que provoque chez elle son état.

Il me paraissait bien évident, d'après ces signes, que la tumeur était un kyste de l'ovaire multiloculaire vu les bosselures, non adhérent en raison de la crépitation péritonéale et de l'absence complète de douleurs abdominales présentes ou passées, réunissant en un mot toutes les conditions favorables pour le succès de l'opération. La considération de l'âge de la malade, 63 ans, n'était pas pour moi une contre-indication; la guérison rapide et sans le moindre accident, obtenue l'an dernier chez une femme d'une constitution bien moins bonne que celle de ma malade actuelle, éloignait mes craintes de ce côté. Ce ne fut non plus la considération d'âge qui dut guider M. Kœberlé dans le conseil qu'il avait donné à Mme A..., car il avait obtenu, avant de la voir, un succès sur un sujet de 65 ans. J'ignore le motif qui a pu lui faire rejeter toute idée d'opération.

L'ovariotomie fut pratiquée le 6 septembre, avec l'assistance des docteurs Parisot (d'Étain), Japin (d'Étain), Michaux (de Metz), Marchal (de Metz), Bermont (de Noroy-le-Sec), et Douan (de Dampierre).

La malade ayant été chloroformée, une incision fut faite à la paroi abdominale, sur la ligne médiane, dans une étendue de 12 centimètres, 6 centimètres au-dessous de l'ombilic, 6 centimètres au-dessus. Après quoi, la main, introduite entre le kyste et la paroi ventrale constata l'absence d'adhérences à la partie antérieure de la tumeur. Puis le kyste fut ponctionné avec le trocart en spirale de MM. Colin et Robert; il en sortit un liquide visqueux couleur légèrement chocolat. L'écoulement s'étant arrêté après l'issue de 6 ou

7 litres, une seconde poche fut ponctionnée avec un trocart ordinaire d'un fort calibre; il s'échappa un liquide citrin, peu visqueux, et contenant une grande quantité de paillettes de cholestérine. Cette poche vidée, la main, introduite dans le ventre, constata que la tumeur était libre dans toute son étendue, et aida simultanément, avec des tractions exercées sur celle-ci à l'aide d'un trocart en spirale, à son expulsion hors de l'abdomen. Pendant ce temps, deux aides prennent soin de repousser la parot abdominale en sens inversé de la progression du kyste, de façon à mettre les intestins, autant que possible, à l'abri du contact de l'air, dès que la tumeur serait sortie. Le pédicule, d'une assez grande longueur, fut lié avec une ficelle; la chaîne d'un écraseur (clamp de Mathieu), fut fixée au niveau de cette chaîne; le pédicule fut coupé au delà de cette dernière; une longue aiguille embrocha le pédicule et les deux lèvres de la plaie correspondante; 8 sutures métalliques profondes furent pratiquées; celles-ci traversaient, des deux côtés, le péritoine, à 1 centimètre environ des bords; 3 sutures superficielles seulement furent mises. Une compresse d'eau froide constitua tout le pansement.

La malade n'avait pas perdu, pendant toute l'opération, une cuillérée de sang; la durée de celle-ci avait été de 30 minutes.

Dans les jours qui suivirent l'opération, Mme A... n'a pas accusé la moindre douleur, ni dans sa plaie, ni dans aucun point de l'abdomen. Son pouls, sa température n'ont pas présenté la moindre modification. Pendant les trois premiers jours, par prudence et non par défaut d'appétit, elle ne prit que du bouillon; la nourriture fut augmentée insensiblement. Le cinquième jour, le clamp fut détaché; le sixième, les sutures furent enlevées; alors la plaie était réunie par première intention de la façon la plus parfaite, excepté au niveau du pédicule qui suppura très-légèrement à sa surface. Le neuvième jour, la malade se leva sur un fauteuil; le douzième, elle se promenait dans la maison; le vingtième, elle reprenait ses occupations habituelles.

Cette observations démontre une fois de plus combien peut être innocente une opération d'ovariotomie faite dans de bonne conditions, c'est-à-dire sur un sujet valide, serait-il âgé, et ne présentant, du côté de son kyste, aecune complication. On ne peut assurément concevoir ni désirer des résultats plus satisfaisants que celui que je consigne ici. Après l'opération, pas le moindre symptôme morbide n'est apparu, rien absolument rien qui ait pu inquiéter un seul instant ni le chirurgien ni la malade. Sous ce rapport, cette observation est le pendant de celle que j'ai communiquée l'an dernier à la Société.

L'examen de la tumeur que je présente fait voir qu'elle est constituée : 1° par deux immenses poches à la surface desquelles proéminent quelques petits kystes; 2° par deux masses kystiques aréolaires placées à la partie inférieure et latérale de la tumeur, et ayant chacune le volume d'une tête de fœtus environ; une de ces masses est longée extérieurement par les débris de la trompe coupée avec le pédicule. La tumeur et le liquide reeueilli pesaient 15 kilogrammes.

Kyste dermoïde purulent. — Ovariotomie. — Mort. — Mlle Sidonie T..., habitant Donremy-la-Canne (Meuse), est âgée de 17 ans; elle possède une constitution moyenne, un tempérament lymphatique. Elle a été menstruée à 15 ans; ses règles, toujours peu abondantes, sont apparues régulièrement chaque mois; depuis deux mois seulement elles ont fait défaut. A l'âge de 11 ans, elle s'est aperçue qu'elle portait dans la partie inférieure du ventre, et à gauche, une grosseur du volume d'un œuf de poule, se déplaçant facilement quand elle cherchait à la faire mouvoir. A partir de cette époque, cette grosseur n'a pas cessé de croître, mais c'est surtout depuis un an quelle a acquis des proportions considérables.

Jusqu'au 30 juillet dernier, cette tumeur n'avait occasionné chez cette jeune fille ni gêne ni douleur. Ce jour-là, elle fut prise, en descendant de son lit, d'une sensation des plus pénibles dans le bas-ventre, à la partie inférieure et du côté droit; cette douleur était telle que la moindre pression à son niveau, même le moindre mouvement, la faisait crier. La douleur persista avec cette intensité, et dans un point fixe, pendant un jour, sans être accompagnée d'aucun mouvement fébrile, mais elle ne disparut totalement qu'au bout de huit jours. Depuis lors, la malade n'a ressenti rien de semblable; seulement, quinze jours environ avant de la voir, alors qu'elle faisait un voyage de quelques lieues en voiture, les secousses de celle-ci provoquèrent chez elle une sensibilité du ventre suffisamment grande pour qu'on dût faire marcher le cheval au petit pas, mais cette sensibilité disparut dès que la malade fut rentrée à la maison.

La santé générale de Mlle T... a du reste toujours été très-bonne; les digestions n'ont pas cessé de se faire régulièrement; la défécation, l'urination, ont toujours été normales. Une gêne notable de la respiration, dès que le sujet marche ou travaille, tel est le seul trouble fonctionnel accusé par celui-ci.

Le 17 septembre, cette jeune fille m'est adressée à Étain, par M. le docteur Parisot. Je constate l'état suivant :

L'abdomen est uniformément arrondi; il mesure en circonférenee, en la prenant au niveau de l'ombilic, 91 centimètres. La distance qui sépare l'appendice syphoïde de la symphyse pubienne est de 33 centimètres. En promenant la main sur les divers points du ventre, on constate facilement l'existence d'une tumeur qui, plongeant dans le petit bassin, s'arrête supérieurement dans la région épigastrique. A la pression on ne reconnaît aucun point douloureux à son niveau; ni l'auscultation ni la palpation ne permettent de constater de crépitation péritonéale. A la percussion, la tumeur est molle dans toute son étendue. En avant, à droite, en bas, en haut, elle est molle; la fluctuation est manifeste dans toutes ces parties, quoique cependant le soulèvement de la main se fasse avec une certaine lenteur. A gauche, elle a une consistance solide dans presque toute sa hauteur; là on constate toute absence de fluctuation, et la main ne rencontre qu'une masse ferme, résistante, surtout dans une surface de 10 centimètres carrés environ.

La région épigastrique et hyponcondriaque droite de l'abdomen sont sonores à la percussion, de même que la région lombaire; pour cette dernière, la sonorité augmente en étendue, dès qu'on fait pencher la malade ou qu'on la fait tourner du côté opposé à celui que l'on percute.

Il était de toute évidence, d'après les antécédents fournis par le sujet, et les signes que je constatais, que nous avions affaire à un kyste de l'ovaire, kyste à liquide épais, et à contenu solide; kyste probablement sans adhérences, au moins considérables, puisque la malade n'avait éprouvé qu'une seule fois, à proprement parler, et cela dans un point limité, des douleurs qui puissent être rapportées à une inflammation péritonéale. Mais quelle était l'origine de ce kyste? En face de cette circonstance, que la tumeur fut constatée pour la première fois à l'âge de 11 ans, et qu'à cette époque elle avait déjà le volume d'un œuf, je dus nécessairement penser qu'elle ne pouvait guère se rattacher, comme la plupart des grands kystes abdominaux, à une évolution morbide siégeant dans l'ovaire, et dont l'ovulation aurait été la cause provocatriee.

C'est la raison pour laquelle je penchais pour un kyste ovarique contenant des débris de fœtus ou des productions qui pouvaient s'en rapprocher.

Les bonnes conditions opératoires dans lesquelles le kyste me semblait placé, d'une part, la marche rapide de l'affection dans les derniers temps, d'autre part, enfin le volume de la masse solide, faisant craindre que d'ici peu toute opération fût impraticable, me décidèrent à proposer l'ovariotomie, qui fut acceptée sans difficulté.

L'opératien fut pratiquée, chez les parents de la jeune fille, le 23 octobre, avec l'assistance des docteurs Parisot, Jupin, Fourrier, Douan, Bermont. La malade étant parfaitement endormie, l'incision de la paroi abdominale, faite sur la ligne médiane, comprit 14 centimètres d'étendue, à partir de trois travers de doigt du sillon sus-pubien, jusqu'à 1 centimètre au-dessus de l'ombilic. L'incision faite, le kyste apparut recouvert par l'épiploon, qui fut repoussé à la partie supérieure de l'abdomen. La main, passée entre la paroi du ventre et la tumeur, ne constata aucune adhérence correspondant à la face antérieure de celle-ci. Alors je perforai le kyste avec le trocart en spirale de MM. Robert et Collin. A peine lui avais-je imprimé un mouvement de rotation, dans le but de saisir la paroi du kyste entre ses rondelles métalliques, qu'un pus excessivement épais, crémeux, verdâtre, inodore, s'échappa entre la canule et l'ouverture du kyste, et continua à couler jusqu'à l'instant où la paroi de celui-ci fut serrée entre les rondelles du trocart. Pendant ce temps, deux aides abritaient la cavité péritonéale du contact de ce liquide, en se servant de morceaux de flanelle introduits entre le kyste et la paroi ventrale. La tige du trocart fut ensuite retirée, mais aucun écoulement ne se fit, quelque inclinaison que je donnais à mon instrument. Alors je passais deux anses de gros fil à travers la paroi de la tumeur, et à distance de 1 centimètre l'une de l'autre, puis, entre ces deux anses, j'ouvris cette paroi. Du pus s'écoula en abondance, en même temps que d'énormes touffes de poils, agglutinés entre eux par une substance caséeuse, se présentaient à l'ouverture que je venais de pratiquer. Celles-ci, au milieu desquelles je retrouvais la pointe de mon trocart, furent extraites successivement. Au fur et à mesure que la poche se vidait, au fur et à mesure elle était attirée au dehors par mes deux anses de fil; si bien qu'au bout d'un temps assez court, le pus était déversé à une certaine distance des lèvres de la plaie de la paroi abdominale; quand un litre et demi environ de ee liquide se fut écoulé, je saisis du côté gauche les parois de la tumeur dans un point qui me paraissait fluctuant, et était placé à une petite distance de la lèvre droite de la plaie, celle-ci étant écartée autant que possible, puis je passai en ce point, et à une petite distance l'une de l'autre, deux anses de fil nouvelles, après quoi j'incisai entre elles; un demi-litre environ de pus, et de nouvelles masses pilo-graisseuses, s'échappèrent par cette ouverture; mais je dus, pour obtenir ce liquide, qui me paraissait provenir surtout de la partie postérieure de la tumeur, introduire une de mes mains, que j'avais eu soin de bien laver, derrière celle-ci, et exercer sur elle une série de pressions en des points multiples. Après que le kyste fut vidé, la tumeur était encore extrêmement volumineuse; de plus, je venais de constater que du côté gauche, de même qu'à la partie supérieure, il n'existait plus de poches fluctuantes; ma main ne rencontrait de ces côtés que des masses solides. Je dus donc chercher si du côté droit je serais assez heureux pour trouver un troisième kyste, qui me permit, en l'évacuant, de rapetisser la masse que je tentais de faire sortir de l'abdomen. Ce troisième kyste existait. Aidé d'une part par ma main plongée dans l'abdomen, et qui exerça sur lui une pression de droite à gauche, aidé d'autre part par la traction faite par mes aides dans la même direction, avec le trocart qui était resté fixé sur la tumeur, je parvins à faire progresser cette poche, et à mettre à jour une quantité suffisante de sa paroi pour que je puisse passer à travers elle deux nouvelles anses de fil, et exciser entre elles. Un litre et demi de pus environ, toujours mêlé à des poils, s'échappa par cette ouverture. A cet instant, la tumeur me parut suffisamment diminuée pour exercer son extraction hors de l'abdomen, en augmentant toutefois l'incision de la paroi ventrale de 2 centimètres vers son extrémité supérieure.

Cette incision une fois agrandie, des tractions en tous sens purent encore être faites, même avec une certaine énergie, par l'aide du trocart, et après quelques instants, la tumeur s'échappa en masse, suspendue à un pédicule assez court et très-épais. Au moment où le pédicule apparut à l'extérieur, une hémorrhagie se fit à sa surface, dans un point très-rapproché du kyste; elle était due à une rupture partielle du pédicule en un point superficiellement placé; rupture qui avait atteint, outre la séreuse, une petite artériole, dont la ligature a dû être pratiquée.

La fixation du pédicule, sa striction, les sutures, furent faites comme dans l'opération précédente. 12 points de sutures profondes, 3 points de sutures superficielles, servirent à fermer la plaie.

L'opération avait duré cinq quarts d'heure; la malade était restée, pendant tout ce temps, profondément endormie; il n'y avait ici de sang perdu qu'une très-petite quantité, fournie par l'artériole.

Une heure après l'opération, nausées, en même temps que douleurs sourdes dans toute l'étendue du ventre. Dans la journée, je fais uriner la malade deux fois; le soir, les douleurs abdominales sont plus fortes que le matin.

Pendant la nuit, des efforts de vomissements ont eu lieu; la malade n'a presque pas cessé de se plaindre; deux fois elle a uriné seule dans une assiette creuse, malgré ma défense; le pouls a oscillé entre 90 et 120 pulsations. Une pilule de 1 cent. d'extrait thébaïque a été donnée chaque deux heures.

Le lendemain matin, les douleurs abdominales persistent; elle se plaint surtout d'une douleur épigastrique. Elle vomit plusieurs fois. eau gazeuse, eau froide, opium.

Le soir, la malade se plaint moins de douleurs dans l'abdomen, mais le faciès est altéré, la langue est sèche; le pouls filiforme, imperceptible, les battements du cœur à 160, la respiration très-fréquente.

La malade succombe à deux heures du matin.

Examen de la pièce anatomique. — La tumeur, telle qu'elle est extraite de l'abdomen, a une forme sensiblement ronde, mesurant en diamètre 24 eentimètres et pesant 4 kil. 100. Elle est en rapport dans un point de son contour avec un repli péritonéal, qui faisait partie du pédicule, et qui eontient dans son intérieur une partie de la trompe, munie de son pavillon, de ses franges, ainsi que le ligament de l'ovaire. Le reste du pédicule se retrouve sous forme de lambeaux membraniformes très-fins, rétractés à la surface de la tumeur.

A l'exception des points où se voient les vestiges de la plus grande partie du pédicule, la tumeur est lisse dans toute son étendue; on ne distingue rien à sa surface qui puisse rappeler l'aspect extérieur de l'ovaire.

L'intérieur de la tumeur est constitué par une masse solide centrale, entourée dans toute son étendue par quatre poches spacieuses, isolées les unes des autres, à l'exception de deux, qui communiquent entre elles par une ouverture de 2 centimètres environ. Ces poches sont séparées latéralement par des parois d'une certaine épaisseur, provenant de la masse solide centrale, et se confondant avec l'enveloppe générale du kyste, qui concourt à former leurs parois externes.

Les quatre grandes poches ont un aspect essentiellement variable entre elles et dans leurs divers points. La description isolée de chacune d'elles serait fastidieuse, en raison de la multiplicité des détails qui s'y rapportent; qu'il me suffise d'indiquer, d'une façon générale, les points les plus saillants.

Ces poches sont lisses et régulières sur leurs faces externes. Sur leurs faces internes et latérales, elles sont, au contraire, des plus irrégulières, hérissées de saillies et de dépressions de toute forme, de tout volume. Ici, les saillies sont disposées en mamelons arrondis, là en colonnes charnues, qui rappellent celles du cœur; ailleurs, en lamelles plus ou moins larges, plus ou moins épaisses, dont les bords sont libres, la face profonde adhérente.

Dans ces poches, on trouve une quantité de poils eneore considérable, malgré la masse qui a été enlevée pendant l'opération, et que l'on a négligé de recueillir. La plupart sont libres, intriqués entre eux, et unis ensemble par une substance caséeuse, très-onetueuse (cellules graisseuses et épithélium). Ces poils ont une longueur très-variable, quelques-uns ne sont visibles qu'à la loupe. La plupart ont une longueur qui varie depuis quelques millimètres jusqu'à 27 centimètres. Leur couleur est blanc ou châtain. Vus au microscope, presque tous possèdent encore leur bulbe, presque tous sont entourés de lamelles épidermiques disposées très-irrégulièrement; tous ont conservé l'aspect normal, strié, pigmentaire, leur canal central.

Outre ces poils complétement libres, on en trouve d'autres qui, intriqués très-irrégulièrement, ou disposés en mèches très-régulières, font saillie seulement dans l'intérieur des grands kystes, à la faveur d'ouvertures existant sur leur face interne; ces poils appartenaient plus spécialement à d'autres poches, situées dans le centre de la tumeur.

Enfin, une grande quantité de poils sont implantés dans les parois mêmes de ces kystes; ceux-ci sont presque partout placés à une certaine distance les uns des autres. Là où ces poils implantés se rencontrent, on trouve, dans la partie qui les supporte, tous les caractères de la peau. Celle-ci est recouverte d'une substance caseuse, analogue au smegma de l'embryon (cellules graisseuses et épithélium pavimenteux). Sous cette substance, on trouve l'épiderme constitué par plusieurs couches d'épithélium superposées; au-dessous de l'épiderme existe un derme, muni de glandes sébacées, à conduits excréteurs libres, ou venant s'ouvrir dans des follicules pileux, muni aussi de saillies périphériques non constantes, rangées régulièrement les unes à côté des autres, et qui représentent, sans aucun doute, des papilles. Nulle part on ne rencontre de glandes sudoripares. Des fibres de tissu cellulaire, des fibres élastiques, des vaisseaux capillaires, forment la trame de ce derme. Enfin, sur la face profonde de celui-ci, on trouve des cellules graisseuses, non réunies en lobules, et qui établissent en quelque sorte la séparation entre cette membrane et les couches organiques fibreuses sous-jacentes.

Mais une membrane cutanée ne tapisse pas toute l'étendue des parois de ces poches; dans un certain nombre de points, ces parois sont recouvertes par une membrane d'aspect séreux et qui, vu au microscope, n'a aucun des caractères de la première. L'espace qui sépare la surface cutanée de la surface séreuse présente presque partout un aspect blanchâtre, manifestement cicatriciel.

Dans certains endroits, l'union se fait par des expansions nacrées comme tendineuses, au nombre de trois à six; dans d'autres, la peau se montre sous forme de lamelles plus ou moins étendues, semblant collées sur les couches sous-jacentes, desquelles elles se séparent facilement. En raison de cette disposition, les bords de ces lamelles sont visibles dans toute leur épaisseur. Enfin, ailleurs, on voit la peau des grands kystes se continuer en ligne directe avec de la peau contenue dans les kystes de la masse centrale, à la faveur d'une ouverture; à un endroit, la peau est tordue sur elle-même au moment où elle passe par cette ouverture.

La masse solide centrale est formée en grande partie par des kystes contenus dans une trame fibro-graisseuse. Ces kystes sont, les uns colloïdes, les autres pilo-colloïdes, les autres pilo-sébacés, les autres pilo-épidermiques.

Les kystes colloïdes ont une consistance et une couleur des plus variables; la consistance varie depuis celle de l'huile, jusqu'à celle d'une gelée épaisse; la couleur est blanchâtre, rosée, verdâtre, jaunâtre.

Ces kystes, limités à l'intérieur par une mince enveloppe celluleuse, contiennent presque tous dans leur intérieur des leucocytes en assez grande quantité, et des cellules épithéliales, analogues à celles qui séparent la face interne de l'enveloppe.

Les kystes pilo-colloïdes ne diffèrent des premiers que par la présence de poils dans leur intérieur; ces poils sont ici tous paral-

lèles les uns aux autres et représentent de véritables mèches. Une partie de leurs parois présente aussi un aspect et une structure dermoïdes.

Les kystes pilo-épidermiques, au nombre de trois ou quatre seulement, ne dépassent pas le volume d'une noisette. Leur paroi est fibreuse et non dermoïde. En dedans de cette paroi, on trouve une couche concrète et comme lamelleuse, constituée par de l'épithélium pavimenteux stratifié; le reste du kyste est rempli par de l'épithélium de même nature que le précédent, au milieu duquel on distingue de rares gouttelettes graisseuses et des poils d'une ténuité extrême et d'une longueur excessivement petite.

Les kystes pilo-sebacés sont les mêmes caractères que les grands kystes périphériques, c'est-à-dire qu'ils sont remplis de poils et de matières grasses; leur paroi est dermoïde en partie ou en totalité; deux de ces kystes sont remarquables par la longueur des poils qu'ils possèdent (15 à 30 centimètres); ceux-ci, de plus, sont très-épais et sont implantés en grand nombre dans certains points de la paroi, les uns à côté des autres.

On trouve de plus, mêlés à ces productions kystiques, deux os remarquables par leur volume. L'un est plus superficiellement placé que l'autre; le premier empiète dans une paroi qui sépare deux grandes poches de la surface; c'est lui qui donnait lieu à cette sensation de dureté perçue quand on explorait sur la malade la tumeur. Il a le volume d'un sphénoïde d'adulte, et, jusqu'à un certain point, sa forme; sa longueur est de 14 centimètres; sa largeur de 5, son épaisseur de 3. On y distingue un corps muni de quatre saillies, qui limitent un espace quadrilatère rappelant la selle turcique, deux espèces de sinus creusés dans l'épaisseur de ce corps; deux ailes, dont l'une est creusée d'une cavité remplie de matière colloïde; des aspérités hérissent les extrémités de ces ailes, ainsi que les bords de l'os. Celui-ci est entouré d'un périoste épais et difficile à détacher; de la face profonde du périoste, partent de nombreux vaisseaux qui pénètrent dans la substance osseuse par des ouvertures en rapport avec le calibre de ceux-ci.

Sur une des faces de l'os, le périoste, par sa face externe, se trouve uni avec les parois d'un kyste pilo-sébacé du volume d'un œuf; ce kyste est un des deux qui possèdent un nombre considérable de poils adhérents et ayant une longueur et une grosseur considérables. Les bords de l'os sont en rapport avec une série de kystes colloïdes ou pilo-épidermiques.

L'autre os a une forme que l'on ne peut rapporter à la forme d'aucun os du squelette. Il est formé d'un plateau central sur la surface et le pourtour duquel naissent des apophyses plus ou moins longues. Le plateau mesure dans sa plus grande longueur 8 centimètres, dans sa plus grande largeur, 3 centimètres. Une de ses apophyses mesure 2 centimètres et demi. Cet os est entouré, comme le précédent, par un périoste épais. Une de ses faces est aussi en rapport avec un kyste pilo-graisseux, du volume d'une noix, présentant, au point de vue de son contenu, les mêmes particularités que celui qui est en rapport avec le périoste de l'autre os.

Dans une partie de la masse centrale correspondant à une énorme saillie à mamelons multiples et que remplit presque entièrement un grand kyste périphérique, nous avons trouvé aussi deux petites masses cartilagineuses, arrondies, volumineuses; l'une comme une noisette, l'autre comme un pois. Toutes deux possèdent au centre l'aspect blanc nacré du cartilage; à la périphérie, un aspect plus foncé. Ces deux petites masses sont placées au centre d'un tissu fibro-graisseux du volume d'une noix. Au microscope on rencontre, au centre de ces noyaux cartilagineux, des capsules et des cellules de cartilage type; à la périphérie, ces espaces intercellulaires sont infiltrés de granulations calcaires.

Non loin de ces noyaux existait une petite lamelle osseuse, de la longueur de 2 centimètres environ, située dans le centre d'une masse fibreuse. Étudié au microscope, cette lamelle nous a paru contenir quelques ostéoplastes peu nettes, mais surtout des amas de granulations calcaires.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Collége impérial de France. — M. le docteur Daremberg, bibliothécaire à la bibliothèque Mazarine, est autorisé à faire, pendant l'année scolaire 1869-1870, dans un des amphithéâtres du collége impérial de France, un cours sur l'histoire de la médecine.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Lortet, docteur ès sciences, et docteur en médecine, est chargé du cours de zoologie à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Jourdan, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Pilinski (Jean-Adam), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy en remplacement de M. Bouhon, démissionnaire.

— *Lycée impérial de Vesoul.* — M. le docteur Gevrey est nommé médecin du lycée impérial de Vesoul, en remplacement de M. le docteur Sallot, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. Duchesne, membre du conseil de salubrité, et l'un des praticiens les plus estimés de Paris. M. Duchesne est décédé âgé de 65 ans, à Cannes, où il était allé chercher à rétablir sa santé. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui à midi, à l'église de Saint-Germain-des-Prés, au milieu d'un très-nombreux concours de confrères et d'amis.

— Le concours pour deux places de médecins adjoints près les hôpitaux de Marseille, ouvert le 15 novembre, s'est terminé par la nomination de MM. Traslaer, en première ligne; Nicolas et Saulx fils, en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique.

Nous saisissons l'occasion de cette nouvelle pour rendre à M. Flavard son titre de *chef interne*, car son exercice n'expire que le 31 décembre 1870.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance, le vendredi 3 décembre, à trois heures et demie très-précises, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : 1° Élection des membres du bureau pour l'année 1870; 2° Continuation de la discussion sur l'avortement provoqué.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 6 décembre 1869.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE PARIS

(7e chambre)

PRÉSIDENCE DE M. BAZIRE

Audience du 13 novembre 1869

HOMICIDE PAR IMPRUDENCE. — SOMNAMBULISME. — EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE. — COMPLICITÉ D'UN DOCTEUR-MÉDECIN SUR LE CHEF D'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

La prévenue est la femme Dupré de Saint-Hubert ; elle prétend traiter toutes les maladies, ainsi que le portent ses prospectus, dont voici l'entête :

7, rue Valadon (près les Invalides)
MADAME DUPRÉ DE SAINT-HUBERT
Somnambule-médium
Consulte pour toutes les maladies anciennes ou récentes
CONSULTATIONS PAR CORRESPONDANCE
(Dire l'âge et le sexe du malade, envoyer une mèche de ses cheveux, les traitements qui ont été suivis, et sa profession.)

Auprès d'elle est assis le docteur Godefroy, que l'ordonnance renvoie devant la police correctionnelle, *pour la complicité d'une contravention*, c'est-à-dire de l'exercice illégal de la médecine.

La dame Duchêne, dont le fils a péri pendant le traitement de la femme Dupré, a adressé à celle-ci, avant la mort du jeune homme, la lettre suivante :

Paris, 7 août 1869.

Madame,

En présence des ravages causés par les médicaments que vous avez donnés à mon fils, j'ai dû avoir recours à mon médecin habituel. D'après son examen, il a reconnu un emploi immodéré du mercure. Ces remèdes ne sont employés ordinairement que pour les maladies vénériennes, et comme ce n'est nullement de cela que mon fils est atteint, vous vous êtes donc complétement trompée. Les remèdes qu'il a pris ont fait de tels dégâts dans tout son corps, qu'il ne voit plus clair ; il ne peut remuer les lèvres et il ne peut se servir de ses mains ; en un mot, il est presque d'une inertie complète.

Vous devez donc comprendre, madame, que cela ne peut pas se passer ainsi. Je suis au désespoir de ce qui est arrivé, et si je suivais l'avis de mon médecin, je pourrais vous faire avoir beaucoup de désagréments ; vos lettres me serviraient de preuves contre vous. Pour éviter tout cela, voici ce que j'exige de vous : le remboursement complet de ce que je vous ai payé, c'est-à-dire 32 fr. Il est bien entendu que le dernier envoi de médicaments est intact et tout à votre disposition ; si, dans les vingt-quatres heures, je n'ai pas de réponse de vous, j'agirai selon mon droit. Il ne doit pas être permis, sous prétexte de seconde vue, de jouer ainsi avec la vie des gens.

E. DUCHÊNE.

Voici maintenant le rapport du médecin qui a fait l'autopsie du jeune Duchêne.

Nous, soussigné, Georges Bergeron, docteur en médecine, commis par ordonnance de M. Mathieu Devienne, en date du 12 août, pour procéder à l'autopsie du sieur Duchêne, rechercher et constater les causes de sa mort, nous avons, le 13 août, rempli la mission qui nous était confiée.

Le cadavre, rigide, est celui d'un jeune homme de 18 à 20 ans, exsangue, amaigri.

A l'autopsie des viscères, nous constatons au cerveau une suffusion séreuse ; le cerveau est pâle et comme lavé. Les poumons sont remplis de tubercules ; le cœur vide, exsangue, retraité. Dans la cavité abdominale, nous constatons une rougeur diffuse des intestins et de la face interne de l'estomac, sans altération. Des abcès osseux, vastes et profonds épanchements, existent au cou, sous l'aisselle droite, à la cuisse gauche.

De pareilles lésions expliquent la mort ; mais, en outre, nous constatons les lésions de la stomatite mercurielle, etc., etc.

Un pareil état, résultant de l'ingestion de préparations mercurielles, n'a pu causer la mort, que les lésions graves de la scrofule suffisent à expliquer ; mais, dans notre pensée, cet état a dû abréger les jours du malade, en l'empêchant de prendre les aliments et les médicaments qui auraient pu le soutenir quelque temps encore.

Dr Georges BERGERON.

3 septembre 1869.

Ceci dit, voici la partie importante du traité qui liait le docteur Godefroy à la femme Dupré :

..... Godefroy examinera et contrôlera toutes les ordonnances et prescriptions dictées, par Mme de Saint-Hubert et les signera après en avoir retranché tout ce qui lui paraîtrait inapplicable à la maladie que l'on se proposait de traiter.

Mme de Saint-Hubert déclare ne prescrire jamais que les simples non toxiques ou les préparations homœopatiques.

Chaque jour, M. et Mme Dupré de Saint-Hubert remettront à Godefroy la moitié du produit des ordonnances.

M. le président interroge d'abord la femme Dupré.

Elle est mariée, mère de deux enfants et vit en concubinage.

M. le président. — Vous avez déjà été condamnée pour exercice illégale de la médecine ?

La prévenue. — Oui, monsieur, en province : j'étais demoiselle.

M. le président. — Vous avez voulu exercer sur une plus large échelle, et vous êtes venue à Paris.

La prévenue. — On m'avait dit que je le pouvais en prenant un docteur-médecin avec moi ; j'en ai pris un avec moi.

M. le président. — Quelle était votre science en médecine ?

La prévenue. — Je vois les remèdes étant en état de somnambulisme.

M. le président. — Oui, dans le sommeil ; eh bien, nous entendrons le docteur Godefroy, qui déclare que vous ne dormiez pas. Un jeune homme vint vous trouver ; si vous aviez eu les moindres connaissances en médecine, vous ne lui auriez pas ordonné les médicaments qui ont déterminé sa mort.

La prévenue. — Je n'ai pas vu.

M. le président. — Vous lui donnez les toxiques les plus violents, des drogues mercurielles, qui devaient le conduire au tombeau ; vous lui promettez de le guérir en huit jours, comme font tous les charlatans ; il meurt au bout de quinze jours, et vous vous contentez de dire que vous n'avez pas vu ! Ce jeune homme était fort malade, il est vrai, malade d'une maladie mortelle ; mais enfin il pouvait vivre encore quelque temps ; vos remèdes ont assurément hâté sa mort. Le docteur Godefroy était-il présent pendant les consultations que vous donniez aux malades ?

La prévenue. — Quand il n'était pas là, je lui montrais mon ordonnance, et il la revoyait.

M. le président. — Ainsi, quand le diagnostic d'une maladie est si difficile à tirer, voilà un médecin qui, sans voir le malade, apprécie l'ordonnance d'une somnambule ; c'est de l'escroquerie avec l'assistance d'un docteur.

La prévenue. — Dans les commencements, il assistait aux consultations, et quand il a vu « comment je travaillais, » il a eu confiance en moi.

M. le président interroge la femme Dupré sur le chef d'exercice illégal de la pharmacie, mais elle nie formellement avoir délivré des remèdes.

Interrogée si le docteur Godefroy lui a donné des ordonnances en blanc, elle répond affirmativement.

Le docteur Godefroy est interrogé. Nous vous ferons une seule observation, lui dit M. le président, c'est quil est triste de vous voir ici ; vous avez méconnu les lois du corps auquel vous appartenez, en vous associant à une saltimbanque pour signer des ordonnances.

Le docteur Godefroy prétend que la prévenue avait quelques connaissances en médecine.

M. le président. — Elle ne savait rien du tout ; ainsi, on voit dans ses ordonnances la prescription : *un stimulant.* Qu'est-ce que cela veut dire ? Je vous le repète, il est regrettable de voir un docteur descendre à ce point de faire de la médecine honteuse.

En résumé, la défense du docteur Godefroy est celle-ci : il se bornait à signer les ordonnances, s'en référait aux observations de symptômes faites par la femme Dupré, qui, du reste, ne voyait jamais de maladies graves sans renvoyer directement à un médecin ; ses questions étaient bien faites, de là sa confiance en elle.

La femme Dupré, au surplus, affirme qu'elle ne peut se tromper sur ses diagnostics.

M. l'avocat impérial de Bertheville soutient la prévention, en ce qui concerne la femme Dupré. Quant au docteur Godefroy, le ministère public dit, qu'en matière de droit pénal, la contravention n'emporte pas avec elle le délit de complicité.

Le tribunal, par cette considération, a renvoyé le prévenu des fins de la poursuite, et il a condamné la femme Dupré à un

FEUILLETON

RECHERCHES HISTORIQUES

Sur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.

Par M. Fr. DUBOIS (D'AMIENS) (1)

J'arrive maintenant à Posthumus. S'il en fallait croire les accusateurs de Livie, Posthumus Agrippa aurait été sa troisième victime ; mais d'abord il est à remarquer que Suétone, d'accord en cela avec Tacite, nous dit qu'Auguste fut obligé de l'éloigner de la famille à cause de la bassesse de ses inclinations et de la férocité de son caractère (*ob ingenium sordidum, et ferox*), c'est précisément ce que dit Tacite (*rudem sane bonarum artium et robore corporis stolide ferocem*).

Livie cependant n'aurait encore fait que préluder à l'exécution d'un bien autre forfait. Après s'être successivement défaite par le poison de Marcellus d'abord, neveu de l'empereur, puis de ses deux petits-fils Caius et Lucius, toujours par le poison, puis enfin de Posthumus par l'exil, elle allait arriver jusqu'à l'empereur lui-même afin de mettre l'empire entre les mains de Tibère ; je ne reviendrai pas sur les premières accusations ; on vient de voir à quoi elles se réduisent pour Marcellus ; il aurait suffi à Livie de s'entendre avec le médecin Antonius Musa, qui l'aurait empoisonné ; pour Lucius et Caius, elle aurait eu des agents sur les lieux qui l'en auraient également débarassée ; pour Posthumus enfin, dont elle aurait pu elle-même se défaire, puisqu'il était sur les lieux, c'est par l'exil qu'elle l'aurait éloigné ; tout n'est qu'invraisemblance dans ces assertions ; il n'y a donc pas à s'y arrêter. Mais maintenant nous voici en face de la grande question restée en litige depuis tant de siècles.

Auguste César, arrivé à sa soixante-seizième année, a-t-il été empoisonné par Livie, âgée elle-même de soixante-dix ans, ou bien a-t-il succombé à une mort dite naturelle dans les bras de sa vieille épouse ?

Nous allons d'abord entendre sur ce point ce qu'en dit le plus autorisé et le plus moral des historiens, c'est-à-dire Tacite.

Ici plus que jamais, on doit le prévoir, l'auteur des *Annales* croit devoir encore s'en tenir à de simples soupçons ; mais cette fois les soupçons sont graves : il ne s'agit point ici d'anecdotes, c'est un politique qui parle, qui mentionne d'abord les faits, puis explique ce qui a pu donner quelque consistance à ces rumeurs.

Tacite nous montre d'abord l'empereur fléchissant sous le poids des années, affaibli par de fréquentes maladies et subjugué par Livie. C'est dans ces circonstances, dit-il, que l'empereur tomba malade, et plus gravement que jamais ; quelques-uns soupçonnèrent tout aussitôt un crime de la part de Livie (*Et quidam scelus uxoris suspectabant*). Tacite ne va donc pas encore au delà d'un soupçon, mais je le répète, ce soupçon est grave, et remarquons que, loin de chercher à l'affaiblir, l'historien va lui donner une nouvelle force en le motivant, ou plutôt en racontant ce qui avait pu le faire naître dans les esprits. Peu de mois auparavant, dit-il, Auguste, après s'en être ouvert à quelques amis, et n'étant accompagné que d'un seul témoin, Fabius Maximus, s'était fait conduire dans l'île de Planasia, pour y visiter son petit-fils Posthumus Agrippa, qui s'y trouvait relégué. On sait que c'est encore un des méfaits qu'on reprochait à Livie ; il faut dire que Tacite lui-même ne dissimule rien de ce qui se disait à ce sujet ; elle avait tellement subjugué le vieil Auguste, dit-il, qu'il avait jeté son unique petit-fils dans cette île (*senem Augustum devinxerat adeo uti nepotem unicum in insulam Planasiam projeceret*) ; mais nous savons que Tacite en donne pour motif le caractère indomptable de ce jeune prince, ce qui, après tout, pouvait justifier Livie.

Quoi qu'il en soit, l'historien nous dit que, dans cette entrevue d'Auguste et de son petit-fils, des larmes coulèrent de part et d'autre, et que ces marques d'une mutuelle tendresse donnèrent à penser que le jeune prince pourrait bien être appelé à rentrer dans le palais de son aïeul. Fabius eut l'imprudence de s'en ouvrir à sa femme, et celle-ci alla raconter le tout à Livie ; Auguste en fut informé, et peu de jours après on apprit la mort de Fabius. Cette mort avait-elle été volontaire ? C'est encore là ce qui reste douteux ; mais lors de ses obsèques on entendit sa femme Marcie s'accuser en sanglotant d'avoir été elle-même la cause de la mort de Fabius.

(*Sera continué*).

(1) Voir les numéros des 9, 12, 23, 28 octobre et 23 novembre.

mois d'emprisonnement pour blessures par imprudence, à 15 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine, et à 25 francs pour exercice illégal de la pharmacie.

(*Gazette des tribunaux.*)

HOPITAL COCHIN. — C. de Saint-Laurent.

Hypertrophie du pancréas ayant produit une compression de la veine-cave inférieure et des canaux biliaires. Dégénération graisseuse du foie, des reins et du pancréas. Ictère grave. — Mort et autopsie.

(Observation lue à la Société médicale d'observation, par le docteur Rigal).

Léonard R..., marchand des quatre saisons, âgé de 52 ans, entre à l'hôpital Cochin le 6 janvier 1863.

Cet homme, d'une constitution moyenne, vient réclamer nos soins pour une enflure des membres inférieurs et du ventre, survenue depuis quelques jours. Il est d'une bonne santé habituelle; jamais il n'a eu de maladie sérieuse. Ses antécédents de famille sont excellents; il a perdu ses père et mère à un âge avancé; il a six frères ou sœurs qui se portent très-bien. Il a eu quatre enfants, qui tous sont vivants et pleins de santé. Les conditions hygiéniques dans lesquelles il a vécu sont assez mauvaises. Sa profession est pénible et l'oblige à faire chaque jour de longues marches; son alimentation est souvent insuffisante; enfin il raconte qu'il a de grandes peines morales à cause des difficultés qu'il a pour subvenir aux besoins de sa famille. Il n'a pas la moindre habitude alcoolique. Jamais il n'a été atteint de syphilis.

La maladie actuelle a débuté le 17 décembre, vingt jours avant l'entrée à l'hôpital. Le début est brusque et a lieu au milieu de la plus parfaite santé. Le premier phénomène morbide est une céphalalgie intense: J'étais fou, dit le malade, tant je souffrais. En même temps, il survient des frissons modérés, de la fièvre, et tous ces accidents persistent jusqu'au lendemain à midi.

Il y a alors une apyrexie complète pendant trois heures, puis les mêmes phénomènes se reproduisent pour cesser encore le lendemain à la même heure, et ainsi, pendant sept à huit jours, le malade est en proie à une sorte de fièvre intermittente quotidienne, dont les accès sont séparés par une période d'apyrexie très-courte pendant laquelle le malade dit ne sentir aucun mal. Il raconte que, durant les accès, il croit avoir eu un peu de délire. Il s'est purgé deux fois à trois jours d'intervalle. Ces purgations ont été sans influence sur la marche de la maladie.

A la suite de cette espèce de fièvre intermittente, Léonard R... remarque qu'il a le ventre gros et les jambes très-enflées; il ressent, dans le même temps, une douleur assez vive, quoique fort supportable, à droite de l'ombilic; il remarque enfin qu'il est d'une grande faiblesse, qu'il ne peut plus se tenir debout.

Les jours suivants, du 25 décembre au 4 janvier, cette adynamie devient de plus en plus prononcée; la soif est vive, l'appétit nul; cependant le malade ne croit pas avoir eu la fièvre; la céphalalgie ne reparaît pas. Le 4 janvier, on lui fait remarquer qu'il est devenu jaune; il entre à l'hôpital le 6.

Le 7 janvier, le malade se présente à nous dans l'état suivant: apyrexie complète; pas de chaleur de la peau; pouls lent, très-faible, 60 pulsations; faciès très-altéré, amaigri; traits tirés; coloration ictérique des conjonctives et de la peau, très-nette, très-appréciable, cependant pas très-intense; membres inférieurs très-œdématiés; l'œdème est mou, pâteux. On ne sent aucune induration sur le trajet des veines saphène et fémorale. Le ventre est un peu développé; par la percussion seulement, on constate la présence d'une médiocre quantité de liquide dans la cavité péritonéale.

A 6 centimètres à droite de l'ombilic, il existe, dans une étendue de 4 centimètres au carré environ, des douleurs spontanées modérées, augmentant par la pression. En pressant fortement, on sent profondément une induration qui paraît siéger dans la cavité abdominale, mais on ne peut limiter une tumeur. Le foie n'est pas augmenté de volume; sa limite inférieure atteint à peine le rebord costal.

Le cœur et les poumons sont absolument sains. L'intelligence est nette; le malade répond avec précision, mais avec une grande lenteur. La faiblesse est très grande; le malade ne peut s'asseoir seul sur son lit. Langue un peu saburrale, humide; pas d'appétit; légère constipation; absence de selles depuis trente-six heures. — Très-peu de sommeil.

Les urines ont une coloration brune très-marquée, et fournissent, par l'acide nitrique, les réactions caractéristiques de la présence de la bile. Il n'y a ni sucre ni albumine.

Prescription: eau vineuse, 100 grammes; vin de quinquina; frictions avec l'onguent napolitain, et cataplasmes sur le point douloureux.

Le lendemain, la coloration ictérique est plus foncée, la douleur abdominale un peu plus vive; le pouls est monté à 72 pulsations. On applique un large vésicatoire sur le point douloureux.

10 janvier. — Le vésicatoire a diminué beaucoup la douleur. Même apepsie, même faiblesse. Depuis hier, le malade tousse un peu, et on entend, aux deux bases des poumons, quelques râles sibilants. Deux garde-robes, incomplétement décolorées, un peu grisâtres. — Pansements du vésicatoire avec l'onguent napolitain. Sirop de morphine.

Le 11, la toux devient de plus en plus fréquente; la coloration ictérique est foncée, presque verdâtre. Le faciès est plus altéré, plus amaigri; les yeux sont excavés.

Le 12, légère épistaxis. L'œdème est stationnaire depuis l'entrée à l'hôpital.

Le 13, il survient de la fièvre; peau chaude; pouls à 90.

Le 14, la fièvre persiste. On constate l'existence d'une matité notable de râles muqueux, fins et d'un peu de souffle bronchique, profond, éloigné à la base du poumon gauche; à la base droite, il existe seulement de la respiration rude et des râles muqueux disséminés. Les crachats sont visqueux, assez adhérents, un peu roux, mais ils ne sont pas réellement pneumoniques.

Le malade reste dans le même état le 15; mais le 16 il y a une aggravation marquée; beaucoup de fièvre, 120 pulsations; respiration fréquente. Les forces déclinent de plus en plus. Le membre supérieur gauche est légèrement œdématié; le membre droit est au contraire indemne de toute enflure; deux légères épistaxis. Par l'auscultation, on ne perçoit ni souffle ni râles; le bruit respiratoire est seulement affaibli et la matité plus accentuée. Vin de quina, eau vineuse.

Le 16, affaiblissement extrême, incontinence d'urine. Langue sèche. L'œdème des membres inférieurs a un peu augmenté, et, sur les cuisses, on voit des rougeurs érysipélateuses disséminées, au niveau desquelles la peau est sensible à la pression. La coloration ictérique est toujours très-foncée. Intelligence très-nette; pas le moindre délire. Le malade meurt à minuit. Dans les deux dernières heures de sa vie seulement, il y a eu la perte de connaissance et le râle trachéal.

Autopsie trente-quatre heures après la mort.

Cerveau: non examiné.

Thorax: poumons; engouement du lobe inférieur du poumon droit; le tissu pulmonaire est ferme, vide d'air, non granuleux, non friable; il gagne le fond de l'eau. — Lobe inférieur du poumon gauche fortement congestionné.

Cœur: gorgé de sang noir sirupeux. Les cavités droites en contiennent une plus grande quantité que les cavités gauches, qui en renferment cependant une proportion notable. — Valvules saines.

Abdomen: rate un peu volumineuse, très-molle, très-friable, se réduisant en bouillie sous la pression des doigts. — Foie: volume et consistance normaux; à la coupe, on voit une surface de section jaunâtre, un peu transparente, comme gélatineuse en certains points. Sur le fond de cette section se détachent des granulations saillantes, d'un jaune plus foncé, et dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un grain de chenevis. — Par la pression, on fait sourdre peu de bile. — Les canaux cholédoque, hépatique et cystique sont dilatés; la dilatation du canal cholédoque est surtout marquée. La vésicule biliaire est distendue par la bile. L'examen microscopique, pratiqué par M. le professeur Robin, démontre que les lobules hépatiques sont infiltrés de graisse; on voit partout de nombreuses gouttelettes d'huile. Les granulations ne sont que des lobules où l'infiltration graisseuse est encore plus prononcée.

Pancréas volumineux; l'augmentation de volume porte surtout sur la moitié correspondant à la tête; celle-ci est au moins deux fois plus grosse qu'à l'état normal; elle dépasse la portion verticale du duodénum, et vient reposer sur la veine, qu'elle comprime; elle exerce également une compression non douteuse sur le canal cholédoque. La partie hypertrophiée du pancréas a une coloration brune qui contraste avec la coloration gris rosé de la moitié correspondant à la queue. Cette coloration brune se voit aussi à la coupe. Par le microscope, on reconnaît que le pancréas a subi une dégénérescence graisseuse avancée; certains lobules sont complétement transformés en graisse et atrophiés. On voit sous le champ du microscope de nombreux cristaux de margarine.

Rein gauche anormal. Le rein droit a subi une dégénérescence graisseuse avancée. A la coupe, on voit une surface jaunâtre où sont confondues les pyramides et la substance corticale.

La veine cave inférieure est gorgée de sang noir, sirupeux; elle est très-volumineuse, très-dilatée, et apparaît sous la forme d'un gros boudin noir.

En résumé, il s'agit, dans cette observation, d'un homme de cinquante-quatre ans, vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques, qui est pris, au milieu de la santé la plus parfaite, d'accès fébriles quotidiens avec céphalalgie intense. Cette pseudo-fièvre intermittente dura huit jours. A la suite, le malade remarque qu'il est affecté d'œdème des membres inférieurs et d'ascite légère; en même temps, il s'est produit un affaiblissement considérable qui fait chaque jour de nouveaux progrès. Quinze jours environ après le début de la maladie, paraît un ictère, d'abord peu marqué, mais qui devient bientôt très-intense. Malgré une apyrexie complète, les forces se perdent chaque jour, l'amaigrissement fait des progès; il survient des épistaxis, et enfin une pneumonie hypostatique se déclare au milieu de cet état d'adynamie, presque du marasme, et emporte le malade.

Pendant les jours qui précédent la mort, on constate l'existence d'une tuméfaction douloureuse. A droite de l'ombilic, tous les organes paraissent sains, et le malade succombe dans un état d'épuisement et d'anéantissement des forces qui n'est nullement en rapport avec la durée de la maladie et avec les symptômes observés.

A l'autopsie, on trouve une hypertrophie du pancréas; la tête de cet organe, très-volumineux, comprime le canal cholédoque et la veine-cave; le foie, le rein droit et le pancréas ont subi la dégénérescence graisseuse.

Enfin, pour compléter cette observation, disons que c'est en examinant le foie de ce malade que notre regretté maître Chappotin de Saint-Laurent, s'est inoculé la matière virulente qui a causé le phlegmon diffus auquel il a succombé.

L'interprétation pathologique des phénomènes morbides qu'a présentés le malade dont je viens de vous lire l'observation me semble fort difficile. Comment ces divers phénomènes se sont-ils succédé? Quelle a été la cause réelle de la mort? Ce sont des questions sur lesquelles on peut faire des hypothèses plus ou moins probables, mais qu'on ne peut résoudre d'une manière parfaitement satisfaisante. Le début de cette maladie a été celui d'une intoxication; les accès intermittents sont en effet observés dans plusieurs maladies par empoisonnement, dans la pyohémie, dans l'infection paludéenne; mais chez notre malade, il est impossible de soupçonner une cause toxique quelconque, et on ne saurait formuler une hypothèse seulement probable sur l'origine de cette fièvre intermittente. Les lésions trouvées à l'autopsie ne l'expliquent pas. Notre malade a été atteint d'une fièvre de mauvaise nature, d'une maladie maligne qui a déterminé dans l'organisme des transformations graisseuses multiples du foie, des reins, du pancréas, a jeté le malade dans une adynamie toujours croissante, et l'a conduit ainsi à la mort.

L'hypertrophie et la dégénérescence graisseuse du pancréas se sont produites, selon toutes les probabilités, pendant la première période du mal; car, dès le deuxième jour, les phénomènes de compression de la veine-cave inférieure se montrent, et on voit survenir l'œdème des membres inférieurs. Au dix-huitième jour, les signes de compression du canal cholédoque paraissent à leur tour; l'ictère se développe et s'accuse tous les jours davantage. Le passage de la bile dans l'intestin n'était pas cependant complétement empêché, puisque les garde-robes n'ont jamais été tout à fait décolorées.

Quelle influence a eu cette rétention incomplète de la bile sur la production des phénomènes graves qui ont évolué sous nos yeux pendant le séjour du malade à l'hôpital? Peut-on dire qu'il y a eu intoxication par les éléments de la bile résorbée? Est-ce à un ictère malin que nous avons eu affaire, ou bien cet ictère est-il sans importance et n'est-il qu'un symptôme secondaire dans une maladie maligne dont la nature nous échappe? Nous ne pouvons résoudre ces questions. Quand le malade se montrait à nous avec un ictère intense, de légères hémorrhagies et un état adynamique prononcé, on diagnostiquait un ictère malin, et cependant nous n'avons pas observé la marche habituelle de cette dernière maladie, et il paraît aussi presque certain que, dans le principe, l'ictère n'était dû qu'à la compression du canal cholédoque par le pancréas hypertrophié. On le voit, tout est obscur dans cette maladie, et notre embarras a été grand quand il s'est agi de mettre un titre à notre observation; nous nous sommes contentés d'indiquer les principales lésions anatomiques et le groupe symptomatique le plus marqué (ictère grave) sans prétendre les faire dériver nécessairement les uns des autres.

NOTE SUR L'INTOXICATION TELLURIQUE

Présentée à l'Académie des sciences le 15 novembre 1869

Par M. le docteur Léon Colin
Professeur au Val-de-Grâce.

Dans cette note, l'auteur insiste sur l'insuffisance des émanations maremmatiques proprement dites pour déterminer l'étiologie des affections connues généralement sous le nom de fièvres intermittentes.

Ce n'est pas seulement en France, mais c'est encore dans les régions tropicales que l'on voit ces maladies résulter le plus souvent des travaux qui mettent à nu un sol dont la culture n'a pas épuisé depuis longtemps la puissance végétative.

En l'absence de marais, on a invoqué, comme cause de la fièvre, l'existence soit de nappes d'eau souterraines, soit de conditions hydrologiques des couches superficielles du sol; mais pourquoi, dans ces pays, la malaria se produit-elle, surtout à la suite de pluies légères qui ne pénètrent pas jusqu'au prétendu marais souterrain? Pourquoi les mineurs sont-ils moins exposés que les ouvriers qui travaillent à la superficie de la terre, comme les jardiniers, les terrassiers?

Le terme *intoxication tellurique* semble répondre plus complétement à l'étiologie du miasme dit palustre dans les pays chauds, surtout où le sol est assez riche et assez échauffé par le soleil pour suffire à la production des effluves les plus dangereuses.

Aussi, dans les régions intertropicales, le meilleur moyen prophylectique est-il l'éloignement du sol, la navigation, qui supprime presque tous les dangers de la résidence dans cette zone insalubre.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 17 novembre 1869 (1). — Présidence de M. Alph. Guérin.

Réflexions. — Il me paraît difficile de préciser la cause de la mort de notre opérée; je dois avouer que cette mort rapide a été pour moi un sujet d'étonnement. Rien ne permettait de la faire prévoir. Serait-ce que le jeune âge exposerait davantage aux accidents péritonéaux que l'âge adulte ou que la vieillesse? mais Spencer Wells, sur de jeunes sujets, a obtenu trois succès après l'ovariotomie.

La durée de l'opération (cinq quarts d'heure) a-t-elle eu une certaine influence? Cela est peu probable; car la longueur du temps passé à l'énucléation des kystes ovariens ne semble devoir posséder une influence fâcheuse, incontestable, que si la plus grande partie de ce temps est passé à détruire des adhérences, suspendre des hémorrhagies, faire la toilette du péritoine. Ici, il n'y a pas eu de temps consacré à aucune de ces manœuvres. La longueur de notre incision de la paroi abdominale doit être mise hors de cause, car elle ne dépassait pas 13 centimètres, chiffre inférieur à celui que l'on trouve dans un certain nombre d'ovariotomies, suivies cependant de succès. Du pus serait-il passé sans qu'on s'en aperçoive dans la cavité péritonéale, à l'instant où la partie saillante du kyste en était couverte, malgré toutes les précautions prises pour éviter ce fait? Je ne le crois pas, car le péritoine qui recouvrait l'intestin, celui du cul-de-sac recto-utérin était d'une propreté extrême, après l'extraction du kyste. Il ne serait pas impossible cependant que mes mains, introduites à plusieurs reprises dans la cavité abdominale n'aient, malgré des lavages préalables faits avec soin, conservé à leur surface une certaine quantité de ce liquide onctueux, dont elles se débarrassaient fort difficilement (ce que j'ai reconnu plus tard); quantité trop faible pour être reconnue là où elle avait été déposée, mais suffisante pour amener des accidents péritonéaux. Ce serait là la cause que j'imputerais le plus volontiers, me fondant surtout sur l'existence d'une péritonite générale d'emblée, caractérisée par des

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

douleurs survenues dans toute l'étendue de la cavité abdominale, presque aussitôt l'opération terminée.

Le kyste auquel nous avons eu affaire est, sans contredit, un des plus curieux qu'il soit possible de rencontrer. Il s'agissait d'un kyste ovarien, dermoïde et purulent. Ce dernier caractère fait de ce kyste dermoïde une tumeur fort exceptionnelle, car il en existe à peine trois ou quatre exemples dans la science.

Remarquons que rien dans les antécédents de la malade, ne pouvait faire soupçonner la purulence. On se rappelle, en effet, que notre jeune malade n'avait accusé de douleurs vives dans l'abdomen, à proprement parler, que pendant un seul jour, sans qu'il y ait eu aucune réaction fébrile. Or, ces douleurs ne pouvaient guère être rapportées qu'à une inflammation circonscrite du péritoine, provoquée par la présence même de la poche. Peut-être, sans doute cette même que vive sensibilité d'un moment, a été indépendante de l'inflammation de la poche kystique, car s'il en eût été autrement, on ne comprendrait pas qu'elle ne se fût pas généralisée tout autour de la tumeur. Il y a, à mes yeux, tout lieu de croire que l'inflammation qui a donné lieu, à un moment donné, à une aussi grande quantité de pus, de plus à des leucocytes en grande quantité dans les poches colloïdes, ne s'est point reflétée au dehors de la paroi externe de la tumeur, ni par des phénomènes locaux, ni par des phénomènes généraux.

A titre de kyste dermoïde, la tumeur est remarquable par son volume; mais elle l'est surtout par la forme, l'étendue, la disposition des parties cutanées, pileuses, osseuses, qu'elle contient, et, sous ce rapport, elle me paraît être d'une certaine importance pour juger la question de la nature de ces kystes, encore aujourd'hui controversée.

Trois explications ont été fournies sur ce point.

Dans l'une, le kyste serait la conséquence d'une conception extra-utérine. Cette opinion doit être ici complétement rejetée; en premier lieu, parce que ce kyste s'est développé à une époque où l'ovulation spontanée ne pouvait encore s'être effectuée; en second lieu, la jeune fille était vierge, sa membrane hymen était parfaitement intacte.

Dans la deuxième opinion, le kyste serait rapporté à une inclusion fœtale due à la pénétration d'un œuf fécondé dans un autre, le second passant par les phases normales de son développement, le premier, inclus dans l'ovaire, s'arrêtant dans son développement général, et ne laissant plus, comme trace de sa présence, que des débris qui ont continué à vivre parasitairement.

Dans la troisième opinion, les produits organiques qui ressemblent à des débris de fœtus, seraient la conséquence de l'hétérotopie plastique, c'est-à dire apparaîtraient en vertu de cette loi que des éléments anatomiques des tissus des organes, peuvent, dans certaines conditions encore inconnues, se développer spontanément et vivre là où normalement il n'y a aucune trace de ces éléments de ces tissus, de ces organes.

Quoique la première opinion soit généralement acceptée, elle a trouvé, dans M. Lebert, un adversaire implacable, qui, dans un mémoire aussi plein de talent que de verve, a apporté, à l'appui de son opinion, des arguments bien propres à ébranler les opinions du camp opposé. Nous pensons que les réflexions que va nous suggérer l'examen attentif de notre pièce enlèveront à ces arguments toute leur valeur.

Une des raisons alléguées par M. Lebert pour combattre la théorie de l'inclusion fœtale est la présence, dans certains kystes dermoïdes, de poches multiples en plus ou moins grand nombre, pouvant contenir des productions cutanées, pileuses, osseuses ou dentaires. Cette raison, de prime abord, paraît péremptoire, et cependant on va voir que notre kyste, qui pourrait être regardé comme un type de kystes, venant à la rescousse de l'opinion du célèbre micrographe, présente des détails qui parlent au contraire contre elle. Quelle disposition, en effet, affecte la peau dans ces diverses poches? Dans quelques-unes seulement, elle constitue, dans toute l'étendue du kyste, la couche interne, mais dans la plupart, elle n'en représente (en surface) que la moitié, le tiers, le quart. En certains endroits même, elle n'occupe qu'une surface de quelques millimètres, sur laquelle s'implante une mèche de poils. Ici la peau est sur le même plan que la séreuse qui lui fait suite, l'une et l'autre étant séparées par un tissu cicatriciel manifeste, blanc nacré et exclusivement fibreux. Là, la peau fait une saillie par rapport à la séreuse et semble collée à la surface de celle-ci, qui se prolonge sous elle de telle sorte que ses bords sont complétement libres. Ailleurs, on voit la peau se projeter sur une portion séreuse par des digitations multiples. Enfin, dans un endroit, on constate que la peau qui passe à la faveur d'une ouverture d'un kyste dans un autre se replie sur elle-même. Quand on envisage toutes ces dispositions, on ne peut échapper à l'idée que la peau d'un embryon a dû être morcelée par la pénétration dans son intérieur des cloisons fibreuses et aréolaires qui forment la masse principale de la tumeur, ces cloisons s'étant coiffées, çà et là, des lambeaux de peau ainsi fragmentés et ayant contracté avec eux des adhérences cicatricielles qui ont permis à ceux-ci de continuer à vivre et à se développer. Il est facile de reconnaître, sur notre pièce, qu'encore aujourd'hui cette fragmentation s'accomplit, non plus dans la peau, mais dans les masses pilo-sébacées contenues dans certains kystes. On voit, en effet, dans quelques parties, des touffes de poils unis entre eux par de la substance grasse, faisant en quelque sorte hernie à travers des cloisons kystiques perforées, et empêchant, de cette façon, la réunion des lèvres de l'ouverture. Dans un point, on constate une mèche de cheveux longue de 12 centimètres environ, à cheval sur une cloison qui sépare deux ouvertures du genre de celles dont je viens de parler, et qui appartiennent à un même kyste pilo-sébacé.

Si la multiplicité des kystes a paru à M. Lebert un argument en faveur de l'hétérotopie plastique, c'est sans aucun doute parce que, jusqu'ici, on n'a rencontré dans aucun kyste dermoïde les dispositions cutanées que je viens de signaler. Dans tous les cas cités, la portion dermique des poches paraît s'être substituée à la séreuse, et être en continuité immédiate avec la portion persistante de celle-ci. Dans ces cas, il est vrai, il est permis de croire à une métamorphose de celle-ci. Mais le doute sur les adhérences contractées entre la peau d'un embryon et la séreuse ne me paraît plus permis avec notre pièce pathologique.

Du côté des productions pileuses, on trouve aussi certaines particularités qui viennent à l'appui de l'inclusion fœtale. Ces particularités consistent dans le développement exagéré des poils dans les points qui correspondent, selon toute probabilité, à un cuir chevelu. Là, en effet, où on trouve les cheveux les plus longs (15, 26, 30 centim.), les plus épais, ceux qui sont implantés en plus grand nombre sur la peau, c'est dans les poches kystiques qui touchent les deux grands os trouvés dans la tumeur, et qui ne peuvent être rapportés à aucun os qu'à ceux du crâne. Assurément, ce n'est pas la présence de ces os qui a influencé la vitalité des bulbes pileux dans la peau des kystes qui les avoisinent; celle-ci ne peut s'expliquer que parce que cette peau représente les vestiges du cuir chevelu de l'ancien embryon.

La seconde raison alléguée par M. Lebert à l'appui de l'hétérotopie, c'est que, dans les kystes du genre de celui qui m'occupe, les os qu'on y trouve n'ont jamais une forme exactement semblable à celle des os du squelette. Sans nier les inclusions fœtales M. Lebert ne les admet que pour les cas où on rencontre un humérus, une omoplate, un maxillaire, etc., régulièrement configuré.

Pour nous, la déformation des os, dans une production kystique, est en quelque sorte une conséquence forcée des conditions mêmes dans lesquelles ceux-ci se sont développés. Si l'on a égard au développement normal des pièces du squelette, leurs caractères extérieurs ne sont pas seulement subordonnés au plan en quelque sorte originel qui a été dressé par l'organisation naissante, ils sont subordonnés aussi au rapport que les os affectent avec les parties voisines. Ne sait-on pas qu'une extrémité osseuse luxée et placée définitivement dans des rapports anormaux se déforme de manière à devenir quelquefois méconnaissable; que l'orbite, après l'extraction de l'œil, se rapetisse en perdant la régularité de ses formes; qu'il en est de même des alvéoles des dents après la chute de celles-ci. Rien d'étonnant dès lors qu'un os ayant appartenu à un organisme et s'étant greffé ensuite dans un endroit quelconque d'un autre organisme, modifie son aspect suivant les rapports qu'il contracte avec les parties voisines. Nous en avons bien la preuve dans l'os que nous avons rencontré, et qui, pour tout le monde, sans doute, représentera un sphénoïde.

Les apophyses qui avoisinent ses bords se trouvaient interposés à des kystes colloïdes ou pilo-graisseux, le corps de ceux-ci reposant sur des dépressions de l'os. De plus, une des parties que je considère comme étant une des grandes ailes du sphénoïde était distendue et remplie par un kyste colloïde du volume d'une amande. Sans aucun doute, ce kyste ne s'était pas développé dans l'intérieur de l'os, mais c'était l'os qui s'était développé autour du kyste, en se déformant.

Quant aux os que l'on rencontre quelquefois dans les kystes avec leur configuration tout à fait normale, ils peuvent aussi être le résultat d'une inclusion fœtale, comme l'admet M. Lebert; alors ils appartiennent à des pièces de squelette qui, à coup sûr, n'ont pas pris racine sur des parties vivantes, et se montrent par conséquent aux yeux tels qu'ils étaient quand toute vitalité les a abandonnés, c'est-à-dire avec leur forme habituelle.

Il est toutefois une objection que l'on pourrait faire à la théorie que je soutiens. Cette objection se tire de la présence dans l'intérieur de la tumeur : 1° de deux noyaux ayant tout à fait les caractères physiques et microscopiques du cartilage, et déjà imprégnés à leur périphérie de granulations calcaires; 2° d'une petite lamelle ayant la dureté, l'aspect d'un os infiltré de granulations calcaires et possédant des ostéoplastes. Assurément ces deux sortes de production sont de date récente, et reconnaissent pour origine une véritable hétérotopie. Quelques esprits pourraient, par conséquent, voir dans cette particularité une preuve de l'origine hétérotopique des parties osseuses contenues dans la tumeur, et que je considère comme des débris de fœtus; mais, par la seule raison que ces petits cartilages, ce petit os, sont nés hétérotopiquement, on ne peut en inférer que les autres formations osseuses reconnaissent une même origine.

L'hétérotopie du tissu osseux n'est contestable pour personne; elle est surtout fréquente dans les kytes ovariques simples ou aréolaires non dermoïdes; rien d'étonnant, par conséquent, qu'elle se réalise dans un kyste dermoïde de la nature de celui qui fut soumis à mon examen, chez lequel s'est fait une prolifération extraordinaire d'éléments de toute sorte. Tout prouve, du reste, que les grands os que nous avons rencontrés n'ont pas la moindre parenté avec cette petite lamelle ossiforme trouvée auprès des noyaux cartilagineux. Dans les grands os, on trouve un périoste épais qui les entoure; à leur surface, de nombreux trous laissant passer des vaisseaux; l'examen microscopique permet de reconnaître des ostéoplastes nombreux et parfaitement configurés ainsi que des canalicules médullaires. Dans la lamelle ossiforme, au contraire, il n'existe nulle trace de périoste; elle se trouve au sein d'une sorte de noyaux fibrino-graisseux; aucun vaisseau ne la pénètre; on ne rencontre pas trace, dans son intérieur, de canalicules médullaires. Quant aux ostéoplastes, leurs formes, leurs prolongements, sont mal définis et si nous admettons ces ostéoplastes, c'est moins d'après ces caractères que d'après le pointillé noir que l'on apercevait par places sous le champ du microscope. En un mot, dans un cas, nous trouvons un os complétement developpé; dans l'autre cas, un avorton d'os. Il nous paraît, par conséquent, complétement impossible d'assimiler ces productions. Que l'organisme crée par aberration du tissu osseux, du tissu cartilagineux, du tissu fibreux, du tissu élastique, là où ces tissus ne se rencontrent pas normalement, le fait est non-seulement possible, mais certain, et s'explique par la parenté, aujourd'hui admise, de ces divers tissus avec le tissu cellulaire que l'on trouve dans presque tous les points du corps; mais que l'organisme crée par aberration hétérotopique un organe parfait aussi composé dans ses éléments chimiques, complexe dans sa structure et sa texture anatomique qu'un os, qu'une dent, que la peau, c'est là une création qui nous paraît encore loin d'être démontrée les preuves à la main.

M. LEGOUEST. Aujourd'hui que les observations d'ovariotomie se multiplient, il serait peut-être possible de déterminer dans quelle a conditions il faut employer ou rejeter la suture du péritoine. M. Kœberlé repousse la suture péritonéale; M. Liégeois l'a mise en usage dans ses deux opérations; quels ont été les motifs de sa pratique?

M. LIÉGEOIS. Dans une première opération d'ovariotomie, laquelle remonte déjà à quelque temps, j'avais fait la suture péritonéale, et il n'y avait eu aucune douleur, aucun symptôme fâcheux ni du côté de l'abdomen, ni du côté de la plaie. Enhardi par cet exemple, je l'ai suivi dans ma seconde opération; un résultat pareil m'encouragea à agir de même dans ma dernière ovariotomie; celle-ci fut mortelle, mais la suture ne me paraît pas pouvoir figurer parmi les causes possibles de cette terminaison fatale.

M. HOUEL. Je n'ai fait qu'une seule ovariotomie, mais j'en ai vu faire beaucoup, car un assez bon nombre ont été pratiquées à Paris; ainsi, si Nélaton compte 17 opérations sur lesquelles il y eut 9 guérisons. Il faut, après l'ovariotomie, chercher à obtenir une réunion rapide de la plaie abdominale; or ce qui adhère le plus facilement, c'est le péritoine, car il y a agglutination après 10 à 12 heures. De plus, la suture du péritoine garantit un peu l'éventration, qui est si fréquente.

M. GUYON. M. Letenneur, de Nantes, a fait 4 ovariotomies et a obtenu 3 guérisons; mais il a pris soin de ne pas réunir le péritoine, suivant en cela l'exemple de M. Kœberlé. J'ai assisté à l'une de ces opérations; la malade a guéri très-vite, et un an après il n'y avait pas d'éventration, bien qu'il n'y ait pas eu de suture péritonéale. Dans ce cas même, cette suture eut été contre-indiquée, car, par suite d'une péritonite antérieure, la séreuse pariétale avait un demi-centimètre d'épaisseur.

M. BLOT. Les faits de guérisons apportés ici n'ont aucune valeur pour la solution de la question soulevée par M. Legouest, car le succès dépend de bien autre chose que de la manière dont est faite la suture.

J'ai assisté à la première ovariotomie faite à Paris, en 1849, à l'hôpital Cochin, par M. Maisonneuve, sur une religieuse. Le kyste multiloculaire, sans adhérences, était retenu par un mince pédicule, et cependant la mort survint après 24 heures. La suture péritonéale avait été faite. Une deuxième opération, à laquelle j'ai assité, fut faite par M. Huguier, à Bellevue. L'épiploon renfermait un grand nombre de kystes, adhérant de toute part au péritoine pariétal et au kyste, partout ce n'était qu'adhérences. La malade succomba, et certes la suture employée ne fut pour rien dans les causes de mort.

Dans une opération faite par M. Nélaton, et à laquelle j'ai assisté en compagnie de M. Boinet, la suture du péritoine fut faite, contrairement à la pratique de M. Kœberlé; cependant la malade guérit, et il y avait dans ce cas bien des motifs pour croire à un insuccès.

En effet, il avait fallu déterminer des adhérences, et lorsqu'on voulut faire la toilette du péritoine, afin d'éviter tout suintement de sang, nous passâmes les intestins en revue. M. Nélaton tirait hors du ventre chaque anse intestinale l'une après l'autre, nous l'examinions, et ainsi qu'on l'aurait fait dans une autopsie, après les avoir passées comme à la filière, je les réintroduisais dans le ventre. Le paquet intestinal resta quinze à vingt minutes à l'air, renversé, étalé sur l'abdomen de la malade, et cependant il n'y eut ni fièvre ni accidents.

Si les succès ne jugent pas la question de l'utilité de la suture péritonéale, l'existence de l'éventration consécutive ne la juge pas davantage; car, bien que la suture du péritoine ait été faite quelque temps après la guérison, la malade éprouva des douleurs abdominales assez vives, et de crainte d'une éventration, non-seulement elle dut porter une ceinture, mais elle fut forcée de déménager pour aller habiter un premier étage, l'ascension d'un troisième étage lui faisant craindre les effets de la faiblesse des parois abdominales.

M. TILLAUX. La suture péritonéale protégerait, d'après M. Houel, la malade contre le danger d'une éventration; or, c'est précisément pour empêcher l'éventration que M. Kœberlé évite de suturer le péritoine.

En effet, si on conduit la suture à 1 centimètre du bord de l'incision faite à la séreuse, le péritoine se relève, s'accole à la lèvre voisine de la plaie péritonéale, s'insinue entre les divers plans musculaires et aponévrotiques, et vient presque répondre à la face profonde de la peau. Au contraire, ne prenant pas le péritoine et en conduisant obliquement l'aiguille à travers l'épaisseur de la paroi abdominale, on affronte muscle contre muscle, tissu cellulaire contre tissu cellulaire, peau contre peau, et l'abdomen conserve toute son épaisseur au niveau de la plaie, au lieu d'être réduit à une ligne cicatricielle ne comprenant guère que le péritoine et la peau.

Si l'on n'imite pas la conduite de M. Kœberlé, c'est que le mode de suture n'est pas une condition *sine quâ non* de succès; ce qu'il importe au-dessus de tout, c'est qu'il ne reste rien dans le ventre, ni sérosité de kyste, ni liquide sanguin. Du reste, il est fort possible que la piqûre du péritoine soit nuisible, par cela seul qu'au niveau de chaque piqûre il peut se faire dans le ventre un léger suintement sanguinolent.

M. HOUEL. L'objection faite par M. Tillaux ne me paraît pas fondée. Le péritoine a une certaine laxité, il glisse sous le tissu cellulaire sous-jacent, se fait en quelque sorte sa place, et ne vient pas fatalement s'interposer entre les lèvres de la plaie. Dans les opérations auxquelles j'ai assisté, dans celle que j'ai pratiquée, le muscle répondait au muscle, l'aponévrose à l'aponévrose, la peau à la peau. Du reste, quand les parois abdominales ont une grande épaisseur, on peut pratiquer deux sutures: une profonde sur le péritoine, une plus superficielle, comprenant le reste des tissus que forment la paroi abdominale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Robinet, ancien pharmacien, membre et ancien président de l'Académie de médecine, dont il était un des doyens, premier vice-président de la commission des logements insalubres, ancien membre du conseil municipal de Paris, vient de mourir à l'âge de 73 ans. M. Robinet, qui s'était distingué par de nombreux travaux de chimie industrielle et d'hygiène publique, laisse inachevée une œuvre considérable qu'il avait entreprise sur l'hydrographie de la France. La mort de ce savant distingué et qui était en même temps un homme de bien, laissera de profonds regrets à tous ceux qui l'ont connu.

Ses obsèques ont eu lieu ce matin lundi au milieu d'un grand concours de savants, presque tous ses amis.

— L'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a émis un vote favorable à la permutation de la chaire de pathologie générale pour la chaire de clinique, déclarée vacante.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Toulouse vient de se terminer par la nomination de MM. Bouthier et Tujague.

— La rentrée solennelle de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg a eu lieu le 15 novembre. Après un discours prononcé par M. le doyen Stoltz, les prix ont été proclamés dans l'ordre suivant :

Faculté de médecine. — 1re année.— Prix : M. Engel. — Mentions honorables : MM. Chenassu et Poulet, 1ers *ex æquo*; 2e, M. Jeannel.

2e année. — Prix : M. Bussard. — Mention très-honorable : M. Dreyfus. — Mention honorable : M. Bartholomot.

3e année. — Prix : M. Charvot. — Mentions honorables : MM. Metzquer et Grosjean.

4e année. — Prix : M. Jobert.

Thèses. — Prix : M. Billet. — Premières mentions : MM. Grollemund et Haas. — Mentions honorables : MM. Strauss, Duval, Millardet, Caillet, Flammarion, Renoult, Treille, Doumairon, Ménard, Urbanswitz, Lipmann, Magdeleine, Lefort.

Ecole de pharmacie. — 1re année. — Prix : M. Karcher. — Mentions honorables : MM. Jehl et Trapet.

2e année. — Prix : M. Demande. — Mention honorable : M. Dauphin.

3e année. — Prix : M. Leroy. — Mentions honorables : MM. Bonnarel, Clément, Bernard et Raby.

— On nous annonce l'apparition du choléra en Russie, à Kieff. Sur 62 malades, on compte 41 décès.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 21 au 27 novembre, donne les chiffres suivants :

Variole, 27. — Scarlatine, 8.— Rougeole, 6. — Fièvre typhoïde, 30. Érysipèle, 8.— Bronchite, 46.— Pneumonie, 78.— Diarrhée, 16.— Dysenterie, 3. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 3. — Croup, 6. — Affections puerpérales, 6. — Autres causes, 696. — Total : 933.

Celui de Londres donne les chiffres suivants, du 14 au 20 novembre :

Variole, 6.— Scarlatine, 208.— Rougeole, 50.— Fièvre typhoïde, 41. —Typhus, 13.—Érysipèle, 12.—Bronchite, 265.— Pneumonie, 138. — Diarrhée, 29. — Dysenterie, 1. — Choléra, ». — Angine couenneuse, 7. — Croup, 9. — Affections puerpérales, 11. — Autres causes, 1,069. — Total : 1,859.

— M. le Dr Jules Falret, médecin de Bicêtre, a commencé son cours public sur les maladies mentales dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, le mardi 30 novembre, à 5 heures, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le Dr Ch. Fauvel a recommencé son cours de laryngoscopie et de rhinoscopie, rue Visconti, 18, et le continue les mardis et samedis, de 10 heures à midi. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie, telle que la destruction des tumeurs intra-glottiques au moyen de l'arrachement, de la galvano-caustique. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image glottique.

NOS ÉTRENNES

1° Le Jardin de la France, album des 50 plus belles vues des bords de la Loire, depuis son embouchure jusqu'à sa source : châteaux, villes, monuments, sites remarquables, etc., accompagnée de 50 notices sur chaque sujet ; dessins et gravures sur acier par MM. Rouargue frères. — Un beau volume grand in-4°, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 75 fr. net pour nos abonnés, 16 fr.

Expédié *franco* dans toute la France, 18 fr. 50.

2° Galerie historique de la Révolution française (1789-1793). Album de 50 portraits en pied, avec notices biographiques des personnages les plus remarquables de cette grande époque. Un beau volume grand in-8° jésus, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 100 fr. net pour nos abonnés, 16 fr.

Expédié *franco* dans toute la France, 18 fr. 50.

3° Galerie historique de la Révolution (1830-1848). Album de 32 portraits en pied des personnages les plus remarquables et les plus célèbres, avec 32 notices historiques. Un beau volume in-4°, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 64 fr. net pour nos abonnés, 12 fr.

Expédié *franco* par toute la France, 14 fr. 50.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Botanique cryptogamique, ou Histoire naturelle des familles de plantes inférieures, par J.-B. Payer, de l'Institut. — 2e édition, revue et augmentée de notes par Baillon, professeur de botanique à la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. gr. in-8° avec 1,140 figures dans le texte. Prix : 15 francs.

Histoire de la création, par Burmeister, directeur du musée de Buenos-Ayres, etc. — 8e édition, revue par Giebel. Traduit de l'allemand par B. Maupas. — Paris, 1870. 1 vol. grand in-8°, avec gravures dans le texte et des planches. Prix : 10 francs.

Traité des opérations des voies urinaires, par le docteur Reliquet, ancien interne des hôpitaux de Paris, avec figures intercalées dans le texte. Seconde partie — 1er fascicule. — *Opérations de la vessie.* — 1 volume. Prix : 3 francs.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois.. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 8 décembre 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur la mortalité des jeunes enfants n'a pas été reprise aujourd'hui comme on s'y attendait. A peine revenu d'Égypte, M. le professeur Broca a donné lecture d'un long rapport sur le concours pour le prix Argenteuil : ce qui va permettre, sans doute, de ne pas retarder la séance solennelle au tant qu'on l'avait présumé.

Après l'adoption de ce rapport, la parole a été donnée à M. le docteur Péan, qui a présenté d'abord une malade à laquelle il avait enlevé en totalité l'utérus et ses annexes. Puis il allait décrire un nouvel instrument destiné à fermer les plaies intestinales ; mais l'Académie, trop vivement intéressée par l'opération d'hystérotomie, n'a pas voulu s'en laisser distraire, et la séance a été levée pour qu'on pût procéder dans la bibliothèque à une étude plus approfondie du fait en question.

Le procédé opératoire avait été généralement mal interprété, et c'est pourquoi nous allons reprodnire les nouveaux détails que M. Péan a bien voulu nous faire connaître.

Rappelons d'abord que la tumeur se composait de plusieurs parties : 1° un kyste très-volumineux de l'ovaire gauche ; 2° l'utérus lui-même hypertrophié, renfermant une poche kystique et remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic ; 3° une tumeur fibreuse de l'ovaire droit, et un kyste de la trompe droite.

Avant l'opération, M. Péan avait reconnu l'existence d'une tumeur fibreuse mobile, indépendante du kyste. Il avait également reconnu, par le toucher vaginal, que l'utérus était hypertrophié, mais il ne savait pas dans quelle proportion, et ne pouvait pas le savoir, à cause des adhérences qui unissaient les diverses tumeurs les unes aux autres.

Une longue incision de la paroi abdominale ayant mis le kyste de l'ovaire gauche à découvert, M. Péan commença à l'extraire, en le morcelant suivant sa méthode habituelle. Il employa, à cet effet, de longs cautères de son invention, rougis à blanc. Après avoir ainsi extrait une notable partie du kyste, il arriva sur l'utérus, qu'il trouva énorme, mou, fluctuant, et adhérant de toutes parts. Les adhérences étaient très-vasculaires, et l'on ne put les rompre sans donner lieu à un écoulement sanguin, qu'il fallut arrêter par la cautérisation au fer rouge. Dans de pareilles circonstances, il n'y avait pas autre chose à faire que d'enlever l'utérus malade, en même temps que les autres tumeurs. M. Péan ne voulut pas se borner à faire la section du col utérin, parce que ce col, excessivement hypertrophié, égalait le volume du poing.

Il préféra faire porter la section sur le vagin lui-même ; et par la plaie abdominale, il fit passer à travers le vagin, d'avant en arrière, un double fil, à l'aide duquel il pratiqua deux ligatures. Celle du côté gauche portait sur le grand kyste de l'ovaire ; celle du côté droit embrassait toute la partie du vagin correspondant à l'utérus, et isolant, en outre de cet organe, l'ovaire et la trompe du côté droit. Après avoir posé ces deux ligatures, M. Péan excisa un peu au-dessus d'elles toutes les parties qui s'y trouvaient comprises ; puis, à l'aide de tractions assez fortes, il rapprocha de la paroi abdominale le *double moignon*, si l'on peut employer ce terme, pour les tissus qui devaient se mortifier de part et d'autre au-dessus des ligatures.

La plaie abdominale ne fut pas réunie dans la partie de son étendue correspondante à ce double moignon. Trois tubes de caoutchouc, destinés à donner issue aux liquides épanchés ou sécrétés et à pratiquer des injections détersives, furent glissés vers le fond du kyste. Des adhérences trop intimes n'avaient pas permis de séparer ce fond du kyste de la paroi du petit bassin, et on avait dû le laisser en place. Néanmoins, il se détacha de lui-même vers le trentième jour, et l'on put retirer les tubes en caoutchouc. A ce moment, les ligatures étaient tombées sans qu'il résultât de leur chute aucune perforation du côté du vagin, car des adhérences solides avaient eu le temps de se produire entre les surfaces de section correspondantes de cet organe. Les tissus mortifiés s'étaient exfoliés peu à peu et étaient sortis par la partie de la plaie abdominale qui jusqu'alors était restée béante. Bientôt cette ouverture se ferma elle-même et la guérison fut complète.

Ce fait était trop remarquable pour qu'il fût possible de se borner à l'énoncé trop court et mal compris que M. Péan en avait donné à la tribune académique.

Dr VICTOR REVILLOUT.

DES BRUITS CARDIAQUES ET VASCULAIRES
DANS L'INTOXICATION SATURNINE
Par le Dr P. DUROZIEZ.

Depuis l'époque à laquelle j'ai lu mon mémoire à la Société de médecine de Paris, en octobre 1867, j'ai rencontré un certain nombre de cas que je demande la permission de reproduire, afin de montrer une fois encore les singulières modifications de la circulation dans l'intoxication plombique.

Le 18 octobre 1867, je relève 2 cas à la Charité.

V..., âgé de 45 ans, est peintre en bâtiments depuis l'âge de 13 ans. Au moment où je l'examine, le malade a des coliques. Le pouls est à 60, peu développé. On voit battre les carotides, ainsi que les crurales. Le cœur mesure 10 centimètres en hauteur sur 15 en largeur, on le voit battre sur une surface un peu plus large que d'habitude. Les claquements sont absents. On entend sur toute la surface un double bruit très-rauque, très-rude, râclant, qui se propage dans les carotides. Dans la crurale, on ne trouve qu'un double souffle en avant, sans souffle en retour.

D..., âgé de 58 ans, peintre en bâtiments.

Le pouls est à 60, développé. Le cœur est immobile pour l'œil comme pour la main. A la pointe, on entend un bruit ronflant, qui se propage jusque dans les carotides. Le second claquement est altéré surtout en bas du sternum. Le maximum du ronflement du premier temps a lieu à la pointe. On entend un léger souffle au second temps dans la crurale.

Ce ne sont pas de simples bruits chlorotiques qui sont notés dans les observations précédentes. Le doute est évidemment permis, et on peut penser à une lésion organique.

Le 1er novembre 1867, nous rencontrons 2 nouveaux cas.

B..., âgé de 34 ans, travaille chez un marchand de couleurs ; il a eu des coliques de plomb, mais il est buveur.

On entend un double frottement cardiaque, et un double souffle crural. Le cœur n'est pas gros.

B..., 32 ans, a travaillé à deux reprises au blanc de céruse, et a eu des coliques de plomb.

Le pouls est à 60. Le cœur mesure 10 sur 15. Les bruits sont modifiés. On entend un double souffle dans la sous-clavière ; il n'existe pas dans la crurale. Le pouls veineux est parfaitement net.

Ce dernier cas est moins avancé que le précédent dans l'état organique.

En décembre, nous recueillons encore 6 cas.

J..., 22 ans, est peintre en voitures depuis 6 ans. On le fait passer de chirurgie en médecine, sous le prétexte d'une maladie du cœur. Le pouls est à 84, peu développé. Le cœur mesure 11 centimètres en hauteur sur 12 en largeur. La pointe se détache assez vivement dans le cinquième espace intercostal. Les bruits me paraissent un peu modifiés. On entend des bruits chlorotiques dans les vaisseaux du cou. Les sommets sont douteux.

T..., 29 ans, est peintre en bâtiments depuis l'âge de 12 ans.

Le pouls est à 80, faible, peu développé. Le cœur mesure 11 en hauteur sur 16 en largeur, l'impulsion est nulle ; les claquements sont à peu près normaux. Les bruits chlorotiques sont considérables.

M..., 28 ans, a travaillé à Clichy pendant 5 mois.

Le pouls est à 72, développé, vibrant ; on sent jusqu'à trois battements. Dans la crurale, on entend un triple souffle. Le cœur mesure 11,5 sur 16 ; il ne donne pas d'impulsion. Les bruits sont sonores. A la pointe, on entend un peu de souffle au second temps.

Ne pourrait-on pas admettre dans ce cas, une lésion plus avancée qu'un état chloro anémique ?

P..., 21 ans, est peintre en voitures depuis l'âge de 14 ans. Le pouls est à 60, un peu vibrant. Le cœur mesure 9 sur 14. Les bruits sont dédoublés ; le second claquement est rude, altéré ; il semble entendre du frottement péricardique. Le double souffle crural se rapproche du souffle à double courant. Les bruits chlorotiques sont considérables.

C..., 40 ans, est peintre décorateur depuis l'âge de 11 ans. Le cœur mesure 10 centimètres en hauteur. Les bruits sont sonores, évidemment modifiés. Le pouls est à 88, un peu vibrant. Les bruits chlorotiques sont nets.

M..., 67 ans, ancien apprêteur de soies teintes (on emploie la litharge), entre le 24 janvier 1868, n° 22, salle Saint-Jean-de-Dieu (hôpital de la Charité), meurt le 27 janvier 1868. Soldat de 22 à 24 ans, puis de 30 à 38 ans ; apprêteur de soies teintes de 24 à 30 ans, puis de 38 à 44 ans ; il entre à Bicêtre de 44 à 47 ans.

Il a toujours été d'une santé délicate, cependant bien portant jusqu'à 20 ans.

C'est à partir de son travail dans l'apprêt des soies qu'il commença à être malade. Les coliques ne le quittèrent pas, pendant une période de 6 ans, puis disparurent pendant son second congé ; étant au service, il n'entra pas une seule fois à l'hôpital.

FEUILLETON

RECHERCHES HISTORIQUES

Sur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.

Par M. Fr. DUBOIS (D'AMIENS) (1)

Ainsi Tacite, je le répète, ne dissimule rien, il fait connaître toutes les rumeurs publiques, aussi bien que celles qui pouvaient être à la charge de Livie que celles qui pouvaient lui être favorables.

Voyons maintenant ce qu'il va nous dire sur la mort d'Auguste lui-même.

Tacite, dans le récit de cette mort, sera plus bref, plus concis que jamais, il lui suffira de dix lignes pour en rendre compte ; il est vrai qu'il ne se permettra aucune digression, il se bornera à un simple énoncé des faits, restant toujours dans la même réserve ; ainsi, après le récit du voyage d'Auguste dans l'île de Planasia et de son entrevue avec son petit-fils, il reprend en disant *utcumque se ea res habuit*, c'est-à-dire de quelque manière que la chose se soit passée ; car en cela encore il ne veut pas se prononcer ; vient ensuite l'incident politique qui ne lui laisse point de place au doute. « Tibère, dit Tacite, venait à peine d'entrer en Illyrie, lorsqu'il fut tout à coup mandé par des lettres de sa mère ; si l'on en excepte Posthumus, il était le seul survivant de tous les héritiers de César Auguste ; il arrive donc en toute hâte à Nole ; Auguste respirait-il encore, ou bien avait-il cessé de vivre ? *Non satis compertum est.* C'est là ce que l'historien ne saurait affirmer : car Livie, dit-il, avait entouré la maison de gardes vigilants qui en fermaient exactement toutes les issues, puis et pour gagner du temps, elle faisait publier de temps à autre des nouvelles rassurantes, et lorsqu'elle eut bien pris toutes ses mesures, on apprit en même temps qu'Auguste n'existait plus et que Tibère était empereur.

Qui ne reconnaît ici les paroles que Racine a mises dans la bouche d'Agrippine, lorsqu'après avoir empoisonné Claude, elle rappelle à Néron toutes les mesures qu'elle avait prises pour séquestrer le mourant et pour lui assurer l'empire ? Ces beaux vers semblent une traduction de Tacite ; voyez en effet ce qu'elle dit en parlant de Claude :

> Il voulut, mais trop tard, assembler ses amis,
> Ses gardes, son palais, son lit m'étaient soumis.
> ....
> De ces derniers moments je me rendis maîtresse :
> ....
> J'arrêtai de sa mort la nouvelle trop prompte ;
> Par mes ordres trompeurs tout un peuple excité
> Du prince déjà mort demandait la santé.
> Enfin des légions l'entière obéissance
> Ayant de votre empire affermi la puissance,
> On vit Claude, et le peuple étonné de son sort
> Apprit en même temps votre règne et sa mort (1).

Mais si Racine s'est ainsi inspiré de Tacite, faut-il en conclure que suivant lui Livie aurait fait éprouver à Auguste le sort réservé à Claude ? que ce prince aurait été empoisonné par sa femme ? Nous ne le pensons pas. Racine était un grand artiste ; il a vu dans ce passage de Tacite de belles couleurs et il en a usé pour son tableau, voilà tout ; quant à Tacite, il a voulu tout simplement nous montrer par quelles mesures Livie avait assuré à Tibère son fils la succession d'Auguste ; comment et pourquoi elle avait ainsi laissé mourir l'empereur dans la solitude ; mais tout cela sans aucun indice d'empoisonnement ; Tacite l'avoue lui-même, *non satis compertum est*, dit-il ; car sur ce point surtout il se borne à émettre des doutes.

Il ne faut pas oublier qu'il ne donne aucun détail sur la maladie de l'empereur, sur la nature des accidents qu'il éprouvait ; mais Suétone va y suppléer, il va nous dire quand et comment Auguste est tombé malade, puis il nous exposera les incidents de sa mort et tout ce qui s'est passé à cette heure suprême.

(*Sera continué*).

(1) Voir les numéros des 9, 12, 23, 28 octobre, 23 novembre et 7 décembre.

(1) *Acribus namque custodiis domum et vias sepserat Livia; lætique interdum nuncii vulgabantur, donec, provisis quæ tempus monebat, simul excessisse Augustum et rerum potiri Neronem fama eadem tulit.*

A 38 ans, les coliques le reprennent aussitôt qu'il touche de nouveau à la litharge, et se compliquent de faiblesse des jambes et de tremblement des bras.

Il entre à Bicêtre, à demi paralysé depuis un an; le tremblement disparait, remplacé par des douleurs articulaires généralisées, qui disparaissent elles-mêmes.

Les palpitations, qui datent de l'âge de 38 ans, disparaissent assez vite, pour ne se montrer de nouveau qu'au commencement de ce mois, avec l'oppression et l'œdème des jambes.

Nous examinons le malade le 26 janvier, veille de sa mort.

Il est pâle, assis sur son lit; il a les lèvres et les mains violacées; les jugulaires sont grosses et battent; elles sont énormes pendant la toux, qui est presque continuelle.

Le cœur mesure 15 centimètres en hauteur sur 20 en largeur.

On sent des battements dans le creux épigastrique et sur toute la surface du cœur. La pointe ne se détache pas.

Le pouls radial est très-petit et fréquent.

Au niveau de la base du cœur on entend un double frottement rude; peut-être à la pointe y a-t-il un souffle, mais si bref, si rapide qu'il est difficile de l'affirmer.

Nulle part il n'y a un souffle facile à distinguer. On entend des râles sous-crépitants fins.

Les jambes sont œdématiées jusqu'aux plis des aines. Les mains et la figure sont sèches. Le ventre est un peu développé. L'intelligence est intacte.

Autopsie (Marteau) faite le 29 janvier 1868, par Cornil, professeur agrégé près la Faculté de médecine.

Cœur. Le cœur est gros, hypertrophié, non dilaté, ferme, résistant.

Rien de notable du côté du péricarde.

L'oreillette droite est large.

La tricuspide présente quelques épaississements, l'orifice mesure 15 centimètres.

Le ventricule droit, peu saillant, peu développé, a des parois de 8 à 10 millimètres d'épaisseur.

L'artère pulmonaire parait à peu près saine, dilatée cependant. L'orifice pulmonaire a 10 centimètres de circonférence; les valvules sont très-développées.

Dans une des divisions de l'artère pulmonaire, on trouve un bouchon datant évidemment de quelque temps avant la mort.

L'oreillette gauche présente une surface opaline. La mitrale à peu près saine, joue bien sous l'eau. L'orifice mesure 115 millimètres.

Le ventricule gauche a des parois de 15 à 20 millimètres d'épaisseur, avec une cavité peu développée.

L'orifice aortique sain mesure 85 millimètres.

L'aorte est large dans toute son étendue, athéromateuse, souple cependant. Les crurales présentent la même apparence.

Poumons. Nombreux noyaux d'apoplexie. Quelques points crétacés. Çà et là le poumon ressemble un peu à de l'amadou imbibé de sang.

Abdomen. Péritonite généralisée, purulente.

Foie à peu près normal.

Rate petite, ferme.

Reins, remplis de kystes et d'infarctus. L'un d'eux présente à sa surface une énorme ampoule, transparente, remplie d'un liquide citrin, de la grosseur d'un œuf de poule.

Vessie. Contenant un liquide jaune et quelques graviers fins.

L'*intestin* ne présente rien de saillant, si ce n'est un mucus très-abondant.

Le *cerveau* n'est pas examiné.

L'articulation métatarso-phalangienne d'un des *gros orteils*, ouverte, ne présente rien de notable.

Si nous comparons cette autopsie à celles que nous avons rapportées dans notre premier mémoire, nous remarquons la même hypertrophie concentrique du ventricule gauche, la même lésion de l'aorte, des productions crétacées dans les poumons comme dans plusieurs autres cas, la péritonite généralisée, la lésion des reins et quelques graviers fins, qui peuvent se rapporter à la goutte signalée dans l'intoxication saturnine.

En somme, cette autopsie nous paraît se rapprocher de celles que nous avons déjà faites dans l'intoxication saturnine.

En juin 1868, nous observons le nommé G..., âgé de 63 ans; il est peintre en bâtiment depuis l'âge de 20 ans. Les jambes sont enflées; on trouve de l'albumine en grande quantité. Le cœur mesure 11 sur 17; on entend un double bruit rude, soufflant, qui se prolonge dans les carotides. Le double souffle crural est parfaitement net.

Cette observation se rapproche de la précédente.

En juin 1869, nous rencontrons le nommé S..., âgé de 24 ans, qui a travaillé au blanc de céruse. Jamais il n'a été malade. Nous trouvons néanmoins les signes d'une insuffisance aortique, un double souffle crural et des bruits chlorotiques.

En juillet, nous observons le nommé M..., âgé de 50 ans, broyeur de couleurs depuis 35 ans; mais buveur en même temps. Les jambes et les bourses sont œdématiées. Le cœur est très-gros; la pointe descend jusque dans le sixième espace, bien que les espaces soient très-dilatés. On entend un piaulement ayant son maximum à la pointe, diminuant d'intensité le long de l'aorte, et disparaissant vers le creux épigastrique. Les jugulaires sont dilatées.

Enfin, voici un nouveau cas.

V..., 25 ans, entre à la salle Sainte-Agnès (Hôtel-Dieu), service de M. Guéneau de Mussy, le 22 octobre 1869.

Il est peintre en bâtiments depuis l'âge de 10 ans. Il a eu des convulsions fréquentes étant enfant, la fièvre typhoïde à 8 ans, la varioloïde à 10. Il n'a plus fait d'autre maladie jusqu'au printemps dernier; il eut alors de fortes coliques et des douleurs qui envahirent la continuité des membres et les jointures. Il se rétablit et reprit ses travaux, n'ayant plus que quelques coliques sourdes; mais il dut s'arrêter de nouveau le 19 octobre. Nous le trouvons courbaturé et souffrant vivement de ses coliques. Le pouls est à 84 développé, vibrant, comme celui de l'insuffisance aortique. Les carotides battent modérément; la secousse est plus sensible pour la main que pour l'œil. Les crurales repoussent vivement le doigt. Le creux épigastrique est soulevé avec énergie. On ne note pas de battement du cœur, ni de la pointe, en rapport avec la force des battements des artères; on le sent même avec quelque difficulté.

Le cœur est dilaté et mesure 12 centimètres de haut sur 14 de large. On n'entend aucun souffle; mais les claquements sont forts et dédoublés, décomposés. On entend quatre claquements au lieu de deux; dans les sous-clavières on perçoit deux claquements et des bruits continus. Le double souffle intermittent crural est constant et parfaitement net. M. Guéneau signale un peu d'œdème aux jambes. Les conjonctives sont jaunes. Le foie est petit. L'urine est un peu colorée. Traitée par l'acide nitrique, elle ne présente aucune trace d'albumine; le diaphragme salin est très-mince : une teinte d'un brun foncé se montre au point de contact de l'acide et de l'urine. Les bulles de gaz sont peu abondantes.

M. Guéneau de Mussy admet de la péricardite et prescrit un vésicatoire. Il y a donc, selon lui, une lésion organique. La rapporte-t-il à l'intoxication saturnine?

Nous pensons, en tenant compte de ces nouvelles observations, pouvoir poser les conclusions suivantes :

Le plomb a une action spécifique et très-générale sur tous les tissus et tous les organes : la variété des accidents offerts par les saturnins en fait foi, la variété des symptômes le démontre. Il reste à savoir si ces symptômes dépendent de lésions purement dynamiques.

Quant au système vasculaire, les bruits anormaux sont-ils dus à une modification des parois ou à toute autre cause, altération du sang, etc. Au début, on trouve les bruits purement chlorotiques; puis, dans un certain nombre de cas, les claquements se dédoublent, deviennent rudes et enfin soufflants; parfois ce sont des frottements qui ont la rudesse péricardique. Quand la guérison a lieu, on repasse par la même série en sens inverse, et on arrive aux bruits chlorotiques, qui disparaissent eux-mêmes. Le passage des bruits chlorotiques aux bruits organiques me paraît presque impossible à fixer.

Toutes les valvules probablement peuvent être malades; mais ce sont les sigmoïdes de l'aorte et l'aorte elle-même qui donnent naissance aux signes stéthoscopiques le plus facilement appréciables. Le péricarde me paraît souvent atteint; on entend souvent dans les vaisseaux, et surtout au niveau des crurales, un double souffle intermittent, qui peut dépendre de causes différentes.

Le pouls est souvent assez fréquent, c'est-à-dire qu'il oscille entre 84 et 100, quand on entend des bruits organiques du côté du cœur.

On a noté l'aortite; l'occasion ne s'en est pas offerte à moi, du moins je n'ai pas rencontré de malade atteint de colique saturnine, chez lequel j'aurais constaté des bruits anormaux et qui serait mort rapidement. Mais j'ai été frappé, chez les vieux saturnins, de l'abondance des dépôts fibreux sur tous les organes, cerveau, moelle, poumons, cœur, viscères abdominaux. Les plaques laiteuses du péricarde sont beaucoup plus nombreuses que d'habitude. Le cœur est gros, avec hypertrophie concentrique du ventricule gauche. Les sigmoïdes aortiques sont plus ou moins profondément altérées. L'aorte est souvent athéromateuse, ainsi que les artères qui en émergent.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 7 décembre 1869. — Présidence de M. BLACHE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Gevray sur une épidémie de dysentérie qui a régné dans le canton de Montbozon (Haute-Saône).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

Une note de M. le docteur Halmagrand (d'Orléans), sur les effets thérapeutiques de la quinite ou cyano-ferrure de sodium et de salicine.

M. LE PRÉSIDENT annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Robinet.

M. MIALHE donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie sur la tombe de l'honorable académicien. (Marques unanimes d'approbation.)

M. PIORRY offre en hommage un exemplaire de la deuxième édition de son poëme : *Dieu, l'âme et la nature.*

M. LARREY dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. Jules Arnould, médecin-major, sur les affinités du typhus (commission des épidémies).

M. RUFZ fait hommage d'une brochure intitulée : *Chronologie des maladies de la ville de Saint-Pierre de la Martinique.*

M. DEPAUL dépose sur le bureau une brochure en italien intitulée : « *Résumé historique et statistique de la clinique obstétricale de Turin*, par le docteur Francesco Poventa.

M. DEPAUL dépose également une nouvelle lettre de M. le docteur Mauricet fils (de Vannes), en réponse à la dernière communication de M. le docteur Bourdais, relative aux faits de syphilis vaccinale d'Auray.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. Civiale, qui fait hommage à l'Académie du buste en bronze de son père.

LECTURE

M. le docteur Jeannel donne lecture d'une *Note sur le protoxyde d'azote considéré comme agent anesthésique.* Voici les conclusions de ce travail :

1° Le gaz purifié, tel qu'on le prépare aujourd'hui, ne produit pas le délire gai, décrit par les auteurs du commencement de ce siècle;

2° L'anesthésie proto-azotique est aussi complète que l'anesthésie chloroformique; elle en diffère essentiellement par la rapidité de l'invasion, par l'absence de stimulation au début, et par la facilité du retour à l'état normal; elle en diffère aussi par un caractère plus prononcé d'asphyxie;

3° Elle est très-facilement applicable aux opérations de courte durée; il est probable qu'on pourra l'appliquer aux grandes opérations chirurgicales, moyennant l'intermittence convenablement dirigée des inhalations;

4° Il est permis de présumer qu'elle expose moins que l'anesthésie chloroformique à des accidents mortels, mais elle y expose certainement; elle devrait donc être exclusivement réservée aux opérations dont le danger est accru par la douleur; la pratique en devrait être entourée de garanties et de précautions scientifiques;

5° Le protoxyde d'azote est d'un usage moins commode que les anesthésiques liquides, en raison des appareils qu'il nécessite.

RAPPORT

M. BROCA, au nom de la commission du prix Argenteuil, lit un rapport sur le concours de cette année. La commission propose de décerner, à titre de récompense, 5,000 francs à M. Corradi, de Florence, 2,000 francs à MM. Mallez et Tripier, 1,000 francs à M. Reliquet. L'Académie adopte à l'unanimité ces conclusions.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Ablation de l'utérus et de ses annexes. — M. PÉAN, avant de parler de la malade à laquelle il a fait subir cette opération, indique en peu de mots les résultats des dernières ovariotomies pratiquées par lui.

Sur 10 malades, dit-il, 7 ont été guéries; 9 ont été opérées dans les plus fâcheuses conditions. La plupart des tumeurs, en effet, très-volumineuses, avaient contracté des adhérences redoutables avec les organes contenus dans la portion sus-ombilicale de l'abdomen. De là, des difficultés opératoires des plus graves. C'est ainsi qu'il fallut, chez 4 des opérées, détacher la tumeur de l'épiploon, de l'estomac, du foie, de la rate ou des intestins. Il fallut même réséquer de larges brides adhérentes, et jeter sur un grand nombre de vaisseaux des ligatures, qui furent laissées dans le péritoine. Chez une de ces femmes, qui guérit, toute la surface du kyste adhérait tellement aux organes contenus dans le bassin, qu'il fallut renoncer à extraire une dernière portion de la tumeur. Mais j'eus soin de disposer la partie abandonnée de façon à empêcher son contenu de se déverser dans l'abdomen, et je plaçai dans le fond de cette arrière-cavité des tubes, qui permirent aux liquides sécrétés de s'écouler facilement au dehors. Enfin, chez plusieurs de ces malades, il se rencontra des pédicules assez courts et assez volumineux pour rendre très-difficile l'application du clamp. C'est ce qui eut lieu, en particulier, chez une femme, dont l'observation est intéressante. Pendant le cours de l'opération, j'avais constaté que le kyste, comme je l'avais prévu, était à peine adhérent aux organes voisins. Mais l'implantation de la tumeur sur les côtés de l'utérus était si courte et si large, qu'il fallut appliquer le lien métallique, en laissant intacte au-dessous de lui une des loges du kyste. Or, bien qu'il y eût à craindre que cette circonstance rendît les sultes de l'opération et les pansements plus difficiles, ce même lien constricteur et les parties étranglées se détachèrent de bonne heure. Mais quel ne fut pas l'étonnement, quand on vit que la loge située au-dessous de la ligature contenait un gros peloton de poils, mélangés à du pus et à de la matière calcaire?

Dans toutes ces opérations, j'ai eu recours, pour la section du pédicule, tantôt à la ligature simple, tantôt à la compression, suivie de la cautérisation.

Plusieurs fois, le lien constricteur a été appliqué à l'aide du ligateur de fort modèle de M. le docteur Cintrat, instrument qui a rendu les plus grands services.

Quant aux malades qui ont succombé, l'observation de l'une d'entre elles offre peu d'intérêt :

C'était une femme âgée de près de 70 ans, dont le kyste, volumineux et très-adhérent, était rempli de loges suppurées. L'opération fut pratiquée malgré mes conseils, et la mort survint le troisième jour.

Une autre, également fort âgée, vécut plus d'une semaine, et elle eût été sauvée, si les personnes chargées de la soigner ne l'avaient abandonnée trop tôt à elle-même, la croyant convalescente. Celle-ci avait offert, pendant les années qui avaient précédé l'opération, cette particularité digne d'être mentionnée, que l'une des poches principales du kyste s'était rompue, et qu'une péritonite menaçante s'en était suivie. Le liquide résorbé, la malade s'était crue guérie pendant plusieurs mois. L'opération me montra une fois de plus que la minceur des enveloppes du kyste permet d'expliquer cette particularité dans un certain nombre de cas.

La troisième malade était plus jeune que les précédentes, mais depuis longtemps épuisée par la fièvre hectique. En outre, le kyste était adhérent sur la plus grande partie de son étendue; l'une des poches avait suppuré, s'était ouverte quelques jours avant dans le péritoine et avait déterminé des accidents graves, qui furent incontestablement la cause de ce que, malgré tous les soins, les forces ne revenant pas, la malade, que l'on avait crue sauvée pendant les dix premiers jours, finit par succomber. Chez quelques-unes des malades qui ont guéri, de petits abcès sans gravité apparurent sur le trajet des fils, et chez deux d'entre elles il survint, dans les régions spléniques et hépatiques, là où il avait fallu détacher de vastes adhérences, des tuméfactions inflammatoires, assez profondément placées pour qu'il fût difficile de dire si elles se trouvaient en dedans ou en dehors du péritoine pariétal, et qui inspirèrent temporairement des inquiétudes aux confrères éclairés chargés de donner des soins à ces malades.

Cette complication, qu'il ne faut pas confondre avec l'arrêt temporaire des matières fécales dans quelques portions de l'intestin, et que j'avais eu antérieurement l'occasion d'observer, disparut sans laisser de traces, et n'eut d'autre inconvénient que de rendre un peu plus longue la convalescence.

Mais c'est chez la malade présentée aujourd'hui à l'Académie que le diagnostic et le traitement ont offert le plus de difficultés :

Chez cette femme, en effet, non-seulement l'abdomen contenait un énorme kyste multiloculaire de l'ovaire, mais encore l'ovaire

du côté opposé était le siége d'une tumeur fibreuse très-considérable, et sur la trompe du même côté, avait pris naissance un second kyste assez volumineux. Circonstance enfin beaucoup plus grave, l'utérus, englobé dans toutes ces tumeurs, était lui-même tellement hypertrophié, qu'il formait une masse des plus volumineuses et remontant au-dessus de la région ombilicale. Après avoir extrait par morcellement la plus grande partie du kyste principal, après avoir détaché des brides épiploïques nombreuses et saignantes, j'ai reconnu qu'il serait impossible d'extraire la portion de ce kyste, adhérant au fond du bassin, et au tissu même de l'utérus dans toute la hauteur de l'organe.

La nature de cette adhésion, la présence des tumeurs situées dans l'ovaire et la trompe du côté opposé, l'énorme hypertrophie de l'utérus, l'écoulement de sang difficile à tarir que ce dernier fournissait au niveau des brides épiploïques divisées, prouvèrent qu'il ne restait d'autres ressources pour sauver la malade, que d'extraire en totalité l'utérus en même temps que les trois tumeurs situées dans ses annexes, et d'abandonner au fond du bassin une portion du grand kyste. Toutefois, cette arrière-cavité fut disposée de façon à empêcher le liquide qu'elle fournissait d'être versé dans la cavité péritonéale, et à permettre l'introduction des tubes destinés non-seulement à favoriser l'écoulement au dehors de ces liquides, mais encore à faciliter l'injection des liqueurs antiseptiques.

Bien que je ne connusse aucun exemple de guérison obtenue à Paris, dans ce cas d'ablation complète de l'utérus, opération qui avait été tentée pour diverses tumeurs, je me décidai à la pratiquer parce que je ne voyais aucune autre chance de salut. J'étais, en outre, encouragé par quelques succès analogues, obtenus à l'étranger, et par l'extraction suivie de succès de plusieurs tumeurs qui m'avaient obligé moi-même, depuis quelques années, à prendre une détermination hardie dans des cas considérés comme au-dessus des ressources de l'art. La guérison du reste, s'accomplit sans qu'il survînt aucune complication de grande importance.

Aujourd'hui, comme on peut s'en convaincre à l'examen de la malade présentée à l'Académie, les forces sont en grande partie revenues et l'état général est aussi satisfaisant que possible, bien que l'opération faite à la maison de santé, tenue par M. Hudde, 84, rue du Cherche-Midi, ne date que de trois mois.

Si M. le président le permet, je vais faire à l'Académie une autre communication sur un sujet tout différent.

M. HUGUIER. Je voudrais d'abord adresser une question à M. Péan. L'observation que nous venons d'entendre est très-intéressante, mais elle manque de détails. Je voudrais demander à M. Péan s'il a séparé l'utérus de ses insertions vaginales, ou s'il s'est borné à couper le col au-dessus de ces insertions : en d'autres termes, s'il a enlevé la totalité absolue de l'organe ou s'il a conservé la portion intra-vaginale.

Dans ce dernier cas, l'opération aurait été relativement simple, car la surface de section du col utérin est peu étendue.

M. PÉAN. L'utérus était loin d'être normal chez cette malade. Il avait au moins le volume du poing au niveau de son insertion vaginale. Si j'avais été obligé de l'amputer à ce niveau, j'aurais donc eu une surface de section très-étendue, et de crainte d'hémorrhagie, j'ai préféré opérer plus bas. J'ai passé à travers le col de l'utérus dans le vagin un fil double, à l'aide duquel j'ai lié, d'une part, toute la portion du vagin correspondante à l'utérus, et d'autre part, avec une partie du vagin le kyste ovarique. J'ai excisé à une certaine distance au-dessus des fils, comme j'ai l'habitude de le faire, et pour arrêter le sang, j'ai pratiqué des cautérisations énergiques sur la surface de section.

M. HUGUIER. Alors le vagin a dû se trouver en communication directe avec le péritoine lorsque les ligatures sont tombées ?

M. PÉAN. Les adhérences se sont produites si rapidement qu'il n'y a pas eu de communication de ce genre.

M. HUGUIER. Alors, comment a pu se faire l'exfoliation des parties mortifiées ?

M. PÉAN. J'ai laissé trois tubes dans la plaie abdominale.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 8 mars 1869. — Présidence de M. BARTHEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et approuvé.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Fontan, qui demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui d'honoraire. (Accordé.)

La correspondance imprimée comprend le n° 2 (fév. 20 1869) du journal *Marseille médical*.

M. Rathery donne lecture d'une observation intitulée : *Rhumatisme aigu; caillot cardiaque; mort*. (Voir le numéro du 23 janvier 1869.)

DISCUSSION

M. MARTINEAU. Cette observation me paraît très-intéressante; toutefois, je veux demander à M. Rathery quelques renseignements de détail, car j'ai noté quelques omissions. Je demanderai si la percussion du cœur a été pratiquée; il eût été intéressant de savoir quel était l'état du cœur au moment où l'on constatait l'existence de bruits voilés et l'absence de bruits morbides. Je demanderai également si, après les débuts des accidents, les vaisseaux ont été auscultés. Voici, en somme, un enfant qui, après avoir souffert pendant quelques jours d'un rhumatisme aigu, est pris d'un accès violent d'oppression, accompagné de cyanose, et qui meurt en quelques heures. A l'autopsie, on trouve un caillot cardiaque, composé de fibrine à l'état fibrillaire sans organisation. Ce caillot s'est-il formé depuis l'apparition des accidents ultimes, ou est-il lui-même la cause ? J'admets qu'une petite partie de ce caillot s'est formée avant l'apparition de ces accidents et en a été la cause, mais il est probable aussi que ce caillot s'est complété pendant les accidents et après la mort. Il faut donc plutôt dire que la mort a été la cause du caillot cardiaque, et non celui-ci la cause de la mort. Les artères pulmonaires n'ont pas été examinées; or, on a constaté des traces rougeâtres dans les lobules pulmonaires, signe de congestion, et, pendant la vie, on a entendu des râles muqueux. N'y avait-il pas d'infarctus pulmonaire ? Le poumon a dû être cause de la mort; car, lorsque l'on rencontre dans les deux cœurs du sang coagulé, ce coagulum est le résultat de l'agonie plutôt que la cause de la mort; en tout cas, le caillot, dans l'observation de M. Rathery, était trop volumineux pour ne pas révéler son existence par des signes manifestes pendant la vie.

M. RATHERY. Il y a en effet quelques omissions dans la rédaction de mon observation. Je la compléterai par quelques explications. Les résultats de la percussion n'ont pas été notés, mais celle-ci a été pratiquée. L'existence de bruits voilés nous avait donné l'éveil, mais la percussion n'a rien révélé d'anormal. On peut se demander, en effet, si le caillot du cœur a été la cause des accidents ultimes ou n'est seulement l'effet que d'une longue agonie. Dans mes réflexions j'ai déjà discuté ce point. Quant à la possibilité des concrétions pulmonaires, il n'y a rien de noté dans mon observation, mais il n'y avait rien à l'autopsie. J'admettrai facilement qu'une partie du caillot seulement a dû être formée pendant la vie, et que celui-ci ne s'est trouvé augmenté consécutivement que pendant l'agonie et après la mort ; mais évidemment une partie du caillot a été formée avant l'apparition des accidents ultimes et en a été la cause.

M. BLACHE. Je veux objecter à M. Martineau, qui vient de dire que, lorsqu'il existait des caillots dans l'artère pulmonaire il s'en formait toujours consécutivement dans le cœur, un fait que je viens d'observer et qui contredit son assertion. Dans le cours d'une pleurésie, un malade succomba rapidement dans l'espace de sept à huit heures. A l'autopsie, on trouva un caillot dans l'artère pulmonaire, et il n'y avait rien dans le cœur.

M. BARTHEZ. L'observation de M. Rathery est très-intéressante, mais je considère les objections de M. Martineau comme très-justes, et M. Rathery me paraît avoir oublié de signaler les symptômes négatifs, ce qui est toujours utile.

Le secrétaire annuel : MEURIOT.

Séance du 22 mars 1869. — Présidence de M. MARTINEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Deux brochures de M. Heurtaux sur le cor et sur les productions cornées. (Extrait du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.*)

2° Le n° 3 du journal *Marseille médical*; 20 mars 1869.

M. DIEULAFOY lit une observation intitulée : *Cancer des ganglions lombaires*. (Voir le numéro du 1869.)

M. BOTTENTUIT lit une observation intitulée : *Anasarque sans albuminurie*. (Voir le numéro du 15 avril 1869.)

DISCUSSION

M. RIGAL. Cette observation est très-intéressante; mais l'anasarque, à la suite d'hémorrhagies, est tellement rare, que je demanderai s'il n'y avait pas une cause de refroidissement.

M. BOTTENTUIT. On n'a pas constaté de cause de refroidissement chez mon malade. D'après les renseignements donnés par celui-ci, l'anasarque s'est montrée à la suite de deux hémorrhagies seulement. J'ai trouvé dans les auteurs jusqu'à dix observations analogues; mais il y avait dans ces cas une cachexie symptomatique, soit de tubercules, soit de cancer. Becquerel, Rodier, Grisolle, Castelnau, admettent que l'anémie, suite d'hémorrhagie, peut engendrer l'anasarque. La désalbuminémie suffit; Vogel et Valentin l'ont démontré. Dans une observation de M. Castelnau, l'anasarque s'est montrée dans le cours d'une anémie profonde, survenue après des épistaxis répétés.

M. RIGAL. Je comprends l'anasarque à la suite d'hémorrhagies répétées, mais ce n'est pas le cas dans l'observation de M. Bottentuit. On n'a constaté que deux hémorrhagies chez son malade, et l'anasarque s'est montrée rapidement et a cédé de même. Je me demande si le titre de cette observation doit être aussi affirmatif. M. Bottentuit, dans ses recherches, en a-t-il rencontré de réellement analogues à la sienne ? L'œdème des membres inférieurs, à la suite d'hémorrhagies, est fréquent, mais il n'en est pas ainsi pour l'anasarque.

M. BOTTENTUIT. Dans mes recherches, je n'ai rien trouvé d'analogue; mais, chez mon malade, c'est bien après deux hémorrhagies seulement qu'on a constaté de l'anasarque.

M. RIGAL. Je crois qu'on devrait modifier le titre, et dire ; « Anasarque probablement consécutive à deux hémorrhagies » ; et cela surtout en l'absence de renseignements positifs au sujet d'un refroidissement possible.

M. MONOD. A propos de l'état du cœur, M. Bottentuit a signalé un bruit anémique. Ce bruit existait-il avant l'hémorrhagie ? Il eût été intéressant de le savoir, car l'anémie pourrait bien être même cause chez son malade des hémorrhagies.

M. BOTTENTUIT. Les renseignements donnés par le malade ne me permettent pas de toucher cette question, pas plus que de répondre à M. Rigal à propos du refroidissement possible éprouvé par mon malade; celui-ci a pourtant nié énergiquement avoir été soumis à une cause refroidissante.

Le secrétaire annuel : MEURIOT.

Séance du 12 avril 1869. — Présidence de M. BARTHEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Un fascicule (t. II, 1867) des *Mémoires et bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux.*

2° Le t. VII (années 1867-1868) des *Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon.*

3° Le *Catalogue de la bibliothèque de l'Académie royale de médecine de Belgique.*

4° Huit fascicules des *Bulletins de l'Académie royale de médecine de Belgique* (sept numéros des années 1868 et 1869 et la table des matières de la deuxième série (1858 à 1860).

ÉLECTION

M. Huchard, interne des hôpitaux, est nommé membre de la Société.

M. BLACHE lit une note sur un cas de paraplégie observé chez un enfant.

DISCUSSION

M. BARTHEZ. J'ai vu chez des enfants des cas de paraplégie survenue à la suite de lésions abdominales; j'ai vu également des douleurs musculaires comme suites de scarlatine; mais je n'ai jamais rien vu d'analogue au fait observé par M. Blache; c'est-à-dire un cas de paraplégie guérie par une scarlatine.

M. SANNÉ. Dans le fait de M. Blache, n'est-ce pas pour la seconde fois que les accidents de la paraplégie disparaissent ? Or, on peut très-bien admettre que la scarlatine n'est pour rien dans l'amendement des symptômes.

M. BLACHE. En effet, déjà cette paraplégie a été guérie, puis est revenue, et cette fois n'a disparu dans le cours de la scarlatine. En présence de ce fait, je me suis alors demandé de quelle nature pouvait bien être cette paraplégie ? si elle avait été de nature rhumatismale, la scarlatine ne l'aurait certainement pas guérie.

M. MARTINEAU. C'est ici, non pas une paraplégie rhumatismale, mais un de ces cas de paraplégie dits *de frigore*. Il ne faut pas confondre. En outre, il est vrai de dire que la scarlatine donne lieu à des douleurs rhumatismales, et cela assez fréquemment; mais on n'en peut conclure que la scarlatine doive avoir toujours une influence fâcheuse sur la manifestation rhumatismale. Quoi qu'il en soit, le cas observé par M. Blache me paraît fort intéressant et mérite d'être suivi.

Le secrétaire : MEURIOT.

Séance du 26 avril 1869. — Présidence de M. BARTHEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Huchard, qui demande un congé de deux mois, que réclame l'état de sa santé. (Accordé).

La correspondance imprimée comprend le numéro 4 (20 avril 1869) du *Marseille médical*.

M. RIGAL lit une observation intitulée : *Hypertrophie du pancréas ayant produit une compression de la veine-cave supérieure et des canaux biliaires. — Dégénération du foie, des reins, du pancréas. — Ictère grave. — Mort. — Autopsie*. (Voir notre numéro du 7 décembre 1869.)

DISCUSSION

M. SANNÉ. Je demanderai un renseignement à M. Rigal, car je voudrais savoir si l'on a examiné les selles, et si celles-ci étaient graisseuses, comme le ferait supposer la lésion du pancréas trouvée à l'autopsie.

M. RIGAL. Cet examen n'a pas été fait; d'ailleurs nous n'avons pas été frappés par une apparence graisseuse des selles à la simple vue; et comme la moitié gauche du pancréas était saine, il est probable qu'elle devait fonctionner. Il est donc permis de supposer que le liquide pancréatique qu'elle sécrétait encore devait suffire.

M. MONOD. A-t-on examiné la rate ?

M. RIGAL. La rate était diffluente et remplie d'un sang épais, noir, poisseux, non coagulé, ressemblant à du sirop, analogue à l'état du sang dans la diphthérite.

M. MONOD. En présence de la rapidité des accidents et d'une dégénérescence aussi avancée de plusieurs viscères, je ne voudrais pas m'en rapporter au dire du malade, qui a raconté qu'il était en parfaite santé au moment du début des accidents. M. Rigal regarde-t-il cette assertion du malade comme vraie ?

M. RIGAL. Le malade était très-intelligent, et donnait des renseignements très-exacts, très-nets. Il exerçait un métier dans lequel il se serait aperçu facilement d'une altération de sa santé; il était également très-maigre. Je ne crois donc pas qu'il ait existé des accidents antérieurement au début qu'il nous a assigné pour sa maladie. D'ailleurs, la rapidité avec laquelle paraît s'être établie cette dégénérescence graisseuse que l'on a constatée à l'autopsie n'est nullement un fait rare. On sait que dans l'empoisonnement par le phosphore, cette dégénérescence s'établit parfois avec une très-grande rapidité; on sait aussi que parfois, chez des goutteux, on observe le même phénomène. Mon maître, M. Bouley, est mort après une maladie qui a duré huit jours, et à l'autopsie on a trouvé une dégénérescence graisseuse très-avancée des reins.

M. MEURIOT. Chez le malade de M. Rigal, les accidents ont débuté par des accès intermittents; puis les jambes sont devenues enflées; enfin il survint de l'ictère, et consécutivement des troubles nerveux graves. A l'autopsie, on a trouvé une hypertrophie de la tête du pancréas avec dégénérescence graisseuse, ainsi qu'une stéatose du foie et d'un rein. M. Rigal regarde l'hypertrophie du pancréas comme l'accident primitif et la cause de tous les autres signes morbides présentés par son malade : œdème, ictère, troubles nerveux graves, etc. Je demanderai d'abord à M. Rigal comment il explique le développement anormal de la tête du pancréas; à quelle cause il rattache cette hypertrophie ; puis je lui ferai remarquer que si l'on peut mettre sur le compte de cette lésion du pancréas, une fois établie, l'ictère, l'œdème des membres inférieurs, et consécutivement sur le compte de l'ictère les troubles nerveux graves, l'adynamie qui lui ont succédé, il est difficile de comprendre comment cette hypertrophie du pancréas a pu déterminer des accès intermittents. Or l'on se rappelle que c'est par des accidents de cette nature que cette maladie a débuté.

M. RIGAL. Pendant la vie, il nous était impossible de porter un autre diagnostic grave; mais après l'autopsie nous nous sommes trouvés en présence d'un fait réel bien acquis, une hypertrophie de la tête du pancréas, ayant déterminé une compression du canal cholédoque et de la veine-cave inférieure. Nous nous sommes alors facilement expliqué et l'œdème des membres inférieurs, et l'ictère; puis consécutivement cet ictère, par résorption de la bile, les trou-

bles nerveux graves et la stéatose de certains organes, en particulier du foie. La dégénérescence graisseuse a également atteint la moitié droite du pancréas; cette moitié qui était hypertrophiée, et que nous avons trouvé d'un bleu foncé; mais elle a paru respecter l'autre moitié, qui était d'un gris rosé. Cette dégénérescence du pancréas est-elle primitive? C'est-là une question qui me paraît très-difficile à résoudre, vu l'absence de renseignements plus précis que ceux que nous avons déjà donnés.

M. MEURIOT. En présence des résultats de l'autopsie, qui ont montré que la tête seule du pancréas était atteinte par l'hypertrophie et par la dégénérescence graisseuse, en voyant que les lésions étaient beaucoup plus avancées et plus étendues dans le foie, et qu'un rein était également atteint, j'ai de la peine à admettre que la maladie ait débuté par le pancréas. En songeant encore que le début des accidents a été marqué par l'apparition d'accès intermittents, j'aurais de la tendance à penser à une maladie primitive du foie, si je ne préférais encore plus volontiers soupçonner chez le malade de M. Rigal une maladie générale d'emblée ou une intoxication; mais il est impossible de nous prononcer davantage, vu l'absence de renseignements.

M. BARTHEZ. Je me rapproche de l'opinion que vient d'émettre M. Meuriot, et je crois qu'une seule et même cause a dû produire la dégénérescence partout.

M. MARTINEAU. S'il y a controverse à propos de l'observation de M. Rigal, c'est que le point de départ des accidents présentés par son malade lui échappe complétement. Mais d'abord je lui demanderai pourquoi il a dit ictère grave. Rencontrons-nous chez son malade la marche habituelle de cette maladie? Non : au début, plusieurs accès de fièvre pseudo-intermittents pendant huit à dix jours; puis les membres inférieurs enflent; il survient de l'ictère, enfin de l'adynamie. M. Rigal dit-il ictère grave, parce que cet ictère est grave? En dehors de toute théorie, dont je fais abstraction, je ne peux voir ici un ictère grave, suivant le sens que l'on a l'habitude de donner à ces mots ainsi réunis. Chez le malade de M. Rigal, les symptômes adynamiques ont succédé à l'ictère, cela est bien simple. Quant à la cause de tous les accidents présentés par le malade de M. Rigal, malgré la négation de celui-ci, il m'est impossible de ne pas songer à l'alcoolisme. En tout cas, je m'expliquerai facilement tous les accidents, en prenant comme point de départ une lésion primitive du foie; on comprend alors et les accès intermittents, et l'œdème, et l'ictère, la dégénérescence du pancréas, l'adynamie. Aussi bien je pense que l'origine première de la maladie a été une maladie du foie. Quant à l'infection purulente, je demanderai à M. Rigal s'il y a songé, et si les renseignements du malade et les résultats de l'autopsie peuvent faire repousser cette hypothèse. Je terminerai en proposant à M. Rigal de dire congestion secondaire passive, plutôt que pneumonie hypostatique; cela vaut mieux.

M. RIGAL. Si j'ai parlé de pneumonie hypostatique, c'est que cette expression est consacrée, et tout le monde sait qu'on désigne ainsi une bronchio-pneumonie secondaire avec congestion et état fœtal. J'admettrai volontiers avec les membres de la Société, une maladie générale; mais les renseignements me manquent pour me prononcer davantage. Malgré cela, au moment de l'entrée du malade, il était impossible de ne pas tenir compte des accidents présentés par ce dernier. On sait combien il est parfois trompeur de se fier aux renseignements donnés par le malade, et combien l'observation vaut mieux. Pour poser le diagnostic, les renseignements fournis sont souvent causes de grandes difficultés. Notre malade, au moment de son entrée, présentait une tuméfaction douloureuse à l'ombilic, de l'ictère; puis survinrent des épistaxis, de l'adynamie; l'examen seul nous permettait de voir qu'il existait un ictère avec des symptômes graves. Quant à la tuméfaction douloureuse de la région ombilicale, elle nous a paru pouvoir expliquer l'apparition de tous les accidents que notre malade a successivement présentés. Les résultats fournis par l'autopsie nous ont conduits à vous soumettre cette opinion, que j'ai défendue. Chez notre malade, l'adynamie n'a été que consécutive à l'ictère; dans la maladie que l'on est convenue d'appeler ictère grave, ce n'est pas ce qui se passe généralement. Cela est parfaitement entendu. Quant à l'hypothèse de M. Martineau, a propos de l'alcoolisme, je ne puis l'admettre; notre malade était un bon père de famille, un honnête ouvrier, qui, dans les renseignements qu'il nous a donnés, a toujours nié avoir eu des habitudes alcooliques. Pour ce qui est de l'infection purulente, nous y avions songé; mais je ferai remarquer qu'après ses accès intermittents, notre malade a présenté une période apyrétique fort longue. D'ailleurs, à l'autopsie, nous n'avons absolument rien trouvé qui puisse nous faire admettre une infection purulente.

Le secrétaire : MEURIOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 décembre 1869 :

M. Paul Bert, docteur ès sciences naturelles et docteur en médecine, est nommé professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris.

M. Bouis, docteur ès sciences, est nommé professeur de toxicologie à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— M. le docteur Ladreit de Lacharrière est nommé médecin du dépôt des condamnés, en remplacement de M. le docteur Deleau, décédé.

— M. le docteur Passant, médecin du dispensaire de salubrité de la Ville de Paris, est nommé médecin en chef adjoint de ce service, en remplacement de M. le docteur Chayet, décédé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les champignons de la France. Histoire, description, culture, usages des espèces comestibles, vénéneuses, suspectes, employées dans les arts, l'industrie, l'économie domestique et la médecine, par le docteur F.-S. CORDIER. — Un superbe volume grand in-4°, orné de vignettes et de 60 chromolithographies, dessinées d'après nature, par A.-D. Cordier. Paris, 1870. Prix : 30 francs.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 10 décembre 1869.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Nouveau mode de traitement de l'angine diphthéritique épidémique.

Toutes les fois qu'il se produit sur la scène médicale un moyen nouveau de traitement, une méthode, un agent nouveau, ou même une simple modification des moyens usités jusqu'à présent contre une maladie aussi grave que l'angine diphthéritique, nous nous faisons un devoir d'en faire part à nos lecteurs, et de les mettre ainsi à même de saisir les occasions favorables d'en faire l'essai. Sans doute cet empressement à faire appel à l'expérimentation n'a pas toujours eu le succès désiré, et plus d'une fois il n'a eu pour résultat que d'ajouter à tant d'autres déceptions une déception nouvelle. Mais n'eût-on que de loin en loin la satisfaction de susciter quelques tentatives utiles et de donner lieu çà et là à quelques guérisons inespérées, ainsi que nous avons eu l'heureuse chance d'en provoquer et d'en obtenir par nous-même avec la méthode de traitement de M. Trideau, par les balsamiques, il y aurait encore lieu de ne point se laisser décourager et de persister dans la voie des essais. Dans la lettre que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs, il ne s'agit point d'un moyen nouveau proprement dit, mais simplement d'une association de trois agents qui n'ont été expérimentés jusqu'ici qu'isolément. L'accent de sincérité et de conviction de l'auteur, le zèle qu'il a déployé pour mettre ses confrères à même d'expérimenter le moyen qu'il propose, tout, jusqu'à l'insuccès de sa démarche désintéressée et toute philanthropique auprès de nos confrères de Londres, nous engage à mettre sous les yeux de nos lecteurs la lettre que M. le docteur Mercier, de Neufchâtel (Suisse), adresse au directeur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Voici cette lettre :

« Monsieur et très-honoré confrère,

« Appelé à plusieurs reprises à donner mes soins à des enfants atteints d'angine diphthéritique épidémique, les insuccès que j'ai eu à constater, m'ont engagé à étudier cette maladie d'une manière spéciale et à rechercher des moyens plus efficaces pour la combattre. Après plusieurs recherches, je me suis arrêté à un traitement, attendant la première occasion de l'appliquer, lorsque vers la fin du mois de mai de l'année passée, éclata dans la ville que j'habite et ses environs une épidémie de scarlatine, qui, dans l'espace de quatre mois, atteignit un nombre relativement considérable d'enfants. Parmi les complications qui accompagnent souvent le cours de la scarlatine, l'épidémie que j'ai été appelé à observer fut caractérisée par une fréquence exceptionnelle d'angines diphthéritiques. Sur 120 enfants atteints de la contagion, j'en ai soigné 70 frappés de cette redoutable complication. En divisant, autant que cela peut se faire, les cas observés en catégories, suivant leur gravité, j'en désignerai 20 comme légers, 20 autres plus graves, et les 30 autres présentaient les symptômes alarmants qui caractérisent cette complication, apparition dans l'arrière gorge de taches de nombre et de dimensions variables, d'une couleur blanc sale, tirant sur le jaune, ayant une grande tendance à s'étendre, et accompagnée de tuméfaction souvent douloureuse des glandes parotides et sous-maxillaires, prostration générale, etc. Dès le premier cas qui s'offrit à mon observation et à mes soins, je prescrivis le traitement dont je cherchais l'occasion d'étudier les effets; traitement qui, pendant les quatre mois qu'a duré l'épidémie, m'a donné un résultat complet de réussite. Des 70 enfants atteints de complication diphthéritiques, aucun n'est mort; j'ai même été étonné de la rapidité avec laquelle les symptômes diphthéritiques s'amendaient sous l'influence de cette médication. Je mentionnerai encore, sous toutes réserves, l'observation que cette même médication m'a paru exercer une influence heureuse sur la marche de la maladie scarlatineuse. Ce qui confirmerait cette observation, c'est que, d'après le relevé que je viens de faire, je n'ai constaté aucun cas de mort chez les enfants qui avaient été atteints au commencement de la maladie, de la complication diphthéritique, et qui, par conséquent, avaient suivi le traitement spécial qui nous occupe. Sur 9 cas de mort que j'ai eu à constater, 2 sont dus à des convulsions chez de très-jeunes enfants, 2 à la rentrée de l'exanthème, et les autres à l'inflammation concomitante du cerveau et des reins.

« Depuis la fin du mois d'août, époque à laquelle l'épidémie disparut entièrement, j'ai cherché en vain les occasions de combattre les résultats du traitement qui m'avait si complétement réussi; quelques cas de diphthérie non scarlatineux peu graves guérirent très-promptement sous son influence; au mois de juillet, j'eus la satisfaction d'apprendre que mon fils, étudiant en médecine à Munich, obtint de M. le professeur Ranke l'autorisation de prescrire mon traitement à deux enfants atteints d'angine diphthéritique épidémique auxquels on allait pratiquer la trachéotomie, et qui guérirent très-promptement.

« Avant de livrer ce traitement à la publicité, j'envisageai comme un devoir d'observer sa valeur sur un plus grand nombre de cas, surtout dans des conditions différentes, et dans d'autres épidémies.

« Vers la fin du mois d'octobre dernier, les journaux m'apprirent que la scarlatine régnait à Londres et y faisait un grand nombre de victimes. Je pris la résolution de me rendre dans ce nouveau champ d'étude; mais désireux avant tout de placer mes observations sous le contrôle de confrères les mieux qualifiés et sous celui de la plus haute publicité, je communiquai à la rédaction du journal médical *The Lancet* le résultat de mon traitement, et l'invitation de me mettre, dès mon arrivée à Londres, en rapport avec les médecins qu'il jugerait les mieux placés pour en constater les effets. La réponse peu encourageante que je reçus de la direction me démontra la nécessité de partir, ayant l'espoir qu'étant sur place les occasions ne pouvaient me manquer pour poursuivre une étude facilitée par les proportions considérables de l'épidémie. Malgré mes démarches auprès des organes de publicité et de plusieurs médecins distingués de cette capitale, je n'ai pas tardé, ainsi que j'en avais été prévenu à ma première entrevue, de me convaincre de l'inutilité de toute tentative pour atteindre mon but. J'ai offert de donner aux médecins qui consentiraient à le prescrire avec moi, la composition du remède que j'emploie; toutes mes démarches ont échoué devant la roideur britannique, et j'ai quitté Londres sans avoir pu visiter un seul malade atteint de scarlatine. Arrivé à Paris, l'accueil cordial et bienveillant d'hommes éminents, entre autres de vous, monsieur le Directeur, a été une douce compensation au sentiment pénible que me laissait la non-réussite d'un long et pénible voyage.

« Il me reste à vous indiquer en quoi le traitement dont je viens de vous entretenir consiste. Dès que, pendant le cours de la maladie scarlatineuse, apparaissent des taches ou des ulcérations diphthéritiques, j'enlève, avec un morceau d'éponge sèche fixée à une tige la pellicule blanchâtre qui caractérise cette affection, et je pratique immédiatement une insufflation avec une dose de la même poudre que je prescris intérieurement, et qui est composée de : soufre, 5 grains, soit 25 centigrammes; chlorate de potasse, 4 grains (20 centigrammes); charbon de tilleul préparé, 2 grains (10 centigrammes). Dans la crainte des accidents que pourrait occasionner l'explosion de cette substance, facilement inflammable et détonnante, je divise la dose en deux poudres renfermées dans des papiers diversement colorés; l'une contient : soufre, 5 grains; charbon de tilleul préparé, 1 grain, et l'autre : chlorate de potasse, 4 grains, et charbon, 1 grain. Ces deux poudres sont mélangées intimement au moment de les faire prendre intérieurement ou de les insuffler. Je prescris les insufflations autant de fois que la dose à prendre intérieurement : deux, trois, quatre, cinq fois et plus dans les vingt-quatre heures, suivant l'âge du malade et la gravité des symptômes.

« Ce que je viens d'exposer me permet d'établir que la réunion de ces trois corps constitue un agent nouveau qui a une action différente et autrement énergique que celle de chacun de ces corps pris isolément.

« Je termine, monsieur le directeur, en vous invitant à livrer l'exposé que je viens de faire à la publicité, dans l'attente que le corps médical accueillera avec bienveillance ma communication, et complétera, par une observation rigoureuse, des résultats dont j'ai pu seul établir la valeur, tant pour ce qui concerne l'angine diphthéritique scarlatineuse, que l'angine diphthéritique épidémique et la maladie diphthéritique en général. »

D'une variété rare de torticolis.

De tous les muscles susceptibles de déterminer l'inclinaison de la tête, le sterno-cléido-mastoïdien est sans contredit celui qui, le plus souvent, est le siége de la contracture ou de la rétraction qui produisent la difformité désignée sous le nom de torticolis. Le peaucier a été trouvé contracturé dans quelques cas, peu fréquents du reste, observés par Gooch, Dieffenbach, Jourdan et Duval. On a aussi cité des observations où le trapèze, l'angulaire de l'omoplate, le splénius étaient envahis par la contracture; mais personne, que nous sachions, n'a encore signalé

FEUILLETON

RECHERCHES HISTORIQUES

Sur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.

Par M. Fr. DUBOIS (D'AMIENS) (1).

Cette dernière maladie a commencé, dit Suétone, par un flux de ventre (*ex profluvio alvi*), ce qui ne l'empêcha pas de quitter Rome et de se mettre en voyage pour visiter tout le littoral de la Campanie et les îles adjacentes.

Remarquons bien cette circonstance dans la marche du mal : il est évident que pour peu qu'une diarrhée soit intense, elle oblige le malade non à garder la chambre, du moins à ne pas s'éloigner de sa demeure; Auguste en éprouve si peu d'incommodité, qu'il va entreprendre un voyage d'agrément; il reste d'abord quatre jours à Caprée, libre de tout souci et d'une humeur charmante (*ad otium et ad omnem comitatem animo*). Singulier début en vérité pour un empoisonnement! De là il se rend à Pouzoles : il est accueilli dans la baie par le joyeux équipage d'un navire venant d'Alexandrie, qui lui donne le spectacle de toutes sortes d'amusements, et que lui-même comble de largesses, se livrant ainsi à toute sa gaieté (*qua ex re admodum exhilaratus*). Puis c'est une troupe de jeunes adolescents dont il se plaît à contempler les jeux; enfin il ne se refuse aucune espèce de divertissement (*nullo denique genere hilaritatis abstinuit*).

Ce n'est pas tout : il jouit d'une telle liberté d'esprit qu'il se met à composer des vers, ou plutôt à en improviser; il les récite à ses amis; l'histoire en a conservé quelques-uns, il est bien entendu qu'on les trouve charmants (*optimos*); mais il rit et en plaisante tout le premier (*cachinum sustulit atque in jocos effusus est*).

On voit que, jusqu'à présent, rien ne peut faire supposer même une tentative d'empoisonnement. Mais attendez : après avoir ainsi parcouru le littoral de la Campanie, Auguste arrive à Naples : ici son mal paraît s'aggraver; c'était toujours du côté des intestins qu'il souffrait, mais avec des variations, ce qui ne l'empêche pas encore d'assister aux jeux dits décennaux (*quamquam tùm infirmis intestinis morbo variante*). Puis il se montre tout à fait souffrant, ce qui le force de s'arrêter à Nole, et c'est là qu'il fait venir Tibère en toute hâte. Quels étaient les symptômes qui s'étaient alors déclarés? C'est ce que l'historien ne fait pas connaître, il se contente de dire que la maladie s'étant aggravée (*aggravata valetudine*), il eut un secret et long entretien avec Tibère, puis qu'il succomba sans plus vouloir s'occuper d'affaires.

Jules César, au rapport de Suétone, avait succombé à une mort telle qu'il l'avait toujours désirée, imprévue et rapide (*subitam celeremque*), et il remarque qu'il en fut de même pour l'empereur Auguste; ce que celui-ci avait désiré avant tout pour lui et pour les siens (*sibi ac suis*), c'était de finir par une mort douce et facile; ce qu'il craignait de tout point, c'était une mort douloureuse; ses vœux furent exaucés (*sortitus est exitum facilem et qualem semper optaverat*); c'est à peine si, avant de rendre le dernier soupir, il eut un moment de délire, et ici le texte latin est d'une précision et d'une élégance remarquable; nos modernes spiritualistes ne s'exprimeraient pas mieux (*unum omnino ante efflatam animam signum alienatæ mentis ostendit*).

Tout cela, je le répète, ne paraît nullement propre à inspirer l'idée d'un empoisonnement de la part de Livie; non pas qu'il faille ajouter beaucoup de confiance aux dernières paroles qu'elle prêta à Auguste, à savoir que, mourant dans ses bras, il lui avait dit : *Adieu, Livie, vivez et souvenez-vous de notre union!* Les épouses éplorées font dire aux mourants à peu près tout ce qu'elles veulent; et ceci était d'autant plus facile à Livie qu'elle avait éloigné tout le monde de la personne de l'empereur, et que personne n'était là pour recueillir ses paroles.

(*Sera continué*).

---

(1) Voir les numéros des 9, 12, 23, 28 octobre, 23 novembre, 7 et 9 décembre.

de fait de torticolis dû à la contracture du muscle scalène antérieur.

Par une singulière coïncidence, M. A. Dubrueil en a eu, il y a quelque temps, un cas sous les yeux, à l'hôpital de Lariboisière, dans le service de M. Verneuil, et M. Duchenne, de Boulogne, a eu l'obligeance de lui en montrer un autre à sa consultation.

Les deux malades sont deux jeunes filles.

Celle de l'hôpital est âgée d'une douzaine d'années, bien portante, n'a jamais eu de convulsions. Il y a cinq ans, elle fut prise, sans cause connue, d'un torticolis qui lui inclina la tête du côté gauche et disparut au bout de quinze jours.

Depuis cette époque, la maladie s'est reproduite quatre fois ; l'attaque actuelle est donc la cinquième.

La dernière avait duré trois mois et n'avait laissé aucune trace ; les mouvements étaient redevenus parfaitement libres. C'est toujours dans la nuit, pendant le sommeil, que la déviation de la tête se produit.

Depuis un an à peu près, le torticolis est revenu et persiste sans intermission.

Quand on examine la petite malade, on pourrait croire, de prime abord, que l'on a affaire au torticolis habituel, à celui qui est dû au sterno-cleïdo-mastoïdien, mais un examen plus attentif fait éviter cette erreur.

La tête est penchée sur l'épaule gauche, qui est elle-même soulevée ; le menton est porté à droite ; les deux côtés de la figure sont également développés. La série des apophyses épineuses des vertèbres cervicales forme une courbe dont la convexité regarde à droite. Le côté droit du cou est convexe ; à gauche, au contraire, il offre une concavité.

Si on cherche à imprimer à la tête des mouvements en sens inverse de la deviation, on est arrêté par une résistance considérable et par les douleurs très-vives qu'accuse la malade. En palpant les muscles du cou, du côté vers lequel la tête est inclinée, on ne sent pas cette sensation analogue à celle d'une corde fortement tendue que donne le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien dans les cas où sa contracture est la cause de sa difformité.

On peut essayer d'incliner la tête à droite sans que le sterno-cleïdo-mastoïdien gauche oppose aucune résistance ni fasse aucune saillie.

La palpation successive de tous les muscles du cou démontre qu'il n'y en a aucun d'induré, ni de douloureux à la pression, sauf le scalène antérieur gauche. Un attouchement même léger, à ce niveau, développe une vive souffrance, et il est facile de sentir que le muscle est induré.

Ces signes ont paru suffisants à MM. Verneuil et Duchenne pour porter le diagnostic suivant : torticolis dû à la contracture du scalène antérieur.

L'étude physiologique du scalène antérieur, qui de la face supérieure et du bord interne de la première côte va s'insérer au tubercule antérieur et à l'échancrure que présente le sommet des apophyses transverses des troisième, quatrième, cinquième et sixième vertèbres cervicales, montre ce muscle doué de deux actions différentes, suivant qu'il prend son point fixe en haut ou en bas.

Dans le premier cas, il élève la première côte ; dans le second, il incline la colonne cervicale et jette la tête de son côté.

Chez la malade dont il s'agit, les deux modes d'action sont en quelque sorte combinés ; en effet, à l'inclinaison de la tête s'est ajoutée une élévation de l'épaule, due sans doute au soulèvement de la première côte.

Cette jeune fille a été chloroformée et on a pu, pendant le sommeil anesthésique, rétablir, d'une façon à peu près complète, la rectitude du rachis et de la tête ; mais l'anesthésie cessant, la déviation n'a pas tardé à se reproduire.

Chez la malade que traite M. Duchenne, le torticolis a succédé à des névralgies rebelles ; mais ici la contracture du scalène antérieur n'existe pas seule. Il s'y est joint un état analogue du faisceau céphalique du muscle splénius, qui maintient la tête dans l'extension sur la colonne vertébrale.

La thérapeutique est sans contredit autrement difficile dans ces cas-là que dans ceux où c'est le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien qui est contracturé.

Pour ce dernier, en effet, la ténotomie apparaît avec toute son efficacité ; mais qui donc oserait faire la section sous-cutanée d'un muscle en rapport intime avec les vaisseaux sous-claviers, le nerf phrénique et ceux du plexus brachial ? On en est donc ici réduit à invoquer les ressources de l'hydrothérapie, du massage, de l'électricité et des appareils orthopédiques, et ici M. Dubrueil fait l'aveu que tous ces moyens, sauf les appareils, ont été déjà employés sans aucun succès chez la malade de Lariboisière.

SARCOCÈLE ENCÉPHALOIDE

Ablation au moyen de la galvano-caustique thermique ; cicatrisation.

Par M. le Dr A. Morpain.

Depuis les travaux de G. Crussell, J. Marshall, Nélaton, Middeldorpf, Ellis, Braun (de Vienne), Grünewaldt (de Saint-Pétersbourg), etc., la galvano-caustique a fait des progrès constants mais lents, à cause du matériel instrumental et du maniement délicat des appareils. Il y a déjà un certain nombre d'années que nous nous sommes occupés d'en rechercher les applications dans les cas ordinaires de la chirurgie, et nous avons publié quelques observations tendant à démontrer les avantages de cette méthode pour l'ablation de tumeurs cancéreuses du sein, de tumeurs fibreuses intra-utérines, de polypes de la grande lèvre, de lipômes, de varicocèles, de phimosis, de fistules annales, etc.

Nous publions aujourd'hui l'observation d'un sarcocèle encéphaloïde enlevé au moyen de la galvano-caustique thermique, afin d'appeler l'attention des chirurgiens sur l'emploi de ce nouvel agent de cautérisation dans le traitement de cette affection.

M. M..., né à Saint-Nazaire (Var), âgé de 54 ans, employé supérieur dans un ministère de Paris, tempérament lymphatique nerveux. Ses antécédents sont les suivants : son père et un de ses frères sont morts en Amérique ; sa mère est morte à l'âge de 77 ans d'hématémèse ; il a perdu un autre frère à 60 ans, d'une péricardite. Pendant sa jeunesse, il a été atteint de plusieurs blépharites glandulociliaires, qu'un vésicatoire appliqué à la région postérieure du cou a fait disparaître. A 21 ans, il a contracté une blennorrhagie, qui a été complétement guérie. Il y a 12 ans, il fut atteint d'acnea punctata, pour lequel il a suivi plusieurs traitements sans succès. En 1862, il fit une saison aux eaux de Baréges, dans l'espoir de guérir son affection cutanée ; il en revint avec de fréquentes céphalalgies, qui tendent à diminuer de plus en plus depuis deux ans. Venu à Paris en 1845, il s'est marié en 1863 ; il n'a pas eu d'enfants.

Dans le courant du mois d'août 1868, il s'aperçut pour la première fois que le testicule droit était plus volumineux que le gauche, mais indolent. Il attribua ce gonflement à l'usage journalier d'un pantalon lui serrant trop les cuisses. Consulté à cette époque, je l'engageai à faire de légères frictions avec une pommade à l'iodure de plomb, et à soutenir l'organe avec un suspensoir.

Le 3 janvier 1869, j'examinai M. M... avec M. le docteur Amussat. Le testicule droit avait alors le volume d'un œuf de poule ; il n'existait pas de transparence ; mais on percevait une fluctuation superficielle à la partie supérieure. Une ponction exploratrice, faite avec une aiguille cannelée, fournit une petite quantité de sérosité sanguinolente.

Quoique le malade assurât n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques, comme dès cette époque le pronostic nous parut grave, il fut convenu qu'il garderait le repos au lit, et qu'il ferait un traitement anti syphilitique avec de la pommade hydrargérique en frictions (300 grammes furent employés).

A la fin de ce traitement, le testicule, toujours indolent, nous parut plus mou. Nous permîmes au malade de sortir, en ayant le soin d'envelopper l'organe avec de la ouate de coton et du taffetas gommé, et de maintenir le tout dans un suspensoir. De plus, je l'engageai à prendre tout les matins une cuillerée à bouche de sirop de raifort iodé, et plus tard je lui conseillai des pilules de chlorure d'or (60 furent prises).

A la fin d'avril, nous constations pour la première fois une augmentation notable du volume de l'organe, et des bosselures à sa surface.

Une nouvelle ponction exploratrice, faite le 20 juin, donna le même liquide que la première fois, et l'examen attentif du testicule ne nous laissa plus aucun doute sur sa dégénérescence complète. Nous fîmes part à sa femme de la nécessité de pratiquer une opération grave ; mais avant de la faire, nous désirâmes avoir l'opinion de M. Nélaton.

Le 28, nous examinons le malade avec M. Nélaton, qui, après avoir constaté que le cordon était sain, engage M. M... à se laisser opérer le plus tôt possible. Le même conseil est donné le lendemain par M. Ricord.

Le 4 juillet, assisté par MM. les docteurs Baudin, Gaudin et moi, le malade ayant été chloroformé, M. le docteur Amussat procède à l'ablation de la tumeur de la manière suivante :

Un fil de platine est introduit sous la peau, dans la direction du grand axe de la tumeur, au moyen d'un trocart explorateur. Saisissant les portions du fil en dehors de la peau, avec deux pinces mises en rapport avec les réophores d'une grande pile Grenet, l'opérateur la sectionne, sans qu'il s'écoule une goutte de sang. Cette incision, s'étendant de l'extrémité inférieure du sarcocèle jusqu'au pli de l'aine, lui permit d'énucléer facilement avec le doigt toute la tumeur, d'isoler complétement le cordon, et de le sectionner lentement, après l'avoir placé dans l'anse métallique de son sécateur galvanique.



Fig. 1 et 2.

Fig. 1. — Manche du sécateur M. — Interrupteur I. — Lame d'ivoire graduée O.

Fig. 2. — Canule double recouverte d'un ruban et d'un cordonnet de soie E.

Cette double manœuvre fournit environ deux cuillerées à bouche de sang.

La tumeur enlevée, on recouvre la plaie avec des compresses trempées dans de l'eau fraîche. La nuit fut bonne ; le lendemain, le malade avait 86 pulsations, il désirait prendre des aliments ; on lui accorda du bouillon et des potages.

Du 5 au 10, on lave matin et soir la plaie avec de l'eau additionnée d'eau-de-vie camphrée, et on la recouvre d'un morceau de tulle, d'une compresse fine, d'une plaque d'amadou préparé, imbibés d'eau, et recouverts d'un taffetas gommé (pansement à l'eau d'Amussat). Le tout est maintenu à l'aide d'un large suspensoir garni de ouate de coton. M. M... garde le lit, et on augmente graduellement l'alimentation.

Le 11, les eschares sont en voie d'élimination ; le malade va parfaitement bien, et se nourrit comme avant l'opération.

Du 13 au 19, on ne fit plus qu'un pansement tous les deux jours, à cause du rapide développement des bourgeons charnus, et de leur tendance à saigner.

A partir du 19, M. M... prit un bain de siége tous les jours pour bien laver la plaie, qui fut pansée avec de la charpie sèche.

Le 30 il commença à sortir.

Le 7 août, il partit pour la campagne ; portant une plaie linéaire peu étendue, qui était complétement cicatrisée le 15 septembre.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée, nous avons constaté que son grand axe avait 13 centimètres, et son axe transversal plus de 9 centimètres. En fendant la tunique vaginale, il s'écoula une petite quantité de sérosité sanguinolente, et nous trouvâmes le testicule bosselé et sa surface extérieure parcourue par un grand nombre de vaisseaux de diamètres assez variables, comme on le voit dans la figure ci-jointe, faite immédiatement après l'opération. Le cordon examiné, avec soin, nous a paru sain.

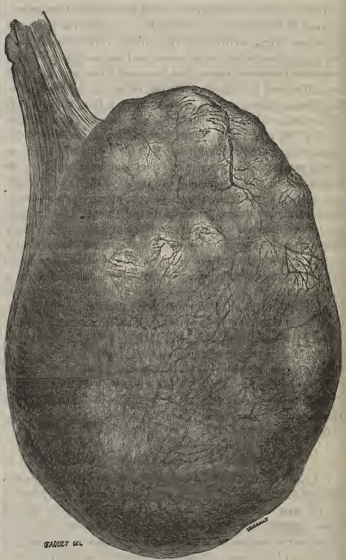


Fig. 3.

Plusieurs jours après, l'ayant ouverte en suivant la direction de son grand axe, nous avons trouvé le testicule complétement dégénéré. M. le docteur Robin ayant bien voulu l'examiner au microscope, nous a fait savoir que : « *cette tumeur était un encéphaloïde type.* »

Du reste, l'inspection à l'œil nu de la coupe, nous ayant permis de voir une substance cerebriforme, divisée par des cloisons qui répondaient aux bosselures extérieures, était venu confirmer le diagnostic que nous avions porté avant l'opération.

La plupart des chirurgiens s'accordent aujourd'hui pour conseiller l'ablation de certaines tumeurs du testicule, et surtout du sarcocèle, qu'il est important d'enlever aussitôt qu'un diagnostic positif a pu être établi, afin d'écarter le plus possible les chances de récidive, et de soustraire le malade à une prolifération de la maladie.

Dans ce cas, nous avons choisi pour l'ablation de cette tumeur la galvano-caustique thermique, comme étant la méthode qui permet le plus sûrement d'éviter les hémorrhagies, l'érysipèle et la pyémie.

Nos prévisions ont été pleinement confirmées, comme on a pu le voir en lisant cette observation. Nous avions du reste un précédent favorable, dans l'ablation d'un énorme fungus du testicule, que nous pratiquâmes il y a deux ans avec M. le docteur Mallez.

Ayant eu occasion de voir M. M... il y a quelques jours, nous avons constaté qu'il n'y avait pas trace de récidive, et qu'il jouissait d'une excellente santé. Prenant en considération l'existence d'une diathèse herpétique, nous avons fait appliquer au bras gauche un vésicatoire, qu'il conservera jusqu'à nouvel ordre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 15 octobre 1869. — Présidence de M. LAGNEAU.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le numéro de la *Revue d'hydrologie médicale française et étrangère*. Septembre 1869.

2° Le *Journal de la Société des sciences médicales de Lisbonne*. 1867.

3° Un travail sur l'emploi de l'alcool dans le traitement de la pneumonie et de la broncho-pneumonie, en particulier chez les enfants, par M. le docteur Léon Gros.

4° Un travail intitulé : *De la fièvre des phthisiques. — Est-elle une contre-indication absolue de l'usage des Eaux-Bonnes?* par M. le docteur Leudet.

5° Un mémoire sur *les Maternités*, lu à la Société de médecine de Paris, par M. le docteur A. Charrier.

M. BLACHEZ lit son rapport sur la candidature de MM. Delpeuch et Tissier au titre de membres titulaires de la Société, et conclut à l'inscription sur la liste de M. Tissier en première ligne, et M. Delpeuch en seconde ligne.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

L'ordre du jour rappelle la continuation de la discussion sur le traitement des fièvres intermittentes.

M. GUIBOUT. Messieurs, la question de l'utilité du sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes, question toujours intéressante, l'est plus que jamais pour nous, médecins exerçant à Paris, où les fièvres intermittentes, autrefois rares, sont devenues depuis plusieurs années relativement si fréquentes. Depuis, en effet, les immenses et magnifiques travaux qui couvrent la ville dans presque toute son étendue, nous voyons se développer non-seulement des fièvres intermittentes légitimes, non-seulement des névralgies de cause éminemment palustre, mais encore des cas de fièvre pernicieuse quelquefois des plus graves. Il faut espérer que cette sorte d'épidémie cessera quand cessera elle-même la cause qui l'engendre, c'est-à-dire lorsque seront terminés ces travaux d'embellissement; et cependant il se pourrait encore que, cette cause détruite, ses effets persistassent encore, ainsi que cela serait pour bien des épidémies. Toujours est-il que, dans les circonstances présentes, la question du sulfate de quinine, question relative à sa valeur thérapeutique pour combattre l'empoisonnement palustre, la question de bien établir le meilleur mode de son administration, cette question, je le répète, est d'une indiscutable opportunité.

Je ne vous dissimulerai que je n'ai pu, sans un grand étonnement, entendre dire que M. Fleury et d'autres médecins hydropathes faisaient maintenant fi, permettez-moi l'expression, du sulfate de quinine, et qu'ils prétendaient que l'hydrothérapie le remplaçait et audelà. Que le traitement hydrothérapique soit utile, qu'il soit d'une efficacité incontestable quand il est appliqué méthodiquement, comme il l'est dans les établissements spéciaux, sous la direction de médecins habiles et expérimentés, j'en conviens; mais on conviendra aussi qu'il ne saurait être d'une pratique qu'assez restreinte. Déjà nous ne pourrions envoyer indifféremment tous nos malades dans ces établissements. Ces raisons seront comprises sans qu'il soit besoin d'y insister; et si ces raisons sont bonnes pour les malades de la ville, elles le sont plus encore pour les malades de la campagne, qui ont encore moins que les premiers les loisirs et la facilité nécessaires pour se soumettre à ce genre de traitement.

Indépendamment de ces considérations, que j'appellerai d'ordre matériel, il en est d'autres tirées de ce fait que l'hydrothérapie est une arme à deux tranchants qui, mal employée, peut entraîner les plus graves accidents, si bien qu'ici encore les cas où elle est contre-indiquée sont assez nombreux.

C'est donc au sulfate de quinine qu'il faut avoir recours chez le plus grand nombre de malades.

En nous indiquant, dans la dernière séance, la formule avec laquelle il l'administre, M. Briquet a pris soin d'insister sur la nécessité d'intervenir au préalable, en donnant un eméto-cathartique, lorsqu'il y avait indication de modifier un état saburral des premières voies qui empêcherait l'action du médicament en s'opposant à son absorption. Mais cette indication n'est pas la seule; et quand les fièvres intermittentes résistent au sulfate de quinine, il faut, avant d'incriminer celui-ci, chercher s'il n'y a pas dans l'état général du malade, dans les conditions hygiéniques au milieu desquelles il se trouve, dans le régime alimentaire qu'il suit, des raisons suffisantes pour expliquer l'inefficacité du remède. Déjà, en mettant le malade dans des conditions hygiéniques meilleures, en le soumettant à un régime plus réparateur que celui qu'il avait précédemment, on favorise l'action du quinine. On favorise encore davantage cette action en tonifiant le système général à l'aide des modifications thérapeutiques reconstituantes, parmi lesquels le quinquina lui-même occupe une place si importante, à l'aide des ferrugineux. Le quinquina donné ici à ce titre, les ferrugineux jouent dans ce cas le rôle que nous leur voyons jouer dans le traitement de la cachexie syphilitique, où ils sont associés si avantageusement au mercure, qui, seul, serait impuissant à combattre la maladie.

Indépendamment de la médication générale, les moyens locaux sont, comme nous l'a dit notre collègue M. Perrin, en nous rendant compte du travail de M. Mazel, appelés à rendre de réels services pour guérir les engorgements viscéraux consécutifs à l'empoisonnement palustre.

J'en ai pardevers moi un exemple frappant. C'est le fait d'un malade que j'ai eu occasion de traiter dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, où il était couché au n° 60, si j'ai bonne mémoire, de la salle Saint-Jean. Cet individu était un colon d'Algérie; il avait été forcé de quitter l'Afrique à la suite de fièvres intermittentes qui l'avaient jeté dans un état de cachexie profonde. Son teint jaune, sa maigreur extrême, coïncidaient avec un engorgement de la rate, tel que celle-ci descendait jusqu'au niveau de la crête iliaque gauche, et débordait presque celui de la ligne blanche. Eh bien! je soumis ce malade à un traitement mixte. En outre du sulfate de quinine, que je lui donnai à assez fortes doses régulièrement prises, je lui fis prendre du vin de quinquina, en même temps que je le mettais à un régime alimentaire essentiellement réparateur, et que je le soumettais aux douches d'eau froide. Puis, pour combattre l'engorgement de la rate, j'eus recours aux révulsifs cutanés, électrisation, ventouses scarifiées, vésicatoires, cautères, moxas, cautérisations transcurrentes avec le fer rouge. Après trois ou quatre mois de ce traitement varié, sa rate avait diminué des deux tiers, en même temps que l'état général se modifiait notablement et que la cachexie disparaissait. J'ai gardé le malade assez longtemps, pour m'assurer que sa convalescence était complète, et lorsqu'il quitta l'hôpital, il avait repris la plénitude de sa santé.

M. GÉRY père. Sans vouloir en rien critiquer ce que vient de nous exposer M. Guibout, je lui soumettrai cependant une observation. Je lui demanderai s'il ne croit pas qu'il aurait pu supprimer sans grand inconvénient les trois quarts des moyens qu'il a employés chez son malade, et obtenir également sa guérison. Un élément qui a joué un rôle important dans le traitement mis par lui en usage, est le temps qui s'est écoulé pendant la durée de ce traitement. La cachexie palustre, et plus particulièrement la cachexie consécutive aux fièvres d'Algérie, est assurément très-tenace; on peut, néanmoins, en venir à bout sans avoir recours à tout cet arsenal de moyens thérapeutiques que M. Guibout a employés. M. Guibout serait, du reste, je crois, fort embarrassé de nous dire auquel de ces différents moyens il attribue le succès obtenu. Pour moi, je l'attribue au bon régime, aux toniques, au quinquina, mais je l'attribue surtout au temps, et je ferai volontiers bon marché des autres moyens.

M. SIMONOT. Pour apprécier à sa juste valeur l'efficacité du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes, il ne faut point oublier, messieurs, que l'impaludation produit deux effets bien distincts, l'intermittence et la cachexie palustres qui, malgré leur communauté d'origine, ont des exigences thérapeutiques parfaitement différentes.

Tant que l'impaludation a pour toute manifestation des accès pyrétiques alternant régulièrement avec des périodes d'apyrexie, dont la durée varie de quelques minutes à plusieurs heures et même plusieurs jours, sans autre altération organique que cette hypérémie momentanée, qui débute avec le stade de frisson de chaque accès, pour finir avec son stade de sueurs, j'affirme, sans crainte d'être démenti par l'expérience, l'infaillibilité du sulfate de quinine, pourvu qu'il soit de bonne qualité, donné à doses suffisantes et administré en temps opportun.

Quand, au contraire, l'impaludation a engendré la cachexie palustre si bien caractérisée par la permanence de l'hypérémie de la rate et du foie, par l'anémie, l'émaciation musculaire, les épanchements séreux et la formation de caillots fibrineux dans les cavités du cœur, alors la régularité de l'intermittence s'efface, et l'accès n'est plus en quelque sorte que le paroxisme d'un état fébrile constant. En pareil cas, non-seulement je nie l'infaillibilité du sulfate de quinine, mais encore je ne lui reconnais qu'une utilité très-secondaire, jusqu'à ce que l'usage du quinquina, des ferrugineux, de l'hydrothérapie, et en un mot de tous les agents reconstituants, aient pu réaliser cette réparation organique qui, le plus souvent, pour ne pas dire toujours, exige impérieusement l'abandon du lieu impaludé à défaut de son assainissement.

Cette distinction étant établie, il me reste à bien préciser les conditions dont tout à l'heure j'établissais la réserve : qualité, doses et mode d'administration du sulfate de quinine.

Aujourd'hui que la préparation du sulfate de quinine est si parfaitement connue, si nettement définie, il peut paraître étranger que sa qualité soit mise en doute. Il le faut cependant, puisqu'une cupidité mercantile, d'autant plus blâmable qu'elle compromet bien des existences, mélange au sulfate de quinine d'autres substances, la salicine par exemple, qui amoindrissent singulièrement l'énergie de son action.

Quant aux doses et aux modes d'administration, j'ai été, je l'avoue, en entendant la lecture du procès-verbal, étonné des préceptes établis à cet égard par M. Briquet, et je déclare qu'il m'est absolument impossible de partager son opinion, parce que l'expérience m'a appris :

Qu'on ne saurait, *à priori*, préciser les doses de sulfate de quinine à administrer dans les fièvres intermittentes, car elles doivent varier suivant le type fébrile, suivant la durée, l'intensité et la physionomie de l'accès.

Qu'à la première dose, qui pour un adulte doit toujours osciller entre 60 centigrammes et 1 gramme, devront succéder des doses journalières, progressivement décroissantes, jusqu'à ce que deux accès au moins aient fait défaut.

Qu'alors que les accès sont enrayés, des doses préventives doivent être administrées pendant longtemps la veille de chaque septenaire, dont l'expression numérique est un multiple du chiffre 7 à dater du jour du dernier accès.

Qu'en toutes circonstances, mieux vaut administrer chaque dose dans un bref délai, que les fractionner à de longs intervalles.

Que le moment opportun du sulfate de quinine est, pour la première dose le début de la période apyrétique, alors que finit le stade de sueurs de l'accès, et pour les jours suivants l'heure de la terminaison de l'accès précédent.

Qu'en aucun cas, les désordres gastriques que produisent les fièvres intermittentes, ne peuvent être une contre-indication de l'emploi du sulfate de quinine, et qu'ils exigent tout au plus, soit un éméto-cathartique pour favoriser son action, soit une minime dose d'opium, de belladone ou de jusquiame, pour assurer sa tolérance.

Ainsi administré, le sulfate de quinine est incontestablement l'anti-périodique le plus positif que nous possédions, et la réalité de sa valeur ne peut être aujourd'hui mise en doute que par ceux qui l'emploient en temps inopportun et à doses insuffisantes, ou qui lui demandent ce qu'il ne possède pas, les qualités anti-miasmatiques et anti-fébriles qui appartiennent au quinquina, dont il a été extrait.

M. GÉRY fils. M. Guibout nous a rappelé que, depuis les grands travaux de Paris, nous observions beaucoup plus de fièvres intermittentes que nous n'en voyions autrefois. Le fait est vrai, et dans le quartier du Prince-Eugène, à l'époque où l'on construisait la caserne, la grande place et les boulevards qui l'environnent; dans les quartiers traversés par le canal Saint-Martin, alors qu'on le recouvrait, il y a eu de nombreux cas d'accidents palustres. Mais j'ai été surpris quand M. Guibout nous a dit qu'il y avait beaucoup de cas de fièvres pernicieuses; je lui demanderai si le mot n'a pas été au delà de sa pensée.

M. CHARRIER. J'ai, moi aussi, été surpris d'entendre M. Guibout s'élever contre l'hydrothérapie, et contester ses avantages dans le traitement des fièvres intermittentes. Pour ma part, j'ai été à même de constater ses merveilleux effets chez des malades traités à l'établissement de Serain, chez d'autres traités à l'établissement d'Auteuil. Leurs accès avaient résisté au sulfate de quinine, et l'hydrothérapie en vint rapidement maîtresse. C'est surtout dans ces cas que la fièvre a résisté aux préparations de quinquina; c'est surtout dans les cas où les individus sont arrivés à la cachexie, que l'hydrothérapie est d'une incontestable utilité. Mais il y a hydrothérapie et hydrothérapie, c'est-à-dire que pour être efficace, elle demande à être maniée avec une prudente méthode. J'en dirai autant de la thermothérapie, de cette variété d'hydrothérapie qui consiste à provoquer la sudation dans une étuve sèche, puis, quand le malade est inondé de sueurs, à le soumettre, pendant vingt à vingt-cinq secondes, à la douche froide, ou bien à le plonger dans la piscine, au sortir de laquelle on le soumet à des frictions qui sollicitent une vigoureuse réaction. J'ai vu des fièvres intermittentes rebelles modifiées et guéries d'une façon remarquable par ce mode de traitement.

Dans le courant de cette discussion, je ne ne crois pas que personne ait parlé de l'influence salutaire des changements de climat. J'ai vu encore des malades guéris par cette seule influence; ces malades ne sont pas rares parmi les employés de l'Imprimerie impériale, qui en a toujours un certain nombre détachés dans notre colonie de Cochinchine. Là, ils contractent de ces fièvres intermittentes graves qui les forcent de se rapatrier. Ils reviennent avec tous les symptômes d'une cachexie plus ou moins profonde, que le séjour de France suffit à lui seul pour modifier. La guérison s'obtient plus rapidement, quand ces individus se mettent à un bon régime, aidé de toniques et de préparations amères, quassia-amara, Columbo, qui reveillent l'appétit, régularisent les fonctions digestives, point capital de ce traitement. L'arsenic que je donne n'a pas, à mon sens, d'autre action que celle de stimuler et de relever les fonctions nutritives.

M. ANTONIN MARTIN. M. Simonot a véritablemement bien posé la question, en signalant la différence qui existait au point de vue du traitement entre la cachexie et les fièvres intermittentes; nous disant que le sulfate de quinine, éminemment utile contre les accès, ne l'était plus au même degré contre la cachexie.

Relativement aux causes des fièvres que nous observons à Paris, à côté des remuements de terre, il faut indiquer le retrait des eaux de la Seine, retrait qui laisse sur les rives une grande quantité de détritus végétaux et animaux, comme dans les marais desséchés.

Relativement à ce qui a trait à la cachexie, je dirai que celle-ci est souvent annoncée, — c'est là du moins ce que l'on a fréquemment observé en Afrique, — par une sorte de diathèse séreuse, qui se traduit par des épanchements dans les grandes cavités, épanchements dans les plèvres, dans les méninges, dans le péritoine, dans les capsules articulaires; qui se traduit aussi par des flux séreux intestinaux, d'une excessive abondance, résistant à tout, jusqu'au jour où l'on donne le sulfate de quinine, qui guérit alors cette singulière forme de fièvre suivie de flux séreux, qui, dans un certain nombre de cas, alternent avec des épanchements ascitiques.

M. GROS. Je demande à ajouter deux mots à ce que nous a dit M. Guibout, touchant les accès de fièvre pernicieuse observés à Paris. Il y a cinq ou six ans, j'en ai vu trois cas excessivement graves, de forme comateuse, qui ont tous trois heureusement cédé à l'administration de fortes doses de sulfate de quinine.

Aujourd'hui, les cas analogues sont peut-être moins fréquents qu'il y a cinq ou six ans, mais je voulais, par ces exemples, appuyer l'assertion de M. Guibout.

M. GÉRY père. M. Charrier a regretté que, dans le cours de cette discussion, il n'ait point été fait mention de l'influence des changements de climat. Pour mon compte, je l'ai signalée, en vous rapportant des faits de ma pratique et en vous disant que dans la localité où j'exerçais, au début de ma carrière médicale, je faisais changer de lieux à mes malades, quand cela leur était possible, me contentant de les envoyer, non pas dans un autre climat, mais tout simplement dans des localités voisines où la fièvre n'était pas endémique comme dans la leur.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 10 mai 1869. — Présidence de M. BARTHEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend : 1° Un exemplaire de la thèse de M. Sanné: *Croup et trachéotomie.*

2° Le dernier fascicule du tome VIII° du *Recueil des actes du comité médical des Bouches-du-Rhône.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bottentuit, qui demande un congé de trois mois.

2° Une lettre de M. Monod, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance de ce soir.

La Société se forme en comité secret.

Le secrétaire : MEURIOT.

Séance du 24 mai 1869. — Présidence de M. BARTHEZ.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Hemey, qui donne sa démission d'archiviste, et demande à passer membre honoraire. (Accepté.)

La correspondance imprimée comprend un exemplaire de la thèse de M. le docteur Bottentuit, médecin consultant aux eaux de Plombières : *Des gastrites chroniques.*

M. BARTHEZ annonce à la Société qu'il y a lieu de procéder à la nomination d'un archiviste, dans la prochaine séance.

M. Labadie Lagrave donne lecture d'une observation de paralysie ascendante aiguë. — (*Sera publiée.*)

M. Rigal est chargé du rapport.

Le secrétaire : Meuriot.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le rédacteur en chef de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le docteur,

M. Civiale, membre de l'Institut, est décédé en 1867; cependant on publie aujourd'hui, sous son nom, un livre nouveau sur le traitement des calculeux; livre qui, sans aucune autre indication, porte le millésime de 1870.

Sans m'occuper de l'erreur historique que devra nécessairement occasionner dans l'avenir cette publication posthume, je tiens, monsieur le rédacteur, à édifier vos lecteurs sur un seul point. On trouve dans le livre de M. Civiale une série d'allégations calomnieuses touchant divers professeurs de la Faculté de médecine de Paris (voir l'Introduction et surtout les pages 71, 72 et suivantes).

Comment expliquer une pareille publication, si ce n'est en rappelant que M. Civiale, membre de l'Institut, n'a laissé qu'un fils, et que l'éditeur responsable de ses œuvres posthumes, loin d'être un médecin, s'occupe avec distinction des progrès de la photographie.

Je proteste de la façon la plus énergique contre ces allégations, tout au moins quant à celles qui sont relatives à ma personne.

Veuillez agréer, monsieur le docteur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dolbeau,

professeur à la Faculté de Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Évariste Michel, médecin suppléant du dispensaire de salubrité, est nommé médecin titulaire, en remplacement de M. le docteur Passant.

— M. le docteur Jaubert est nommé médecin suppléant du dispensaire de salubrité, en remplacement de M. le docteur Évariste Michel.

— La Société de médecine de Paris vient de renouveler son bureau pour l'année 1870. Il se trouve ainsi composé :

Président : M. le docteur Simonnot; — vice-président : M. le docteur Léon Gros; — secrétaire général : M. le docteur Charrier; — secrétaires annuels : MM. les docteurs Antonin Martin et Duroziez; — trésorier : M. le docteur Jacquemin; — archiviste : M. le docteur Voisin.

— M. le docteur F. de Ranse commencera le 18 décembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, un cours public sur les maladies de l'appareil génital de la femme, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

NOS ÉTRENNES

1° Le Jardin de la France, album des 50 plus belles vues des bords de la Loire, depuis son embouchure jusqu'à sa source : châteaux, villes, monuments, sites remarquables, etc., accompagnée de 50 notices sur chaque sujet; dessins et gravures sur acier par MM. Rouargue frères. — Un beau volume grand in-4°, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 75 fr. net pour nos abonnés, 16 fr.

Expédié *franco* dans toute la France, 18 fr. 50.

2° Galerie historique de la Révolution française (1789-1793). Album de 50 portraits en pied, avec notices biographiques des personnages les plus remarquables de cette grande époque. Un beau volume grand in-8° jésus, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 100 fr. net pour nos abonnés, 16 fr.

Expédié *franco* dans toute la France, 18 fr. 50.

3° Galerie historique de la Révolution (1830-1848). Album de 32 portraits en pied des personnages les plus remarquables et les plus célèbres, avec 32 notices historiques. Un beau volume in-4°, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 64 fr. net pour nos abonnés, 12 fr.

Expédié *franco* par toute la France, 14 fr. 50.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Les champignons de la France. Histoire, description, culture, usages des espèces comestibles, vénéneuses, suspectes, employées dans les arts, l'industrie, l'économie domestique et la médecine, par le docteur F.-S. Cordier. — Un superbe volume grand in-4°, orné de vignettes et de 60 chromolithographies, dessinées d'après nature, par A.-D. Cordier. Paris, 1870. Prix : 30 francs.

Bulletin de la Société impériale de Chirurgie de Paris pendant l'année 1868. 2e série, tome IX°. — 1 volume in-8° de 550 pages. — Prix : 7 fr.

De la fièvre. Étude critique sur la fièvre typhoïde, par le docteur Soulier, médecin des hôpitaux de Lyon. — 1 vol. in-8°. Prix : 1 fr. 50.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 13 décembre 1869.

CRÉATION D'UNE CHAIRE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE A LA FACULTÉ DE PARIS

I

On s'occupe beaucoup, en ce moment, du legs d'une chaire d'histoire de la médecine fait à la Faculté de Paris par un maître des requêtes au Conseil d'Etat, M. Salmon de Champotran, mort il y a quelques mois.

L'acceptation du legs d'abord, et à présent le choix du futur professeur divisaient la Faculté en deux camps très-passionnés l'un contre l'autre.

Soit dédain réel des connaissances historiques et de leur utilité dans le programme des études médicales, soit embarras du choix entre les candidats, l'avis favorable à l'acceptation du legs n'a été donné au scrutin qu'à la majorité de 14 voix contre 10.

Comme il n'est guère possible de croire que la Faculté de médecine de Paris considère — comme une étude superflue — l'histoire des progrès et des découvertes de la science ou des doctrines qui se partagent l'opinion des médecins, nous aimons mieux penser, pour l'honneur de l'Ecole de Paris, que la minorité du vote s'est inspirée de considérations étrangères au principe même de l'enseignement des doctrines médicales.

Maintenant que la création de la chaire est décidée, c'est le choix du professeur qui préoccupe les esprits.

Quel sera le médecin chargé de cet enseignement?

Telle est la question du jour.

II

On dit qu'il y a quatre candidats.

Le premier par le talent et par l'âge — car il a 69 ans — est M. Littré. C'est l'auteur d'une *traduction très-estimée* d'*Hippocrate*, malgré son français incertain, fort ennuyeux à lire.

C'est le chef de l'Ecole positiviste et le disciple-héritier des doctrines d'Auguste Comte. On lui doit un savant Dictionnaire de la langue Française — en cours avancé de publication, — rempli de toutes les hardiesses de l'interprétation grammaticale.

Cette candidature, annoncée par l'*Union médicale*, semble fort improbable, et n'est qu'un ballon d'essai ou même une fausse nouvelle.

Un autre est M. Daremberg, bibliothécaire de la Mazarine, assez peu doué sous le rapport de la parole. C'est un philologue auquel on doit une *petite traduction* d'*Hippocrate*.

Avec Bussemaker, il a traduit Oribase.

Depuis trois ans, il fait au Collége de France un cours d'histoire de la médecine, qui n'a eu jusqu'ici qu'un médiocre succès d'estime.

Un autre candidat est M. Bouchut, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants, connu de nos lecteurs par ses leçons cliniques, par ses travaux de pathologie interne, ou son traité de pathologie générale, et par un *Traité d'histoire de la médecine et des doctrines médicales*, renfermant les leçons d'histoire faites à l'Ecole pratique pendant trois ans avec un succès d'auditeurs que tout le monde connaît. Celui-ci a l'habitude de l'enseignement, et ses cours attirent toujours beaucoup de monde autour de lui.

Le dernier est M. Maurice Raynaud, encore agrégé en exercice, et qui semble très-pressé d'arriver. On lui doit un livre sur *les médecins au temps de Molière*.

Nous ne discuterons pas ici le mérite de ces divers candidats, afin de ne pas mêler une question de personne à la question de principe du mode d'enseignement de l'histoire de la médecine à la Faculté, et bien que notre choix soit fait, nous tairons le choix qui a nos préférences.

Mais si les personnes doivent rester étrangères au débat que nous allons établir, la manière dont le cours d'histoire de la médecine doit être fait pour être utile à la Faculté, aux élèves et aux médecins, nous appartient entièrement. De la manière dont ce cours sera compris dépend son succès, et il y a déjà assez de cours peu suivis à notre Faculté pour que nous ne disions pas quels sont, à nos yeux, les moyens d'éviter un nouvel insuccès dans l'enseignement qui se prépare.

III

Ce n'est pas un cours d'érudition et de philologie grecque ou latine qu'il faut à la Faculté.

Les questions de chronologie hippocratique ne sont, dans cet enseignement, que chose secondaire, et les médecins se soucient assez peu des controverses de mots que soulève un traducteur en opposition avec celui qui l'a précédé, comme celui-ci a querellé son prédécesseur, lequel a fait de même à celui qui était venu avant lui. Toutes ces discussions philologiques sont peut-être bonnes dans des livres pour éclairer le lecteur sur des textes altérés, mais dans un enseignement oral de Faculté, elles sont parfaitement inutiles, et il n'est pas d'auditoire capable d'y résister. Au bout de trois leçons, l'amphithéâtre ne serait plus qu'un vaste désert. Le plus renommé de nos érudits, quittant son fauteuil académique, y viendrait en personne, qu'il ne serait qu'un pitoyable professeur.

Il n'y a qu'un médecin au courant de la science moderne qui puisse faire ce cours *utilement* pour la Faculté et pour les élèves. Il faudrait même un anatomiste pour écrire l'histoire de l'anatomie, et un chirurgien pour faire l'histoire de la chirurgie.

Est-ce qu'on apprend la médecine dans les bibliothèques?

Comment parler de ce qu'on ignore, et comprendre les découvertes et les doctrines d'une science à laquelle on est étranger? Que serait l'histoire de la chimie faite par un débutant du laboratoire de M. Dumas ou de M. Wurtz, chargé de transcrire les découvertes de son maître? Exactement ce que pourrait être l'histoire de la médecine racontée par un élève de quatrième année.

Dans notre pensée, le cours d'histoire de la médecine doit sortir du cadre hippocratique où on l'a trop longtemps placé. La période de la Renaissance et les temps modernes sont assez riches en découvertes anatomiques, anatomo-pathologiques, chimiques ou physiologiques et en luttes doctrinales, pour qu'on s'en occupe dans l'enseignement.

Est-ce que la métamorphose des doctrines médicales sous l'influence de la philosophie moderne, des mœurs et de la civilisation actuelle, des croyances religieuses et irréligieuses, relève du grec ou du latin?

Est-ce que les découvertes de l'anatomie pathologique, se transformant par l'emploi du microscope, ne valent pas bien l'histoire de l'anatomie de Galien?

Est-ce que les transformations de la chimiatrie de Paracelse et de Sylvius ou de Van Helmont, sous l'influence des progrès de la chimie moderne, ne valent pas mieux qu'une querelle philologique de deux membres de l'Académie des inscriptions?

Est-ce qu'il n'est pas intéressant de montrer les découvertes récentes de la physiologie née de la méthode expérimentale, remplaçant les idées fausses de la physiologie ancienne?

Est-ce que l'histoire des fièvres, des hémorrhagies, des névroses, etc., transformées par les climats et la civilisation, n'est pas plus utile à connaître qu'un texte controversé d'Aristote?

Tout cela est évident, — et à côté de l'archéologie médicale, qu'il ne faut pas dédaigner, nous croyons que l'histoire de la médecine doit comprendre les doctrines médicales anciennes et modernes, comparées les unes avec les autres; et de plus, l'exposé des faits qui ont créé la science contemporaine; notre anatomie normale et pathologique avec l'histologie, notre chimie et notre physique médicales; notre physiologie, — enfin, toutes les histoires relatives à la migration et à la transformation des maladies.

Quel avantage n'y aurait-il pas à instruire les élèves sur les découvertes médicales modernes, et surtout sur les progrès de l'anatomie pathologique, dus aux travaux de Bonet, de Morgagni, de Bayle, de Laennec, de Cruveilhier, de Lebert, et enfin de Virchow, qui ont créé l'*organicisme*.

Nous en dirions autant des découvertes du solidisme suivi, dans la série des siècles, depuis Thémison jusqu'au contro-stimulisme de Brown, de Rasori et de Broussais, dont le professeur aurait à étudier les œuvres doctrinales, à la lumière d'une réelle compétence médicale.

Et ainsi de suite, de l'humorisme et de toutes les doctrines représentées de nos jours par des hommes plus ou moins éminents, doctrines dont on montrerait l'origine et dont on aurait à apprécier la valeur.

C'est toute la littérature médicale moderne à exhumer de l'oubli au profit des élèves, afin de donner aux générations présentes une histoire complète des médecins, anatomistes, chirurgiens, physiologistes et philosophes des derniers siècles.

Si l'on pouvait trouver un linguiste bien bourré de grec, de latin, d'allemand ou d'anglais, qui connût également sa médecine actuelle, la physiologie, l'histologie, la chirurgie, etc., on devrait lui confier l'enseignement de l'histoire de la médecine.

Mais un pareil homme n'existe pas.

FEUILLETON

RECHERCHES HISTORIQUES

Sur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.

Par M. Fr. Dubois (d'Amiens) (1)

J'en dirai tout autant de l'historlette fort ridicule et tout à fait invraisemblable que Suétone, en sa qualité de grand anecdotier, n'a eu garde de passer sous silence, et qui, depuis a été copiée par tous les biographes, à savoir que l'empereur, un peu avant de mourir, se serait tourné vers ses amis, et leur aurait demandé s'il ne leur semblait pas qu'il avait bien joué son rôle dans cette comédie de la vie humaine (*percunctatus ecquid iis videretur minimum vitæ commodè transegisse*)? Nous n'hésitons pas à le dire : c'est ici ou jamais qu'il faut suivre le conseil de Voltaire à l'égard de Suétone, c'est-à-dire n'admettre ses anecdotes qu'après les avoir pesées dans la balance de la raison; et en effet, quoi de plus vraisemblable, de plus absurde et de plus contraire aux habitudes et au caractère de César Auguste que celle-ci? Rappelons-nous en quels termes Dion Cassius parle de l'empereur et sous quel jour il nous le montre, lorsqu'il fut atteint d'une maladie que lui-même regardait comme mortelle; comment, dans cette conviction, il ne s'occupait que des soins de son empire; comment, ayant appelé près de lui les plus grands personnages, il ne les entretint que des affaires de l'État. Cette fois, nous savons qu'il a fait prévenir Tibère dans le dessein d'avoir avec lui une dernière conférence; et l'on prétend qu'il va se conduire comme un baladin!

Que l'on ait dit à peu près la même chose, quoique tout aussi gratuitement suivant nous, du fameux curé de Meudon, de Rabelais, cela se conçoit; il aurait aussi interpellé ses amis à son lit de mort, et leur aurait dit : *Tirez le rideau, la farce est jouée!* Cela est tout aussi faux; mais, du moins, l'anecdote ne s'éloigne pas de tout ce qu'on raconte de la personne et des aventures de Rabelais; par exemple de son prétendu testament : *Je dois beaucoup, je n'ai rien, je donne le reste aux pauvres*. Mais comment attribuer à César Auguste de semblables pasquinades; à César arrivé au terme d'une longue et pénible carrière, ayant eu à lutter, pendant presque tout le cours de sa vie, contre des calamités sans cesse renaissantes et jusque dans le sein de sa propre famille! comment se figurer que, arrivé à ce moment suprême, il ait pris les allures d'un comédien, et qu'il ait ainsi menti à toute sa vie! mais il est inutile d'insister sur ce point! Revenons à une question bien autrement sérieuse, c'est-à-dire à celle du prétendu empoisonnement.

Remarquons toutefois, avant de quitter Suétone, que cet historien en définitive n'a pas dit un mot de l'accusation portée contre Livie, et du prétendu crime si évident pour d'autres, il n'élève pas même un soupçon à ce sujet; il s'agit pour lui d'une mort toute naturelle : l'empereur est d'abord pris d'un simple cours de ventre qui ne l'empêche pas de se mettre en route; il fait un voyage d'agrément; mais, arrivé à Naples, il est un peu plus souffrant, il pousse néanmoins jusqu'à Nole; mais, arrivé là, le mal prend plus de gravité : il est obligé de garder le lit, il sent lui-même que sa fin approche, il met ordre à ses affaires, puis il meurt dans les bras de Livie qui l'avait accompagné.

Voilà tout; et notez que Suétone n'est pas un historien scrupuleux, je dirai même qu'il recherche les scènes à effet, qu'elles soient criminelles ou simplement scandaleuses. Rien ne l'arrête, et s'il avait eu quelque crime à faire connaître, ou seulement, comme Tacite, à faire soupçonner, il n'aurait pas hésité. Sa déposition doit donc être considérée comme étant de tout point à la décharge de Livie.

Voyons maintenant quelle sera la déposition de Dion Cassius; nous pouvons le dire d'avance, il ira un peu plus loin que Tacite, mais toujours sous réserve et toujours sans garantir la réalité de ce qu'il avance; il entrera dans quelques détails sur l'empoisonnement qui, disait-on, avait été commis par Livie; il rapportera même ce qu'on racontait du mode d'empoisonnement et comment l'agent toxique aurait été administré; mais, je le répète, il n'affirmera absolument rien; Auguste, dit-il, tomba malade à Nole et mourut; on se mit tout aussitôt à faire toutes sortes de suppositions sur la cause de sa mort, et puis, comme Tacite, il commence par mentionner la visite faite par Auguste à son petit-fils Posthumus, visite faite dans le plus grand secret et donne cette visite comme ayant pu déterminer Livie à commettre ce crime, en

(1) Voir les numéros des 9, 12, 23, 28 octobre, 23 novembre, 7, 9 et 11 décembre.

Le temps qu'on passe à éplucher les textes grecs ou latins est absolument perdu pour la médecine proprement dite, et, si nos érudits savent la chronologie de l'histoire médicale, ils n'en comprennent guère la philosophie.

De même, si un médecin des hôpitaux pouvait savoir du grec comme M. Littré et remettre un accent grave là où il a été oublié par un copiste, ce serait un phénix historique qu'il faudrait se hâter de prendre.

Mais il y a une sorte d'incompatibilité entre les études médicales sérieuses, c'est-à-dire entre la science qui vit de réalité et l'érudition qui se nourrit de dates, de virgules et de mots controversés.

IV

Ne pouvant espérer choisir un médecin réunissant au talent de philologue des connaissances médicales qui permettent de comprendre et de juger les doctrines médicales et leurs représentants, — que fera la Faculté? Il est difficile de le savoir d'avance. Mais si ce corps savant veut relever le prestige de son enseignement, il faut qu'il sache :

Qu'un homme du métier, ayant l'habitude de la parole, peut seul enseigner l'histoire de la médecine.

Dr E. Le Sourd.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Sée.

Leçon d'ouverture du cours de clinique (1).

Recueilie par M. Choyau, chef de clinique de la Faculté.

Comme études thérapeutiques, nous insisterons spécialement sur l'action du bromure de potassium dans l'épilepsie, de l'alcool dans les fièvres, de la belladone en général, du tabac dans le traitement de l'asthme. Je vous signalerai enfin l'histoire de la tolérance des médicaments dans certaines maladies fébriles et dans les névroses graves. Cette tolérance est la faculté spéciale que possèdent les malades atteints de ces affections de supporter les médicaments à des doses beaucoup plus considérables qu'à l'état sain, et d'éprouver des effets différents de ceux que l'on observe ordinairement.

L'interprétation de ce singulier phénomène a été tenté dans une leçon que le rédacteur du *Bulletin de thérapeutique* a reproduit dans son estimable journal; mais les vues que j'ai émises à ce sujet n'ont pas été du goût des phraséologues. L'un d'entre eux a fulminé, dans un feuilleton de *l'Union médicale* (numéro du 21 septembre), et a commencé, pour se rendre la critique plus facile, par laisser complétement dans l'ombre tout ce que j'ai dit sur la tolérance des médicaments dans les maladies nerveuses; puis il essaye, sur un ton que je n'ai pas le droit de qualifier, de critiquer l'explication que j'ai donnée de la tolérance du tartre stibié dans la pneumonie.

Vous savez, messieurs, que l'on observe la tolérance de l'émétique, surtout dans les pneumonies graves, étendues, amenant une gêne respiratoire notable. Laennec, Chomel, Grisolle, avaient tous remarqué ce fait, que plus le malade est gravement atteint, mieux le médicament est toléré. Notre regrettable maître Grisolle dit formellement que, sur 154 malades, 12 seulement eurent la tolérance *d'emblée*, et que sur ces 12 malades, 9 succombèrent. Que signifie cette étrange faculté des individus gravement atteints? Quand une pneumonie est étendue, il y a diminution de la surface respiratoire, c'est-à-dire commencement d'asphyxie, qui est la cause de la tolérance, comme nous allons le démontrer. Dans les pneumonies limitées, au contraire, et qui n'apportent qu'un léger obstacle à l'hématose, comme celle que vient de subir le n° 6 de la salle Saint-Charles, vous ne rencontrerez pas la tolérance pour le tartre stibié.

Si, dans les pneumonies assez étendues pour diminuer le champ de la respiration et déterminer en même temps une fièvre intense, l'émétique ne provoque pas de vomissements, voici ce qui se passe : il arrive tout simplement que, par suite des échanges incomplets des gaz du poumon avec l'air atmosphérique, l'acide carbonique ne s'élimine pas du sang; cette accumulation d'acide carbonique, qui est la caractéristique de l'asphyxie dès son début, paralyse certaines portions du système nerveux, soit de la périphérie, soit des organes internes.

Parmi ces derniers nerfs, se trouve le pneumo-gastrique, dans sa partie qui est dévolue aux organes respiratoire et gastrique; dès lors le poison stibié ne produit plus sur les filets gastriques de ce nerf, soit à leur périphérie, soit à leur centre, l'impression centripète qui est le point de départ de tout vomisssement. Le vomissement n'est autre chose, en effet, que l'excitation reflexe des nerfs qui se rendent au diaphragme et aux muscles abdominaux, dont la contraction provoque l'évacuation de l'estomac. Dans cet effort, ce sont les muscles de la cavité abdominale qui seuls agissent, et l'estomac est *à peu près* inerte; c'est pourquoi on peut le remplacer expérimentalement par une vessie de porc. Cette contraction des muscles, et l'excitation nerveuse qui en est l'origine, ne peuvent avoir lieu qu'à l'aide d'une impression centrale ou périphérique; or si les nerfs sensitifs ont perdu leur sensibilité, l'impression première ne peut plus se produire; il n'y a plus de vomissement; c'est précisément cette impression que l'acide carbonique détruit dans les nerfs.

Le critique considère tous ces faits élémentaires comme apocryphes; il est étonné d'apprendre que quand l'acide carbonique existe en grande quantité dans le sang, on observe non-seulement une anesthésie cutanée, mais aussi une anesthésie des organes profonds; les nerfs viscéraux, le pneumo-gastrique en particulier, ne répondent plus aux impressions, absolument comme les nerfs de la peau. Cette anesthésie interne n'est cependant pas nouvelle; il y a longtemps déjà qu'elle a été signalée par M. Gubler dans le cours et la convalescence des maladies, et surtout des paralysies.

Le feuilletoniste ne comprend pas davantage que le tartre stibié, une fois injecté dans les veines, puisse, en parcourant le système vasculaire, aller exciter les terminaisons gastriques du nerf vague, ou son origine de l'intérieur du bulbe, excitation qui provoque alors le vomissement. Il objecte surtout le chatouillement de la luette et de la gorge comme cause de vomissement. N'est-ce pas là cependant une excitation périphérique du pneumogastrique, le pharynx devant, en très-grande partie, sa sensibilité au rameau pharyngien du nerf vague? Ces notions sont du domaine du cours d'anatomie et de physiologie; je n'y insisterai pas.

En outre, l'auteur apprend avec une nouvelle surprise que, dans un même tronc nerveux il y a des filets qui, tout en étant accolés, ne fonctionnent pas dela même façon. Ai-je besoin de vous rappeler que dans le nerf sciatique on trouve des filets moteurs, sensitifs et vaso-moteurs; que dans le pneumo-gastrique il y a des filets qui jouissent de propriétés absolument différentes? Ainsi le nerf vague envoie de nombreux rameaux aux organes respiratoires, circulatoires et digestifs; les filets destinés à chacun de ces organes sont loin d'avoir la même action; ils ne répondent pas de la même manière aux excitations expérimentales.

L'irritation des filets cardiaques du pneumo-gastrique détermine, comme vous le savez, une diminution dans le nombre des battements du cœur, parce que ces filets cardiaques sont des antagonistes des ganglions moteurs du cœur. Le pneumogastrique agit dans ce cas comme un frein; plus on active ce frein, c'est-à-dire plus on excite le nerf, plus le cœur tend à s'arrêter; la partie cardiaque du pneumogastrique est donc un nerf d'arrêt.

Voici maintenant les filets pulmonaires de ce même nerf qui accélèrent au contraire les mouvements respiratoires; là se détache le nerf laryngé supérieur, qui est presque exclusivement sensitif; plus, bas le larynge inférieur ou récurrent, qui est essentiellement moteur.

Or il est très-remarquable que certains médicaments ou poisons font, pour ainsi dire, cette dissection physiologique, et bornent leur action à l'un ou l'autre de ces filets nerveux d'un même tronc, comme d'autres fois ils localisent distinctement leur action dans certaines portions du système nerveux central. Pour l'acide carbonique en particulier, personne n'ignore que ce poison agit bien plus tardivement et moins activement sur les filets cardiaques du nerf vague que sur les autres nerfs, et que l'arrêt du cœur, dans l'asphyxie, n'arrive qu'en dernier lieu. C'est là un fait prouvé par l'observation et l'expérimentation. Mais qu'importe au feuilleton? Son plus grand tourment, c'est l'histoire des médicaments qui ont une action élective sur certaines parties du système nerveux, et la différence d'action d'un médicament sur les divers filets d'un même nerf. La belladone à petites doses produit une *paralysie* des filets cardiaques du pneumo-gastrique, et par suite une accélération des battements du cœur, sans que les filets pulmonaires soient manifestement impressionnés, car l'accélération de la respiration, que l'on observe après l'adminisiration de faibles doses d'atropine, a lieu après la section des nerfs vagues, et doit-être attribué à une augmentation d'excitabilité des centres respiratoires.

Certains poisons n'agissent que sur une partie très-limitée d'un filet nerveux; le curare, par exemple, d'après les recherches de Cl. Bernard, a une action élective sur les extrémités terminales seules des filets moteurs, et dans tout le reste de leur parcours, ces rameaux nerveux ne paraissent pas être influencés par le poison, puisqu'ils conservent leur excitabilité; et s'ils ne fonctionnent plus, c'est parce que leurs extrémités intra-musculaires sont paralysées.

Voilà des lois physiologiques que personne ne récuse aujourd'hui; elles sont la base de la physiologie et de la thérapeutique; sans elles, c'est à désespérer de la médecine exacte; en dehors d'elle, c'est le dédale de la routine.

Quant à nous, notre choix est fait entre la science positive et la pratique à l'huile de grenouille, dernière expression de l'empirisme. Notre choix est fait entre le moyen âge et la science moderne : au lieu de nous appuyer sur la physiologie antédiluvienne des Sylvius et des Sauvages, nous chercherons à imprimer à la médecine elle-même le caractère de précision qui constitue le fond et la force de la méthode expérimentale. Nous n'imiterons donc pas nos contradicteurs, assez semblables à ces voyageurs de la fable, qui attendent immobiles, pour prendre un parti, que toute l'eau du fleuve ait passé.

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 décembre 1869.

DES SOURCES DE LA CONTAGION

DANS LA SYPHILIS VACCINALE

Par le docteur Simonet, médecin de l'hôpital du Midi.

L'Académie de médecine dans une discussion récente, dont nous attendons encore la conclusion, sur les mérites relatifs de deux vaccines jennérienne et animale, s'est incidemment occupée de la syphilis vaccinale. *Incidemmment* n'est pas l'expression vraie, nous devrions dire *principalement*, car le plus gros des reproches adressés à la vaccine humaine, c'est d'être un instrument de propagation de la syphilis.

De ces passes oratoires, plus brillantes que solides, est toutefois déjà sorti cet important résultat que désormais, de par l'Académie, la syphilis vaccinale est admise à l'honneur de figurer dans le cadre nosologique. M. Guérin l'admet avec des réserves que n'expliquent que trop les *desiderata* de certaine thèse, où l'on rencontre beaucoup plus de bonne volonté que de science. M. Ricord, oubliant les deux réquisitions en forme de leçons qu'il professa, il y a quelque six ans dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, adore aujourd'hui ce qu'il brûlait alors, et *l'épidémie de Révolta ne le révolte plus*. Que dis-je, de nouveau converti devenu prophète, il s'inscrit aujourd'hui contre la bénignité d'une maladie dont il niait naguère l'existence. Il nous est permis d'espérer que, fidèle à sa devise : l'homme absurde est celui qui ne change jamais, le *magister* et *interpres* fera dans quelques années une nouvelle amende honorable, et reconnaîtra avec nous

---

lui inspirant la crainte de voir Auguste appeler son petit-fils au pouvoir suprême, de préférence à son gendre Tibère; mais cela n'est nullement donné comme positif par Dion Cassius, car il a soin d'ajouter *à ce qu'on dit*; voici comment Livie s'y serait prise pour empoisonner Auguste, mais toujours *à ce qu'on dit*. Auguste avait coutume de manger des figues qu'il cueillait de sa main sur l'arbre même. Livie aurait eu l'idée d'enduire de poison les figues qu'il allait ainsi manger pendant qu'en même temps elle mangerait celles qui n'étaient pas empoisonnées. Voilà certainement qui se particularise; mais Dion Cassius, après avoir dit qu'Auguste tomba malade, ajoute tout aussitôt *soit de cela, soit de tout autre chose*.

Ceci, on le voit, est dit comme en passant; Dion, qui paraît n'y attacher aucune importance, revient tout aussitôt à des considérations politiques, de sorte que lui-même paraît n'attacher aucune valeur à cette nouvelle explication. Voyez ensuite comment les choses se seraient passées : Auguste avait coutume de manger des figues; cette fois, il est incommodé après en avoir mangé avec Livie; il peut avoir eu tout simplement une diarrhée, ce qui arrive souvent dans les contrées où l'on fait usage de figues fraîches; et c'est bien des jours après avoir mangé ces figues, après le flux de ventre mentionné par Suétone, qu'il est pris d'accidents graves; maintenant ces figues, dit-on, avaient été enduites de poison par Livie, et Auguste les aurait mangées sans s'en apercevoir; rien ne pouvait donc déceler cet enduit? la surface, la coloration, le goût, enfin la saveur, rien n'avait donc été altéré; Livie cependant faisait un choix; comment reconnaissait-elle celles qu'elle avait préparées pour son confiant époux, et celles restées intactes et saines, pour en faire usage elle-même, et sans avoir sans doute à les regarder de r op près pour ne pas exciter de soupçon?

Ainsi, je le répète, il faut supposer que les figues empoisonnées étaient en tout semblables, à celles qui ne l'étaient pas, en tout semblables, dis-je, car ce n'était pas dans le tumulte d'un festin, dans un banquet que l'empereur devait les prendre et les manger, c'était en plein jour, à ciel découvert, dans un jardin, et en simple tête-à-tête avec sa femme; que si à cela vous joignez ce qui aurait dû résulter du mode d'action de ces figues ainsi préparées, vous vous trouverez ici devant une absence complète de toute espèce de symptômes d'empoisonnement; et d'abord, la mort n'aurait eu lieu que longtemps après ce prétendu empoisonnement; et alors c'eût été ce qu'on appelle un empoisonnement lent; mais pour qu'il y ait empoisonnement lent, il faut, quelle que soit la substance employée, qu'elle soit administrée à petites doses; or, dans le mode d'empoisonnement qu'on rapporte ici, c'est ce qu'on ne peut admettre, des figues ne se donnent pas à petites doses. Ce n'est pas tout : comme je viens de le dire, tout empoisonnement a ses symptômes propres en raison du genre de poison administré; tantôt des douleurs atroces, tantôt des convulsions, des évacuations par le haut ou par le bas; du coma, du délire, etc., etc. Or, ici rien de semblable; on parle, vers la fin du voyage entrepris par Auguste, de douleurs intestinales plus ou moins vives, et rien de plus; il faut donc éloigner l'idée d'un empoisonnement quelconque, et surtout d'un empoisonnement amené par l'ingestion de figues enduites d'un prétendu toxique; les historiens, du reste, et par là je veux parler des contemporains, paraissent eux-mêmes en avoir jugé ainsi, c'est une question secondaire pour eux; pour Tacite, ce sont les destinées de l'empire qui le préoccupent avant tout; il voit dans l'avenir, comme successeur d'Auguste, un prince pour qui déjà le séjour de Rhodes n'est qu'un premier exercice de vengeance, de dissimulation et de débauches secrètes. S'il parle de Livie, c'est pour montrer en elle tous les caprices dominateurs de son sexe : il faudra donc, dit-il, ramper sous une femme et sous deux enfants qui pèseront sur la république en attendant qu'ils la déchirent! Quant à Suétone, ce ne sont point ces pensées qui le préoccupent lorsqu'il en arrive à raconter la mort d'Auguste, il ne croit pas le moins du monde Livie coupable de sa mort; loin de là, il vous dira comment les deux époux se prodiguaient de mutuelles tendresses; puis arrivent les historiettes en vogue de son temps : comme quoi Auguste se fit apporter un miroir et se fit peigner les cheveux pour se donner un meilleur air. Dion Cassius est à la fois un écrivain politique, ou du moins un aspirant à ce titre, et un conteur d'histoire; mais crédule par-dessus tout, tient à ne rien omettre; lui aussi mentionne l'anecdote de la vie humaine considérée par Auguste comme une comédie, et c'est à lui qu'on doit l'histoire des figues empoisonnées, qu'il donne du reste pour ce qu'elle vaut. Mais ce qu'il veut surtout bien faire connaître, c'est l'enchaînement des présages qui annoncèrent la mort de César Auguste; pour lui, c'est une croyance profonde; toutefois il n'épargne pas les réflexions politiques en ce qui concerne Livie, non pas qu'il la regarde comme coupable, pour lui c'est une ambitieuse; et si, dit-il, elle cacha d'abord la mort d'Auguste, c'était pour donner à Tibère le temps d'arriver et de s'emparer du pouvoir.

(Sera continué).

que la syphilis infantile acquise est habituellement bénigne. Il lui suffira d'en appeler à l'expérience de ses confrères chargés à Lourcine du service de la salle Sainte-Thérèse, où sont traitées les petites filles victimes d'attentats à la pudeur, ou d'évoquer seulement le souvenir d'une épidémie qu'il fut appelé à soigner chez de jeunes israélites à propos de la circoncision, il y a quelque vingt-huit ou trente ans.

La syphilis infantile acquise, loin d'être exceptionnelle, ne fait que confirmer cette loi, qui domine toute la pathologie syphiligraphique : *La gravité de la syphilis est en raison inverse de l'intensité de la vie plastique.*

Bénigne chez l'enfant, déjà sérieuse chez l'adulte, elle est très-grave chez le vieillard. Je pourrais ajouter comme corollaire de la proposition capitale qui précède, qu'elle est généralement plus légère chez les individus pourvus d'embonpoint.

En rendant à la syphilis vaccinale ses droits pathologiques, l'Académie nous donne en même temps l'explication de certaines observations légendaires de syphilis congénitale. N'est-il pas évident que désormais nous n'accepterons qu'avec de légitimes restrictions ces merveilleuses histoires d'accidents syphilitiques, survenant non-seulement des mois, mais des années après la naissance.

La médecine légale elle-même ne doit-elle pas aussi remercier l'Académie, qui lui permet aujourd'hui d'expliquer par la vaccination les accidents survenus chez les enfants et transmis aux nourrices, sans que l'influence congénitale puisse être mise en cause?

Nous disons *congénitale* et non *héréditaire*, car, la contagion des accidents secondaires n'étant plus contestée, il devient facile d'expliquer les faits sans recourir à l'hérédité, et de supprimer désormais l'accouplement illogique et monstrueux des mots *contagion et héréditaire*, qui constituent un véritable barbarisme pathologique.

Ce préambule exposé, nous pensons que tout le monde sera d'avis, comme nous, que la syphilis vaccinale est moins rare qu'on ne le croit, et qu'elle est, en conséquence, souvent méconnue. Nous nous sommes donc demandé si les enquêtes qui ont porté jusqu'ici sur ces épidémies ont été dirigées avec une connaissance suffisante du sujet, et si les résultats assez piètres obtenus jusqu'alors ne devaient pas être rapportés à l'insuffisance des études. Nous en avons conclu que les recherches étiologiques ayant pour but, dans les épidémies de syphilis vaccinale, de remonter à l'origine de la contagion, et de retrouver l'enfant à incriminer, devront être dirigées désormais dans un tout autre sens, sous peine, comme il est arrivé jusqu'ici, de faire fausse route et de ne pas aboutir. C'est jusqu'à présent le vaccinifère que l'on poursuit, tandis que le plus souvent, loin d'être le plus coupable, il est victime.

Nous l'allons démontrer tout à l'heure, en passant à l'étude des origines de la syphilis vaccinale.

Elle peut provenir de trois sources : 1° du vaccinateur, 2° du vaccinifère, 3° des vaccinés.

1° *Du vaccinateur*, par un instrument malpropre, ou par la salive de l'opérateur, obligé de délayer du vaccin desséché, dans le cas où il serait atteint de syphilides buccales ulcérées.

On sait que pour n'être pas très-fréquent, ce fait peut néanmoins se présenter quelquefois : les accoucheurs et les sages-femmes qui pratiquent le plus souvent la vaccination pouvant être atteints de syphilis dans l'exercice de leurs fonctions.

2° *Du vaccinifère.* C'est sur cette origine que se sont jusqu'ici concentrées les recherches. M. le docteur Viennois, dans un travail d'ailleurs digne de tout éloge, a cherché à établir que c'est au sang et non au liquide vaccinal qu'il faudrait rapporter la contagion : d'où il suivrait qu'en ouvrant les pustules sans les faire saigner, on se mettrait à l'abri de tout accident. Malheureusement le contage syphilitique ne vit pas seulement dans le sang.

Si j'avais à risquer une hypothèse, peut-être une vérité, je dirais que c'est surtout avec la lymphe que chemine le virus syphilitique : ce qui expliquerait comment il n'existe que trois produits de l'économie qui lui servent de véhicule et transmettent la contagion : *la lymphe, le sang et le pus*, qui tous trois ont un élément commun, *le leucocyte.*

Mais je ne veux pas me perdre plus longtemps dans les régions nuageuses de la pathogénie, et acceptant comme à l'abri de tout conteste la transmission de la syphilis par les fluides du vaccinifère, je veux simplement déposer une question que je n'ose résoudre, mais qui ne doit pas moins se présenter à l'esprit des médecins comme un point d'interrogation des plus sérieux.

Dans la plupart des épidémies de syphilis vaccinale, non-seulement le vaccin est incriminé, et nous ne le défendons pas, mais le premier enfant inoculé avec le vaccin suspect devient à son tour vaccinifère, et vaccinifère susceptible de transmettre la syphilis. Or, la syphilis a une incubation certaine, incubation que depuis l'écroulement de l'édifice doctrinaire de M. Ricord, personne, pas même le grand prêtre de la syphilis, ne songe à nier. Que ses adeptes, plus royalistes que le roi, aient inventé le chancroïde comme trait d'union entre deux maladies complétement et absolument distinctes, la chancrelle et le syphilin; qu'ils aient trouvé le pseudo-chancre, qui n'est qu'une syphilide locale des organes génitaux, rien d'étonnant, puisque le Ricordisme ne s'est guère occupé des lésions locales de l'appareil génital, et a permis à ses défenseurs de réinventer de bonne foi la poudre, c'est-à-dire des faits connus de tous les syphiligraphes sérieux, et décrits par tous les dermatologues comme accidents secondaires et tertiaires. Il n'en est pas moins aujourd'hui incontestable que la syphilis incube, et que même en faisant la part de ces incubations, d'une durée invraisemblable, et qui ne sont que des syphilides ecthymateuses ou tuberculeuses ulcérées, il n'en est pas moins certain, dis-je, qu'aujourd'hui, entre le rapprochement sexuel suspect et l'apparition de l'érosion squamo-croûteuse initiale, il s'écoule un temps qui peut varier de 10 à 50 jours : admettons 8 jours, terme que je n'ai jamais rencontré en 10 ans, comme l'époque la plus rapprochée, et nous arrivons à cette conclusion étrange et digne d'attention : un enfant vacciné avec un fluide vaccinal contaminé pourrait transmettre au septième jour une syphilis, dont il n'a encore aucun signe apparent, car en prenant un terme de huit jours, j'ai réduit l'incubation habituelle, qui varie de 15 à 21 jours. Il me paraît, je l'avoue, très-problématique qu'une maladie contagieuse soit transmissible pendant l'incubation; j'ignore s'il existe des faits positifs, je ne connais, pour ma part, que des observations négatives; mais il n'est pas impossible que la syphilis infantile, dont les périodes se précipitent et se confondent par une sorte de subintrance, qui n'a point échappé à l'un des commissaires de l'Académie, M. Roger, dans son mémoire sur la syphilis congénitale; il n'est pas impossible, dis-je, que chez l'enfant la syphilis ne présente une incubation d'une brièveté exceptionnelle. Toutefois, s'il est permis de conclure du général au particulier, je dirai, d'après mon expérience personnelle, que la syphilis, telle qu'il m'a été donné de l'observer depuis dix ans, est toujours une et identique à elle-même : les différences sont plus apparentes que réelles, et trouvent leur explication bien plus dans l'hygiène et les habitudes du malade que dans la nature et le caractère pathogénique de la maladie.

Je crois donc, dans l'état actuel de nos connaissances syphilographiques, qu'il importe de revoir et de contrôler sévèrement ces épidémies de syphilis vaccinale survenues de seconde main, c'est-à-dire à la suite de vaccinations pratiquées avec le vaccin inoculé sept jours auparavant avec un fluide suspect. Mais je n'insiste pas davantage, et en laissant planer le doute le plus accentué sur ce mode de provenance, je passe à la troisième source de contagion, celle :

3° *Des vaccinés.* — Je suis loin de me faire illusion sur l'étrangeté et sur la nouveauté de cette proposition. Si cependant on veut bien réfléchir au mode de transmission de la lues, si l'on n'oublie pas les recherches et les inoculations positives si intéressantes de M. Bellizzari, de Florence, avec le sang extrait de la veine d'une syphilitique, on sera moins porté à l'étonnement en face de ma proposition. Voyons, avec le manuel opératoire actuellement en usage, comment les choses se passent dans la vaccination vulgairement pratiquée : Le médecin choisit, après un examen plus ou moins minutieux et approfondi, un enfant vacciné depuis cinq à sept jours, et d'après l'état général de la santé et le développement régulier des pustules, il en fait un vaccinifère. Je dois dire que dans les vaccinations en masse, pratiquées dans les mairies de Paris, cette élection des sujets qui doivent fournir le vaccin se fait généralement d'une façon très-sérieuse et très-attentive. Le sujet choisi est placé à gauche du médecin, l'opérateur déchire avec sa lancette l'une des pustules, et après avoir chargé son instrument du liquide vaccinal, il l'insère sous la peau de l'enfant qu'on lui présente, revenant après chaque piqûre appliquer de nouveau, pour la recharger, sa lancette sur la pustule du vaccinifère. Mais cette lancette, en pénétrant dans les tissus du vacciné, s'est chargée de lymphe ou de sang qu'elle rapporte avec elle sur la pustule ouverte, si bien qu'il s'établit ainsi entre le vaccinifère et le vacciné un échange de la lymphe, celle du premier servant de véhicule au vaccin, l'autre pouvant servir au transport de toute autre chose, et en particulier, de la syphilis. D'où cette conclusion rigoureusement et expérimentalement vraie, que *le vaccinifère peut être infecté par la vaccine.*

Si maintenant on veut bien réfléchir qu'un seul vaccinifère peut fournir du vaccin à 10 ou 15 enfants, on comprendra facilement combien sont grandes pour lui les chances de contagion, puisqu'il suffira que, parmi ces 10 ou 15 enfants, un seul soit syphilitique, pour que le malheureux vaccinifère soit infecté par l'échange des liquides organiques.

Mais le vaccinifère une fois contagionné par l'application de la lymphe ou du sang syphilitique sur la pustule qui fournit le vaccin, tout n'est pas fini, car tous les enfants qui vont venir puiser à cette pustule, désormais contaminée, vont être atteints à leur tour, et se seront en quelque sorte infectés réciproquement par l'intermédiaire du vaccinifère, leur première victime, et la contagion continuera ainsi, jusqu'à ce qu'en ouvrant une nouvelle pustule vaccinale, le médecin change les conditions et n'inocule plus que le vaccin sans syphilis.

Supposons, pour rendre ma pensée plus nette et plus compréhensible, supposons dis-je, un vaccinifère sain et 10 enfants à vacciner dont le n° 5, par exemple, sera syphilitique.

Pour les 4 premiers, vaccination pure, exempte de syphilis.

Pour le n° 5, développement normal de la vaccine, apparition concomitante ou plutôt postérieure de manifestations syphilitiques, mais sans chancre infectant à l'endroit où la vaccination a été pratiquée.

Pour les numéros suivants : vaccine plus ou moins régulière, mais apparition à la place des pustules vaccinales, après une incubation de dix à quarante jours, d'un ou plusieurs chancres infectants, accompagnés d'adord d'adénites axillaires, indolentes, et suivis plus tard d'accidents généraux.

Mais, si arrivé au n° 9, je suppose, le médecin, trouvant la première pustule épuisée, en ouvre une seconde, après avoir préalablement nettoyé sa lancette, cet enfant portant le n° 9, et le 10, qui le suit, vont être indemnes de syphilis et se trouveront placés dans les mêmes conditions que les quatre premiers numéros.

C'est ainsi, en effet, que les choses se passent dans les épidémies observées jusqu'ici, c'est ce qui explique cette confusion apparente, ces exceptions contradictoires, dont les observateurs n'ont pu se rendre compte, et qui ont rendu infructueuses les enquêtes en apparence les mieux et les plus savamment dirigées.

Je n'ai parlé que du vaccinifère servant pour ainsi dire de substratum, de lieu de dépôt du contage syphilitique, et que, pour emprunter à M. Ricord une expression heureuse, on pourrait appeler vaccinifère vase ; mais il saute aux yeux qu'avec l'emploi des plaques de verre comme véhicule de vaccin, le même Manuel opératoire produira les mêmes résultats, puisqu'au lieu de ramener incessamment la lancette du vacciné au vaccinifère, comme précédemment, c'est du vacciné à la plaque de verre que se feront le transport et l'échange des liquides virulents. Ce que j'ai dit plus haut est donc entièrement applicable à la vaccination par les plaques de verre, comme mode d'infection des vaccinés entre eux, en tenant compte toutefois de la possibilité de la contamination du vaccin par la salive du vaccinateur atteint de syphilide buccale ulcérée, ainsi que je l'ai établi au début de cet article.

N'est-il pas évident, et n'est-ce pas la conclusion logique et rigoureuse de ce qui précède, que la vaccine animale ne met pas les vaccinés à l'abri du mode de contagion que je viens de décrire? Le même manuel opératoire, quand il met en œuvre le cow-pox naturel, n'est-il pas la source des mêmes inconvénients, et les deux vaccines ne sont-elles pas sur la même ligne au point de vue de la contagion de la syphilis? Si quelqu'un de mes lecteurs en doutait encore, qu'il veuille bien méditer l'observation suivante :

En 1865, si je ne me trompe, j'appris qu'il existait dans le service d'un de mes bons amis et collègues, à l'hôpital Saint-Antoine, un cas de syphilis vaccinale. Je m'empressai d'aller vérifier le fait; il n'y avait pas doute possible : chancre infectant type, du bras droit au-dessus de l'insertion deltoïdienne, adénite axillaire, indolente, roséole et syphilide papuleuse généralisée, ecthyma du cuir chevelu, adénite cervicale; enfin, une réunion de symptômes ne laissant prise à aucune équivoque. Or, voici ce qui s'était passé quelque dix semaines auparavant : Il y avait, dans le service, des nouveau-nés à vacciner, dont quelques-uns suspects, au dire de mon excellent collègue.

On fit venir la génisse au cow-pox, puis on procéda à la manière ordinaire, c'est-à-dire de la façon suivante :

La pustule de cow-pox, préalablement ouverte, on y appliqua une pince à pression continue, qui en fit sourdre le liquide à inoculer. Celui-ci fut recueilli sur une sorte de spatule ou palette, et c'est sur cette spatule, ainsi chargée à la main, que l'opérateur commença ses vaccinations. Il allait alternativement du vacciné à la spatule rechargeant sa lancette et mélangeant ainsi, sur cette sorte de palette, la lymphe et le sang de l'enfant au cow-pox précédemment exprimé des pustules. Quand la vaccination des enfants fut terminée, on crut devoir faire subir cette opération à une jeune femme récemment entrée dans les salles et atteinte de fièvre typhoïde grave. Tout se passa suivant l'usage; les enfants, au bout de quelques jours, partirent avec leurs mères, et l'on n'en retrouva plus les traces; mais la fièvre typhoïde, confirmant le pronostic du médecin, fut longue, et la convalescence laborieuse. C'est alors qu'un jour, en découvrant le bras de la malade, on y trouva, non pas des traces de vaccin, mais une ulcération croûteuse noire, à base indurée, sur laquelle on n'eut pas le temps d'émettre un doute, tant les accidents généraux arrivèrent promptement confirmer le diagnostic. *En vaccinant la femme, on lui avait inoculé la syphilis.* Comment? Après les développements que j'ai donnés, tout le monde le comprendra. Je ne veux pas insister davantage. J'ai voulu simplement rédiger une sorte de questionnaire à l'usage des investigateurs à venir, formuler pour ainsi dire des instructions pour que, dans les épidémies futures de syphilis vaccinale, chacun de mes confrères puisse immédiatement porter son attention sur les points obscurs et cependant très-intéressants, et éclairer ainsi, en l'illuminant dans ses profondeurs, une des questions les plus importantes de l'hygiène publique. Jusqu'à ce jour, le tort des relations écrites est de porter sur des faits tardivement observés, et d'avoir à décrire, par suite du longtemps écoulé, des physionomies morbides tellement frustes qu'il est difficile de leur donner un nom.

Enfin, au point de vue de la question spéciale qui occupe l'Académie, celle du parallèle entre les deux vaccines jennérienne et animale, j'ai voulu démontrer simplement les trois propositions suivantes :

Avec le manuel opératoire actuellement en usage :

1° Le choix d'un vaccinifère indemne de syphilis ne met pas les vaccinés à l'abri de l'inoculation de la vérole.

2° L'emploi de plaques de verre chargées de vaccin provenant d'un enfant sain n'est pas plus efficace.

3° Enfin, l'emploi du vaccin de génisse, toujours bien entendu, en vaccinant comme on le fait aujourd'hui, n'offre pas plus de garanties contre l'inoculation de la syphilis.

Il est donc urgent, si j'ai pu parvenir à convaincre tous mes lecteurs, de changer la manière actuelle de vacciner, afin de se mettre à l'abri d'au moins deux éléments de contagion : celle des vaccinés entre eux directement, comme dans la vaccine animale, ou médiatement, c'est-à-dire par l'intermédiaire du vaccinifère.

Le moyen préservatif est très-simple ; puisque c'est en ramenant la lancette du vacciné au vaccinifère, et réciproquement, que se fait le transport du virus, il suffira d'employer, pour chaque piqûre, un instrument qui ne serve qu'une fois. J'emploie, depuis nombreuses années, à l'hôpital du Midi, pour mes inoculations, des épingles en fer à tête d'émail qui ne servent qu'une fois et pourraient être utilement et heureusement substituées à la lancette. Ces épingles ne coûtent que 1 fr. 80 c. la grosse, soit 15 centimes la douzaine. Elles pourraient d'ailleurs servir plusieurs fois en prenant la précaution, soit de les tremper dans une solution acide ou alcaline caustique, soit de les faire rougir à la flamme d'une lampe à alcool. La question, du reste, est beaucoup moins celle du *modus faciendi* que celle du résultat à obtenir. Il importe peu de quelle façon on opère, pourvu qu'on se mette à l'abri des causes de contagion que j'ai signalées; j'ai montré où était l'ennemi : *Caveant consules.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Muséum d'histoire naturelle. — M. Visco (Émile) est nommé préparateur (4e classe) au laboratoire d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle pour le matériel.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Émery, docteur ès-sciences, suppléant de la chaire d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Clermont, est chargé du cours de minéralogie, géologie et botanique à la Facuté des sciences de Dijon.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Faivre, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Lyon, est nommé doyen de cette Faculté, en remplacement de M. Jourdan, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Fabre, professeur de chimie médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1869-1870, par M. Roustan, suppléant à ladite École.

— *École pratique des hautes études.* — MM. Moquin-Tandon et Marion, licenciés ès sciences naturelles, sont nommés élèves de l'École pratique des hautes études.

— Le gouvernement roumain vient d'instituer officiellement une Faculté de médecine à Bucharest.

— *Hôpital Saint-André de Bordeaux.* — Les divers concours près de cet hôpital viennent de se terminer par la nomination de :

M. Roy de Cotte, au titre de 1er interne ; MM. Guillou, Dupin, Lapeyronie, Dussutour et Piéchaud, au titre d'interne ; MM. Franck, Bellouard, Durodier, Bossuet, Duboul et Laurent, ont été nommés élèves-adjoints.

— Une chaire d'anthropologie vient d'être créée à Florence en faveur du professeur Mantegazza, déjà professeur de physiologie à l'Université de Pavie.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 17 décembre 1869, à 3 heures et demie du soir, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour : 1° De la contraction reflexe ascendante par traumatisme articulaire, par M. Duchenne (de Boulogne) ; 2° Lecture de M. Durozier ; 3° Discussion sur l'assistance des femmes en couches.

— Le docteur Stopin recommencera son cours d'accouchements le jeudi 16 décembre, à sa clinique, n° 6, rue des Quatre-Vents.

Les leçons auront lieu tous les jours, sauf les mercredis, à huit heures et demie du soir.

On s'inscrit rue de Seine, n° 49.

— M. le docteur Ladreit de la Charrière nous écrit que c'est par erreur qu'on a pu annoncer sa nomination comme médecin du dépôt des condamnés. Cette nouvelle n'a aucun fondement.

NOS ÉTRENNES

1° Le Jardin de la France, album des 50 plus belles vues des bords de la Loire, depuis son embouchure jusqu'à sa source : châteaux, villes, monuments, sites remarquables, etc., accompagnée de 50 notices sur chaque sujet ; dessins et gravures sur acier par MM. Rouargue frères. — Un beau volume grand in-4°, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 75 fr. net pour nos abonnés, 16 fr.

Expédié *franco* dans toute la France, 18 fr. 50.

2° Galerie historique de la Révolution française (1789-1793). Album de 50 portraits en pied, avec notices biographiques des personnages les plus remarquables de cette grande époque. Un beau volume grand in-8° jésus, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 100 fr. net pour nos abonnés, 16 fr.

Expédié *franco* dans toute la France, 18 fr. 50.

3° Galerie historique de la Révolution (1830-1848). Album de 32 portraits en pied des personnages les plus remarquables et les plus célèbres, avec 32 notices historiques. Un beau volume in-4°, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 64 fr. net pour nos abonnés, 12 fr.

Expédié *franco* par toute la France, 14 fr. 50.

4° L'Autographe. Album de dessins, d'écritures et de signatures de nos plus grandes célébrités. — 1 vol. in-folio, oblong, richement cartonné.

Au lieu de 15 fr. net pour nos abonnés, 6 fr.

Franco dans toute la France, 8 fr. 50.

AGENDA MÉDICAL POUR 1870

CONTENANT

1° Un formulaire magistral, par Cazenave ; **2° Un Mémorial thérapeutique du Praticien**, par MM. Trousseau, Pajot et Diday ; **3° Code Médical et Professionnel**, par M. le docteur Legrand du Saulle ; **4° Premiers secours à donner en cas d'empoisonnement et d'asphyxie**, par le docteur Réveil ; **5° Résumé pratique des Eaux minérales**, contenant leur classification méthodique, ainsi que la désignation des maladies pour lesquelles on les prescrit avec le plus de succès, par le docteur Constantin James ; **6° Notice sur les Stations hivernales de la France et de l'étranger**, par le docteur De Valcourt.

Plus un Calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes ; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins des bureaux de bienfaisance ; les médecins inspecteurs des eaux minérales ; maisons de santé de Paris et des environs ; la liste des divers journaux scientifiques ; **les Facultés et Écoles préparatoires de Médecine de France, les Écoles de Médecine militaire et navale**, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de Médecine et les diverses Sociétés médicales ; des modèles de rapports et certificats ; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles.

Par une gracieuseté de l'éditeur, M. Asselin, une faveur est accordée sur le prix à tous nos abonnés. Il suffit d'adresser sa demande à la direction de la *Gazette des Hôpitaux*, en indiquant soigneusement le prix indiqué plus bas.

Prix :	Broché........	1 fr. 50 au lieu de	1 fr. 75
	Cartonné à l'anglaise...	1 fr. 75	—	2 fr. »
	Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille..........	2 fr. 60	—	3 fr. »

RELIURES DIVERSES

No 1.	Maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier.	2 fr. 75	au lieu de	3 fr. »
No 2.	— à patte avec crayon, doublé en papier......	3 fr. 25	—	3 fr. 50
No 3.	— — l'agenda divisé en 5 cahiers..............	3 fr. 50	—	3 fr. 75
No 4.	— — en un seul cahier, emboîté dans le portefeuille............	4 fr. 20	—	4 fr. 50
No 5.	— — l'agenda divisé en 5 cahiers..............	4 fr. 40	—	4 fr. 75
No 6.	— — et petite trousse......	4 fr. 50	—	5 fr. »
No 7.	— — id.............	6 fr. 25	—	7 fr. »
No 8.	— — id. avec fermoir maillechort...	8 fr. 20	—	9 fr. »

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL SAINTE-EUGÉNIE (M. Barthez). Hémiplégie alterne double. — ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE. — Correspondance. — Nouvelles. — Nos Étrennes.

Paris, le 15 décembre 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Un avertissement récemment donné par l'Administration du timbre à l'un de nos confrères de la presse médicale, à propos de la discussion même qui se continue en ce moment à l'Académie de médecine, nous force à garder le silence sur les projets de législation, impôt communal progressif, etc., imaginés et soutenus par les membres de la savante assemblée.

Dans le discours très-applaudi de M. Bouchardat, nous n'aborderons donc que la partie scientifique ; et nous devons dire que les premiers principes nous en paraissent très-contestables.

M. Bouchardat croit que dans les villes toutes les mères à peu près peuvent nourrir leurs enfants, sans dommage pour elles ni pour leurs nourrissons, lorsqu'on leur fait prendre des fortifiants, huile de foie de morue et le reste, et lorsqu'on a soin de les faire aider par une chèvre, si besoin est.

Leur conseiller jamais de prendre une nourrice, c'est à ses yeux faire acte de complaisance coupable.

Cela peut être, en certains cas ; mais le contraire est également vrai, et peut-être même aussi souvent.

Elles ne sont pas rares, même à Paris, les femmes qui s'obstinent à nourrir sans en être vraiment capables ; et le leur permettre, c'est signer l'arrêt de mort de leurs enfants ; j'en ai vu de nombreux exemples. Que de fois de pauvres petits êtres qui étaient nés pleins de vigueur se mettent à dépérir au bout de quelques jours, parce qu'ils ne trouvent pas dans le sein de leur mère la nourriture suffisante et saine : qu'on leur donne à temps une bonne nourrice, et on les voit renaître à vue d'œil, tandis qu'ils meurent si l'on essaye de prolonger le *statu quo* ou de trouver quelque moyen terme.

Généralement dans les provinces, on se fait une fausse idée des désirs qu'ont à ce sujet les Parisiennes. Dans la classe moyenne, elles ont ordinairement assez le sentiment maternel pour ne pas vouloir se séparer de leurs enfants. Elles y songeraient, que le respect humain les en empêcherait encore.

Reste donc le choix entre deux partis : nourrir soi-même ou prendre chez soi une nourrice.

Mais avoir chez soi une nourrice, ce n'est pas, à Paris, une petite affaire. Beaucoup de dames ne s'y résignent qu'à la dernière extrémité. Ce n'est pas tant le prix qui les arrête que la petitesse des appartements, et les exigences de ces femmes qu'on introduit dans son intérieur.

Aussi, à Paris, dans les classes moyennes, au moins pour le premier enfant, la plupart des femmes veulent-elles nourrir et nourrissent-elles si on ne les en empêche.

Qu'arrive-t-il? Faute, si l'on veut, d'avoir pris antérieurement assez d'huile de foie de morue, elles sont détestables nourrices, et il est trop tard pour leur donner une qualité qu'elles n'ont pas.

Les mêmes causes qui nous forcent à faire maintenant un large usage des excitants dans le traitement des maladies aiguës, la débilitation progressive de la race humaine dans les grandes villes, et en outre beaucoup de circonstances accessoires toujours actives, la susceptibilité nerveuse surexcitée depuis l'enfance, le défaut d'exercice en plein air, les bals, les spectacles, les passions et les émotions de toutes sortes, ont mal préparé à l'allaitement nos dames de Paris ; et c'est pourquoi les accoucheurs les plus distingués et les praticiens les plus répandus de la capitale ne sont pas complétement d'accord avec M. le professeur Bouchardat, soit en théorie, soit en pratique.

Dr VICTOR REVILLOUT.

Un de nos éminents confrères, M. le docteur Cordier, vient de publier un travail sur lequel nous devons appeler l'attention de nos lecteurs.

Sous le titre : *Les Champignons de France* (1), M. Cordier nous a retracé l'histoire, la description et la culture de toutes les espèces comestibles ou vénéneuses ou suspectes de notre pays.

Ce livre est donc appelé à rendre les services les plus grands au praticien. La beauté des planches tirées en couleur (chromolithographies) ne laissent rien à désirer. 60 planches reproduisent environ de 120 à 150 espèces de champignons, avec leur couleur naturelle, leurs coupes, leurs variations. Nous voici donc en possession d'une iconographie sérieuse, traitée avec le plus grand soin et d'un prix abordable.

Non-seulement les naturalistes, mais les praticiens, appelés si fréquemment dans nos campagnes à donner des soins ou des conseils à propos des champignons, regrettaient de ne pouvoir acquérir les collections iconographiques de champignons, collections maintenues à un prix exagéré en librairie. M. le docteur Cordier aura rendu un service véritable en propageant la connaissance des champignons, et il nous est impossible de ne pas dire ici que l'éditeur, M. J. Rothschild, n'a reculé devant aucun sacrifice pour publier dignement l'œuvre de M. Cordier.

Une chose surtout nous frappe dans cette publication, la facilité avec laquelle la personne même étrangère à la science peut être guidée par le seul examen de planches aussi fidèles, et c'est ce qui fera la fortune de ce livre.

Voir le champignon vénéneux et fuir tout ce qui lui ressemble, c'est acte de prudence ; mais cela ne suffit pas, car, aujourd'hui, nous en sommes toujours à demander aux caractères botaniques le seul moyen assuré de faire la distinction entre les espèces alimentaires ou vénéneuses. Récemment, M. le docteur Bertillon disait que, pour lui, la cuisson jouait un grand rôle sur la valeur alimentaire du champignon; que tel champignon cru était dangereux, mais perdait souvent toutes propriétés malfaisantes par la cuisson. Cette question est à l'étude et mérite de fixer nos recherches.

L'étude des champignons comestibles et vénéneux est une étude qui ne devrait pas être étrangère aux médecins ; le livre de M. Cordier facilitera beaucoup cette étude. Écrit avec soin, donnant le dernier mot de la science actuelle sur ce sujet, nous le recommandons comme un excellent guide ; nous dirons plus, comme le seul guide que nous puissions voir se propager aujourd'hui, grâce à la modicité relative de son prix.

Les Champignons de France, de M. Cordier, méritaient une mention spéciale, et nous ne serions pas étonné si le prix Montyon de l'Académie de médecine venait couronner une œuvre scientifique aussi utile, aussi bienfaisante et aussi heureusement traitée.

Dr E. LE SOURD.

(1) Un fort volume grand in-4° avec vignettes et 60 chromolithographies. — Paris, 1870. Prix : 30 francs.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BARTHEZ

Hémiplégie alterne double. — Tubercule de la protubérance annulaire et des pédoncules cérébraux. — Tuberculisation générale.

(Lu à la Société médicale d'observation, par M. SANNÉ.)

B..., Auguste, âgé de 4 ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Saint-Benjamin, service de M. Barthez, le 30 janvier 1868. Sa mère donne les renseignements suivants :

L'enfant s'est toujours bien porté jusqu'au milieu du mois de septembre de l'année 1867. A cette époque, sans cause connue, il a été pris de convulsions pendant lesquelles les membres se tordent, les pupilles se portent en haut, l'enfant perd connaissance et reste pendant des journées entières dans un état analogue au sommeil, puis il se réveille en manifestant une sorte de terreur. Pendant ces accès, la peau est chaude, la face est rouge.

Depuis le début des convulsions, l'enfant ne peut plus marcher seul; son intelligence a diminué beaucoup.

Depuis quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, il se sert avec peine de sa main droite.

Les renseignements sur la santé des parents manquent complétement.

Le 31 janvier, à la visite, nous trouvons un enfant assez bien développé, d'un embonpoint moyen. Les côtes sont un peu incurvées, les bosses frontales pariétales sont un peu exagérées, comme chez les rachitiques.

Le teint est brun, les yeux et les cheveux sont noirs.

La physionomie est empreinte d'une hébétude profonde. Le malade pousse de temps à autre des cris et des sons inarticulés. Il paraît cependant comprendre ce qu'on lui dit.

Quand on l'interroge sur l'endroit où il souffre, il applique sa main au niveau du sternum. Il montre sa langue quand on le lui demande; il exécute presque tous les mouvements qu'on lui prescrit.

Si on lui adresse quelques questions, il répond par des mots incomplets et des sons inarticulés.

Le côté droit de la face est abaissé ; les commissures labiales et palpébrales, ainsi que le pli naso-labial de ce côté, sont plus abaissés que leurs antagonistes.

La paupière supérieure gauche tombe en partie et diminue de moitié la portion visible de l'œil.

Ces phénomènes deviennent surtout manifestes pendant l'acte du rire ; la moitié droite de la face reste immobile, tandis que la moitié gauche se contracte énergiquement.

Les pupilles sont égales, mais légèrement dilatées. Il n'existe pas de strabisme.

La langue n'est pas déviée ; ses mouvements sont parfaitement libres.

La main droite est beaucoup plus faible que la gauche ; celle-ci serre avec beaucoup plus d'énergie que la droite. L'enfant saisit bien avec la droite les objets légers, mais ceux qui sont un peu lourds lui échappent immédiatement.

Il est dans l'impossibilité de marcher seul.

Les membres inférieurs sont faibles tous deux ; ils ne peuvent supporter le poids du corps. Quand on essaye de faire marcher le malade, la projection en avant des deux jambes manque complétement ; elles s'en vont irrégulièrement dans tous les sens. Il est alors difficile de voir quelle est la plus faible des deux ; mais quand l'enfant est couché, si on lui demande de lever ses jambes de manière à toucher la main qu'on lui présente, la jambe droite s'élève beaucoup moins haut que l'autre.

Pendant le repos, la jambe droite est étendue, droite et immobile, dans le lit, tandis que la jambe gauche est dans la demi-flexion, et présente de temps en temps quelques mouvements.

La sensibilité de la face est un peu obtuse, mais elle est égale des deux côtés ; aux membres supérieurs, elle est à peu près nulle ; elle est conservée aux jambes et aux cuisses, affaiblie aux pieds ; sur le tronc, elle semble normale.

L'action reflexe est conservée à la plante du pied gauche ; elle est nulle à droite.

Tel est le tableau des fonctions de relations de notre malade.

Les fonctions de la vie végétative s'effectuent régulièrement ; l'appétit est bon ; les garde-robes sont normales et régulières ; mais la défécation et la miction se font involontairement. Il n'y a pas de fièvre. Les appareils respiratoire et circulatoire sont sains.

Au bout d'un séjour très-court, l'enfant quitte l'hôpital. Il reste un mois absent.

Pendant ce temps, son état s'est singulièrement aggravé.

L'intelligence est presque complétement abolie ; le malade reste complétement étranger à tout ce qu'on lui dit ; cependant, il paraît reconnaître encore sa mère.

Il reste ordinairement dans son lit sans bouger ; mais, de temps à autre, il s'agite, paraît souffrir violemment, se débat et se mord profondément les doigts, la langue et les lèvres.

La paralysie, qui semblait exister sur le côté droit de la face, a disparu ; cependant les paupières sont fermées de ce côté.

Mais le côté gauche de la face est abaissé ; les paupières sont à demi-ouvertes ; le pli naso-labial et la commissure des lèvres sont au-dessous de leurs antagonistes.

Le mouvement est incomplet dans les deux bras, mais surtout dans le bras droit ; il en est de même pour les jambes.

La déglutition se fait avec peine ; les liquides seuls peuvent être avalés ; encore provoquent-ils la toux.

Le rectum et la vessie sont paralysés. Selles diarrhéiques et urines involontaires.

Anesthésie générale.

Les doigts de la main gauche sont couverts de morsures ; l'index et le médius sont littéralement hachés au niveau de la troisième phalange, et même sur la seconde.

Les ongles ont disparu ; les os sont à nu.

Il y a en même temps une fièvre intense ; la peau est chaude, couverte de sueur ; la face est colorée ; le pouls varie entre 130 et 140 pulsations.

L'enfant succombe au bout de cinq jours.

AUTOPSIE. — *Cerveau*. Les enveloppes du cerveau sont un peu congestionnées; les veines et les sinus sont gorgés de sang. La substance cérébrale des lobes est légèrement injectée.

Protubérance. Si l'on examine la protubérance par sa surface inférieure, on ne rencontre rien d'anormal ; mais si on la regarde par sa partie supérieure, on voit saillir, au niveau des tubercules quadrijumeaux, une tumeur qui efface complétement ceux du côté gauche et qui empiète sur le côté droit.

En pratiquant une coupe du mésocéphale, on rencontre un tubercule ayant le volume d'une noisette.

Cette tumeur occupe la partie antérieure du lobe gauche de la protubérance, sur une profondeur de 5 ou 6 millimètres ; elle franchit la ligne médiane et envahit la moitié du lobe droit, sur la même profondeur.

En avant, elle gagne le pédicule cérébral gauche, qu'elle pénètre dans toute son étendue, jusqu'à la couche optique, remplit l'espace interpédonculaire, puis entame la moitié environ du pédoncule droit.

En haut, la tumeur arrive à 2 millimètres du plancher du 4e ventricule ; elle occupe, en grande partie, les tubercules quadrijumeaux gauches.

En bas, elle respecte en grande partie l'étage inférieur de la protubérance.

Le produit est composé de matière caséeuse, il est enkysté et en voie d'élimination. Il est séparé de la substance cérébrale par un sillon, qui contient un peu de pus. La substance cérébrale environnante est rouge, et un peu ramollie dans une étendue de 1 millimètre.

Les nerfs qui émergent des pédoncules et de la protubérance sont sains.

Le bulbe et le cervelet ne présentent pas d'altérations.

Appareil respiratoire. Les poumons contiennent quelques gros tubercules caséeux non ramollis.

Les ganglions bronchiques sont très-tuberculeux.

La rate contient de nombreuses granulations demi-transparentes, sous le péritoine et dans l'épaisseur du parenchyme.

Vous avez remarqué, messieurs, dans le fait que je viens de vous rapporter, des troubles fonctionnels nombreux, complexes; voyons d'abord à quel type connu on peut les rattacher.

Nous examinerons ensuite les lésions rencontrées à l'autopsie, pouvant nous rendre un compte exact des faits observés pendant la vie. C'est là, je crois, l'intérêt que peut offrir cette observation.

La paralysie qui a frappé ce malade présente plusieurs caractères: elle a envahi tout le corps, mais elle a offert une prédominance incontestable sur la moitié gauche de la face et sur les membres du côté droit, puis elle a gagné le côté droit de la face et la moitié gauche du corps; de plus, elle a été incomplète partout, même dans les endroits qu'elle atteignait le plus. Il faut ajouter encore que la sensibilité était disséminée sur toute la surface cutanée.

Le malade n'est arrivé à cet état qu'au bout d'une maladie assez longue; l'aspect qu'il présentait au début était non-seulement moins grave, mais pouvant encore faire prévoir une lésion différente. La paralysie, à ce moment, occupait ou semblait occuper la moitié droite du corps.

En effet, tout le côté droit de la face était abaissé; les commissures labiales et palpébrales étaient au-dessous de leurs antagonistes. Lorsque l'on provoquait la vie du malade, cette déviation à gauche était plus prononcée encore.

Cependant il fallait, dès le début, se mettre en garde contre cette interprétation.

Du côté droit, en effet, les paupières se ferment et s'ouvrent parfaitement.

Du côté gauche, au contraire, il existe un certain degré de blépharoptose, et nous voyons, par la suite, cette prétendue paralysie droite de la face disparaître en partie, tandis que la paralysie du côté gauche s'étend des paupières à tous les muscles de la face. Il semble donc plus rationnel d'admettre, au début, une paralysie commençante de la 3e paire du côté gauche, et une contracture des autres muscles, non encore paralysés de ce même côté gauche: contracture qui provoquait l'élévation des traits de ce côté et simulait la paralysie du côté droit.

Dès cette époque, il y a déjà paralysie des membres droits et faiblesse relative des membres inférieurs gauches. C'est surtout lorsqu'on essaye de faire marcher le malade que cette faiblesse apparaît dans les deux côtés; les deux jambes s'en vont dans tous les sens; il est alors fort difficile de distinguer la plus paralysée des deux. Mais lorsque l'enfant est dans le décubitus dorsal et qu'il cherche à exécuter certains mouvements, la faiblesse plus grande de la jambe droite devient manifeste. L'action reflexe était conservée à la plante du pied gauche et nulle à droite.

L'anesthésie occupe aussi bien les pieds que les membres supérieurs.

L'intelligence était presque nulle au moment de l'entrée à l'hôpital; la parole était abattue et remplacée par des cris inarticulés et pénibles. Aucune paralysie des organes de la phonation n'était encore visible; la langue se mouvait librement et sans déviation; les mouvements de déglutition s'effectuaient sans obstacle.

Sur ces entrefaites, l'enfant quitte l'hôpital; il reste un mois absent et revient dans un état d'aggravation singulière.

C'est alors que l'on constate la disposition de la prétendue hémiplégie faciale droite, et l'existence d'une hémiplégie faciale gauche complète, qui est venue s'ajouter à la paralysie de la 3e paire.

A cette hémiplégie faciale gauche, s'est ajoutée une paralysie de la 3e paire droite annoncée par une blépharoptose complète de ce côté, en même temps qu'une paralysie de l'orbiculaire. L'anesthésie s'est étendue aux deux côtés de la face et à toute la surface du corps, comme le prouvent les morsures que l'enfant se fait aux lèvres, à la jambe et aux doigts de la main gauche.

Le mouvement s'est affaibli dans tous les membres, mais surtout à droite. La vessie et le rectum se sont paralysés.

En résumé, le malade nous a présenté deux hémiplégies alternes, entrecroisées en X, incomplètes toutes deux pour le mouvement, complètes pour la sensibilité, celle de droite à gauche du mouvement étant beaucoup plus faible que l'autre.

La corrélation existe-t-elle entre les symptômes décrits et les lésions offertes par l'examen cadavérique?

Depuis les travaux de M. Gubler sur l'hémiplégie alterne, cette forme de paralysie est considérée comme la caractéristique des lésions unilatérales de la protubérance.

La décussation des nerfs faciaux dans l'épaisseur de la protubérance est la clef du mécanisme qui préside à ces troubles fonctionnels.

Le fait anatomique étant admis, à savoir que les nerfs de la 7e paire s'entrecroisent dans la protubérance, tandis que les nerfs destinés aux membres ne s'entrecroisent que dans le bulbe, il devient facile à comprendre que les lésions situées au-dessus du point d'excoriation se traduiront par une paralysie du côté du corps opposé à la lésion, tandis que les lésions placées au-dessous du même point, trouveront le nerf facial déjà entrecroisé, et saisiront les faisceaux nerveux destinés aux membres avant leur décussation; ces dernières donneront donc lieu à une paralysie faciale du côté de la lésion, et à une paralysie des membres du côté opposé, c'est-à-dire à l'hémiplégie alterne.

Dans le fait qui nous occupe, les choses ne se sont pas produites d'une manière aussi simple. Nous avons à considérer, en effet, une hémiplégie alterne double, avec deux nerfs de la 3e paire, et enfin, une anesthésie de tout le corps.

La tumeur n'occupait pas seulement un lobe du mésocéphale, elle envahissait toute la partie antérieure du lobe gauche sur une très-petite profondeur, puis la moitié du lobe droit, sur la même profondeur; elle s'avançait de là dans le pédoncule cérébral gauche, qu'elle occupait dans toute sa longueur et sa largeur, jusqu'aux couches optiques, remplissant l'espace inter-pédonculaire, puis entamait la moitié environ du pédoncule droit.

Dans ces différentes régions, il est à remarquer que la tumeur occupait la partie supérieure, c'est-à-dire la substance grise, et respectait, dans une mesure remarquable, l'étage inférieur, c'est-à-dire les fibres destinés au mouvement.

Ces détails anatomiques nous expliquent les troubles fonctionnels qu'a présentés le malade.

La lésion du pédoncule rend compte de la double paralysie des nerfs de la 3e paire, qu'elle atteint au niveau de leurs organes apparents.

Quant à l'hémiplégie faciale gauche, elle est probablement sous la dépendance de la lésion du mésocéphale. Vous avez remarqué déjà que cette lésion occupe la partie antérieure du lobe gauche et une certaine partie du lobe droit.

Or, le point où se fait la décussation des nerfs de la 7e paire est encore mal connu. M. Gubler pense que ce sont les tumeurs de la portion bulbaire de la protubérance qui donnent lieu à l'hémiplégie alterne, et il cite, à l'appui de cette opinion, un nombre imposant de faits.

Messieurs, l'observation que j'ai eu l'honneur de vous lire vient appuyer la théorie de M. Gubler; quant au mécanisme de l'hémiplégie alterne, il montre, aussi bien que les altérations, la portion antérieure de la protubérance, donnant lieu également à cette forme de paralysie.

En effet, la masse tuberculeuse occupe la partie antérieure gauche de la protubérance et une petite étendue du lobe droit. Il semble que la présence de la tumeur dans le lobe gauche ait été la cause de l'hémiplégie gauche de la face et de l'hémiplégie droite des membres. En se prolongeant dans une partie du lobe droit de la protubérance, dont elle occupe surtout l'étage supérieur, elle a produit, en outre, une hémiplégie faciale droite, très-incomplète, et une hémiplégie incomplète des membres gauches.

Si la paralysie du mouvement a été incomplète, par contre, la paralysie de la sensibilité a été complète, aussi bien à la face qu'aux membres.

Ce fait ne surprend pas, quand on voit les altérations de la substance nerveuse porter en grande partie sur l'étage supérieur, sur la partie qui préside à la sensibilité.

Il me reste, en terminant, à exprimer un regret. L'état de délire dans lequel se trouvait le malade, joint à la paralysie de la vessie, n'a pas permis d'effectuer l'examen des urines. La proximité que les lésions affectaient avec le plancher du quatrième ventricule a pu imprimer aux produits excrétés des modifications spéciales.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 14 décembre 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCF OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une réclamation du conseil central d'hygiène du département de Seine-et-Oise contre une insertion du rapport général des épidémies de 1868, relativement à la mortalité exercée par le choléra dans deux communes de ce département ;

2° Un rapport de M. le professeur Tourdes, de Strasbourg, sur l'état sanitaire du département du Bas-Rhin pendant l'année 1869. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON-OFFICIELLE.

La correspondance non-officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bertillon, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section des associés libres.

2° Une note sur le diagnostic des fièvres pernicieuses, par M. le docteur Léon Colin. (Commissaires : MM. Fauvel et Lévy.)

3° Une note sur le protoxyde d'azote, par M. Duchesne, dentiste.

4° Un travail de M. Péan, concernant un nouveau mode d'occlusion des solutions de continuité de l'intestin. (Commissaires : MM. Richet et Gosselin.)

5° Une nouvelle note de M. Descamps, dentiste à Constantinople, sur le rhyzaphore destiné à arracher les racines des dents.

6° Un mémoire de M. le docteur Dechamps, de Montluçon, sur le parallèle des maladies récentes du col de l'utérus et de l'ancienne hystérie. (Commissaires : MM. Danjau, Depaul et Devilliers.)

7° Une note de M. Hoffman, pharmacien à Paris, sur l'emploi de l'eau de chaux dans l'allaitement artificiel. (Commission de la mortalité des enfants.)

8° Une note de M. le docteur Jacquart sur un nouveau porte-caustique de son invention.

M. Jacquart soumet à l'approbation de l'Académie un nouveau porte-caustique à l'azotate d'argent.

C'est, dit-il, un tube en argent ou en platine, dans lequel entre à frottement un crayon de nitrate d'argent. Ce tube est percé latéralement de trois fenêtres ovalaires allongées, qui permettent au caustique d'agir dans le même sens sur les tissus avec lesquels on le met en contact.

Il est terminé par un cul-de-sac troué par une ouverture circulaire d'un diamètre moindre que celui du tube, et fait saillie de seulement quelques millimètres, serti en quelque sorte par les bords de cette ouverture.

Un pas de vis à l'union du porte-nitrate avec le manche, permet d'immobiliser le crayon et de rendre le recul impossible, comme il permet aussi de le rendre saillant. Un coup de lime douce, comme celles dont se servent les dentistes, ou le jeu de la vis suffit pour rétablir les parties dans des rapports convenables, quand le crayon vient à s'user.

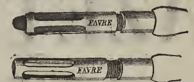
Voici donc, pensons-nous, un perfectionnement incontestable réalisé par notre instrument. Désormais, plus de danger de casser le crayon en cautérisant la gorge.

Mais nous appliquons la vis à l'ancien porte-crayon, et quand on cautérisera la surface interne du col utérin, on ne sera plus exposé à voir rentrer le caustique dans le porte-crayon, de manière à ce que le résultat soit nul. On peut réunir sur le même instrument l'ancien et le nouveau porte-caustique, en fixant l'un sur la vis, et en mettant l'autre dans la loge ordinaire de la pierre de réserve.

Tel est l'instrument dont j'ai confié le dessin à M. Favre, qui l'a réalisée avec autant d'intelligence que de précision.

Le cliché A représente l'instrument sans pierre.

Le cliché B représente l'instrument avec pierre.



8° Un pli adressé par M. le docteur Hardon.

PRÉSENTATION

M. HUGUIER présente une brochure de M. le docteur De Cabatte, médecin à Poitiers, sur les anesthésiques en général et le protoxide d'azote en particulier.

M. BUCY dépose sur le bureau une brochure de M. Kœrm, préparateur à l'École de pharmacie, sur les alcaloïdes du quinquina.

M. FAUVEL présente, au nom de M. Dumon (de Caen), une note sur l'allaitement artificiel.

M. CLOQUET présente un mémoire de M. Carret (de Chambéry) sur l'insalubrité des poêles en fonte.

M. COLLIN, à propos du procès-verbal, insiste sur le fait du développement du charbon, chez les jeunes animaux, contesté par M. Leblanc. Il a consulté à ce sujet deux vétérinaires de la Beauce, fort expérimentés, et qui, tous deux, ont appuyé ses conclusions de faits et même de statistiques. Le charbon peut se produire chez les animaux de tous les âges; s'il n'existe jamais chez les très-jeunes agneaux, c'est qu'ils naissent en hiver et ne prennent le charbon que lors des chaleurs.

M. BLOT doute des observations fournies par M. Collin. Il lui semble que l'axiome de M. Collin, qui rend possible le charbon à tous les âges, doit être exagéré, puisque M. Leblanc, dont chacun connaît l'expérience et la science, a déclaré n'avoir jamais vu d'exemples de charbon arrivés chez les animaux extrêmement jeunes. Il demande donc à M. Collin d'être un peu plus précis dans ses allégations, et de vouloir spécifier dans quels cas et dans combien de cas il a vu le charbon se produire chez des génisses de trois à quatre mois.

M. COLLIN affirme avoir vu des cas de ce genre, non pas dans les environs de Paris, où le charbon est très-rare, mais dans le département de la Haute-Saône, où il est beaucoup plus fréquent, et où M. Collin passe chaque année quelque temps. M. Berrier (de Provins), en a aussi vu des exemples. Cependant on doit ajouter que le charbon des animaux très-jeunes est assez rare.

Suite de la discussion sur les nouveau-nés.

M. BOUCHARDAT. J'ai longtemps hésité avant de prendre la parole, et je ne la prends aujourd'hui que pour approuver tout d'abord le rapport, ainsi que la réglementation compliquée proposée par M. Devilliers. Il y a de bonnes choses dans cette réglementation, beaucoup de bonnes choses. Peut-être y a-t-il là quelques mesures à supprimer. Mais ce n'est pas sur ces détails que doit porter la discussion. Ce sur quoi je veux insister, c'est que, quelque bonne que soit une réglementation, quelque bien même qu'on l'applique, elle est toujours plus ou moins inutile, et le peu qu'elle fait ou peut faire n'est rien en comparaison des maux immenses qu'elle ne peut empêcher dans la question qui nous occupe.

Je me bornerai, à ce sujet, à vous citer un exemple. Messieurs, la réglementation est merveilleuse dans les environs d'Avallon. Rien n'a été négligé : le choix des nourrices, les inspecteurs qui vont les visiter à domicile, les médecins, les maires, qui s'occupent avec un soin tout particulier à surveiller et à soigner les nouveau-nés, et malgré tout cela, malgré tous cet état major sanitaire, si je puis m'exprimer ainsi, les enfants meurent, et ils meurent dans une proportion considérable.

Quelle est donc, en laissant la réglementation, toute utile qu'elle soit, de côté, le véritable nœud de la question, ou, en d'autres termes, quelle est la source du mal? Et une fois connue la cause des malheurs continuels que nous avons à déplorer, quel est le grand remède que nous avons à lui opposer, ou du moins, quels sont les palliatifs plus ou moins efficaces dont nous disposons?

Messieurs, la cause, la grande cause du mal, c'est la femme, ou, si vous voulez, c'est *l'absence ou l'insuffisance pour l'enfant du lait maternel*. Le grand remède consiste à *augmenter la production du lait maternel*. Quelles sont, en effet, les causes de mort pour les nouveau-nés? C'est la faim, le froid et la misère physiologique qui en est la conséquence. Et comment défend-on les enfants du froid? Par le lait de la mère qui crée et accroît chez eux le calorique vital. Les petits soins donnés par les mères, les couvertures, mais avant tout le lait, le sein maternel, voilà les grands moyens à employer pour défendre les enfants du froid. Quant à la faim, il est clair que c'est le lait qui est l'aliment qui convient le mieux à l'estomac des nourrissons. Je dirai plus, c'est l'unique aliment possible et réparateur à l'époque de la dentition, époque à laquelle les enfants refusent le plus souvent toute autre nourriture. Aussi, les sevrer avant cette époque est-il la plus grande des imprudences.

C'est de la faim et c'est du froid que découle le plus souvent cette *misère physiologique* qui entraine tant de maux à sa suite, et dont le grand remède est le lait maternel.

Sans doute les inconvénients que je décris n'existent guère pour les enfants des riches, qui ont chez leurs mères de bonnes nourrices qui les remplacent souvent avantageusement. Mais le pays qui envoie les nourrices à Paris, que devient-il? Messieurs, c'est là qu'on peut observer tout à l'aise le rachitisme et la misère physiologique des malheureux enfants qu'ont abandonnés leurs mères pour un peu d'or. Il nous arrive alors, à nous autres médecins, des constitutions d'enfants complétement délabrées et dont on ne peut plus rien tirer. Je le sais, on peut employer encore alors un remède merveilleux, c'est la viande crue. — Elle sauve beaucoup d'enfants; mais, même dans ce cas, elle laisse les constitutions atteintes pour toute la vie, et prépare ainsi pour l'avenir de bien pauvres générations.

Que convient-il donc à nous de faire? Je puis bien dire à nous, car c'est bien souvent alors au médecin qu'il faut s'en prendre. On

exempte beaucoup trop facilement les mères de nourrir, et beaucoup de nos collègues, pour être ainsi agréables aux dames de Paris, préparent pour les provinces qui fournissent les nourrices d'incalculables maux. — M. Depaul, si savant du reste, partage, je crois ces opinions un peu larges qui exemptent si facilement les mères de leurs devoirs, et cela inutilement.

M. DEPAUL. Je demanderai à M. Bouchardat les chiffres et les faits sur lesquels il se base pour juger qu'il est inutile, pour ces femmes affaiblies, de les exempter de l'allaitement. J'ai à ce sujet des opinions complétement contraires aux siennes, et j'ai vu des inconvénients très-graves surgir de l'allaitement fait dans certaines conditions.

M. BOUCHARDAT. C'est que vous ne prenez pas les précautions convenables. Il faut alors donner aux mères de l'huile de foie de morue, et tout ira bien. La nourrice même et la famille y gagneront. J'ai vu deux exemples convaincants à ce sujet : l'un était une mère atteinte d'une chloro-anémie si profonde, que l'on était obligé de la descendre à bras de son lit pendant ses couches. Je l'ai fait allaiter quand même. Eh bien, l'enfant et la mère s'en sont parfaitement trouvés. Dans l'autre cas, j'avais affaire à une famille complétement rachitique. J'ai fait nourrir la mère, et elle a allaité trois enfants qui se portent tous à merveille. Voyez-vous, je suis convaincu que mes collègues de Paris disent inutilement et beaucoup trop souvent à leurs clientes : « Mon enfant, vous êtes trop faible, vous ne pouvez pas nourrir. » Si, au lieu de cela, ils les faisaient nourrir, l'enfant et la mère ne s'en trouveraient pas plus mal, et on ne dépeuplerait pas inutilement nos campagnes de mères qui seraient si utiles à leurs propres enfants. Le mal, le vrai mal qu'il faut attaquer dans ses racines, c'est la complaisance trop grande des médecins de ville envers leurs clientes. Faites-les nourrir, encore une fois, et si elles sont trop faibles pour se charger seules de toute la besogne, donnez-leur une chèvre pour les aider comme je l'ai fait souvent.

Moi-même je suis un exemple vivant de l'allaitement maternel. — Ma mère était prodigieusement faible. — Elle perdit d'abord son premier enfant, qu'elle avait confié à une nourrice qui n'en prit pas suffisamment soin. Elle allaita elle-même les deux autres, qui ne s'en sont pas mal trouvés.

Une fois les dames mises de côté, je sais qu'il y a souvent une question financière qui empêche les mères de nourrir. Une pauvre femme d'ouvrier ne peut plus travailler quand elle allaite. Elle a aussi ses autres enfants à soigner, etc. Messieurs, pour cela, on peut employer un excellent palliatif : ce sont les sociétés de secours mutuels. Ces sociétés pourraient donner des secours aux mères qui conservent chez elles leurs enfants, on pourrait alors persuader aux ouvriers qu'il est de leur intérêt de garder chez eux leurs nouveau-nés. . . . .

Il y a d'autres moyens encore. Mais il faut, en général, se défier de ceux qui partent plutôt d'un bon cœur que d'un raisonnement ferme. Les crèches, par exemple, paraissent merveilleusement bonnes au premier coup d'œil. Mais quand on apprend, par exemple, que sur 10 enfants apportés à la crèche il en meurt 9 dans les premières semaines, l'enthousiasme se refroidit. En général, il vaut mieux prévenir l'abandon des mères que de recevoir ces enfants abandonnés par elles. Il vaut mieux les aider à nourrir chez elles que de les débarrasser de leurs enfants. Il en est de même pour les hôpitaux d'enfants. Cela paraît superbe d'abord, mais on est moins émerveillé quand on sait que sur 5 enfants il y en a toujours 1 qui meurt, et souvent d'un rien. C'est le défaut de soins, c'est l'absence du lait maternel qui cause ces morts : il ne faut donc pas se laisser conduire par son cœur, mais par l'observation. Je sais que les dangers sont atténués dans les crèches bien conduites. On ne reçoit que les enfants bien portants, on écarte les malades qui pourraient contagionner les autres. Soit; mais, d'accord avec M. Husson, je dirai que les enfants ont besoin d'être allaités souvent, et cela surtout dans les pays froids. Or, les crèches sont souvent fort éloignées du domicile de la mère, qui ne peut plus prendre de son enfant autant de soins qu'il faudrait.

Les crèches peuvent donc être un bon palliatif contre l'abandon des mères, mais non un remède infaillible.

(M. Bouchardat termine son discours par des considérations d'économie politique dans lesquelles nous ne pouvons entrer.)

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Alphonse Guérin sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie externe.

M. Mauricet fils a adressé à M. le président la lettre suivante :

Vannes, le 4 décembre 1869.

« Monsieur le président,

« Au moment où la thèse de M. Bourdais apportait il y a quelques mois, devant l'Académie de médecine, un élément nouveau de discussion, un de nos plus honorables confrères, M. Alphonse Guérin, se trouvait à Vannes. Sachant que j'avais toujours été et que je suis toujours en rapport de bonne confraternité avec les médecins qui ont observé à son début l'épidémie de syphilis vaccinale, dite d'Auray, et qui en ont signalé l'invasion, le savant académicien m'engagea à joindre aux observations de mes confrères d'Auray, le résultat de mes recherches locales et tous les documents que je pourrais recueillir sur une question aussi grave et aussi contestée.

« Je me suis rendu à cette invitation et, comme cela était naturel, j'ai adressé toutes mes notes au rapporteur de la commission, afin qu'elles fussent par lui discutées, élucidées et soumises au jugement de l'Académie.

« Je m'en serais tenu là, heureux d'avoir travaillé uniquement *pour le compte* de la science et de l'humanité ; mais voilà qu'un mémoire remis à l'Académie par M. le docteur Bourdais, infirme ces documents, non-seulement au point de vue scientifique, mais au point de vue de leur valeur morale.

« Attaqué personnellement, je suis forcé de répondre ; je vais le faire aussi succinctement que possible.

« Pour la constatation des faits et pour leur appréciation scientifique, je me suis adjoint les médecins qui les premiers ont observé l'épidémie, et pour éviter que des idées préconçues ou un entraînement involontaire ne vinssent à peser sur nos délibérations, j'ai prié de se réunir à nous un médecin étranger aux premières discussions, étranger à la pratique civile, et cependant expérimenté dans le traitement des affections syphilitiques, M. le docteur Auvice, médecin-major au 25e régiment de ligne.

« C'est ensemble, dans le calme de la réflexion, loin des discussions stériles ou passionnées, que nous avons formulé notre opinion.

« En agissant ainsi, je croyais prendre des garanties contre moi-même ; par le fait, il s'est trouvé que je me suis mis à l'abri de toutes les suggestions tendant à infirmer soit les témoignages des victimes de l'épidémie, soit la manière dont je les ai recueillis.

« D'autres causes d'erreur étaient à éviter : l'influence souvent fâcheuse exercée par l'habitant des villes, étranger à l'idiome breton, et les erreurs involontaires commises par un interprète ignorant ou indifférent.

« Eh bien, lorsque je n'ai pu avoir le concours de mon confrère Denis, j'ai recouru à la personne que m'aurait signalée M. Bourdais lui-même ; cette femme, *qui a si vaillamment secondé M. Denis dans le traitement de ses nombreux malades* : Mme Rouenel.

« M. Bourdais trouve maintenant le témoignage de cette femme plaisant et presque ridicule, pourquoi donc était-il si élogieux avant que cette simple mais vaillante femme eût rectifié et bien précisé ses assertions ? avant qu'elle n'eût déclaré que ses paroles avaient été dénaturées et travesties ?

« Passant en revue les faits sur lesquels s'appuie M. Bourdais pour contester la valeur de ma contre enquête, je trouve, en premier lieu, cette observation qu'il caractérise de pittoresque : un nourrisson mort de syphilis tertiaire contractée avec sa nourrice, celle-ci contaminée par son fils, qui tenait sa syphilis du vaccin. Le nourrisson mercenaire donne à son tour la syphilis à une seconde nourrice.

« L'enfant dont il s'agit a été visité soit isolément, soit en consultation par trois médecins : M. Mauricet père, de Vannes, MM. Denis et Blaise, d'Auray ; tous trois ont déclaré qu'il succombait à une cachexie syphilitique. Si l'observation n'a pas été rédigée à cette époque avec tous les détails qu'elle comportait, c'est qu'on ne pouvait ainsi jeter dans une discussion publique le nom d'une famille honorable. C'est en procédant comme je l'ai dit plus haut, que j'ai constaté que le traitement avait été suivi régulièrement et pendant un temps suffisant par les enfants Boulaire, Pérès, David. Pendant une autre visite à Sainte-Anne, MM. les docteurs Mauricet père, Denis, Avice et Mauricet fils, constatent que le jeune Henriot-Marie-Joseph, qui, d'après la thèse, n'a suivi qu'un traitement de quinze jours, en a suivi un de plus de trois mois, c'est la mère qui nous l'affirme.

« L'enfant Peredeck, visité le même jour, nous fait la même déclaration.

« Eano, de Kerisse, n'a suivi, d'après la thèse, qu'un traitement d'un mois. Chez elle, dans sa ferme, la mère déclare devant M. Denis, M. le recteur de Pluneret et moi, que l'enfant apris ses remèdes matin et soir pendant plus de deux mois.

« Dans ces derniers jours, je suis allé de ferme en ferme dans la commune de Plumergat constater l'état des enfants cités dans ma contre-enquête. Ici un fait nouveau se présente : dans ses observations propres, M. Bourdais ne parle plus de traitement, il n'en fait pas mention pour ces malades. Voici ce qui m'a frappé. En interrogeant les parents les plus intelligents, ceux surtout qui habitent le bourg ou le plus près du bourg, ceux qui parlent français, ceux-ci me disent que leurs enfants n'ont pas pris les remèdes ou en ont pris très-peu pour une raison ou pour une autre ; ce fait que M. Bourdais n'avait signalé que dans la paroisse de Pluneret, nous le constatons maintenant sur tout le terrain de l'épidémie, à Plumergat, à Grand-Champ, comme M. Denis et moi l'avons constaté à Kersale, chez Collas et Lefur. M. le curé de Pluneret m'en a donné l'explication pour sa paroisse. « Mes paroissiens m'ont avoué qu'ils feraient « tout, soit pour atténuer, soit pour dissimuler la maladie de leurs enfants. »

« Je dois, en passant, signaler l'aspect de tous ces enfants, dont un grand nombre se trouve sous l'influence de la diathèse scrofuleuse, mais qui aussi présentent presque tous, dans Plumergat, des adénites cervicales, et la chute de la partie externe des sourcils. Je signale ce fait qui m'a frappé.

« Enfin, j'arrive à la fille Névas : c'est ici le fait le plus contesté par M. Bourdais, c'est lui qui forme le nœud de son argumentation ; aussi me suis-je entouré, pour le recueillir et le mettre en lumière, de toutes les précautions nécessaires pour découvrir la vérité tout entière.

« Je savais que cette jeune fille appartenait à cette paroisse de Pluneret, où les parents se sont entendus pour faire oublier le plus possible les souvenirs de l'épidémie dont ils ont été victimes.

« Je craignais qu'elle n'eût été endoctrinée par les donneurs de conseils si communs dans nos campagnes, et surtout qu'elle ne se tînt en garde contre les interrogatoires du médecin.

« Je me suis adressé au curé de la paroisse de Pluneret, dans laquelle se trouve Sainte-Anne, homme instruit, tout dévoué à ses paroissiens, ancien aumônier des prisons, et remplissant un rôle paternel près de cette enfant, qu'il prépare à sa première communion. Nous l'avons conduite chez les sœurs de charité, qui ont été chargées, pendant l'épidémie, du dépôt et de la distribution des médicaments.

« Pour moi, je me suis effacé complétement, j'ai assisté aux questions faites par le curé ou par les sœurs, en présence de quatre sœurs et de M. le docteur Denis. J'ai pris note des réponses de Névas, et voici ce qui s'est passé :

» La jeune fille, interrogée, se souvient très bien de sa vaccination, de sa maladie consécutive, d'avoir été consulter à Sainte-Anne M. Denis.—Avez-vous pris des remèdes?—moment d'hésitation. On lui rappelle que non-seulement elle en a pris pour elle, mais encore à cause de l'âge qu'elle avait à cette époque, c'était elle qui en portait au village de Kersalé. On fait appel à sa véracité, et alors la pauvre enfant avoue qu'elle a bien *avalé* les remèdes qu'on lui a donnés, mais *on lui a dit de n'en rien dire*. Elle se souvient bien de la visite du docteur qui l'a vue cet été, si bien qu'elle n'a pas oublié qu'elle en a reçu *deux sous*.

« Il faut que les assistants aient compris tout ce que cette déclaration a de valeur propre à éclairer l'Académie et établir la véracité de mes assertions, puisque le vénérable curé, M. Robo, sortant de sa réserve, m'a autorisé à publier son nom et à m'appuyer sur son témoignage.

« Maintenant, que l'Académie compare nos moyens d'investigations, d'une part : quatre et souvent cinq médecins, dont trois au moins ont vu la maladie à son début, l'ont observée, soignée, jugée, tant d'après les symptômes constatés par deux délégués de l'Académie, que d'après les résultats rapides du traitement.

« Ils soumettent leurs premières observations à de nouvelles investigations ; il les discutent entre eux dans le calme de la confraternité ; il leur donnent toute la publicité possible, s'entourant des témoignages les plus respectables, se tenant en garde contre les infidélités involontaires d'interprètes ignorants.

« Et d'un autre.

« Un médecin vient seul, ou accompagné d'un confrère, dont le témoignage lui est contraire, visiter des malades qui redoutent sa présence parce qu'il est étranger, parce qu'il ne parle pas leur langue, et encore il se trouve que les réponses de ces malades soient désavouées par eux-mêmes devant les autorités les plus respectables.

« Que l'Académie prononce entre nous deux. La mission qu'on m'a confiée a été pénible, ingrate. Telle qu'elle devait l'être, je l'avais envisagée dès le premier jour. J'ai travaillé *pour le compte* de la vérité. Ma conscience satisfaite sera ma récompense.

« Quant aux réticences, aux insinuations, aux allusions dont M. Bourdais a émaillé son mémoire, je les regarde comme inutiles à la science, indignes du Corps savant à qui elles ont été présentées, et tant qu'elles ne seront pas plus convenablement exprimées, je dédaignerai d'y répondre.

« Agréez, monsieur le président, etc.

« Dr A. MAURICET fils. »

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Baizeau (d'Alger).

Monsieur et très-honoré confrère,

Le jugement bienveillant que vous exprimez sur mes travaux ophthalmologiques me fait un devoir agréable de vous en remercier et de vous répondre sur les questions que vous avez soulevées dans votre intéressante lettre, au sujet du traitement de l'héméralopie.

En publiant la petite esquisse sur l'héméralopie, je n'ai pas eu la prétention de traiter l'histoire complète de cette affection. Mon but principal était d'attirer l'attention des praticiens sur quelques points importants de la pathogénie, et qui me paraissaient être incomplétement étudiés dans les traités d'ophthalmologie.

1° Selon moi, l'héméralopie endémique est une affection spasmodique des vaisseaux rétiniens, liée par conséquent à une altération du grand lymphatique; 2° l'instillation des gouttes d'ésérine (ou calabarine) dans les yeux, en combattant le spasme des vaisseaux, fait cesser cet état morbide ; 3° dans le traitement de cette affection, on doit faire une distinction entre l'héméralopie symptomatique de la syphilis ou d'une rétinite pigmentaire congénitale, et celle qui règne d'une manière endémique.

En ce qui regarde le traitement de l'héméralopie endémique, permettez-moi de conserver les mêmes doutes sur l'efficacité des fumigations, au moins dans un grand nombre de cas. Je sais que MM. Dupont et Fonssagrives ont été très-satisfaits des vapeurs de foie de bœuf ; je sais aussi que, d'après vos propres recherches, monsieur et très-honoré confrère (*Union médicale*, 1858, p. 383), les vapeurs des décoctions de mauve, des plantes aromatiques ou même des simples fumigations aqueuses, agissent tout aussi efficacement que celles de foie de bœuf. Mais ces moyens n'ont pas donné toujours des résultats aussi satisfaisants qu'on l'espérait, et la tendance que l'on a eu à la remplacer, soit par les cabinets ténébreux (Netter), soit par l'usage interne d'huile de foie de morue (Despont, Quaglino, Baizeau), prouve que l'on n'en était pas tout à fait satisfait.

C'est à l'usage interne de l'huile de foie de morue que vous attachez aujourd'hui, monsieur et très-honoré confrère, la plus grande efficacité « qui est supérieure, dites-vous, aux divers moyens qui ont été préconisés contre l'héméralopie. » Pourtant vous faites « des réserves pour les cas où il existe des complications sérieuses, telles par exemple que le scorbut, un embarras gastrique très-prononcé. » Pour mon compte, si je n'y ai pas attaché assez d'importance, c'est à cause d'insuccès que j'ai observé dans quelques faits, qui me sont propres.

Dans un cas notamment, il s'agissait d'un enfant, âgé de 8 ans, qui fut amené à ma clinique au moment même où je commençais mes expériences sur l'action de *l'eserine*. Il était héméralope depuis un mois, malgré qu'il suivait le traitement interne de l'huile de foie de morue, d'après les conseils de son médecin. J'ai fait augmenter la dose de l'huile, mais sans aucune amélioration pour la vue. C'est alors que j'ai eu recours au collyre d'ésérine, qui amena la guérison de l'héméralopie au bout de huit jours.

Je crois pourtant de mon devoir de déclarer franchement que mon expérience au sujet d'huile de foie de morue n'est pas suffisante, elle n'est basée que sur des faits isolés. Vous êtes en état, mieux que tout autre, très-honoré confrère, de juger l'efficacité de ce moyen, ayant plus d'occasion à soigner ces sortes de maladies chez les soldats de terre et de mer : c'est pourquoi je m'incline devant votre expérience et votre opinion éclairée ; je ne manquerai pas de profiter de la première occasion qui se présentera pour l'essayer selon vos indications.

Veuiller agréer, monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr XAVIER GALEZOWSKI.

Paris, le 10 décembre 1869.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de thérapeutique, dans sa dernière séance, a élu au nombre de ses membres titulaires MM. les docteurs Labbée et Gauchet, et au nombre de ses membres correspondants, MM. Gimbert, à Cannes, et Fraser, à Édimbourg.

La prochaine réunion de la Société aura lieu vendredi prochain 17, à quatre heures.

— La Société médicale des 5e et 13e arrondissements vient de renouveler son bureau pour l'année 1870. Il se trouve ainsi constitué :

Président : M. le docteur Arnould. — Vice-présidents : MM. le docteur Martin de Gimard et Pennès, pharmacien. — Secrétaire général : M. le docteur Marcel Porcher. — Secrétaire annuel : M. le docteur Lejeune. — Trésorier : M. Buirat, pharmacien. — Archiviste : M. le docteur Allaire.

NOS ÉTRENNES

1° Le Jardin de la France, album des 50 plus belles vues des bords de la Loire, depuis son embouchure jusqu'à sa source : châteaux, villes, monuments, sites remarquables, etc., accompagnée de 50 notices sur chaque sujet ; dessins et gravures sur acier par MM. Rouargue frères. — Un beau volume grand in-4°, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 75 fr. net pour nos abonnés, 16 fr.

Expédié *franco* dans toute la France, 18 fr. 50.

2° Galerie historique de la Révolution française (1789-1793). Album de 50 portraits en pied, avec notices biographiques des personnages les plus remarquables de cette grande époque. Un beau volume grand in-8° jésus, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 100 fr. net pour nos abonnés, 16 fr.

Expédié *franco* dans toute la France, 18 fr. 50.

3° Galerie historique de la Révolution (1830-1848). Album de 32 portraits en pied des personnages les plus remarquables et les plus célèbres, avec 32 notices historiques. Un beau volume in-4°, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 64 fr. net pour nos abonnés, 12 fr.

Expédié *franco* par toute la France, 14 fr. 50.

4° L'Autographe. Album de dessins, d'écritures et de signatures de nos plus grandes célébrités. — 1 vol. in-folio, oblong, richement cartonné.

Au lieu de 15 fr. net pour nos abonnés, 6 fr.

Franco dans toute la France, 8 fr. 50.

AGENDA MÉDICAL POUR 1870

CONTENANT

1° Un formulaire magistral, par Cazenave ; **2° Un Mémorial thérapeutique du Praticien**, par MM. Trousseau, Pajot et Diday ; **3° Code Médical et Professionnel**, par M. le docteur Legrand du Saulle ; **4° Premiers secours à donner en cas d'empoisonnement et d'asphyxie**, par le docteur Réveil ; **5° Résumé pratique des Eaux minérales**, contenant leur classification méthodique, ainsi que la désignation des maladies pour lesquelles on les prescrit avec le plus de succès, par le docteur Constantin James ; **6° Notice sur les Stations hivernales de la France et de l'étranger**, par le docteur De Valcourt.

Plus un Calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes ; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins des bureaux de bienfaisance ; les médecins inspecteurs des eaux minérales ; maisons de santé de Paris et des environs ; la liste des divers journaux scientifiques ; **les Facultés et Écoles préparatoires de Médecine de France, les Écoles de Médecine militaire et navale,** avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de Médecine et les diverses Sociétés médicales ; des modèles de rapports et certificats ; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles.

Par une gracieuseté de l'éditeur, M. Asselin, une faveur est accordée sur le prix à tous nos abonnés. Il suffit d'adresser sa demande à la direction de la *Gazette des Hôpitaux*, en indiquant soigneusement le prix indiqué plus bas.

Prix :		au lieu de
Broché	1 fr. 50	1 fr. 75
Cartonné à l'anglaise	1 fr. 75	2 fr. »
Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille	2 fr. 60	3 fr. »

RELIURES DIVERSES

		au lieu de
No 1. Maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier	2 fr. 75	3 fr. »
No 2. — à patte avec crayon, doublé en papier	3 fr. 25	3 fr. 50
No 3. — — l'agenda divisé en 5 cahiers	3 fr. 50	3 fr. 75
No 4. — — en un seul cahier, emboîté dans le portefeuille	4 fr. 20	4 fr. 50
No 5. — — l'agenda divisé en 5 cahiers	4 fr. 40	4 fr. 75
No 6. — — et petite trousse	4 fr. 50	5 fr. »
No 7. — — id.	6 fr. 25	7 fr. »
No 8. — — id. avec fermoir maillechort	8 fr. 20	9 fr. »

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 147. — SAMEDI 18 DÉCEMBRE 1869. 42e ANNÉE. SAMEDI 17 DÉCEMBRE 1869 — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le ... d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Lipôme mou sus, sous et rétro-claviculaire, ablation par énucléation avec les doigts.

Nous avons vu le 6 décembre dernier, à l'hôpital de la Charité, M. Gosselin procéder à l'ablation d'un lipôme insolite par sa consistance et surtout par sa topographie. La tumeur occupait, sur une femme de 32 ans, la région sus-claviculaire gauche, où elle présentait le volume d'une orange entre le sterno-cleïdo-mastoïdien et le trapèze. Elle avait commencé à se montrer en 1865, et, après avoir augmenté d'abord insensiblement, elle avait pris depuis quelques mois un accroissement plus rapide. Sa consistance était molle, sans élasticité, et donnait, quand on la pressait entre deux doigts, une sensation assez semblable à la fluctuation. La peau était mobile sur elle, et on ne voyait pas se dessiner nettement des lobules à sa surface. Quand on la saisissait à pleine main et qu'on la faisait mouvoir transversalement et de haut en bas, elle paraissait mobile sur les parties profondes. Cependant cette mobilité n'était pas assez grande pour qu'on pût être certain qu'il n'y avait pas d'adhérences avec les parties profondes, et comme en arrière d'elle se trouvaient la veine sous-clavière et les branches qui y aboutissent, l'artère de même nom et ses branches, M. Gosselin se préoccupait de quelques adhérences qui, dans l'opération, auraient exposé à blesser l'un ou l'autre de ces vaisseaux, et peut-être à amener une introduction de l'air dans les veines. D'autre part, il y avait dans la région sous-claviculaire un relief très-prononcé, et la main appliquée sur cette région pendant que l'autre main refoulait en bas la tumeur sus-claviculaire, sentait un soulèvement ressemblant à une fluctuation. Comme d'ailleurs le bord antérieur de la clavicule était libre, il était évident que la tumeur passait derrière la clavicule, juste sur le trajet de l'artère et de la veine sous-clavière, et se prolongeait assez loin derrière le grand pectoral.

La sensation de fluctuation était tellement prononcée, que plusieurs personnes, croyant à l'existence d'un kyste, avaient assuré que la ponction et l'injection iodée étaient indiquées. Mais M. Gosselin, qui avait vu la malade en 1866 et en 1868 avait, chaque fois, pratiqué une ponction exploratrice, et n'avait pas obtenu une goutte de liquide.

Il fallait donc croire à une tumeur solide, mais molle, et comme il n'y a que la graisse et le sarcome myxoïde ou myxôme qui constituent les tumeurs de ce genre, le diagnostic devait osciller entre un lipôme ou un myxôme. Entraîné par cette circonstance qu'il n'avait pas encore vu de lipôme formé par une partie profonde derrière un muscle et un os, et par une partie superficielle ou sous-cutanée, et qu'au contraire, les tumeurs fibro-plastiques et myxoïdes présentent quelquefois ce caractère, M. Gosselin inclinait plutôt du côté de cette dernière variété de tumeur, sans se prononcer définitivement.

Quoi qu'il en soit, la difformité et la gêne, bien qu'il n'y eût pas de douleurs véritables, étaient devenus telles, que la malade réclamait avec insistance l'ablation, et il était d'autant plus indiqué de tenter cette opération, que la mobilité de la tumeur permettait d'espérer que l'énucléation en serait possible, dans l'une des hypothèses aussi bien que dans l'autre.

M. Gosselin prit soin d'ailleurs d'imprimer et de faire imprimer plusieurs fois chaque jour des mouvements à la tumeur, pour la mobiliser davantage et en rendre l'énucléation plus facile.

La malade ayant été soumise aux inhalations d'éther, le chirurgien fit une incision longitudinale de quelques centimètres sur la portion sus-claviculaire de la tumeur, divisa la peau, le muscle peaucier, et mit à découvert la tumeur. Avant d'aller plus loin il l'incisa sur place pour déterminer sa nature, et après avoir reconnu la graisse du lipôme, il continua l'opération avec la certitude qu'il ne serait pas arrêté par des adhérences dangereuses. L'incision verticale fut agrandie, une incision horizontale parallèle à la clavicule fut faite ensuite ; toute la partie antérieure de la tumeur sus-claviculaire fut disséquée, pendant qu'un aide, appuyant fortement au-dessous de la clavicule, refoulait la masse au-dessus de cet os. Une fois arrivé à la partie postérieure de la tumeur, M. Gosselin laissa le bistouri de côté et ne se servit plus que de ses doigts pour décoller et déchirer doucement le tissu conjonctif, mince et fragile, qui servait de kyste à la graisse.

La tumeur était attirée par une de ses mains, pendant qu'avec l'autre il continuait le décollement. La portion sous-claviculaire ne tarda pas à être amenée au-dessus de la clavicule, puis isolée complétement, et l'on eut ainsi le lipôme entier formé par une graisse mollasse, sans mélange de tissus fibreux. La plaie fut ensuite réunie par six points de suture métallique et un bandage légèrement compressif, analogue à celui de Desault pour la clavicule, compléta le pansement.

La réunion ne s'est pas faite ; la suppression s'est rétablie, et il est probable qu'une contre-ouverture, au-dessus de la clavicule, sera nécessaire pour faciliter l'écoulement du pus.

Synovite fongueuse tendineuse par le trajet des muscles radiaux.

Dans sa leçon clinique du 7 décembre, à l'hôpital de la Charité, M. Gosselin a signalé un malade, âgé de 35 ans, qui avait été blessé un mois auparavant à la main gauche. Un outil semblable à un ciseau avait traversé la face dorsale de cette main, un peu au-dessus du niveau de l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien, dans le voisinage de l'insertion du premier radial externe. Une petite plaie transversale en était résultée, et, cette plaie ne s'étant pas cicatrisée, le malade avait conservé une fistule qui donnait issue à un liquide séro-sanguinolent, un peu filant. Au-dessus de la fistule, se trouvait un gonflement mollasse, allongé, non élastique, dont les caractères physiques rappelaient ceux des fongosités articulaires. Un stylet, conduit par la fistule de bas en haut, parcourait un trajet de 3 à 4 millimètres au milieu de ces fongosités. Au bout de quelques jours, et, malgré le repos gardé par le malade, l'écoulement était devenu purulent.

Qu'est-ce donc que ce gonflement allongé et mollasse, qui s'est produit à la suite d'une plaie au niveau du deuxième métacarpien ? La position qu'il occupe est celle des tendons radiaux, et comme ces tendons sont accompagnés, derrière le radius, par une bourse synoviale, il est probable que cette bourse, ouverte par l'accident, s'est enflammée et a pris la transformation fongueuse étudiée depuis quelques années dans diverses monographies, et notamment dans les thèses du docteur Bidard en 1858, et du docteur Cazanon en 1866. Il s'agit donc ici d'une synovite fongueuse suppurée de la gaîne des radiaux.

Mais si nous connaissons bien cette lésion, les études n'ont pas été poussées assez loin pour que nous puissions apprécier à l'avance sa marche ultérieure et ses terminaisons. Les tendons entourés d'une synoviale malade ont-ils quelque tendance à s'exfolier ? N'est-il pas à craindre, surtout en considération de la santé délicate du malade, que les synoviales tendineuses et articulaires voisines se prennent de la même façon ? Dans l'espoir d'éviter ces terminaisons fâcheuses, M. Gosselin a fendu la masse fongueuse, en conduisant un bistouri sur la cannelure d'un stylet, il a ainsi mis à découvert les fongosités grisâtres, qu'il a touchées de suite avec l'azotate d'argent. Il se propose de revenir plusieurs fois à cette même cautérisation, et espère obtenir ainsi la résolution des fongosités, et leur transformation en une cicatrice cellulo-fibreuse. Mais il n'est pas certain de réussir, et craint que quelques trajets fistuleux, entretenus par la persistance d'une partie du tissu fongueux, subsistent et que la guérison définitive soit lente et difficile à obtenir.

Action du veratrum viride dans quelques maladies.

On n'a pas oublié les résultats obtenus par M. Oulmont dans une première série d'expériences sur l'emploi thérapeutique du *veratrum viride*. M. le docteur Labbée s'est proposé, dans une série de recherches nouvelles faites dans le service de M. Gubler, à l'hôpital Beaujon, d'étudier quelques points de l'action thérapeutique de cet agent. Ses recherches ont porté sur le rhumatisme articulaire aigu, sur la pneumonie, sur la tuberculose avec état aigu, sur l'érysipèle et la variolide. Elles ont été faites sur 12 malades. Le *veratrum viride* a été constamment donné de la même manière afin d'obtenir des résultats toujours comparables. Les doses étaient uniformes et prises aux mêmes époques ou plutôt aux mêmes heures. Le *veratrum* a été employé sous forme pilulaire ; chaque pilule contenant 1 centigramme, les malades prenaient de 3 à 4 ou 5 pilules, suivant leur tolérance particulière pour ce médicament ; la première étant ingérée à midi, les suivantes étaient données toutes les deux heures.

Voici, d'après la communication que M. Labbée a faite sur ce sujet à la Société de thérapeutique, et qui est consignée dans les comptes rendus de cette Société, quels sont les effets généraux

---

FEUILLETON

RECHERCHES HISTORIQUES

Sur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.

Par M. Fr. DUBOIS (D'AMIENS) (1)

Ainsi, voilà à quoi se réduisent les témoignages de l'antiquité sur le prétendu empoisonnement de l'empereur Auguste par Livie. Les uns n'en parlent même pas, les autres n'émettent que des doutes ou se bornent à mentionner des suppositions invraisemblables.

Que si maintenant nous passons aux biographes modernes, nous verrons que les uns ont eu la louable ambition d'être en cela des peintres d'histoire et des écrivains sérieux ; les autres n'ont été que des portraitistes, comme on le dit dans nos ateliers, ou plutôt encore de simples fantaisistes, inspirés par leurs passions, et si nous nous reportons aux faits, nous verrons qu'ils les ont arrangés de manière à les accommoder à leurs idées, sans aucun souci de la vérité. Mais ceux qui, puisant aux bonnes sources, se sont attachés à distinguer le vrai du faux, n'ont pas admis ce prétendu crime de Livie. Ainsi, M. Des Vergers n'a tenu aucun compte des soupçons soulevés sur elle ; il se borne à dire que l'empereur voyageait alors en Campanie, et qu'il fut obligé de s'arrêter à Nole par suite des progrès rapides d'un mal dont il avait senti les premières atteintes à son départ de Rome ; puis il finit par dire que c'était une dyssenterie qui bientôt ne laissa plus d'espoir de guérison.

D'un autre côté, M. Naudet, dans son intéressante biographie de Livie, pose résolûment la question de l'empoisonnement de l'empereur ; mais il en nie aussi la réalité ; ce n'est pas qu'il cherche à flatter Livie, il l'accuse au contraire d'une ambition insatiable, il reproduit tout ce qu'ont dit à ce sujet les historiens, il la croit capable de tout, à l'exception du crime dont on l'accuse. Je ne reprocherai qu'une chose à M. Naudet, c'est d'avoir fait à la version de l'empoisonnement une objection qui n'a aucune espèce de valeur, et qu'on pourrait considérer comme puérile ; doit-on croire, dit-il, que le poison ait hâté la fin d'Auguste à soixante-seize ans ? Et à cette question, il répond : c'est là ce que les derniers adieux d'Auguste à Livie ne permettent pas de supposer, que lui-même en eût la pensée !

M. Naudet, je suis obligé de le dire, est ici de trop bonne composition. Qu'importe qu'Auguste n'en eût pas la pensée ? On peut très-bien mourir empoisonné sans en avoir le moindre soupçon, et il faut convenir que si Livie n'avait eu pour sa justification que des raisons de cette force, sa cause serait bien près d'être perdue. Nous avons vu qu'heureusement pour elle il n'en est pas ainsi ; nous ne reviendrons pas sur tout ce que nous avons dit à ce sujet : c'est une cause maintenant bien entendue pour nous, nous le disons hautement devant le tribunal de l'histoire, comme nous le dirions devant une cour d'assises : non, en notre âme et conscience, *Livie n'est pas coupable !*

Après cette déclaration, nous devrions poser la plume, mais il est un rapprochement que maintenant nous tenons à faire et qui sera l'objet d'une sorte d'appendice à nos recherches.

Les deux biographes qui, de nos jours, se sont plus particulièrement occupés de l'empereur Auguste et de Livie, c'est-à-dire MM. Des Vergers et Naudet, se sont plus à comparer Livie à Mme de Maintenon, et Louis XIV à l'empereur Auguste ; il y a là, en effet, des analogies frappantes, mais surtout lorsque l'on considère ces deux princes dans les dernières années de leur règne. La retraite du grand roi, dit M. Des Vergers, a été plus austère et plus sombre que celle d'Auguste ; mais, du reste, même soumission à l'influence d'une femme, même rigueur du sort qui frappe autour d'eux les princes de leur maison.

C'est-là, en effet, qu'il faut chercher les saisissantes analogies qui ont marqué la fin de ces deux grandes époques ; c'est dans la persistance de cette fatalité qui frappe coup sur coup les héritiers d'Auguste et de Louis XIV, et ces bruits d'empoisonnement qui se reproduisent à chacune de ces catastrophes. Nous les avons fait suffisamment connaître pour l'époque de l'empereur Auguste ; entrons dans quelques détails pour celle de Louis XIV, comme terme de comparaison.

(*Sera continué*).

(1) Voir les numéros des 9, 12, 23, 28 octobre, 23 novembre, 7, 9, 11 et 14 décembre.

observés en ce qui touche l'action antipyrétique du *veratrum viride*.

L'action du *veratrum viride* s'est montrée évidente dans les différents états fébriles.

Il a diminué, en général, d'emblée, la fréquence des pulsations, souvent dans une forte proportion.

La suppression de l'exacerbation sérale a paru être la règle ordinaire et peu variable. Outre cette suppression, il y a, dans la majorité des cas, ralentissement absolu.

La tension vasculaire est augmentée par le *veratrum* dès les premières heures de son administration, — sauf des exceptions.

L'action du *veratrum viride* sur le pouls est fugace et de courte durée, en raison peut-être d'une accoutumance de l'économie.

Elle a disparu ou tend à disparaître le lendemain même du jour de l'administration.

En revanche, cette action est prompte ; elle commence à se manifester sur le pouls trois ou quatre heures après l'ingestion.

La chaleur fébrile n'est pas modifiée à l'égal de la fréquence et de la forme du pouls.

Le plus souvent, on n'observe que des atténuations dans les exacerbations du soir.

Des rémissions absolues sont rares.

La défervescence naturelle n'a pas paru avoir été avancée par le médicament dans les maladies où elle est connue avec précision, telle que la pneumonie.

Dans un seul cas d'érysipèle de la face, l'effet antipyrétique fut très-notable ; la défervescence parut avancée.

Les vomissements abondants, l'état de nausées vivement accusé semblent favoriser le ralentissement du pouls et l'abaissement de la température. Cependant M. Labbée a observé l'un et l'autre, alors qu'il y avait tolérance.

Si l'on vient à construire les tracées représentant les modifications du nombre des pulsations et les variations thoraciques, il est facile de voir que les deux courbes obtenues ont le plus habituellement un état inverse de leurs éléments ou brisures.

Dans la courbe sphygmique, l'ordre des exacerbations et des rémissions est renversé. Ces dernières se voient le soir ; les premières ont lieu le matin.

Au contraire, dans les courbes thermoscopiques, l'ordre normal est la règle ; les rémissions sériales sont l'exception.

Il résulterait de ces faits que si le *veratrum viride* a une action énergique, prompte, mais fugace, sur la circulation, sa valeur curative est encore à déterminer dans les maladies passées en revue.

En résumé, M. Labbée tire de ses expériences cette conclusion générale que le *veratrum viride* doit être rangé parmi les médicaments de réserve.

On remarquera, ainsi que M. Oulmont l'a fait observer à cette occasion à ses collègues de la Société de thérapeutique, que les recherches de M. Labbée ont été faites dans des conditions un peu différentes de celles qu'il a faites lui-même. Sous le rapport des doses, M. Oulmont n'a jamais dépassé 3 à 4 centigrammes par jour, et le traitement n'a jamais été continué au delà de trois jours, tandis que M. Labbée a donné le *veratrum viride* à plus forte dose, et l'a continué plus longtemps. D'un autre côté, ce médecin a administré ce médicament dans des cas de maladies fébriles les plus diverses, tandis que M. Oulmont ne l'a donné qu'à des sujets atteints de maladies inflammatoires fébriles sur lesquelles le médicament pouvait exercer une action thérapeutique, telles que la pneumonie franche, le rhumatisme, la pleurésie et la fièvre typhoïde. On comprend dès lors la différence des conclusions auxquelles sont arrivés ces deux médecins. Il n'y a donc pas lieu de se prononcer encore, en présence de ces différences, sur l'action réelle de cet agent, ainsi que sur les indications de ses applications thérapeutiques. Il faut, tout en reconnaissant qu'il y a là un agent utilisable en pratique, attendre les résultats de nouvelles expérimentations faites sur de plus grandes proportions.

Hydrate de chloral en aspiration dans les affections bronchiques.

M. le docteur Mandl a eu l'idée d'employer l'hydrate de chloral en aspiration, sous forme de cigarettes, pour combattre les irritations bronchiques. Il l'emploie depuis plusieurs semaines dans son dispensaire chez les phthisiques et chez les sujets atteints d'affections bronchiques diverses. Il affirme en avoir obtenu des effets sédatifs très-satisfaisants. Nous ferons connaître plus tard, avec plus de détails, les résultats auxquels pourra conduire cette expérimentation.

ÉTYMOLOGIE DE LA GLOTTE

Par le docteur L. MANDL.

On comprend généralement sous le nom de *glotte* l'espace long de 25 à 30 millimètres et compris entre les bords libres des replis thyro-aryténoïdiens inférieurs. Sa forme est triangulaire, et cette configuration s'observe facilement sur le cadavre, surtout lorsqu'on écarte les aryténoïdes et que l'on relève l'épiglotte pour pouvoir embrasser d'un seul coup d'œil tout l'intérieur du larynx. Sur le vivant, cette configura- tion est très-variable, ainsi que le démontre l'examen laryngoscopique.

L'écartement des replis supérieurs limitant également un espace bordé par ces replis, quelques auteurs ont appelé *fausse glotte* ou *glotte supérieure* cet espace, pour le distinguer de la glotte limitée par les replis inférieurs, qu'ils désignent sous le nom de *glotte inférieure* ou *véritable glotte*. Ils comprennent alors sous le nom générique de glotte l'espace compris entre les deux replis d'un côté et ceux du côté opposé.

Quelle que soit donc l'étendue de l'espace auquel on donne le nom de glotte, toujours est-il que, dans le sens généralement adopté aujourd'hui, glotte signifie un espace vide, une portion de la cavité laryngienne, une fente bordée par les replis thyro-aryténoïdiens. Rien cependant de plus inexact, de plus faux au point de vue étymologique et surtout au point de vue de l'histoire de la science.

En effet, si l'on s'en rapporte au sens étymologique, le mot glotte doit dériver du mot grec *glossa* (langue) ou *glotta* (dialecte attique), ou bien de *glottis* (petite langue, languette). Comment donc les anciens ont-ils pu appeler langue ou languette un espace vide, une fente ? Il y a là évidemment une contradiction flagrante, un non-sens dont les Grecs n'ont pu se rendre complices, et qui a dû naître plus tard par une confusion de mots et de notions exactes.

Pour éclaircir cette question, j'ai consulté les œuvres de Gallien et d'Oribase dans l'excellente traduction de M. Daremberg (1), et j'y ai trouvé une solution très-nette de la question posée.

En effet, Gallien dit (*Œuvres d'Oribase*, t. III, chap. XLIV, DE LA VOIX, § 27) que « la nature a construit, à l'intérieur du larynx, un organe exactement semblable aux anches (*glottis*) qu'on trouve dans les flûtes. » Ailleurs (liv. XXIV, chap. IX, comp. *Œuvre de Gallien*. t. I, p. 494), il dit (§ 11) que « l'ensemble des trois cartilages (2) (c'est-à-dire leurs faces tournées vers la cavité laryngéenne) forme une espèce de flûte... (§ 15)... dans la cavité intérieure du larynx par où entre et sort l'air, se trouve placé un corps qui ne se rapproche ni pour la substance ni pour la forme, d'aucune autre des parties qui se trouvent dans tout l'animal. Il ressemble à l'anche (*glotte*, γλωττι) d'une flûte, surtout si l'on regarde d'en haut et d'en bas... (§ 17). C'est le premier et le plus important organe de la voix.: que j'appelle glottide, ou glotte du larynx.... (§ 19)... les parties de cet organe situées à gauche et à droite se réunissent de manière à s'adapter parfaitement l'une à l'autre et à fermer le conduit. »

Il est évident, d'après les passages que nous venons de citer, d'abord que Gallien créa, pour la portion déterminée du larynx dont il s'agit, le nom de glottide ou de glotte ; ensuite, qu'en proposant ce nom, il adopta une dénomination usuelle pour certaines parties d'un instrument de musique désigné sous le nom de flûte ; que ces parties, nommées en grec, glotte ou glottide, c'est-à-dire langue ou languette, ne sont autre chose que celles que nous appelons anche, et que les Allemands appellent encore aujourd'hui langue ou languette (*zungenpfeiffe*, flûte à anche) ; que par conséquent glotte signifie un corps, à savoir l'anche, et non pas un espace vide compris entre les anches. C'est donc un contre-sens que de dire : la glotte est l'espace limitée par les anches vocales, car on dit tout simplement : la glotte est l'espace compris entre la glotte.

Quinze siècles ont consacré cette confusion, cette fausse application de dénomination ; aussi, me semble-t-il plus convenable d'appeler désormais *orifice de la glotte* ou *l'orifice glottique* l'espace désigné généralement sous le nom de glotte.

Un autre fait, intéressant l'histoire de la musique, résulte encore des passages que je viens de citer, Gallien, en effet, dit que « ce corps ressemble à l'anche d'une flûte, et qu'il serait plus juste de comparer, non pas ce corps aux anches des flûtes, mais ces anches au corps lui-même... L'inutilité de la flûte, dépourvue de l'anche, est manifestée par l'expérience même. Or, l'anche, la glotte du larynx, est double. Gallien le savait parfaitement, puisqu'il dit : les parties de cet organe, situées à gauche et à droite, se réunissent ; en affirmant par conséquent la ressemblance de la glotte de la flûte et de l'anche du larynx, il nous apprend que la flûte avait une double anche (3), une à droite, une à gauche, en un mot que l'instrument, la flûte dont il est question, appartenait à la famille des hautbois. Il nous reste encore à examiner l'idée que Gallien s'était faite de la structure de la glotte. « La nature, dit-il (*Oribase*, III, livre XXIV, chap. IX, § 20) a pratiqué une ouverture de chaque côté de la glotte et placé intérieurement ; au-dessous de l'ouverture, une cavité assez considérable. Quand le passage (de l'air) est bouché, l'air refoulé est poussé violemment vers les côtés et ouvre l'orifice du trou de la glotte, qui jusque-là était fermé ; ses lèvres étaient appliquées l'une sur l'autre. Il résulte de la citation que nous venons de donner, que Gallien connaissait l'orifice des ventricules et les ventricules mêmes ; qu'il considérait ces derniers comme un trou à l'intérieur de la glotte, qui formait à l'entrée de ce trou, c'est-à-dire à l'orifice du ventricule, une lèvre supérieure (le repli thyro-aryténoïdien supérieur) et une inférieure (le repli thyro-aryténoïdien inférieure) ; que par conséquent, pour Gallien, les replis supérieur et inférieur, c'est-à-dire les cordes vocales supérieure et inférieure, n'en faisaient qu'un, qu'il appelait glotte, et dont une partie était située à gauche et une autre à droite (§ 19).

En résumé, au point de vue étymologique, au point de vue historique, glotte signifie une languette ou anche, et ne pourrait par conséquent désigner que les cordes vocales et non pas l'espace compris entre elles, auquel nous donnons le nom d'orifice glottique. Nous réservons le nom de glotte à l'ensemble des replis supérieurs et inférieurs. En disant que la glotte se rétrécit ou s'élargit, il faudrait comprendre que ce sont les replis du côté droit et ceux du côté gauche qui se rapprochent ou qui s'éloignent, et que c'est l'orifice glottique seulement qui se rétrécit et s'élargit.

(1) Gallien, *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales*, trad. par le docteur Daremberg. Paris, 1854-1857, 2 vol. — Oribase, *Œuvres*, trad. par les docteurs Bussmacker et Daremberg. Paris, 1858, t. III. — Quelques-unes des citations que nous donnons se rapportent aux livres incertains. A notre point de vue il importe peu que ces passages aient pour auteur Gallien, qui vécut un siècle avant J. C. ou l'un de ses contemporains.

(2) Pour Gallien, le larynx se compose de trois cartilages seulement : le thyroïde, le cricoïde et l'aryténoïde, supposant que les deux cartilages arythénoïdes n'en formaient qu'un seul.

(3) L'existence des flûtes à double anche, chez les anciens, est un fait inconnu jusqu'à présent. On soupçonnait seulement celle des flûtes à une anche. Tout ce que l'on sait à ce sujet se trouve résumé dans le passage suivant, que j'emprunte au savant ouvrage de M. Fétis (*Histoire de la musique*. Paris, 1869, p. 396). « Jakn pense que la flûte *hhalil* pouvait être un instrument à anche, comme le *zamr* ou hautbois des Arabes. Il y eut en effet, dans l'antiquité, des instruments appelés flûtes (αυλοι) qui avaient une anche. »

NOTE SUR UN CAS DE PYGOMÉLIE

DANS L'ESPÈCE HUMAINE

Par le docteur E. ANCELET (de Vailly-sur-Aisne).

(Lauréat de l'Académie de médecine, correspondant de la Société de chirurgie.)

(Communiquée à l'Académie des sciences le 25 octobre 1869.)

Mme L..., âgée de vingt-quatre ans et demi, domiciliée à Pargny-Filain (Aisne), bien constituée, ainsi que son mari, mariée depuis six ans, a eu trois grossesses menées à terme. Son premier-né, enfant mâle, mourut du croup à l'âge de seize mois. Elle était depuis peu accouchée d'une fille, qui succomba en présentant des fausses membranes à l'ombilic, tandis que la mère en avait elle-même à la vulve. Elle habitait alors la commune de Pargnan, où régnait une épidémie d'angines couenneuses (1865). En 1867, enfant mâle affecté d'un spina-bifida. La tumeur, du volume du poing, s'ouvrit spontanément pendant les premiers jours, et donna issue à une grande quantité de liquide. L'écoulement continua avec abondance jusqu'à la mort, qui survint un mois après la naissance.

La quatrième grossesse ne présente absolument rien de particulier. Le 31 juillet 1869, à terme, travail régulier, rapide durant deux heures en tout, de telle sorte que M. Mahieux, de Chevregny, médecin habituel de Mme L..., ne put arriver à temps, et que l'enfant fut reçue par une assistante. Il y eut, après l'expulsion de la tête, un petit temps d'arrêt que n'avaient point offert les accouchements précédents. Tout néanmoins se termina sans intervention active. Les suites de l'accouchement furent normales, très-bénignes, et la sécrétion lactée trèsabondante.

Le 25 octobre 1868, par conséquent dans les premiers jours qui précédèrent ou suivirent la fécondation, Mme L... avait vu à la foire de Beaurieux un saltimbanque cul-de-jatte, exécutant quelques exercices avec ses membres avortés. Elle ne s'en était point préoccupée depuis, et je croirais à peine utile de relever cette circonstance si je n'avais rencontré, il y a deux ou trois ans, dans le cabinet du docteur Marcotte, de Soissons, un jeune enfant atteint d'hémimélie du membre supérieur droit, dont la mère, grosse de trois mois, avait été vivement impressionnée à la vue d'un amputé du bras, et avait, à cette époque, manifesté cette impression, sans croire néanmoins qu'elle pût influer sur la conformation du fœtus.

Le sujet me fut présenté dès le 3 août. La description qui va suivre a été prise le 7 septembre, ainsi que le croquis qu'a bien voulu prendre sous mes yeux un de mes amis, M. Michel. Nous allons y voir un très-bel exemple d'un genre rare en tératologie, très-rare surtout chez l'homme et les mammifères, la *pygomélie*, d'après la nomenclature d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire.

On sait que cet auteur distingue les monstres doubles en deux ordres, en autositaires et en parasitaires, selon que les deux individus composants sont sensiblement égaux, ou au contraire très-inégaux, très-distincts par leur organisation générale : l'un offrant à peu près le type normal, vivant activement et par lui-même ; l'autre très-imparfait, implanté sur son frère et vivant à ses dépens ; l'un autosite, l'autre parasite.

Parmi les monstres autositaires, se trouve la famille très-naturelle des polyméliens, caractérisée par l'existence d'un corps et et d'une tête uniques, avec membres surnuméraires, différents par la forme, la disposition, le degré de développement, le nombre, mais surtout par le lieu d'insertion sur le sujet principal, et c'est ce dernier caractère, le plus constant, comme le plus important qui a servi à les distinguer, en cinq genres : gastromèle, notomèle, céphalomèle, mélomèle, pygomèle, selon que le ou les membres accessoires s'insèrent sur l'abdomen, le dos, la tête, les membres principaux, ou enfin dans la région hypogastrique, derrière ou entre les muscles pelviens normaux.

Or, la pygomélie, rare, comme je l'ai dit, chez l'homme et les mammifères, commune chez les oiseaux, présente chez ceux-ci surtout des variétés assez nombreuses, dont la série va nous montrer, dans le développement des parties parasitiques, des imperfections de plus en plus marquées.

1er degré. Les deux membres accessoiresexistent, séparés dès leur origine, les fémurs s'articulant sur un bassin très-petit, un ou soudé au bassin principal, chaque pièce osseuse allant joindre son analogue.

2e degré. Les deux membres confondus en un seul, soit seulement dans leur partie fémorale, soit dans une grande étendue ou dans la totalité de leur longueur.

3e degré. Un seul membre accessoire, toujours plus ou moins mal conformé, quelquefois rudimentaire,

4e degré. Bassin accessoire très-petit, très-rudimentaire, sans rapports directs avec le bassin principal, et seulement implanté dans les parties molles ; les membres accessoires presque toujours réunis, au moins en partie.

5e Degré. Les parties accessoires composées d'un membre plus ou moins imparfait, implanté directement par l'extrémité supérieure de son fémur dans la graisse du pourtour de l'anus, le bassin étant complétement avorté.

Dans son ouvrage si riche d'érudition, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire ne mentionne que six cas au plus de pygomélie chez l'homme, dus à Plancus, Liesching et Dannenberger (1755), Wagner, Simmons, Julius Behn (1827) ; tous observés à l'étranger, et dont les détails sont peu connus chez nous, et en France, un seul cas incomplétement rapporté, douteux, de Duméril. Depuis, Étienne Geoffroy Saint-Hilaire a communiqué à l'Académie

des sciences un nouveau cas, à peine indiqué dans le Bulletin de 1840. Le 26 mai 1846, le docteur Gorré, de Boulogne, a adressé à la même compagnie la description d'un nouveau cas observé chez un enfant mâle de huit mois, né en Espagne. Il appartenait à la deuxième variété, ainsi qu'un autre sujet né en France, que l'on montrait dans les foires, et qui a été vu en particulier par MM. Ch. Robin et Burggrœve.

Cet exposé m'a paru nécessaire pour bien faire apprécier quel genre d'intérêt présente l'observation d'un cas de pygomélie, plus complet peut-être qu'aucun de ceux qui ont été publiés jusqu'ici. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 24 novembre 1869. — Présidence de M. LARREY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Sud médical*; — Le *Bulletin médical de l'Aisne*, 1869, n° 2.

— *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat*, pour l'année 1868-69, par M. Challier, vice-secrétaire.

— *Deux observations d'ovariotomie*, par le docteur Jouon, de Nantes. — Brochure de 8 pages.

— *Amputation sus-malléolaire. — Note sur un cas d'enchondrôme très-volumineux de la région sous-malléolaire.* Deux brochures par le docteur Caradec, de Brest.

— M. le docteur Reliquet adresse à la Société le premier fascicule de la seconde partie de son *Traité des opérations des voies urinaires*.

— M. Tillaux communique une observation de *fracture du crâne*, adressée par M. Deroyer. — Renvoyée à une commission composée de MM. Chassaignac, Perrin et Tillaux.

COMMUNICATION

M. PERRIER lit un travail intitulé : *Existence simultanée d'un kyste sus-hyoïdien et d'une grenouillette sub-linguale. — Injection du kyste. — Disparition successive des deux tumeurs.* (Commissaires : MM. Forget, Tillaux, Labbé.)

PRÉSENTATION DE MALADES

M. DESPRÈS. J'ai pu vaincre les répugnances de deux de mes malades, et je vous les présente comme des exemples de guérison de syphilides par le traitement tonique et une bonne hygiène.

La première malade, âgé de 31 ans, salle Saint-Bruno, n° 29, depuis six mois et demi porte, ainsi que vous le voyez, des macules brunâtres sur la face et le corps; ce sont là les traits d'une *syphilide tuberculeuse*, qui a débuté le 16 juin dernier, a suivi son cours, et est aujourd'hui presque entièrement guérie; dans un mois, il n'y aura plus de traces de mal. C'est vous rappeler que je vous ai dit que ces syphilides duraient normalement six mois. La lésion de cette malade était de même nature que celle du malade présenté par M. Liégeois, et qui est encore dans son service, et pourra nous être montré, après un traitement mercuriel de huit mois à Saint-Louis et de cinq mois au Midi.

Cette malade était entrée dans mon service, anémique, avec des plaques muqueuses de la vulve; elle avait, en outre, quelques papules sur le corps. Cette fille avait eu la syphilide, dit-elle, il y a deux ans, et on lui avait administré 60 pilules de protoiodure de mercure environ, puis des tisanes et des sirops pendant six mois; ce qui n'avait pas empêché la malade d'avoir, deux ans après, des plaques muqueuses. Au mois de juin dernier, la malade a eu de la fièvre rémittente pendant quinze jours : c'était le prélude de la syphilide dont vous voyez la fin.

La seconde malade est encore plus intéressante.

P... (Anna), 25 ans, est aujourd'hui nourrice de son propre enfant, qui a quatre mois passés et se porte parfaitement bien.

Cette malade est aujourd'hui au 23e mois de sa syphilis, n'a jamais pris de mercure et a été traitée exclusivement par les toniques.

Entrée le 25 février 1868 dans mon service, elle avait la syphilis depuis deux mois; elle avait alors des plaques muqueuses de la vulve et une syphilide papuleuse. Traitée par les toniques, les bains, salés et sulfureux, et la cautérisation, la malade a eu, le 10 avril, un psoriasis palmaire occupant toute la paume des deux mains et les doigts. Trois fois, en mars, mai et juin, la fille P... a eu des récidives de plaques muqueuses de la vulve. A la suite des règles, elles ont guéries chaque fois en huit jours.

La malade est sortie guérie de son psoriasis palmaire le 18 septembre 1868.

Elle est rentrée dans mon service le 12 janvier 1869, avec des chancres mous de la vulve, un bubon suppuré et la gale. Elle était enceinte de trois mois; la malade s'était toujours bien portée au dehors. La malade sort guérie le 20 février.

Elle rentre chez M. Fournier le 1er juin, pour des boutons sur le corps, que j'ai vus, et qui étaient une récidive de la gale avec prurigo. M. Fournier a donné du sirop composé dont la malade a pris une seule cuillerée et des pilules que la malade n'a pas prises.

Le 15 juillet dernier, la malade est accouchée de ce bel enfant que vous voyez. C'était son premier enfant; elle est accouchée à terme et elle nourrit. Cette femme pourtant n'est pas une merveilleuse nourrice; elle a eu une déviation de la colonne vertébrale dans sa jeunesse; elle a souffert dans son adolescence.

En somme, voilà une malade qui n'a pas pris de mercure, qui, au 10e mois de sa syphilis, devient enceinte. Elle supporte bien sa grossesse sans mercure, elle accouche d'un enfant sain et fort. Si le mercure était bon, je voudrais que l'on n'observât pas des faits aussi nets que celui-ci, où le simple traitement tonique permet de voir d'aussi bons résultats. Rappelez-vous, pour comparer cette malade dont je vous ai parlé, une femme C... qui, au bout de trois ans de syphilis et de traitement mercuriel, aurait avorté et était paralytique et incurable.

Un dernier mot.

J'attribue au repos et à la bonne hygiène de la malade une partie du résultat que vous voyez. Sur les 23 mois de durée de la syphilis, la malade a paru 13 mois à l'hôpital.

M. LIÉGEOIS. Je ne puis accepter comme une réponse suffisante aux opinions que j'ai défendues, la présentation de ces deux malades; car nous savons tous que, même en l'absence de tout traitement, la syphilis peut guérir, ou du moins que les manifestations syphilitiques peuvent disparaître. Ce que j'ai demandé, ce que je demande, c'est que M. Desprès nous amène ici, et avant tout traitement tonique, une malade atteinte d'accidents syphilitiques, et qu'il nous la représente après l'application, efficace ou non, de son traitement.

Je dois dire à la Société que le malade que je lui ai présenté guéri, après un traitement mensuel par injection sous-cutanée, est en ce moment atteint d'une récidive, qui se manifeste par un tubercule au front et un autre à la jambe. Le traitement mercuriel était interrompu depuis trois mois lors de la récidive, et il avait été remplacé par l'usage du vin de quinquina et des ferrugineux, c'est-à-dire par un traitement purement tonique.

M. DESPRÈS. Le désir de M. Liégeois n'est pas prêt à recevoir sa réalisation, malgré tous mes efforts. J'ai pu, avec beaucoup de peine, décider deux malades guéries à se présenter dans cette enceinte, mais je désespère de pouvoir vaincre jamais la répugnance qu'éprouve une femme défigurée par des syphilides, à se présenter publiquement devant une si nombreuse réunion. Le malade de M. Liégeois a une récidive, cela ne m'étonne pas, je l'avais prédit à M. Liégeois. Son malade était dans une cinquième année, on lui donne du mercure : l'évolution de l'éruption est gênée; on ne donne plus de mercure, l'éruption ressort, cela devait être, d'après ce que jai dit à la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. LEGOUEST. Il y a déjà plusieurs années, j'ai présenté à la Société de chirurgie un homme dont le corps était couvert de kéloïdes cicatricielles innombrables, offrant cette particularité, qu'elles ne s'étaient développées que sur les cicatrices survenues postérieurement à un séjour fait par le sujet au Sénégal; les cicatrices organisées antérieurement à ce séjour étant restées à l'état normal.

Voici une tumeur que j'ai enlevée avant-hier chez un jeune officier, arrivant du Sénégal, où il a passé trois ans, et que je crois analogue aux tumeurs décrites par Alibert, sous le nom de kéloïdes, et pouvant se développer spontanément. Je ne veux pas conclure de ce dernier fait que le séjour des pays chauds prédispose à cette affection, comme il semble prédisposer à quelques autres; je me borne à signaler cette circonstance, que mes deux malades se sont trouvés dans des conditions analogues.

Cette tumeur, du volume du poing, occupait la nuque et s'étendait de la bosse occipitale vers la partie inférieure et latérale droite du cou; son ablation n'a rien présenté de particulier, sinon un écoulement de sang très-abondant, qui cependant ne nécessita aucune ligature, et s'arrêta sous les doigts des aides, et quelques bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer largement étendu d'eau.

La plus grande partie de la tumeur est formée par un mamelon, saillant de 2 à 3 centimètres au-dessus du niveau des téguments voisins. Au-dessous de ce mamelon principal, on rencontre quelques mamelons secondaires et moins saillants. La tumeur fait manifestement corps avec la peau, aux dépens de laquelle elle s'est développée. Sa surface extérieure est d'un rose pâle et sans traces des vaisseaux; elle est parsemée de cheveux et de poils, assez éloignés les uns des autres et très-adhérents. Elle présente, en bas, vers le cou, une cicatrice irrégulière, résultant d'une opération faite il y a cinq ans, en France, et sur laquelle il m'a été impossible d'obtenir des renseignements précis. Sa consistance générale est dure, élastique, et n'offre plus de résistance dans les points correspondants aux mamelons signalés. Sa face profonde montre du tissu cellulaire adipeux, et, par places, du tissu musculaire; l'un et l'autre bien distincts de la tumeur, et enlevés avec elle.

Sur une coupe faite perpendiculairement à la partie moyenne de la tumeur, on distingue deux couches : l'une, superficielle, qui forme toute la partie malade; l'autre, profonde, constituée par le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, emporté avec la production morbide. La couche externe a une épaisseur de 15 millimètres dans la partie la plus saillante de la tumeur, et va en diminuant vers les bords, où elle se confond avec la couche profonde de la peau. Sa couleur est blanc rosé, pâle, sans traces de vaisseaux.

On distingue, sur la coupe, les glandes cutanées et les poils qui la traversent dans presque toute son épaisseur; les bulbes pileux se trouvant dans la partie la plus profonde de cette coupe. On distingue de même parfaitement le tissu de la cicatrice résultant de l'opération antérieure; il présente une coloration ambrée et un aspect gélatiniforme.

Une section faite perpendiculairement sur les petits mamelons, montre que la tumeur n'est formée que par l'hypertrophie du derme, dont elle a conservé l'aspect : les glandes, les poils et leurs bulbes sont disposés comme nous l'avons dit précédemment.

L'examen histologique du tissu frais ou desséché démontre que la tumeur ne s'est pas développée aux dépens de la cicatrice primitive; mais quelle est le résultat d'une hypertrophie considérable de tous les éléments normaux du derme. Aucun de ces éléments ne s'est développé plus que les autres; leurs proportions relatives sont restées les mêmes que dans le derme normal.

Malgré l'apparence bénigne que présente cette tumeur, je ne suis pas sans appréhensions sur sa récidive possible, bien qu'elle ait été enlevée largement dans toute sa largeur et son étendue.

M. BLOT. Les deux malades de M. Legouest avaient été au Sénégal, mais c'est avec grande raison que notre collègue n'a attribué que peu de valeur au séjour dans un pays chaud, quant à la production d'une keloïde. La seule keloïde que j'ai vue siégeait sur le poignet d'une jeune fille, qui n'avait jamais quitté Paris. Cette jeune fille guérit après une application du caustique sulfo-safrané, faite par M. Velpeau; mais il y eut récidive sur place, sans aucune altération de la santé générale. La kéloïde ne me paraît pas pouvoir être considérée comme une affection bénigne, puisque la récidive est assez fréquente.

M. LEGOUEST. La fréquence des récidives est connue de tous. Dans un cas où j'avais affaire à une keloïde du lobule de l'oreille, développée à la suite de la piqûre faite pour passer des boucles d'oreilles, je vis la maladie se reproduire; mais la lenteur de sa marche, la crainte d'une exaspération, m'engagea à m'abstenir d'une nouvelle opération. Si sur mon malade j'enlevai la tumeur que je vous présente, c'est que ce jeune homme, âgé de 32 ans, était venu en France dans l'intention de se faire opérer, et que la tumeur causait une difformité des plus gênantes.

M. CHASSAIGNAC ne croit pas non plus à l'influence des pays chauds. Il semble, dit-il, qu'une disposition constitutionnelle préside à l'apparition de ces kéloïdes; j'ai observé un jeune soldat qui avait reçu un grand nombre de coups de yatagan : chaque blessure était devenue le siége d'une kéloïde. Une femme, observée par moi, avait sur le corps autant de kéloïdes qu'elle avait subi d'applications de ventouses scarifiées. Toutefois cette disposition constitutionnelle ne paraît pas durer toute la vie. Une femme portait au sein une kéloïde survenue à la suite d'une opération; j'enlevai la kéloïde, la guérison fut définitive et il n'y eut pas de récidive.

M. DESPRÈS. A première vue, il m'avait semblé que la tumeur présentée par M. Legouest était bien plutôt un molluscum éléphantiasique; mais il me semble y reconnaître des masses erétacées et des hypertrophies glandulaires; un examen au microscope me permettra de me prononcer plus sûrement dans la prochaine séance.

M. TRÉLAT. A part la cicatrice ancienne, les téguments qui recouvrent cette tumeur me paraissent intacts; les kéloïdes envahissent la surface et la profondeur de la peau; dans celle-ci, la superficie du derme paraît intacte; aussi cette pièce me paraît-elle se rapporter plutôt à une hypertrophie générale du derme.

Pour M. Cruveilhier, les pressions souvent répétées peuvent être cause de cette hypertrophie, peuvent même amener l'apparition de lipômes; la pression du col d'uniforme ne peut-elle pas être invoquée à l'étiologie de cette tumeur, comme cela existe pour quelques cas cités par M. Cruveilhier?

M. LEGOUEST. La tumeur siégeait au-dessus d'un niveau auquel ne peut atteindre le col. Quant à la nature de la tumeur, je rappellerai à MM. Desprès et Trélat que je l'ai présentée comme une hypertrophie générale des éléments du derme.

M. GIRALDÈS. S'agit-il d'une hypertrophie du derme, ou d'une prolifération du tissu cicatriciel? Cette dernière lésion est fréquente en Europe; les chirurgiens anglais ont observé souvent des kéloïdes à la suite des cicatrices produites par la bastonnade. On l'observe dans les cicatrices des brûlures, chez les enfants scrofuleux; c'est ainsi que j'ai vu, chez une jeune fille, que toutes les égratignures dont elle était couverte avaient donné partout naissance à des kéloïdes. Dans cette prolifération du tissu des cicatrices, on ne trouve ni glandes sudoripares, ni glandes pilifères, et si dans la tumeur que nous présente M. Legouest on trouve, au contraire, tous les éléments du derme hypertrophiés, ce n'est pas à une véritable kéloïde cicatricielle que nous avons affaire.

M. DEMARQUAY. L'existence de récidives sur place nous conduit logiquement à admettre qu'il doit y avoir quelque chose de spécifique dans la nature des kéloïdes. Quant à moi, je me garde d'y toucher, tant je suis convaincu du danger de la répullulation. Ainsi, j'ai refusé d'opérer une dame qui avait la poitrine couverte de kéloïdes, résultant de l'application d'un emplâtre de tartre stibié. Mais, si je suis forcé d'intervenir, je crois nécessaire de dépasser les limites apparentes du mal; c'est ce que j'ai fait en enlevant une partie de l'oreille pour une kéloïde des lobules.

M. TRÉLAT. Il est démontré que quelques tumeurs bénignes formées par l'hypertrophie d'éléments normaux, peuvent récidiver sur place, et même se généraliser; c'est ce qui existe pour les fibrômes, les névrômes, etc. On ne saurait donc se servir de la possibilité de récidive pour donner à certaines tumeurs le caractère de la malignité.

M. FORGET. Les faits invoqués par M. Trélat sont exceptionnels; si les lipomes se sont reproduits sur place, il ne saurait être prouvé que cette récidive est réelle plutôt qu'apparente. Il peut rester une partie de la tumeur, laquelle continue à croître; il peut y avoir aux environs une petite tumeur de même nature, encore en quelque sorte à la période fœtale, laquelle en se développant, en accomplissant à son tour son évolution, peut faire croire à une récidive. Il en est autre chose des tumeurs qui se récidivent réellement, c'est-à-dire se reproduisent sur place, et ce serait manquer aux règles de la logique scientifique, ce serait introduire en nosologie une confusion fâcheuse, que de confondre des tumeurs d'un caractère si différent.

M. TRÉLAT. Notre divergence ne porte que sur l'interprétation des faits, et non sur les faits eux-mêmes. Il suffit qu'on ait cité des cas authentiques de récidive d'une tumeur, pour qu'on puisse faire figurer parmi les caractères de cette tumeur la possibilité de la reproduction.

M. DEMARQUAY. Il ne faut pas confondre les hypertrophies partielles du derme, qu'on observe quelquefois après les brûlures, avec les véritables kéloïdes. Ces hypertrophies peuvent disparaître par le temps et par une bonne médication.

J'ai donné, il y quelques années, d'accord avec M. Nélaton, un certificat à un homme brûlé par un jet de vapeur, et portant une de ces formes d'hypertrophie kéloïdienne. Cet homme obtint une assez forte indemnité, son affection ayant été regardée comme incurable. Cependant, quelques années après, il était guéri.

Tumeur cancroïdale de la main. — M. DEMARQUAY présente une tumeur cancroïdale de la main qui a nécessité l'ablation du premier et du second métacarpiens. L'objet de cette observation est une femme de 60 ans. Il y a cinq ans, elle constata qu'elle portait une petite verrue sur le dos de la main. Il y a dix-huit mois, cette petite tumeur avait le volume d'un franc. Depuis 15 mois un pharmacien a pratiqué cinq cautérisations avec le caustique de Vienne, qui ne fit qu'accroître le mal. En effet, le 14 novembre, au moment de son entrée dans notre service, on trouve, entre les deux derniers métacarpiens (face dorsale), une tumeur ulcérée, à fond grisâtre; les fonds en sont taillés à pic; ils sont grisâtres, verruqueux, assez durs. L'espace interosseux palmaire est rempli par une tumeur arrondie qui se continue avec l'ulcération; elle

est du volume d'une noix, de consistance dure, très-douloureuse; le siége d'élancements. M. Demarquay, pour débarrasser cette malade, a dû enlever les deux premiers métacarpiens. Il a eu recours à un procédé qui lui a permis de conserver un petit lambeau palmaire. Les os du carpe étaient tellement ramollis qu'ils se sont laissés couper par le bistouri.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. PANAS présente un entérotome dont il a fait usage avec succès dans un cas d'anus contre nature, dans lequel l'orifice fistuleux n'avait pas plus de 5 millimètres de diamètre. Après avoir tenté à deux reprises et inutilement d'appliquer l'entérotome de Dupuytren, M. Panas a fait subir à cet instrument les modifications suivantes : les branches, diminuées de longueur, ont notablement allégé le poids de l'instrument, bien que leur épaisseur ait été augmentée. Les branches, s'unissant par une articulation semblable à celle du forceps anglais, peuvent être introduites séparément et avec une facilité beaucoup plus grande.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel : LÉON LE FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Bourguet de Béziers. Cet honorable confrère laisse les regrets les plus vifs dans la ville où il a exercé.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris tiendra une séance extraordinaire mercredi prochain, 22 décembre, à 8 heures précises du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : Compte rendu de la réunion générale des médecins des bureaux de bienfaisance du 12 de ce mois.

AGENDA-FORMULAIRE DES MÉDECINS PRATICIENS

Pour 1870

ET CARNET DE POCHE RÉUNIS

Publié par le docteur BOSSU, avec le concours personnel de BLACHE (pour les maladies des enfants), GIBERT (peau), SICHEL (yeux); RICORD et CALVO (syphilis), GRASSI (asphyxies, empoisonnements); HATIN revu par E. VERRIER (accouchements); DURAND-FARDEL (eaux minérales), DEVERGIE (jurisprudence médicale).

1° *Partie scientifique*; — 2° *Partie des renseignements*; — 3° *Partie pour la comptabilité*. **Calendrier** à 2 jours à la page ou 365 cases en blanc, se divisant par trimestres. — *Innovation importante :* **Nouveau Livre-journal des visites**, registre spécial destiné à simplifier la notation des visites et des honoraires, et permettant au médecin d'établir en tout lieu et d'un seul coup d'œil, le compte d'un client.

Prix divers des agendas reliés et non reliés.

Broché, avec couverture imprimée	1 75
N° 1 Reliure chagrin, doré sur tranche, poche intérieure fermant au crayon	3 »
N° 2 Reliure *id.*, à portefeuille	3 50
N° 3 Le même, avec trimestres mobiles	4 »
N° 4 Reliure *id.*, forme serviette, trimestres mobiles	5 »
N° 5 Reliure *id.*, poche en soie, portefeuille, petite trousse à passettes élastiques	6 »
N° 6 Le même, avec trimestres mobiles	7 »
N° 7 Reliure *id.*, poche, portefeuille, petite trousse, trimestres mobiles, etc.	8 »
N° 8 Le même avec fermoir en maillechort, etc.	9 »
Cahier plein, doré sur tranches	2 50
Cahier avec trimestres mobiles, recouvert en soie	3 »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets.)

Revue photographique des hôpitaux de Paris. Bulletin médical publié sous le patronage de l'administration de l'Assistance publique.

N° 12, avec 3 photographies. — Prix : 2 fr.

Les champignons de la France. Histoire, description, culture, usages des espèces comestibles, vénéneuses, suspectes, employées dans les arts, l'industrie, l'économie domestique et la médecine, par le docteur F.-S. CORDIER. — Un superbe volume grand in-4°, orné de vignettes et de 60 chromolithographies, dessinées d'après nature, par A.-D. Cordier. Paris, 1870. Prix : 30 francs.

Bulletin de la Société impériale de Chirurgie de Paris pendant l'année 1868. 2e série, tome IXe. — 1 volume in-8° de 550 pages. — Prix : 7 fr.

De la fièvre. Étude critique sur la fièvre typhoïde, par le docteur SOULIER, médecin des hôpitaux de Lyon. — 1 vol. in-8°. Prix : 1 fr. 50.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 148. — MARDI 21 DÉCEMBRE 1869. 42e ANNÉE. MARDI 21 DÉCEMBRE 1869 — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 20 décembre 1869.

La demande de permutation de M. Lasègue, qui désire quitter la chaire de pathologie générale pour prendre la chaire de clinique médicale, a soulevé une question de principe qui divise la Faculté. Dix voix, dans le scrutin, ont protesté contre l'autorisation réclamée par M. Lasègue.

C'est beaucoup. On a trouvé qu'il y avait dans ce jugement quelque chose de trop personnel.

Aussi, sans nous arrêter à ce qui pourrait ressembler à une question de personnes, ne parlerons-nous ici que du principe, qui doit rester une question de Faculté.

Il paraît que le Conseil académique élève la prétention de donner son avis sur des demandes de cette nature.

Cela est fâcheux pour la Faculté, qui seule est compétente dans cette appréciation, et dont l'avis doit être souverain près du ministre.

Espérons, cependant, que cette prétention n'aura pas de suite.

Si la permutation a des inconvénients, elle a aussi ses avantages, et la Faculté est vraiment le seul bon juge des uns et des autres.

De ce qu'il y a eu de fréquentes permutations dans ces dernières années, par suite d'un grand nombre de décès et de retraites, il ne s'ensuit pas que le principe de la permutation soit mauvais. Toute la question se réduit à savoir :

Si un professeur a un privilége sur un étranger à la Faculté pour occuper une chaire de même nature que la sienne;

Si un médecin d'hôpital, professeur de pathologie interne, de thérapeutique ou d'anatomie pathologique, n'est pas plus capable de remplir une chaire de clinique que celui qui n'a jamais professé;

Si un chirurgien d'hôpital, professeur de pathologie externe ne fait pas un plus utile apprentissage de la clinique que le chirurgien qui n'est pas rompu aux idées théoriques ;

Si, enfin, le professeur d'accouchements ne vaut pas mieux que celui qui ne l'est pas pour montrer par la pratique ce qu'il a longtemps établi en paroles.

Il suffit d'indiquer ces faits pour les faire toucher du doigt et montrer le côté pratique de la question.

Qu'on réglemente les permutations, en interdisant le passage d'une chaire à une autre qui ne serait pas analogue, rien de mieux ; mais, en principe, le passage d'un enseignement théorique à un enseignement pratique de même nature n'a rien qui puisse soulever d'objections sérieuses.

— Une excellente nouvelle, qui réveillera toutes les nobles ambitions. Un des personnages les plus considérables du corps médical prend en main la question du concours pour le professorat, et fait les démarches les plus actives pour faire triompher cette idée, qui seule peut sauver la Faculté.

Dr E. Le Sourd.

HOTEL-DIEU. — M. GUÉNEAU DE MUSSY.

Observation de paralysie ascendante aiguë.

(Lue à la Société médicale d'observation, par M. LABADIE-LAGRAVE, interne des hôpitaux.)

M... (François), âgé de 18 ans, garçon couvreur, est entré le 12 décembre 1868, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, dans le service de M. Gueneau de Mussy.

Ce jeune homme, de constitution robuste, ne présente aucun attribut d'affections diathésiques. Bien portant auparavant, sans antécédents héréditaires ni constitutionnels, il offre toutes les apparences de la santé la plus parfaite. Il n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte et n'a jamais eu de maladies vénériennes.

Quoique par sa profession il fût exposé à manier du plomb, il nous assure n'avoir jamais eu d'accidents saturnins. Ses gencives sont parfaitement saines et ne présentent aucune trace de liseré plombique.

Ce malade nous raconte que dix jours avant son entrée, il s'était exposé au froid, et qu'à la suite de cette imprudence il avait ressenti des *élancements douloureux* dans les genoux, en même temps que la marche lui était difficile et pénible; — il avait pu cependant, sans autre appui qu'une canne, monter seul jusqu'au deuxième étage de l'hôpital.

Il n'accusait aucun trouble dans les autres fonctions.

Après l'administration de deux bains sulfureux (contenant 30 grammes de polysulfure de sodium), la faiblesse des membres inférieurs sembla disparaître, et le malade n'éprouvant plus de douleurs, se croyait déjà guéri. Malheureusement un troisième bain fut donné beaucoup trop chaud, et au lieu de revenir à son lit immédiatement après le bain, le malade s'arrêta dans les corridors humides.

Après ce bain, l'amélioration, loin de se compléter, fit bientôt place à une exacerbation des phénomènes morbides. Les accidents augmentèrent progressivement et prirent bientôt un menaçant caractère, qu'on aurait pu difficilement soupçonner au début.

Le malade ressentait des fourmillements dans les orteils et avait, disait-il, les pieds comme engourdis. Les mouvements étaient pénibles, douloureux, presque nuls, et bientôt l'impuissance des membres inférieurs devint telle, qu'il lui fut impossible de se mouvoir.

Il n'éprouvait cependant ni crampes, ni douleurs en ceinture.

Les phénomènes akinésiques s'accentuèrent de plus en plus, et dans les premiers jours de janvier (6 janvier), le malade ne pouvait imprimer le moindre mouvement à ses membres inférieurs. Malgré tous ses efforts, il lui était impossible de les soulever au-dessus du plan du lit sur lequel ils reposaient; l'examen du membre pendant ces efforts, ne faisait constater qu'une légère contraction du triceps crural.

La sensibilité cutanée conservait cependant son intégrité et sa précision; la sensibilité douloureuse semblait un peu accrue, celle de la température n'était nullement abolie.

Outre l'hyperesthésie cutanée, il y avait en outre une hyperesthésie musculaire, plus manifeste encore; la plus légère pression des masses musculaires était très-douloureuse, et arrachait même des cris au malade, qui ressentait, en outre, de pénibles tiraillements dans les lombes lorsqu'on redressait brusquement les cuisses, préalablement fléchies. Les mouvements passifs imprimés aux membres inférieurs provoquaient aussi une certaine douleur.

La région rachidienne était sensible à la pression, surtout au niveau de l'émergence des nerfs lombaires. Les mouvemenss réflexes paraissaient conservés, mais ne se généralisaient pas aux membres supérieurs.

Les excitations galvaniques ne pouvaient que faiblement réveiller la motricité presque éteinte, et il fallait des courants assez énergiques pour déterminer des contractions musculaires partielles, qui se montraient surtout dans les muscles antérieurs et internes de la cuisse.

La sensibilité électro-musculaire était au contraire exaltée, et le malade accusait de vives douleurs pendant le passage du courant galvanique.

Deux jours après, le 8 janvier, la paralysie gagne les membres supérieurs; les mains sont devenues faibles et inhabiles, les mouvements de la totalité des membres supérieurs très-bornés; le malade ne peut plus élever les bras ni les écarter du tronc, et lorsqu'on l'invite à vous serrer la main, tous ses efforts ne parviennent qu'à produire une pression très-faible.

Il se plaint, en outre, de fourmillements à l'extrémité des doigts, pareils à ceux qu'il avait ressentis au début dans les orteils.

L'akinésie est plus complète dans le membre supérieur droit que dans celui du côté gauche, et les phénomènes sont inverses dans les membres inférieurs. Il semble donc que la paralysie soit pour ainsi dire croisée par rapport à son intensité.

Le malade, ainsi privé de l'usage de ses membres, et se trouvant dans l'impossibilité de leur imprimer le moindre mouvement, reste dans le décubitus dorsal, et comme dans la résolution la plus complète.

Le facies du malade exprime l'abattement et la tristesse, parfois même retrace les sombres pressentiments auxquels il est en proie.

L'appétit, conservé jusque dans ces derniers jours, est maintenant à peu près nul. La langue est blanche et sale, l'haleine chargée. L'abdomen distendu et légèrement météorisé. Il existe, depuis cinq jours, une opiniâtre constipation, qui n'a cédé qu'à l'administration de 45 grammes d'eau-de-vie allemande.

Les urines sont rares, d'une émission lente, mais non douloureuse, laissant déposer au fond du vase un sédiment d'une coloration saumonée. — Leur réaction est légèrement acide. L'analyse chimique y fait découvrir une petite quantité d'acide urique, quelques rares cristaux de phosphate ammoniaco-magnesien.

La coloration toute spéciale du dépôt est due probablement aux urates combinés avec des matières organiques, ou peut-être à la présence de l'acide rosacique.

(Néanmoins, cette couleur n'a été que passagère et a disparu au bout de vingt-quatre heures.)

Traitement. — Vésicatoire en bande le long du rachis.
Potion au bromure de potassium, 2 grammes.
Six ventouses scarifiées sur les lombes.

Le lendemain (10 janvier), les mêmes phénomènes akinésiques persistent et s'accroissent, l'accablement et la résolution semblent même augmenter et se compliquent d'un certain embarras de la parole.

L'intelligence est cependant parfaitement conservée. Il n'y a pas de céphalalgie. Mais le malade est inquiet et préoccupé. Il se plaint depuis quelques jours d'insomnie. Une électrisation est pratiquée sur les membres. Les muscles des membres inférieurs se contractent à peine sous l'influence d'un courant énergique, ceux des membres supérieurs sont animés de contractions plus marquées (surtout le deltoïde).

Les efforts les plus énergiques du malade parviennent à peine à soulever légèrement la jambe droite; celle du côté opposé reste au contraire dans la plus complète immobilité.

Le bras droit présente la même impuissance motrice; celui du côté gauche, au contraire, peut encore faire quelques mouvements.

Tandis qu'il lui est impossible de remuer les doigts de sa main droite, le malade peut encore ouvrir et fermer la main gauche, mais il ne peut plus tenir un objet même de cette main, qui est la main atteinte. Les fourmillements qu'il éprouvait naguère ont fait place à une sensation de constriction, au niveau des articulations.

11 janvier. — Les phénomènes s'accentuent de plus en plus, en même temps qu'ils continuent à suivre leur marche ascendante et progressive. Le malade, en effet, éprouve aujourd'hui une certaine gêne pour respirer; la respiration n'est pas augmentée de fréquence, mais elle est irrégulière et difficile. Il ne peut, dit-il, ni tousser, ni se moucher, ni éternuer, et ses yeux sont sans cesse larmoyants.

Le pouls est légèrement augmenté de fréquence, mais sans irrégularités.

L'auscultation fait percevoir, au niveau de la région précordiale, surtout près de la pointe du cœur, un bruit de souffle râpeux au premier temps.

La peau est chaude et colorée. La pression de l'ongle promené sur l'épiderme y laisse une trace rouge très-manifeste et lente à s'effacer (tache méningitique de Trousseau).

P. 76. R. 40. T. a. 37°,2.

Traitement.— Calomel à doses fractionnées; calomel, 0,10; sucre en poudre, 1 gramme, en 10 paquets.

Frictions mercurielles sur les cuisses.

12 janvier.— Le lendemain, les phénomènes paralytiques restent stationnaires. Le malade se plaint seulement de fourmillements dans les membres inférieurs. Les mouvements provoqués réveillent les douleurs, qui sont surtout exaspérées par l'extension brusque de la cuisse, préalablement fléchie.

Il se plaint en outre, au niveau de l'épigastre, d'une pesanteur douloureuse qui l'oppresse.

Cette sensation devient plus vive encore lorsqu'on essaie de le tenir assis sur son lit.

Les symptômes réactionnels deviennent de plus en plus accusés.

La peau est chaude et couverte d'abondantes sueurs.

Le pouls s'accélère et la respiration devient en même temps plus irrégulière et plus fréquente.

P. 84. R. 46. T. a. 37°,8.

Le malade accuse un certain trouble dans la vision; il lui semble voir les objets colorés avec des reflets irisés. Les pupilles sont inégalement dilatées, mais contractiles; cependant leur resserrement n'a lieu qu'avec lenteur sous l'influence de la lumière.

L'examen ophthalmoscopique fait voir des deux côtés la papille elliptique et légèrement déformée sur les bords. Du côté droit, le champ rétinien est considérablement hyperémié, de couleur rouge sombre et sillonné d'arborisations vasculaires nombreuses.

Dans l'œil gauche, les veines sont encore plus engorgées et paraissent turgescentes et flexueuses, surtout aux environs de la papille du nerf optique.

Il n'y a cependant pas d'hémorrhagies, ni d'exsudats, ni aucune autre lésion des membranes ni des milieux de l'œil.

Les urines sont toujours peu abondantes et sédimenteuses; mais le dépôt est devenu blanchâtre. Le phosphate ammoniaco-magnésien a complétement disparu. L'acide urique, en revanche, est en grande abondance. Peu d'urates. Quelques débris de cellules épithéliales. La partie décantée de l'urine, traitée par l'éther, montre à la surface du liquide contenu dans le tube à expériences, une zone très-mince, colorée en bleu clair.

Le calomel a provoqué une abondante diarrhée, et le malade ne peut retenir ses matières; dès que le besoin de défécation se fait sentir, il est obligé de le satisfaire aussitôt.

Le sphincter de la vessie est également paresseux, mais il n'y pas d'incontinence.

13 janvier. — L'état du malade s'aggrave sans cesse : le pouls faiblit sans diminuer de fréquence, la température s'élève, la respiration s'embarrasse et s'accélère, en même temps qu'elle devient irrégulière, anxieuse et pénible.

P. 88. R. 55. T. 38°,2.

Le dévoiement persiste. Les selles sont fréquentes (12 à 13 par jour), les matières fécales verdâtres, mêlées de sang, et leur expulsion provoque de douloureuses épreintes.

Le malade ressent de fréquents besoins d'uriner, mais les efforts de miction restent sans effet; il n'a pas uriné depuis six heures.

Il éprouve, en outre, une certaine dysphagie; la déglutition des liquides est bruyante, et souvent les boissons, pénétrant dans le larynx, provoquent de pénibles et douloureux efforts d'expulsion.

Les urines sont rares et présentent une légère réaction acide. Le phosphate ammoniaco-magnésien n'a pas reparu. L'acide urique est toujours en assez grande quantité.

Le malade ressent aujourd'hui des frissonnements dans les membres, qui conservent toujours la même immobilité. La sensibilité est intacte dans le membre supérieur gauche, mais elle paraît émoussée et obtuse dans le bras droit; il peut cependant percevoir

et distinguer les pincements, les piqûres et l'impression d'un corps froid. La sensibilité tactile semble seule atteinte.

Les membres inférieurs sont étendus dans une résolution complète. Par de grands efforts de volonté, le malade parvient à soulever le bras gauche, mais ne peut imprimer que de très-faibles mouvements au bras droit, qu'il lui est impossible de soulever complétement au-dessus du plan du lit.

Les doigts sont fléchis dans la paume de la main, mais cette position ne tient ni à une contracture ni à une rétraction, car il est facile de les redresser et de les placer dans l'extension, sans qu'ils reprennent aussitôt leur flexion primitive. Cependant leur brusque redressement détermine de vives douleurs, que provoque aussi tout mouvement imprimé au membre.

L'extension brusque et forcée des deux cuisses, ainsi que l'abduction complète des bras, exaspèrent à tel point les douleurs, qu'elles arrachent des cris au malade.

Les extrémités inférieures sont froides, décolorées, presque exsangues. La diminution de leur température est aisément appréciable à la main.

Le gros orteil du pied gauche est assez fortement dévié en dedans, probablement par suite de la pression qu'exercent sur lui les couvertures.

14 janvier. — Le malade a eu aujourd'hui des selles liquides vertes et mêlées de quelques stries sanguinolentes.

Il existe, en outre, un certain degré de dysurie.

Traitement. — Le calomel est supprimé et remplacé par les onctions mercurielles faites quatre fois par jour sur la face interne des membres. — Tisane de riz édulcorée avec du sirop de coings. Continuation de la potion bromurée (2 grammes de bromure de potassium.)

La diarrhée cesse bientôt, mais la paralysie ne subit aucune modification, et pendant trois jours le malade reste dans le même état.

18 janvier. — Une injection hypodermique de bi-chlorure de mercure est pratiquée ce matin (solution au millième. — 2 milligrammes de sublimé par injection).

Pas d'amélioration notable.

20 janvier. — Après trois injections hypodermiques faites concurremment avec les frictions mercurielles sur les membres inférieurs, de légers mouvements sont possibles, mais ils sont plus marqués dans le membre supérieur gauche; le malade, en effet, peut aujourd'hui tenir les objets dans sa main, mais il les laisse retomber s'ils ont un certain poids; ainsi, il lui est impossible de tenir un verre.

Les gencives offrent un liséré grisâtre, mais il n'y a pas encore de salivation. Les injections sont suspendues.

Nous trouvons, à notre visite du soir, le malade dans un état de dyspnée extrême. La respiration est saccadée, tumultueuse et fréquente. Les muscles supplémentaires semblent seuls pourvoir aux mouvements du thorax. On voit en effet les sterno-mastoïdiens, les scalènes, les trapèzes et les pectoraux se dessiner sous la peau dans leurs contractions énergiques. Les parois thoraciques se soulèvent en bloc pendant l'inspiration, par la seule action des muscles cervicaux. Les espaces intercostaux ne paraissent subir aucun changement dans leurs dimensions pendant les actes respiratoires. Le diaphragme lui-même participe à la paralysie, car on aperçoit, au moment de l'inspiration, une dépression manifeste de la région épigastrique qui se soulève pendant l'expiration.

La toux, l'expectoration, l'expiration même, sont tout à fait impossibles.

Le pouls est faible, petit, dépressible, mais fréquent.

La figure est couverte de sueurs abondantes et froides.

La température générale s'est élevée notablement.

R. 60. P. 104. T. a. 39°.

En présence de cette dyspnée, qui révèle l'extension progressive de la paralysie aux muscles respiratoires, et sur les instances du malade qui nous supplie de l'arracher au plus tôt à l'asphyxie qui l'oppresse et à la mort qui le menace, nous appliquons les réophores d'une pile sur les attaches du diaphragme, que nous voyons bientôt se contracter sous l'influence du courant galvanique, et après une application de quelques minutes, le malade accuse un sensible soulagement.

21 janvier. — Le lendemain, les accidents un instant apaisés, reparaissent avec une intensité plus menaçante encore. La respiration devient de plus en plus difficile, irrégulière et accélérée. Le pouls faiblit sans diminuer de fréquence.

La paralysie semble vouloir bientôt envahir tous les muscles. Les mouvements du membre supérieur, un instant revenus faiblement, sont perdus de nouveau. Le malade reste plongé dans la stupeur et l'immobilité. Ses réponses sont lentes et pénibles, sa parole embarrassée. Sa respiration est comme entrecoupée de soupirs et de sanglots. Il semble enfin menacé d'une asphyxie imminente, et tout fait craindre une mort prochaine.

L'électrisation est faite deux fois par jour au niveau des attaches du diaphragme, et le malade accuse toujours après elle un notable mieux être.

Traitement. — Bromure de potassium.

Continuation des frictions mercurielles.

Pilules : extrait de quinquina, 1 gramme; sulfate de quinine, 50 centigrammes.

22 et 23 janvier. — Pendant deux jours, les accidents persistent avec leur menaçant caractère et leurs effrayantes exacerbations. Mais bientôt la scène change, et le malade qui ne pouvait auparavant ni tousser, ni expectorer, et semblait suffoqué, respire aujourd'hui un peu plus aisément.

Sa figure, qui exprimait tantôt le découragement, tantôt la stupeur et tantôt l'anxiété, est aujourd'hui plus calme et plus reposée. Les mouvements semblent vouloir revenir. Le diaphragme a déjà repris ses fonctions; la dépression de l'épigastre pendant l'inspiration a été remplacée par le soulèvement. Les espaces intercostaux s'élargissent, et la respiration reprend de plus en plus son rythme normal.

Les cruelles insomnies qui fatiguaient le malade ont fait place à un sommeil paisible.

Les fonctions semblent vouloir reprendre leur équilibre. La miction est facile; les urines sont normales et régulières.

Cette amélioration inespérée s'accentue de plus en plus les jours suivants. L'état général redevient satisfaisant, et n'est troublé que par une diarrhée légère et de la stomatite avec salivation.

Traitement. — Suppression des onctions mercurielles et du bromure de potassium.

Continuation des pilules de sulfate de quinine et d'extrait de quinquina.

Riz gommé. Décoction blanche de sydenham.

2 février. — L'amélioration devient de plus en plus manifeste. Les mouvements sont possibles, quoique limités dans les membres supérieurs. Le malade peut maintenant fléchir à angle droit ses avant-bras sur ses bras. Il peut faire mouvoir ses doigts et même tenir et presser les objets dans ses mains.

Les membres inférieurs restent encore inertes.

La diarrhée a complétement cessé. L'appétit renaît, la déglutition est facile et les digestions ne sont pas troublées.

Les sueurs profuses que le malade a présentées les jours précédents ont tout à fait disparu, mais ont produit sur la face interne des cuisses une éruption miliaire assez confluente, augmentée peut-être par les frictions mercurielles qui ont été faites.

10 février. — L'état du malade est de plus en plus satisfaisant. La mobilité s'accroît dans les masses musculaires, naguère immobiles et impuissantes.

La respiration et la circulation ne présentent aucun trouble. Depuis deux jours, le malade se plaint de douleurs dans le genou gauche et dans les articulations tarsiennes et métatarso-phalangiennes.

Il ressent, en outre, des tiraillements et des élancements douloureux dans les orteils.

Les masses musculaires des membres inférieurs paraissent avoir considérablement diminué de volume.

Ceux des bras (le biceps et le deltoïde en particulier), semblent avoir aussi subi un certain degré d'atrophie. Cependant le malade peut maintenant lever et même fléchir ses membres inférieurs, mais leurs mouvements sont encore faibles et bornés.

Ceux du membre supérieur augmentent d'étendue et de précision. Les contractions musculaires sont encore loin d'avoir recouvré leur énergie, car la pression au dynamomètre est égale dans les deux mains et ne dépasse pas 40.

Le malade mange avec appétit deux portions, va régulièrement à la garde-robe tous les jours.

Les autres fonctions ont recouvré leur intégrité parfaite.

25 février. — Les mouvements sont plus faciles, plus énergiques et plus étendus. Les forces semblent renaître.

Le malade a essayé aujourd'hui de se lever, mais il n'a pu rester debout; ses jambes affaiblies s'affaissaient sous le poids de son corps, qu'elles ne pouvaient encore porter.

Des anciens phénomènes qu'il a éprouvés, le malade ne conserve qu'un sentiment de constriction pénible à l'épigastre quand il essaie de s'asseoir sur son lit. La sensibilité cutanée est partout intacte.

4 mars. — Il s'est levé hier et a marché pendant trois heures. La convalescence s'accélère de plus en plus et paraît toucher bientôt à la guérison complète.

15 février. — Le malade marche aisément seul avec une canne, et quoique sa démarche soit un peu vacillante et encore incertaine, il peut se tenir longtemps debout sans fatigue. Il reste levé pendant presque toute la journée.

Son appétit est excellent, presque vorace.

Sa figure s'anime et son teint se colore.

Ses forces augmentent sans cesse; essayées au dynamomètre, elles paraissent doublées depuis dix jours (main droite, 120; main gauche, 80).

Les masses musculaires ont repris leur volume et leur consistance.

Après quelques semaines d'un séjour préventif à l'hôpital, destiné à surveiller et à accélérer la convalescence, en même temps qu'à éviter les récidives, le malade part le 9 avril pour Vincennes, complétement guéri et n'ayant de sa maladie conservé pour ainsi dire que le souvenir.

En résumé, un jeune homme de dix-huit ans, d'une bonne constitution, qui jusqu'alors avait joui d'une excellente santé, s'expose au froid et est bien bientôt pris d'élancements douloureux dans les genoux et de faiblesse dans les membres inférieurs.

Sous l'influence probable d'un nouveau refroidissement, ces premiers phénomènes temporairement amendés, s'exaspèrent et s'accompagnent de fourmillements et d'engourdissement des extrémités inférieures, avec affaiblissement graduel des muscles correspondants.

Après trois semaines environ de prodromes, la paralysie du mouvement frappe les membres inférieurs et devient de plus en plus marquée.

A peine déclarée, elle fait en quelques jours de rapides progrès, gagne bientôt les membres supérieurs, frappe surtout celui du côté droit; précédée toujours de fourmillements aux extrémités; accompagnée de sensations, de constriction au niveau des articulations; puis, continuant sa marche ascendante et progressive, elle atteint les muscles du tronc, ceux du pharynx et de la langue, et bientôt les muscles respirateurs. Dix jours lui suffisent pour faire ses ravages, et quinze jours à peine après son début, la respiration est menacée, le diaphragme inactif, l'asphyxie imminente, et la mort semble prochaine.

Mais après cette brusque ascension, l'akinésie suit bientôt une marche régressive et graduelle; abandonnant en premier lieu les parties atteintes les dernières, se montrant plus rebelle et plus persistante dans celles qu'elle avait antérieurement affectées; disparaissant enfin complétement après deux mois de durée, sans laisser d'autres traces de son passage qu'une atrophie musculaire incomplète et temporaire.

Les troubles de la sensibilité chez notre malade, quoique moins accusés que ceux du mouvement, ont également suivi la même marche.

D'abord exaltée, la sensibilité est devenue obtuse, mais n'a jamais été complétement perdue, et son retour a précédé de plusieurs jours celui de la contractilité musculaire. En outre, elle n'a pas été atteinte dans toutes les formes. La sensibilité tactile et électrique a été, dès le début, exaltée, ainsi que la sensibilité musculaire. La sensibilité à la douleur et à la température est restée presque normales.

Absence de contractures, de convulsions générales ou partielles, de tremblements fibrillaires et de mouvements réflexes généralisés.

Conservation des facultés intellectuelles; anxiété; sinistres pressentiments; insomnie.

Intégrité des organes des sens, sauf quelques troubles passagers de la vue. Constipation au début, faisant ensuite place à une diarrhée persistante, provoquée peut-être par le traitement.

Phénomènes réactionnels, marqués dès les premiers jours, s'apaisant ensuite, et caractérisés par l'accélération graduelle du pouls et l'élévation sans cesse croissante de la température.

Miction volontaire, parfois difficile, lente et parfois douloureuse; urines légèrement acides.

Respiration régulière au début, devenant de plus en plus fréquente, anxieuse et difficile, après quelques alternatives menaçantes, reprenant enfin son rythme normal.

En un mot, marche insidieuse et rapide, évolution progressive et ascendante; prodromes insignifiants par rapport à la gravité de la maladie; progrès incessants de la paralysie pendant les deux premiers septenaires; diminution graduelle et régulière des phénomènes après un effrayant paroxysme; enfin disparition de tous les symptômes, et guérison complète après deux mois environ de durée.

Tel est, en quelques mots, le tableau morbide de cette affection, qui nous semble trop analogue à celle que Handry a décrite sous le nom de *paralysie ascendante aiguë*, pour que nous nous croyons autorisé à lui appliquer la même dénomination.

Cette observation m'a paru intéressante, messieurs, et digne de votre attention; je compte autant sur vos lumières pour en éclairer les obscurités, que sur votre indulgence pour m'en pardonner les imperfections.

NOUVEAU MODE D'OCCLUSION

des solutions de continuité faites aux parois même de l'intestin.

Par M. le docteur Péan, chirurgien des hôpitaux.

(Note communiquée à l'Académie de médecine dans sa séance du 14 décembre.)

Les auteurs qui se sont le plus occupés de cette question, ont proposé des procédés qui, comme on le sait, sont très-différents les uns des autres. On est généralement d'accord aujourd'hui pour donner la préférence à ceux de ces procédés qui permettent le mieux de fermer la plaie, en adossant ses deux lèvres par leur surface péritonéale. Nul doute, en effet, que cette dernière soit plus disposée que les autres tuniques à s'agglutiner rapidement et à mettre ainsi un obstacle salutaire à l'extravasation des matières contenues dans l'intestin. C'est à la suture à l'aide de fils ordinaires que les auteurs les plus modernes ont eu recours pour obtenir ce résultat, et les procédés qu'ils ont décrits sont des plus ingénieux.

Cependant tous ont l'inconvénient de laisser dans l'épaisseur des parois de l'intestin un ou plusieurs fils souvent assez long, traversant toutes les tuniques et faisant à la fois saillie à l'intérieur du côté de la muqueuse, à l'extérieur du côté du péritoine. Or on sait combien est dangereuse la présence de ces corps étrangers au contact du péritoine; d'autre part, il est à craindre que la paroi de l'intestin sur le trajet de ces fils ne vienne à suppurer et à s'ulcérer. Pour éviter de pareils dangers, M. Péan a cherché depuis plusieurs années, par divers moyens à obtenir l'occlusion aussi complète que possible, de ces solutions de continuité, soit en faisant l'adossement des séreuses, en agissant du côté de la muqueuse, sans être obligé de traverser d'emblée les autres tuniques de l'intestin. C'est, suivant lui, le but que tout chirurgien doit, dans ces sortes de lésions, chercher à atteindre.

Le procédé de M. Péan consiste, lorsque les deux lèvres de la plaie ont été saisies, à l'aide de deux pinces à dissection, puis légèrement renversées en dedans et adossées par leur surface séreuse, à les maintenir solidement dans cette position à l'aide de serre-fines portées directement sur elles par l'intérieur de l'intestin. Ces serre-fines diffèrent des serre-fines ordinaires en ce qu'elles portent vers leur milieu une petite coulisse annulaire qui permet de les maintenir ouvertes. Cet anneau revenant en place, la serre-fine se ferme d'elle-même. Reste donc à porter ces serre-fines, tout ouvertes, à l'intérieur de l'intestin. Pour cela, M. Péan se sert d'un instrument à extrémité fine et composée de deux très-petits mors coudés à angle droit sur le reste de l'appareil. Le premier de ces mors se fixe à l'œil de la serre-fine, l'autre à l'anneau dont nous avons parlé, et comme ces deux mors, maintenus écartés par un ressort d'une part, d'autre part peuvent se fermer sous la pression du doigt de l'opérateur, on conçoit que la serre-fine, à son tour, saisie par eux, soit maintenue ouverte par l'action constante du ressort, et ne se ferme qu'au gré de l'opérateur. Les serre-fines ont été fabriquées avec beaucoup de délicatesse par nos habiles constructeurs d'instruments, MM. Robert et Colin, et voici quelle ingénieuse disposition M. Robert a donné à l'instrument qu'on pourrait appeler le *porte-serre-fine*. Il se compose : 1° d'un tube ou gaine, ouvert en haut et terminé en bas par une extrémité longue, effilée, coudée tout au bout à angle droit : c'est là le premier mors. Dans la gaine, s'engage une tige dont l'extrémité inférieure est, comme l'extrémité inférieure de la gaine, longue, effilée et coudée tout au bout à angle droit; c'est le deuxième mors. Mais cette même extrémité de la tige fait issue hors de la gaine par une fente étroite et allongée qui s'ouvre à l'endroit où la gaine commence à s'effiler. Le haut de la gaine d'une part, le haut de la tige, d'autre part, partent, dispo-

sés convenablement par le pouce, l'index et le médius de l'opérateur, des anneaux qui servent de point d'appui. Enfin, à l'intérieur de la gaîne, un ressort à boudin, pressant sur un épaulement de la tige, tend à la repousser en haut, et conséquemment à écarter les mors.

Le pouce de l'opérateur, au contraire, en pressant sur le haut de la tige comme sur le piston d'une seringue, combat l'action du ressort et fait se rapprocher les deux mors qui, comme nous l'avons déjà dit, laissent, en cessant de s'écarter, retomber le petit anneau de la serre-fine. Celle-ci se ferme et l'opérateur dégage le *porte-serre-fine* par un léger mouvement de bascule.

Il est bien entendu que les serre-fines sont de très-petite dimension, qu'il convient de les placer assez près l'une de l'autre sur le trajet de la plaie pour que l'occlusion soit complète. La dernière serre-fine introduite et posée, les lèvres de la solution de continuité sont complétement affrontées par la surface séreuse, et l'opérateur n'a plus qu'à retirer l'extrémité du porte-serre-fine, extrémité qui n'a guère que le volume d'une aiguille à acupuncture.

A. Solution de continuité pratiquée selon l'axe de l'intestin.
B. Pince ayant saisi un des bords de la plaie.
C. Séreuse adossée par le mouvement de torsion des deux pinces.
D. Serre-fine en 8 de chiffre sur le point d'être saisie par les crochets du porte-serre-fine.
E. Serre-fine fixée sur les bords de la solution de continuité et logée dans la cavité intestinale.
F. Porte-serre-fine laissant échapper la serre-fine E par la pression exercée sur le ressort à boudin placé entre les anneaux de l'instrument.

L'application de ce procédé a été faite plus d'une vingtaine de fois sur des animaux. Sur nombre d'entre eux, l'intestin a été divisé plus ou moins complétement à plusieurs hauteurs et dans diverses directions, soit le même jour, soit à quelques mois de distance. Dans tous ces cas, l'application des serres-fines a été facile, lors même que l'intestin offrait un petit calibre comme cela avait lieu, par exemple, chez les chiens de petite taille.

Pendant les premiers jours qui suivaient l'expérience, les animaux n'éprouvaient pas d'autres symptômes que ceux qui étaient dûs au traumatisme indispensable. Mais au bout de deux à quatre jours, la fièvre disparaissait, la gaîté et l'appétit revenaient, et dans tous les cas, la guérison a été complète sans qu'à aucune époque on ait vu survenir d'accident qui puisse être rattaché aux suites de l'opération.

Quelques-uns de ces animaux ont été conservés vivants pendant deux ou trois années. D'autres ont été sacrifiés beaucoup plus tôt. Au sixième mois, il était impossible de retrouver les traces de la blessure. Au troisième, on trouvait quelquefois encore du côté de la muqueuse une serre-fine restée en place, noircie et laissant à peine une empreinte sur la muqueuse qui la sppportait. Celle-ci présentait une cicatrice linéaire à peine apparente, au niveau de laquelle elle était complétement lisse et semblait être entièrement reformée. Lorsque l'animal était sacrifié quinze jours environ après l'opération, la plupart des serre-fines étaient encore en place; elles semblaient n'avoir aucunement endommagé les tuniques par leur présence et n'apportaient aucun obstacle au libre cours des matières stercorales. Dès cette époque d'ailleurs, toutes les tuniques paraissaient avoir concouru à la formation de la cicatrice, et l'examen histologique, fait avec soin par M. Gros, à qui ces pièces ont permis de faire des recherches qu'il a communiquées à la Société de biologie, a démontré à cet observateur distingué que le tissu de réparation contient un assez grand nombre de fibres musculaires de la vie organique.

Chose remarquable, cet heureux résultat a été obtenu dans plusieurs cas de sections très-étendues dans lesquelles M. Péan avait eu soin de fermer la plaie intestinale sans adosser les séreuses, et en affectant directement entre elles les diverses tuniques. Il est vrai que dans ces cas comme dans les autres, la séreuse péritonéale avait contribué, ainsi que les auteurs l'ont depuis longtemps démontré, pour la part en apparence du moins la plus large, au travail d'occlusion. En effet, en examinant la surface séreuse de l'intestin, au niveau de la cicatrice, on trouvait soit l'intestin voisin, soit presque toujours l'épiploon adhérent à la cicatrice. Les adhésions intestinales disparaissaient beaucoup plus vite que celles de l'épiploon; car celles-ci, bien que s'allongeant et s'amincissant de plus en plus, étaient encore visibles après six à huit mois.

Il n'est pas moins digne de remarque que dans toutes les expériences, et quelles qu'aient été l'étendue et la direction de la plaie, l'intestin avait, à toutes les époques, entièrement conservé son calibre. Si bien qu'après le sixième mois, il devenait presque toujours impossible, tant la réparation était belle et complète, on ouvrait l'intestin dans toute sa longueur, de reconnaître les points où celui-ci avait été entièrement divisé.

DE L'EMPLOI DE L'HYDRATE DE CHLORAL.

Par M. Namias.

M. Namias adresse à l'Académie des sciences une note sur les résultats qu'il a obtenus, dans sa clinique du grand hôpital de Venise, par l'hydrochlorate de chloral.

Contrairement aux observations de M. Bouchut, l'auteur n'a jamais obtenu d'escharres dans les injections sous-cutanées de ce médicament, à la dose de 1 gramme dans 2 grammes d'eau distillée. Les effets ont toujours été excellents et très-prompts. L'injection a été pratiquée, en particulier, dans un cas de névralgie susorbitaire, dans des cas de rhumatismes musculaires, d'hypéresthésie à la poitrine chez des phthisiques, etc. M. Namias attribue les bons effets qu'il a obtenus à la pureté parfaite du chloral qu'il a pu employer, et qui était préparé par M. Cioni. Ce même médicament a été administré par les voies digestives, chez des adultes, à la dose de 8 à 10 grammes par jour, en six ou huit mois, à deux heures d'intervalle et pendant plusieurs jours consécutifs. Les effets ont toujours été excellents : on n'a constaté ni tension artérielle, ni fréquence du pouls.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 décembre 1869. — Présidence de M. Moutard-Martin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu est adopté.

M. Besnier devait, dans cette séance, donner lecture du rapport mensuel sur les maladies régnantes; mais l'ordre du jour étant très-chargé, M. Besnier se borne à donner lecture de la note suivante de M. Lorain, ayant trait à la question actuellement en discussion :

Affections puerpérales. — Hôpital Saint-Antoine (service de M. Lorain). — La salle des femmes en couches, nouvellement réouverte après des réparations, a été d'abord presque exclusivement occupée par des nourrices. Pour éviter l'encombrement, 6 à 10 lits (sur 28) ont été occupés.

Le nombre des accouchements a été peu élevé, soit parce qu'on a reçu au bureau peu de femmes en couches, soit qu'on les ait envoyées en ville ou dispersées dans d'autres services que le mien. Néanmoins, 3 femmes ont été prises de fièvres puerpérales.

Les 2 premières ont été prises en même temps. La 1re a accouché dans le trajet, sur le brancard, et n'a pas été touchée dans le service; les lochies étaient infectes; la péritonite n'a pas tardé à apparaître.

1er *Cas*. — 2e enfant. — Accouchement le 13 novembre.

Début par un frisson le 15 (3e j.). Mort dans un état typhoïde le 20 (8e j.).

2e *Cas*. — Primipare. — Accouchement le 15 novembre, soir. — Frissons dans la nuit du 16 au 17 (2e j.). Mort le 22 novembre (8e j.). — Forme péritonitique, angioleucite utérine.

3e *Cas*. — Primipare. — Accouchement le 29 novembre, matin. Début le 1er décembre, dans la nuit du 2e au 3e jour.

Péritonite angioleucite utérine.

Notre épidémie de fièvre puerpérale a tout à fait cessé à Saint-Antoine. 10 jours ont été consacrés à la clôture de ma salle. On a fait quelques réparations partielles et changé partie de la literie seulement. Or, sur 32 femmes accouchées depuis 15 jours, pas une seule n'a présenté le moindre accident.

Ce fait donne à réfléchir sur la nature de l'agent morbide. S'il était matériel, tenace, adhérent aux parois, il serait resté en possession de notre salle et aurait agi sur les nouvelles femmes qui y ont été introduites.

Cet agent n'est pas plus explicable actuellement que n'est celui du choléra,

Le plus sûr est de ne pas chercher sa nature, qui échappe à nos faibles moyens d'investigation, mais de nous en tenir aux mesures pratiques que l'hygiène nous fournit, et parmi lesquelles la dispersion est la moins contestable de toutes.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. Devergie, accompagnant l'envoi d'une copie du rapport qu'il a fait à la Société de médecine légale sur la question des maternités, et des conclusions de ce rapport.

Ce travail est renvoyé à la commission nommée dans la dernière séance.

M. Guérard présente, au nom de M. le docteur Rufz, une brochure intitulée : *Chronologie des maladies de la ville de Saint-Pierre-de-la-Martinique.*

COMMUNICATIONS

Fièvres intermittentes. — M. Collin donne communication de quelques considérations sur l'étiologie des fièvres intermittentes. Il met sous les yeux de la Société un plan topographique où sont indiquées les différentes zones dans lesquelles se développent à Rome les fièvres intermittentes.

Comme résultat général, M. Colin, pendant son séjour à Rome, a observé la variation énorme des entrants dans les hôpitaux, selon les époques. Au point de vue topographique, il a constaté le rapport du nombre des entrants avec les différentes positions des casernes. Le maximum des entrées était fourni par les casernes excentriques. Le fait de la protection des quartiers centraux de Rome contre les fièvres intermittentes peut s'expliquer, selon M. Colin, par les influences atmosphériques; et, à ce point de vue, plus les rues seraient larges et aérées, plus leurs habitants seraient exposés aux fièvres intermittentes.

Épidémies de fièvres typhoïdes et de fièvres puerpérales. — M. Lorain demande à ajouter quelques mots à la note lue par M. Besnier.

Il y a en ce moment, dit M. Lorain, une épidémie de fièvres typhoïdes; le fait n'est plus douteux pour personne, aussi n'est-ce pas là-dessus que je veux appeler l'attention de la Société, mais bien sur un fait qui, à mes yeux, a une grande importance, je veux parler de *la récidive* de la fièvre typhoïde sur place. On voit en effet la fièvre typhoïde renaître avec tout son cortége de symptômes sur le même individu. J'ai deux cas de cette nature : l'un est un homme de 55 ans qui venait à peine d'entrer en convalescence lorsqu'il a été repris de fièvre et de tous les signes d'une nouvelle fièvre typhoïde; l'autre est un jeune homme qui avait dépassé la période de la convalescence, et n'était retenu à l'hôpital que tout à fait accidentellement. Il a recommencé une fièvre typhoïde avec tous ses caractères parfaitement tranchés, jusqu'aux taches lenticulaires. On pourrait se demander, dit en terminant M. Lorain, s'il n'en serait pas de la fièvre typhoïde comme de la variole et des autres maladies éruptives, et si l'on n'aurait pas à compter avec une sorte de poison.

Quant à l'épidémie de fièvres puerpérales, M. Besnier vous a dit qu'elle a complétement cessé. Neuf jours ont suffi pour arrêter l'épidémie.

Depuis ce moment, en effet, sur 32 femmes accouchées, pas une n'a présenté le plus petit accident. Nous pouvons donc dire que nous avons passé la période d'épidémie.

Ces faits ont besoin d'interprétation.

Sur 18 lits, 9 ou 10 seulement ont été changés; le parquet est resté le même; les murs ont été seulement nettoyés; en un mot, s'il y avait là une matière infectieuse, elle existe encore. *A priori*, il y avait là un fait qui semble contrarier l'idée de la matière infectieuse. On pourrait donc se demander s'il ne se passe pas quelque chose d'analogue à ce que nous observons dans le choléra. Que fait le choléra? Il suit un plan, et quand, après avoir prélevé dans ce plan tout ce qui était susceptible d'être affecté, il vient à s'en dévier, ceux qui se trouvent dans ce plan n'ont plus rien à craindre. Voilà donc un fait évident, à savoir qu'aujourd'hui on meurt ici et que demain on n'y meurt plus. Quand donc une épidémie sévit sur un point, plus vous aurez de malades, plus la proportion de la mortalité sera grande. De là on doit conclure à la nécessité de la plus grande dispersion possible des femmes en couches. Il se passe en effet ici, pour employer une comparaison vulgaire, ce qui se passe à la guerre. Plus la masse des combattants est compacte, plus la mort les frappe; en résumé donc, ne mettez jamais les femmes en couches ensemble, et imitons l'ingénieur qui, au lieu d'une seule grande écluse, en construit plusieurs petits, de telle sorte que si l'une se rompt il a recours aux autres, tandis que s'il n'y en a qu'une et qu'elle se rompe, la débâcle est sans remède.

M. Bourdon. C'est à propos de la première partie de la communication de M. Lorain que j'ai demandé la parole, c'est-à-dire au sujet des observations de fièvres typhoïdes dont il a parlé; j'ai eu aussi dans mon service un cas de rechute de fièvre typhoïde chez un jeune homme, qui cependant avait quitté la salle où il avait eu sa première atteinte, et se trouvait seul dans un cabinet. C'est là un cas à ajouter à ceux de M. Lorain.

M. Labbé. J'en ai aussi observé deux cas à la Pitié; le premier cas s'est renouvelé dans la salle même, mais le second a été repris à Vincennes, le neuvième jour après son entrée dans cet établissement. Il m'a été renvoyé et a succombé à une complication grave. De plus, je crois bien en avoir observé un troisième ce matin. Je crois donc pouvoir signaler la coïncidence d'un certain nombre de rechutes.

M. Dumont-Pallier demande à M. Lorain des explications sur ce mot : fièvre typhoïde récidivante. La fièvre typhoïde, ajoute M. Dumont-Pallier, est une fièvre éruptive, or nous ne voyons pas les maladies éruptives récidiver. Je demande donc si l'on doit accepter ces récidives à courte échéance.

M. Hérard croit qu'il y a une distinction à faire entre ces deux mots : rechute et récidive. La récidive, selon M. Hérard, est une même affection se reproduisant avec tous ses signes propres et après la guérison, tandis que la rechute se dit d'une maladie sur le point de finir et reprenant de la même façon et avec la même nature. J'admets donc, dit-il en terminant, les faits de M. Lorain, mais en les considérant comme des rechutes.

M. Marrotte. Cette différence entre la rechute et la récidive, dont parle M. Hérard, est parfaitement fondée. Nous avons tous vu des cas comme ceux qu'a observés M. Lorain. Pour moi, je crois qu'il y a beaucoup de fièvres typhoïdes qu'on regarde comme guéries, alors qu'elles ne le sont pas. On voit bien souvent reparaître les mouvements fébriles et tous les phénomènes qui s'ensuivent. J'ai même vu des malades qui après quinze jours de convalescence reprenaient la maladie.

M. Lorain. M. Dumont-Pallier a soulevé une grande question au point de vue doctrinal. Le mot rechute n'est pas pour moi un mot scientifique, il n'est nullement question de rechute dans les cas dont j'ai parlé. Dans ces cas, en effet, il y a deux fièvres typhoïdes accolées, doubles, ayant chacune leur individualité. Si vous admettez les deux mots rechute et récidive, quand cesserez-vous de vous servir du mot rechute pour prendre celui de récidive? Au bout de quel temps se fera la fusion? chaque fois que vous avez affaire à des maladies ayant des caractères fixes et qu'elles se succèdent l'une à l'autre, vous avez bien évidemment deux maladies distinctes l'une de l'autre. Je n'accepte donc pas d'une façon générale le mot rechute.

M. Dumont-Pallier. Je ne tiens pas au mot rechute et je suis tout prêt à l'abandonner. J'ai vu, moi aussi, des fièvres typhoïdes dont la marche se faisait en deux temps; j'ai vu pour employer l'expression originale de Trousseau, des fièvres typhoïdes *repiquer*. Mais jamais il n'est venu à l'esprit de Trousseau ni au mien de considérer ces *repiquages* comme des récidives; et cependant Trousseau disait que non seulement il se faisait une éruption nouvelle à la peau, mais encore à l'intestin; mais c'était pour lui toujours la même fièvre typhoïde et non pas une maladie récidivante. On voit bien des récidives d'érysipèle à un an, deux ans même d'intervalle; mais je n'admets pas la récidive pour la fièvre typhoïde, j'aime mieux croire que c'est la même maladie.

M. Marrotte. Il est vrai qu'il y a des faits dans lesquels la mala-

die semble *repiquer*, pour employer l'expression de M. Dumont-Pallier. Et ces faits, en général, présentent même ceci de remarquable, que les symptômes présentent une évolution plus rapide que dans la première atteinte. C'est en quelque sorte la même maladie écourtée. Mais j'admets aussi d'autres faits pour lesquels je partage alors l'avis de M. Lorain. Quand la convalescence est complète, après la guérison de la première atteinte, s'il en survient une seconde, je la considère comme une récidive. Dans ce cas-là, alors, on voit la maladie reparaître, non plus d'une façon écourtée, comme dans le cas dont je parlais tout à l'heure, mais bien avec tous ses caractères propres et absolument de la même façon qu'à la première atteinte. J'ai vu des cas de ce genre. Maintenant, il est possible que nous ne sachions pas encore parfaitement combien de temps la fièvre typhoïde subsiste à l'état latent. En attendant, j'admets qu'il y a d'un côté des rechutes ou repiquages, si vous voulez absolument abandonner le mot rechute, et d'un autre côté des récidives.

M. CONSTANTIN PAUL. Au moyen de tracés graphiques, se rapportant à la température prise pendant les différentes phases d'une fièvre typhoïde, on peut voir les rapports qui existent entre l'élévation de la température et une nouvelle apparition de la fièvre. Il y a donc dans la fièvre typhoïde trois tracés bien caractéristiques : 1° Le tracé se rapportant à la période ascendante de la maladie ; 2° le tracé se rapportant à la période d'état, et 3° enfin le tracé se rapportant à la période de déclin. Du matin au soir seulement, vous observez de grandes différences dans la température, mais la température peut changer sous l'influence d'autres causes ; si, par exemple, il survient une complication dans la maladie, vous voyez une différence ; si, enfin, il y a une rechute, vous voyez alors se reproduire le tracé qui appartient à la période ascendante de la maladie et pas à d'autres.

Si, en effet, il y a une élévation de température due à une autre cause qu'une rechute, le tracé n'est plus le même. C'est, par exemple, ce que vous observez chez les malades qui ont subi l'influence des visites du dehors ; c'est un tracé tout différent de celui de la fièvre typhoïde. Il n'y a qu'une seule affection avec laquelle il puisse y avoir à cet égard quelque confusion : c'est la tuberculisation granuleuse. Or, dans cette discussion, il serait très-important de savoir quelle valeur on doit donner aux accidents fébriles qui se reproduisent de nouveau dans la fièvre typhoïde. Je crois qu'il y a dans la marche de la température un moyen de reconnaître la valeur de ces accidents.

M. HERVIEUX. Je crois à l'influence des visites faites aux malades sur le redoublement de la fièvre. Mais ce fait peut s'expliquer autrement, si l'on considère la fièvre typhoïde comme un empoisonnement.

J'ai déjà parlé dans une précédente communication de jeunes élèves sages-femmes atteintes de fièvre typhoïde, et chez lesquelles j'ai observé des recrudescences de fièvre très-fortes, surtout au moment où elles revenaient dans les salles. Ces recrudescences n'ont donc eu lieu que sous l'influence d'une nouvelle contagion. C'est ce qui m'a fait prendre le parti d'envoyer toutes ces jeunes filles dans leurs familles, et l'amélioration ne tardait pas à se faire sentir, surtout lorsque je défendais aux autres élèves d'aller visiter leurs camarades malades. Je crois donc à l'influence d'un principe toxique. Si, en effet, vous admettez le principe toxique, vous vous expliquerez ainsi pourquoi il y a des recrudescences.

M. BERGERON. Il me paraît impossible d'admettre que les rechutes, dans les fièvres typhoïdes, doivent être attribuées à une intoxication. J'ai vu, en effet, des rechutes chez des malades en ville, qui se trouvaient dans de telles conditions d'hygiène qu'il était impossible d'admettre la moindre intoxication. Quant à la valeur des mots rechute et récidive, il me semble que ces deux mots répondent à deux ordres de faits différents. Je crois que l'individu qui a une rechute de fièvre typhoïde se trouve absolument dans les mêmes conditions que celui qui a une rechute de pneumonie ; or, puisque tout le monde admet la rechute dans la pneumonie, je ne vois pas pourquoi on ne l'admettrait pas dans la fièvre typhoïde.

La séance est levée à 5 heures et quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 27 novembre 1869, ont été nommés présidents des sociétés de secours mutuels des médecins des départements :

Creuse (à Guéret) : M. Thomas, ancien médecin en chef de l'hôtel des Invalides.

Eure-et-Loir (à Chartres) : M. le docteur Voyet, membre du conseil d'arrondissement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Amédée Lefèvre, ancien directeur du service de santé de la marine à Brest, auteur de nombreux travaux estimés.

— La ville de Yassi (Roumanie) compte six établissements orthodoxes de bienfaisance :

L'hôpital central de Saint-Spiridon ; — l'hôpital de Tataratche ; — l'hôpital militaire ; — l'hospice des aliénés de Golia ; — l'hospice des incurables à Galata ; — l'Institut grégorien ou de la Maternité.

Pour compléter l'instruction médicale, la même ville renferme un cabinet d'histoire naturelle et un jardin botanique.

AVIS

Le nombre considérable de demandes qui nous sont faites et des Agendas-Asselin et des Étrennes offertes à nos abonnés, ne nous permettent pas d'y faire droit au jour le jour.

Nous prions nos lecteurs de prendre un peu de patience, toutes leurs demandes seront exécutées à très-court délai.

—

Toute demande non accompagnée du prix en mandat-poste, est et sera considérée comme non avenue.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à cause de la fête de Noël, le journal ne paraîtra pas Samedi.

Paris, le 22 décembre 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous n'aurons pas beaucoup à dire sur une séance, qui s'est passée presque tout entière en élections.

Il s'agissait d'abord de nommer un membre dans la section de pathologie externe, et, malgré leur nombre, les compétiteurs étaient de ceux parmi lesquels il est impossible de faire un mauvais choix. Tous doivent entrer tôt ou tard à l'Académie.

La commission avait présenté en première ligne M. Voillemier. L'Académie lui a préféré, pour cette fois, M. Giraldès, à cause, nous a-t-on dit, de son esprit critique et de sa vaste érudition. Mais le brillant opérateur de l'Hôtel-Dieu, le professeur aimé, n'aura pas à faire un long stage de candidature.

Ne serait-il pas à désirer que l'Académie ouvrît enfin la discussion sur le choléra asiatique, sans attendre l'apparition d'une nouvelle épidémie? Le rapport a été distribué depuis longtemps. Il y a là de nombreux problèmes, qui mériteraient un sérieux examen, et dont une courte communication de M. le docteur Fauvel est venue rappeler l'importance urgente.

Le choléra peut-il éclater en Europe sans importation?

Peut-il se réveiller, un an, deux ans, trois ans après une première épidémie, dans les lieux qu'il avait atteints par propagation, précédemment?

Peut-il dans ce cas revêtir un caractère contagieux, menaçant pour le voisinage : ou, comme le pense M. Fauvel, doit-il fatalement rester stérile par le seul fait qu'il s'est endormi depuis qu'il est venu d'Asie?

Qu'est-ce d'ailleurs, si on l'admet, que ce réveil d'un choléra longtemps endormi?

A quoi tient-il?

Si c'est à la présence d'objets antérieurement contaminés par des cholériques et devenus porteurs de contagion, comment se fait-il que les épidémies n'aient pas toujours de telles *queues* dans ces villes d'Orient, où la propreté est inconnue et où l'on ne prend aucune espèce de précaution contre la contagion possible?

Lors de l'épidémie de 1865, au Caire, certains quartiers avaient été tellement ravagés, que de grandes maisons, ayant perdu par la maladie tous leurs habitants, sont restées vides pendant des semaines ou des mois. Il en fut ainsi particulièrement de tout un quartier du vieux Caire, habité principalement par des Maltais. Certes, il serait difficile d'imaginer un foyer de contagion qui pût être plus efficace. Eh bien, les nouveaux habitants de ces maisons contaminées n'ont pas été pris du choléra.

Il ne suffit pas d'avoir admis la propagation par un contage pour voir disparaître les inconnues de cette délicate question. Les épidémies ont leur mystère, qu'on n'a pas encore pénétré. L'aspect même de la maladie, sa marche, sa durée et, pour ainsi dire, ses *procédés de destruction* ont varié d'une année à l'autre. Aussi, tout en ayant la plus grande confiance dans la science et dans l'habileté de M. Fauvel, tout en admirant les mesures si sages qu'il a fait adopter par les gouvernements, n'est-on qu'à moitié rassuré par ses paroles encourageantes.

Il serait bon que, le plus tôt possible, une discussion académique vînt provoquer dans le monde médical cette *agitation*, souvent efficace pour l'étude de tels problèmes, si ce n'est pour leur solution.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. JACCOUD.

Bruit musical perçu à l'auscultation, et ayant pour siége le péricarde,

(Lu à la Société médicale d'observation, par M. J. DIEULAFOY, interne des hôpitaux.)

On reçut, l'an dernier, au mois d'octobre, dans le service de M. Jaccoud, à l'hôpital Saint-Antoine, un homme âgé de 35 ans, qui s'était précipité dans la Seine. Bientôt, après qu'on l'eût retiré de l'eau, il s'était senti pris de frissons, et au moment de la visite, il se plaignit d'un point de côté assez violent, siégeant au niveau du mamelon droit.

L'examen n'indiqua de matité nulle part; la respiration était normale aux deux temps et dans les deux poumons.

Toutefois, comme ce malade avait 95 pulsations, et comme sa température s'élevait à 39 degrés, on le soumit à la diète et l'on attendit.

Le lendemain, on ausculta de nouveau, et l'on entendit, dans les deux poumons, des râles sous-crépitants, assez fins, disséminés, et au niveau de la région cardiaque, on perçut un bruit musical que je vais décrire.

Ce bruit siége dans un espace extrêmement limité, représenté par une circonférence de 2 centimètres de diamètre environ, située entre la 4e et la 5e côte gauche, au niveau du bord gauche du sternum. Le timbre de ce bruit est élevé, sonore, parfaitement net aux deux temps, sans mélange de souffle ni de frottement.

Je ne suivrai pas l'évolution de l'affection pulmonaire chez ce malade, qui sorti guéri un mois plus tard, mais je discuterai la valeur du bruit que je viens de signaler.

A ce sujet, on a deux questions à résoudre.

En premier lieu, quel est son siége? en second lieu, quelle est sa cause?

Pour ce qui est du siége, M. Jaccoud n'hésita pas à le placer dans le péricarde.

Si ce bruit avait son point de départ dans le cœur, il ne pourrait se produire que dans l'un des quatre orifices, ou au niveau d'une communication anormale.

Or, l'oscultation des orifices fait entendre les claquements volontaires très-distincts, et si, la veille, on avait ignoré l'existence de ce bruit si manifeste, c'est que l'auscultation avait été pratiquée au moyen d'un stéthoscope à petit pavillon, placé juste au niveau des quatre orifices cardiaques. — On peut encore ajouter que si le bruit siégeait au niveau des valvules, il devrait se propager suivant la direction du courant sanguin; or, il n'en est rien; il meurt dans le point même où il a pris naissance.

Enfin, on est en droit d'affirmer qu'il n'a pas son siége dans une communication anormale entre les cavités du cœur, car le malade présenterait des troubles fonctionnels bien connus, et, dans tous ces cas, le bruit persisterait, quelle que fût la position du malade; ceci précisément n'a pas lieu.

Quand on fait asseoir cet homme sur son lit, le bruit musical disparaît complétement; on n'en trouve plus vestige, et les claquements des valvules sont entendus sans mélange de bruit anormal. Quand on incline un peu le malade en arrière en le faisant coucher sur deux ou trois oreillers, le bruit commence à se faire entendre, et il acquiert son maximun d'intensité quand le décubitus est complet.

Si, par un mouvement inverse, on le fait asseoir, peu à peu le bruit s'affaiblit graduellement et finit par disparaître.

La raison de ces modifications se trouve dans la disposition des surfaces du péricarde; le feuillet vésical et le feuillet pariétal ne sont pas en contact dans tous les points, et leurs rapports changent un peu suivant la position du malade.

C'est au moment où une certaine partie du feuillet viscéral est en rapport avec une certaine partie du feuillet pariétal que le bruit musical se produit; ce moment coïncide avec le décubitus du malade, et pendant le double frottement de la systole et de la diastole. Toutefois, il n'est pas complétement isochrone aux claquements valvulaires, et produit avec eux, par moments, une sorte de bruit de galop.

Quelle est donc la cause de ce bruit, étant admis que le siége est le péricarde?

Comme hypothèse probable, on pourrait admettre que, sur l'un des deux feuillets du péricarde, il existe une fausse membrane, tendue, adhérente par toute sa base ou par ses extrémités, et le feuillet opposé, par son frottement, la fait vibrer comme un archet passant sur une corde de violon.

Nous avons cherché, avec mon excellent collègue Lebœuf, à reconnaître quel était le timbre de ce bruit musical, et nous avons pu constater, au moyen du diapason, qu'il était plus élevé au moment de la systole. Il correspondait en ce moment à un *si* naturel, tandis que, pendant la diastole, il prenait le timbre du *si* bémol.

Quand le malade a quitté l'hôpital, un mois plus tard, guéri de son affection pulmonaire, le bruit musical n'avait changé ni d'intensité ni de timbre.

En recherchant, dans les auteurs, si l'on n'a pas signalé d'observations analogues, j'ai trouvé dans l'ouvrage de M. Bouillaud, sur les les maladies du cœur, deux cas (Observations 97 et 122), dans lesquels il y avait bruit de frottement dans le péricarde, avec tendance de ce frottement à devenir musical. Les autopsies furent faites, et l'on trouva sur la séreuse des plaques limitées de fausses membranes.

Il ne faut pas voir, dans le fait que je viens de rapporter, une simple question de curiosité ou de recherche dans le diagnostic, il y a encore une question de pronostic sérieux, car il n'est pas indifférent pour le malade d'avoir quelques fausses membranes sur son péricarde, ou un rétrécissement dans l'un des orifices du cœur.

FEUILLETON BIBLIOGRAPHIQUE

—

Le Monde des Fleurs (1). — Les Voyages aériens (2). — Les Pierres (3). — L'homme primitif (4). — Histoire de la création (5).

Après avoir entretenu nos lecteurs des diverses étrennes qu'il nous était donné de leur offrir, nous désirons attirer aujourd'hui leur attention sur les livres d'étrennes qui touchent des questions scientifiques.

En tête des publications de luxe de cette année, nous devons placer *le Monde des Fleurs* de M. Henri Lecoq. Tout le monde connaît le talent d'exposition du savant professeur de Clermont. A côté de ses publications de géologie et de géographie botanique, il a, depuis quelques années, abordé avec le plus grand succès la vulgarisation de la science. Ce nouveau livre, où les charmes de l'illustration le disputent à la valeur scientifique, présente un tableau des plus pittoresques de la botanique : c'est la poésie au service de la science, ou si l'on veut, la science avec toute sa poésie.

Le Monde des fleurs est un des plus jolis cadeaux que l'on puisse faire.

Donner le pas à M. Rotschild sur M. Hachette, c'est le plus grand éloge que l'on puisse faire des efforts soutenus de ce jeune et très-habile éditeur.

Mais voici venir une seconde série de livres, continuant le grand succès de la maison Hachette.

Et d'abord, signalons les *Voyages aériens*, livre très-curieux, très-nouveau, relatant le dernier mot des essais aérostatiques. Citer les noms de MM. Glaisher, C. Flammarion, de Fonvielle et Tissandier, c'est dire tout l'intérêt attaché aux courageuses expérimentations, qui permettront de fixer un jour des lois encore inconnues.

Emotion et intérêt scientifique très-vif, telle est l'impression laissée par la lecture de ce livre.

Avec M. L. Simonin, nous pouvons aborder l'étude des *Pierres*, ces esquisses minéralogiques ont de l'intérêt pour ceux qui savent, elles apprendront beaucoup à ceux qui ignorent encore. La science de nos jours se fait humble et à la portée de tous, et en jetant un coup d'œil sur les gravures, on se rend compte du service immense que l'illustration aura rendu, à notre époque, à la diffusion des sciences. Bon livre, facile à lire et d'une science attrayante.

Cette année, M. Figuier aborde une œuvre qui mérite les plus grands éloges. *L'homme primitif* cache sous ce simple nom, un résumé très-complet, très-substantiel, mais en même temps très-clair de la grande question anthropologique qui préoccupe tous les esprits.

Jusqu'à présent, il fallait courir de mémoires en mémoires, de publications en publications, pour se rendre compte de l'état de la question. M. Figuier a rendu un vrai service à la science en résumant la question. A ce titre, son livre restera comme le premier essai de ce genre. Nous ne louerons pas la facture du livre; le talent de M. Figuier est assez connu.

Nous sommes heureux de clore cette causerie en signalant encore une bonne publication de M. Savy.

L'Histoire de la création, de Burmeister, est arrivée à sa 8e édition. C'est dire que c'est un bon livre, exposant bien ce qu'il offre à notre curiosité scientifique : l'exposé des phases du développement du globe terrestre et de ses habitants.

Le livre de Burmeister, grâce à la traduction de M. Maupas, devient un livre français, et nous lui souhaitons le succès qu'il a obtenu en Allemagne.

Dr E. LE SOURD.

(1) Publication de grand luxe avec 480 figures. — Grand in-8 jésus; prix broché, 25 fr.

(2) Magnifique volume in-8 jésus avec 117 gravures sur bois et 6 chromolithographies. Prix broché, 20 fr.

(3) Magnifique volume in-8 jésus, 91 gravures sur bois, 15 cartes et 6 chromolithographies. Prix broché, 20 fr.

(4) Un volume in-8 raisin, contenant 263 gravures; dans le texte, 233 figures représentant les objets usuels des premiers âges, et hors texte 30 scènes de la vie de l'homme primitif. Broché, 10 fr.

(5) Un beau volume in-8 avec nombreuses figures. Prix broché, 10 fr.

HOPITAL DE BRIOUDE. — Dr Noir.

Emploi de l'hydrate de chloral comme anesthésique dans une amputation de jambe.

Guillaume M..., âgé de 64 ans, d'un tempérament nerveux et très-impressionnable, est atteint d'un ostéosarcome de la partie moyenne du tibia, qui détermine des douleurs tellement vives, que le malade, entré à l'hôpital de Brioude, me supplie à la visite du lendemain de l'amputer le plus vite possible. Avant de prendre une décision, je tiens à lui calmer d'abord ses douleurs en lui prescrivant, le 28 novembre, 4 grammes d'hydrate de chloral solide, présentant tous les caractères de pureté, après avoir été essayé avec une solution concentrée de potasse. Le malade boit les 4 grammes en dissolution dans 60 grammes de sirop simple, à huit heures du matin.

Voici les effets que je constate : la potion est d'abord trouvée très-mauvaise; M... éprouve des dégoûts, des envies de vomir et des troubles dans les yeux pendant une heure; sur les neuf heures, commencement d'une surexcitation très-violente, qui dure deux heures; les nausées deviennent plus vives et l'agitation est continuée jusqu'à 9 heures 38 minutes; à ce moment, survient un commencement de sommeil d'abord calme, et puis tellement profond, qu'il permet de remuer le malade sans qu'il le sente. Cet état anesthésique se prolonge jusqu'à 10 heures 30, et est remplacé par un réveil et un bien-être d'autant plus agréables pour le malade qui ne souffrait plus, que depuis bien longtemps les douleurs, disait-il, ne lui permettaient pas de fermer les yeux ; il demande un potage, et déclare qu'il ne se rappelle pas ce qui s'est passé; la journée et la nuit ont continué d'être bonnes; et les personnes du service chargées de le surveiller ont été surprises de sa tranquillité.

L'anesthésie produite avec les 4 grammes d'hydrate de chloral m'encourage et me décide à l'employer le lendemain pour l'amputation.

Le 30, à 8 heures 6 minutes du matin, 5 grammes de chloral sont administrés par la sœur, le malade sachant que je devais l'opérer, assisté de mon confrère, M. le docteur Pissin, dès qu'il serait endormi; aucun malaise immédiat, comme dans la première expérience; aucun dégoût. A 8 heures et demie, apparition des nausées, d'une légère agitation et d'un commencement d'ivresse, qui fatigue le malade, sans qu'il puisse bien rendre compte de ce qu'il éprouve; assoupissement de temps à autre auquel succède un réveil délirant, éructations fréquentes. A 10 heures 12 minutes, le sommeil est profond; je transporte le malade sur la table d'opération, le mouvement le réveille légèrement, mais il ne tarde pas à se rendormir et à permettre l'amputation, sans faire un mouvement et sans pousser un cri.

Après le pansement, le malade est replacé dans son lit, toujours endormi, et là nous constatons un refroidissement notable de tout le corps; le pouls, qui était à 120, est devenu filiforme et impossible à compter, la face est pâle; expulsion par la bouche d'une écume visqueuse à chaque expiration; état comateux effrayant jusqu'à 11 heures 40. A cette heure, le malade en se réveillant est pris d'un délire violent; il crie, s'agite, veut se lever, demande l'opération, se plaint de ce qu'elle n'est pas faite, éprouve des douleurs atroces dans le creux de l'estomac; les efforts de vomissements qui avaient cessé pendant le sommeil, recommencent. Tous ces symptômes se prolongent jusqu'à 7 heures du soir; à ce moment tout disparaît, et le malade tombe dans la plus grande prostration; tout en reprenant sa connaissance, il peut à peine remuer et parler, ignore tout ce qui s'est passé depuis la prise de la potion; il ne ressent aucune douleur, prend une tasse de bouillon et passe une bonne nuit, quoique sans dormir. Le lendemain matin, le malade n'éprouve plus aucun des effets produits par le chloral.

Me trouvant en présence de symptômes bien différents de ceux signalés par M. Bouchut, j'ai dû publier cette observation, et déclarer que tout en reconnaissant que l'anesthésie s'est prolongée plus longtemps et a été aussi complète qu'avec les inhalations de l'éther et du chloroforme, le délire, le coma et la prostration, ont été si effrayants, que je crois qu'il serait imprudent d'en faire un fréquent usage, si de nouvelles observations démontrent que les effets que je viens de signaler sont constants dans l'emploi de cet agent.

Peut-être l'idiosyncrasie de mon malade, qui n'a aucune affection du cœur ni du cerveau, n'en permettait pas l'emploi; c'est pour moi la seule circonstance atténuante en faveur de l'hydrate de chloral.

Je dois dire que l'opération n'a présenté rien qui pût contribuer à mettre le malade dans cet état, il n'y a pas eu d'hémorrhagie, et la dissection a été rapidement faite, ainsi que la ligature des artères, qui ne présentait aucune difficulté.

NOTE SUR UN CAS DE PYGOMÉLIE DANS L'ESPÈCE HUMAINE

Par le docteur E. Ancelet (de Vailly-sur-Aisne) (1).

(Lauréat de l'Académie de médecine, correspondant de la Société de chirurgie.)

(Communiquée à l'Académie des sciences le 25 octobre 1869.)

Je rappelle que l'observation a été prise alors que l'enfant était âgé de cinq semaines.

C'est un enfant du sexe féminin. L'autosite, bien conformé, bien portant, présente une hauteur totale de 50 centimètres, dont 8 pour la cuisse et 11 pour la jambe. Je donnerai une idée générale assez exacte de la monstruosité en disant que, par rapport à l'autosite, le parasite rappelle à première vue un enfant naissant du premier par les pieds en position sacro-pubienne. Le parasite est dirigé en avant et en bas, de façon à former avec l'axe de l'autosite un angle de 45 degrés environ.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

En effet, sur la ligne médiane, dans la région pubienne, à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic, naît un bassin, constitué par une tumeur sphéroïdale, mollasse, recouverte par la peau, dont le sillon d'insertion mesure 20 centimètres de circonférence. Près du sillon en avant, cette tumeur présente deux tubercules cutanés, charnus, de la forme et du volume d'une amande, obliquement dirigés de dehors en bas et en dedans, dont les deux extrémités internes sont distantes de 4 centimètres. En arrière, la tumeur est incluse dans un angle formé par l'écartement des grandes lèvres, qui vont en divergeant d'arrière en avant, et sont très-volumineuses. Leur volume s'est notablement accru depuis la naissance, en sorte que l'on éprouve maintenant quelque difficulté pour constater l'indépendance complète de l'anus et de l'urètre; distinction qui était très-nette dans les premiers jours.

Du milieu du sillon d'implantation en avant, au point correspondant en arrière près de l'urètre, la tumeur mesure 13 centimètres de périphérie, dont 5 pour la partie antérieure, 7 à 8 pour la postérieure, laquelle est, en réalité, la partie antérieure du parasite. Au centre de celle-ci, on trouve un pli, présentant en son milieu une dépression qui rappelle peut-être l'organe génital externe à peine ébauché.

En palpant cette tumeur, on constate la présence de son centre, d'un bassin de consistance parfaitement osseuse, de forme assez régulière, si ce n'est qu'il est aplati latéralement, à saillies très-accentuées. La symphyse du pubis paraît être dirigée en arrière et en bas, en sorte que le bassin du parasite semble uni au pubis de l'autosite par la colonne sacro-coccygienne, disposition qui, si elle était pleinement confirmée, à l'abri de toute espèce de doute, serait digne de remarque, puisqu'elle tendrait à restreindre ce principe posé par Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire ; savoir, que dans tous les cas, le bassin accessoire se sonde avec le bassin principal, chaque pièce osseuse allant joindre son analogue.

Les articulations coxo-fémorales du parasite sont parfaitement mobiles. Les membres inférieurs peuvent être écartés presque horizontalement. On voit alors qu'ils sont séparés par un pli cutané sans trace d'anus ou de vulve autre que la petite dépression sus indiquée. Cette ligne de démarcation nous servira de point de départ pour les différentes mesures que nous allons donner.

Les deux membres affectent une forme et une direction différentes. En deux mots, l'un est pendant en bas, et la jambe est fléchie, à angle très-aigu, sur la cuisse; l'autre est dirigé en dehors et en haut, et la jambe forme avec la cuisse un angle droit.

Entrons dans les détails, et n'oublions pas que les deux sujets sont disposés face à face.

Le membre inférieur gauche du parasite est dirigé en haut, en avant et en dehors, de telle sorte que la face postérieure de la cuisse repose sur le pli de l'aine droite de l'autosite. Elle est longue de 9 centimètres, un peu plus longue, par conséquent, que la cuisse normale, et, mesurée au milieu de sa hauteur, elle présente presque la même circonférence que celle-ci, soit 14 centimètres et demi, au lieu de 15.

La jambe s'articule à angle droit avec la cuisse, retenue qu'elle est, dans cette position, par une bride fibreuse sous-cutanée très-saillante; sa face postérieure s'applique sur la face externe droite de l'abdomen. Proportionnellement, elle est moins développée que la cuisse. Sa longueur est de 9 centimètres jusqu'à l'extrémité inférieure de la malléole. Elle affecte une forme notablement conique, et tandis que la jambe normale offre au milieu de sa hauteur 11 centimètres de circonférence, celle-ci n'en a que 7.

Le pied, d'assez petites dimensions, présente seulement quatre orteils séparés, le petit orteil en représentant deux soudés ensemble, ayant seulement deux ongles distincts. Par rapport à l'axe du pied, leur direction est rectiligne; ils ne sont aucunement déviés; mais, par rapport à l'axe de la jambe, le pied lui-même est dirigé de façon à constituer un pied-bot-varus de 2e degré, d'après la classification de Dieffenbach, c'est-à-dire que le bord externe du pied est la partie la plus inférieure, celle sur laquelle aurait lieu la station si le membre était dirigé en bas et dans l'extension. La plante du pied vient s'appliquer sur la partie droite du thorax, presque à la hauteur du mamelon.

Le membre inférieur droit du parasite, dont la face antérieure est dirigée en arrière, pend le long de la face interne du membre inférieur gauche de l'autosite, de façon que sa rotule se trouve à la hauteur de la partie moyenne de la jambe normale. La cuisse mesure seulement 5 centimètres de hauteur, à partir du pli de démarcation qui empiète notablement sur elle. Sa circonférence, en son milieu, est de 14 centimètres et demi, ainsi que le précédent.

La jambe, qui, conique comme la première, présente seulement à son milieu 6 centimètres de circonférence, est fléchie sur la cuisse de façon à former avec elle un angle très-aigu. Elle est fortement maintenue dans cette position par une bride cutanée, et tandis que de la rotule à la malléole on trouve près de 8 centimètres, la face postérieure *libre*, mesurée du sommet de l'angle à l'extrémité du talon, ne donne guère que 3 centimètres de hauteur.

Le pied s'articule de façon à constituer comme le gauche un pied-bot-varus, mais chez lequel l'équinité est plus prononcée. Sa face dorsale est en dehors, mais sa pointe se trouve dans la région hypogastrique gauche, presque à la hauteur de l'ombilic. Il offre en outre une conformation particulière. Les trois orteils du milieu sont normaux ; le petit orteil présente une bifidité apparente, caractérisée par l'aplatissement de son extrémité et l'existence de deux ongles très-rapprochés, soudés par leurs bords correspondants (1). Le gros présente à son extrémité une bifurcation très-prononcée, où les ongles sont à peine accusés. Le pied semble donc terminé par sept orteils.

Dans les deux membres, le tibia et le péroné sont peu distincts, mais partout l'ossification est complète. Le degré de perfection relative du monstre explique cette particularité, qui, d'après les auteurs, est l'exception.

On a dit aussi que les articulations étaient ordinairement ankylosées ou demi-ankylosées entre elles. Evidemment il n'y a ici rien de semblable, mais seulement rétraction des parties molles.

L'appendice ne jouit d'aucun mouvement propre, mais la sensibilité y est prononcée. Il suffit de le pincer modérément en un point quelconque, pour déterminer des cris chez l'enfant.

La peau qui le recouvre présente les caractères de la peau normale, peut-être avec un mode de vitalité un peu différent. Ainsi, à l'âge de deux semaines, la peau de la région pelvienne du parasite était couverte d'excoriations épidermiques, des dimensions d'une grosse lentille, qui persistèrent une dizaine de jours, alors que le reste du corps n'offrait rien de semblable.

J'ai revu cette enfant à plusieurs reprises depuis sa naissance, et pour la dernière fois le 18 octobre. Elle jouit d'un excellent appétit, d'une excellente santé, se développe rapidement, et, chose remarquable et exceptionnelle, jusqu'ici l'accroissement des parties accessoires est proportionnel à l'accroissement des parties normales.

Les anomalies de cette nature ne compromettent point la viabilité, mais en présence de l'existence étrange réservée aux êtres qui en sont atteints, une opération ayant pour objet d'enlever le parasite ne saurait être classée, je crois, parmi les opérations dites de complaisance.

Serait-il téméraire de la tenter? Je ne le pense pas.

Aucun organe important n'est intéressé, et en particulier les fonctions de la vessie et de l'intestin se font d'une façon parfaitement normale.

Le parasite est greffé sur l'autosite os sur os, par simple articulation, je le pense, car on peut lui faire exécuter quelques mouvements au lieu de jonction ; mais, ce point de diagnostic fût-il douteux, y eût-il en réalité fusion des parties osseuses, dût-on, au lieu d'une simple désarticulation, pratiquer une véritable amputation à l'aide de la scie, qu'importe pour le pronostic? Aussi ai-je conseillé l'opération, tout en engageant à attendre que l'enfant ait acquis un développement plus complet, afin d'écarter autant que possible les chances fatales. Je comptais en outre sur l'arrêt de l'accroissement des parties accessoires, et quoique sur ce point mes prévisions aient été jusqu'à présent démenties, je persiste néanmoins à penser que ce cas n'est point en dehors des ressources de la chirurgie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 21 décembre 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une lettre de M. le préfet du Loiret, qui fait connaître que les habitants de Chilleurs-aux-bois sollicitent la présence d'un médecin dans leur commune.

2° Un rapport purement négatif de M. le docteur Piedvache, médecin-inspecteur des eaux minérales de Dinan (Côtes-du-Nord).

3° Un rapport officiel sur le service médical de l'hôpital militaire de Vichy. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Brochin, qui se présente comme candidat dans la classe des associés libres.

2° Une lettre de M. le docteur Armand, accompagnant l'envoi d'une pipe destinée à fumer l'opium.

M. Béhier présente de la part de M. le docteur Gallard, médecin de la Pitié, une brochure intitulée : *Conférences de clinique médicale sur l'ovarite*, recueillies par M. Raymond, interne de service.

M. Larrey présente : 1° Un *Manuel de gymnastique*, par M. Vergues ;

2° Une *Étude sur la prophylaxie du choléra en Orient*, par M. le docteur Tholozan.

3° Une *Étude de météorologie médicale sur la ville de Pau*, par M. le docteur Lahillonne.

4° Une *Étude sur l'uranoplastie*, par M. le docteur Ehrmann.

5° Une brochure sur la *Régénération des eaux*, par M. le docteur Brum-Séchaud.

6° Une *Notice sur les eaux minérales d'Hamman-Merkoatim*, par M. le docteur Amel.

7° Une *Note sur l'identité de Balinas et d'Apollonius de Thyane*, par M. Le Clerc.

M. Berthelot présente, au nom de M. le professeur Domenico de Luca plusieurs brochures en italien sur différents sujets de chirurgie.

M. Leblanc donne lecture de la note suivante :

(1) « La présence de deux ongles est une disposition très-rare qui indique en général une bifurcation de la phalange unguéale, » dit Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire. Cette remarque m'engage à mentionner ici que je l'ai rencontrée sur le gros orteil gauche d'un nouveau-né, parfaitement constitué d'ailleurs.

« M. Colin ayant dit qu'il avait souvent observé sur des veaux ou des génisses âgés de 2 ou 3 trois mois, c'est-à-dire de l'âge où l'on vaccine les animaux pour en faire des vaccinifères, et moi lui ayant répondu que je n'avais jamais rencontré cette maladie chez des veaux ou des génisses de moins de 4 mois, j'ai désiré savoir si l'observation de quelques-uns de mes confrères, qui par leur position voient un très-grand nombre de veaux de cet âge, avait été conforme à la mienne. Je vous ai déjà communiqué le résultat de la grande pratique de M. Verrier, de Provins.

Je viens vous dire que M. Nicole, vétérinaire, qui depuis douze ans, inspecte tous les veaux et les génisses destinés à l'approvisionnement de Paris, m'a écrit qu'il n'avait vu sur aucun de ces animaux, âgés de six semaines à trois mois, au nombre de cent cinquante mille par an (un million huit cent mille animaux), aucun signe d'affection charbonneuse.

J'ajouterai que M. Veder, inspecteur de l'abattoir général de la Villette, m'a aussi écrit que depuis 22 ans qu'il est inspecteur d'abattoir, il n'a constaté aucun cas de charbon sur les veaux et sur les génisses âgés de 40 à 50 jours qui ont été tués aux abattoirs, au nombre de cent quarante mille par an, ou à peu près trois millions quatre vingt mille animaux.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire, en remplacement de M. Lagneau.

La commission propose la liste suivante :

1° M. Voillemier;
2° M. Giraldès;
3° M. Lefort;
4° M. Trélat;
5° M. Perrin;
6° M. Desormeaux;

Au premier tour de scrutin, sur 85 votants, la majorité absolue étant de 43.

M. Giraldès obtient.............	39 suffrages.
M. Voillemier....................	26 —
M. Desormeaux....................	12 —
M. Perrin........................	9 —
M. Lefort........................	1 —

Au deuxième tour sur 83 votants.

M. Giraldès obtient..............	54 suffrages.
M. Voillemier....................	27 —
M. Perrin........................	1 —
M. Desormeaux................	1 —

En conséquence, M. Giraldès est nommé membre de l'Académie.

L'ordre du jour appelle l'élection de membres du bureau et du conseil.

— M. Vurtz est nommé vice-président par 55 voix sur 69.

Les autres suffragent se répartissent ainsi :

M. Gavarret obtient..............	7 voix.
M. Danyau........................	4 —
M. Bussy.........................	1 —
Bulletins blancs.................	2 —

— M. Béclard est réélu secrétaire annuel par acclamations.

— MM. Gubler et Jacquemin sont nommés membres du ee conseil.

Communication sur le choléra de Kiew.

M. FAUVEL. L'Académie sait que depuis environ deux ans, la dernière épidémie de choléra peut être considérée comme entièrement éteinte en Europe, et qu'à raison de cela, nous redoublons d'efforts dans le but de prévenir une nouvelle invasion. Or, depuis quelque temps, les journaux parlent d'une épidémie violente de choléra qui sévissait à Kiew, en Russie. A cette nouvelle, beaucoup de personnes se sont demandé si nous n'étions pas à la veille de voir reparaître la maladie parmi nous, et si les mesures prises contre une importation venant de l'Asie n'allaient pas devenir illusoires.

Nous avons voulu savoir à quoi nous en tenir sur cette épidémie de Kiew, et nous avons demandé des renseignements officiels à Saint-Pétersbourg.

Voici ce que nous a répondu M. le docteur Pelikan, directeur du service médical civil en Russie :

Vers la fin du mois d'août, plusieurs cas de choléra furent signalés à Kiew parmi les ouvriers armuriers. Des cas analogues, mais en petit nombre, continuèrent à se manifester dans la ville jusqu'au milieu d'octobre. Jusque-là, les médecins considéraient ces cas comme étant des attaques de choléra sporadique, ou pour parler plus clairement, de *choléra nostras*. A partir du 17 octobre, les cas devinrent plus nombreux, et jusqu'au 11 décembre, 119 furent admis dans les hôpitaux, et donnèrent lieu à 63 décès.

Pendant la même période, il y eut, dans la ville, 59 morts occasionnées par la même maladie; au total, 112 décès par le choléra dans l'espace de deux mois, dans une ville importante. C'est là une épidémie, mais non pas une épidémie violente. La proportion de la mortalité paraît bien indiquer que la maladie était le choléra asiatique. Dans plusieurs districts du gouvernement de Kiew, des cas analogues, en très-petit nombre, furent observés çà et là.

Il importe d'ajouter que, dans le mois de novembre, le choléra s'est aussi manifesté dans plusieurs villes importantes du gouvernement voisin de Kiew; à Oral (95 cas, dont 45 suivis de mort); à Belchilza, ville située sur le Diepner, de même que Kiew, mais plus haut (21 cas, 17 morts); à Toula (9 cas, 3 morts).

Enfin, une dépêche du 15 décembre annonce la cessation complète de la maladie à Kiew.

Il y a donc eu, dans une région assez circonscrite de la Russie, région qui avait été éprouvée par le choléra il y a quelques années, réapparition soudaine de la maladie à l'état d'épidémie légère sans importance appréciable.

Quelle est l'importance de ce fait et quelles en seront les suites? En me fondant uniquement sur les données de l'expérience, je crois pouvoir affirmer que ce fait n'a pas l'importance qu'on serait peut-être tenté de lui attribuer, et qu'il n'aura aucune suite sérieuse.

En effet, ces réapparitions du choléra à l'état épidémique dans certaines localités où il avait régné un an, deux ans et plus auparavant, n'ont rien d'insolite. On en compte d'assez nombreux exemples; mais ces queues d'épidémies, ces réminiscences ne sont jamais bien graves, et elles ont toujours jusqu'ici présenté, en Europe, ceci de particulier (et c'est ce qui nous intéresse le plus), qu'elles s'éteignent sur place, qu'elles ne se propagent pas, qu'elles ne sont jamais devenues le point de départ d'une épidémie envahissante; d'où l'on peut induire que, dans ces cas, la maladie a perdu, en grande partie au moins, son caractère contagieux, qu'elle est devenue *stérile*, ce qui tend à prouver que le choléra asiatique n'est pas acclimaté en Europe.

D'après cette donnée de l'expérience, je suis convaincu que nous n'avons rien à craindre du foyer cholérique développé à Kiew, et que nous ne devons nous relâcher en rien des précautions énergiques prises pour nous garantir d'une nouvelle invasion, soit par la mer Rouge, soit par la mer Caspienne. Il ne faut pas oublier que c'est de là que vient le vrai danger.

A ce propos, qu'il me soit permis d'annoncer que M. le docteur Proust qui, comme l'Académie le sait, avait été chargé d'une mission importante relativement au choléra, sur le littoral de la mer Caspienne et en Perse, est de retour après avoir rempli sa mission de la manière la plus distinguée et la plus satisfaisante. J'espère que son rapport sera bientôt publié et communiqué à l'Académie.

RAPPORT

M. DEPAUL, au nom de la commission de vaccine, donne lecture du rapport officiel sur les vaccinations pratiquées en 1868.

Outre un certain nombre de médailles, la commission propose de décerner trois prix de 500 francs chacun, l'un à M. le docteur Simonin, de Nancy, un autre à Mme Chamaillard, de Vannes, et le troisième à M. le docteur Berger, de Grenoble.

Ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée à 5 heures et quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 15 octobre 1869 (1). — Présidence de M. LAGNEAU.

M. GUIBOUT. Je vais essayer de répondre en peu de mots aux diverses critiques que m'ont adressées plusieurs de nos honorables collègues.

M. Géry père m'a reproché d'avoir employé, chez le malade dont je vous résumais l'observation, une médication trop complexe. Mais personne, et M. Géry pas plus que personne, ne s'y est mépris; j'ai accumulé dans un petit nombre de phrases la série des moyens que j'avais employés durant plusieurs mois. Au début, j'avais donné le sulfate de quinine, tout en mettant ce malade à un régime reconstituant; le sulfate de quinine n'agissant pas, je lui ai substitué les toniques, pour y revenir quand la périodicité des accès m'en a fourni l'indication, sur laquelle M. Simonot a si justement appelé notre attention. Puis les accidents locaux, l'engorgement de la rate, persistant en dépit de l'amélioration de l'état général, je me suis décidé à employer des médications topiques, commençant par les plus faibles, pour arriver progressivement aux plus énergiques. Je le répète, il a fallu, je crois, cet ensemble de moyens généraux et locaux pour parvenir à guérir ce malade.

M. Géry fils a paru élever des doutes sur les faits de fièvre pernicieuse observés et développés à Paris. Ceux que nous a rappelés M. Gros ont déjà dû le convaincre. Il y a cinq ans environ, j'étais appelé rue de Mulhouse, auprès d'une dame qui venait d'être prise d'un de ces accès à forme algide tellement effrayant, qu'on pouvait craindre que la mort en fût la conséquence. Cette impression, qui était la mienne, fut également celle de MM. Bouillaud et Trousseau, qui voulurent bien s'adjoindre à moi en consultation. Grâce au sulfate de quinine, qui ne put cependant pas empêcher le second accès, ce second accès fut beaucoup moins violent que le premier. Il n'y en eut pas un troisième, et la malade guérit.

A peu près à la même époque, dans le quartier de Chaillot, à la maison de Sainte-Périne, où j'étais chargé du service médical, j'observais chez un grand nombre de pensionnaires des accidents nerveux à forme intermittente plus ou moins régulière, extrêmement bizarre. Les collègues mes prédécesseurs ne se rappelaient pas avoir rien vu d'analogue; les malades, notamment, étaient prises d'insomnies qui résistaient aux plus fortes doses d'opium, de belladone et de jusquiame, et qui, de même que les autres accidents auxquels je fais allusion, cédaient au sulfate de quinine.

M. Charrier m'a accusé de méconnaître les bienfaits de l'hydrothérapie; il faut que je me sois bien mal expliqué à ce sujet pour que M. Charrier m'ait si mal compris. J'ai dit que l'hydrothérapie ne me paraissait pas une méthode facile à généraliser, et que, pour être efficace, elle devait être employée méthodiquement, comme elle l'est dans les établissements appropriés; mais que déjà, dans les villes, nous ne pouvions pas soigner indifféremment tous nos malades dans ces établissements, et qu'il fallait y mener soigner tous les gens de la campagne, qui sont cependant ceux qui fournissent le plus grand nombre d'individus à fièvres intermittentes rebelles. Je concluerais donc que, par ce seul fait, l'application de ce moyen thérapeutique était nécessairement restreinte.

J'ai été plus loin, il est vrai, lorsque j'ai dit, qu'indépendamment de ces considérations, il en était d'autres qui entraient en ligne de compte pour limiter encore le nombre des cas où l'hydrothérapie serait applicable, et j'ai cité les individus tuberculeux, les apoplectiques, ceux atteints d'hypertrophie du cœur, les rhumatisants, entendant par là les malades chez lesquels le rhumatisme a un certain degré d'acuité. En définitive, sans méconnaître les services que l'hydrothérapie peut rendre et rend, en effet, dans le traitement des fièvres intermittentes, j'ai soutenu et je soutiens encore cette opinion que, dans la majorité des cas, c'est au sulfate de quinine qu'il faut avoir recours.

M. SIMONOT. Lorsque la cachexie palustre existe, l'utilité de l'hydrothérapie ne me paraît pas discutable, et dans cas, je m'associe pleinement aux opinions que vient d'émettre M. Charrier; mais M. Charrier a été plus loin, et, si je l'ai bien compris, il nous a dit que l'hydrothérapie, convenablement appliquée avant l'heure de l'accès, pouvait enrayer les fièvres intermittentes; ici je suis moins convaincu. Je comprends que l'hydrothérapie puisse juguler un accès de fièvre, comme le faisaient jadis une potion éthérée fortement laudanisée et l'application simultanée de nombreux sinapismes; mais que l'hydrothérapie puisse enrayer la périodicité fébrile, jusqu'à plus ample informé, cela me paraît assez douteux pour que je demande à M. Charrier de vouloir bien préciser les faits.

M. CHARRIER. Je vois encore aujourd'hui ce jeune homme, qui dans ces derniers temps a contracté une fièvre intermittente quotidienne. Il avait déjà pris inutilement, à la campagne, du sulfate de quinine. A son arrivée ici, je lui en ai donné de nouveau, pensant que si celui qu'il avait pris était resté sans effet, c'est que peut-être il n'avait pas toute la pureté désirable. Je lui en ai donc prescrit dont j'étais parfaitement sûr : 30 centigrammes pris le matin, la même dose répétée le soir, n'ont en rien modifié l'accès; il en a été de même de doses plus fortes : 50 centigrammes le matin, autant le soir. En présence de cette résistance, et comme d'ailleurs le malade supportait mal le médicament, qui lui causait des douleurs gastralgiques, des troubles de l'ouïe et des vertiges, je lui ai fait suspendre le traitement, et je l'ai envoyé prendre des douches en pluie, de quinze à vingt secondes. Il prit sa douche à trois heures et demie de l'après-midi, heure à laquelle son accès devait commencer. Sous l'influence de ce moyen, cet accès n'eut pas lieu. Chaque jour, depuis lors, le traitement est suivi, et depuis lors aussi le malade n'a plus d'accès. Tout fait espérer sa guérison, et qu'il en sera de lui comme de beaucoup d'autres malades dont les médecins qui s'occupent spécialement de la question ont rapporté les exemples encourageants.

D'ailleurs, en rappelant ici les excellents résultats de l'hydrothérapie dans le traitement des fièvres intermittentes rebelles, je n'ai voulu en aucune façon faire le procès du sulfate de quinine.

M. VOISIN. On a insisté, dans une de nos dernières séances, sur la nécessité de s'assurer de la pureté du sulfate de quinine que l'on emploie. On a cité, à ce propos, des faits où les plus graves inconvénients avaient été la conséquence de ce défaut de pureté des médicaments. En voici un autre. Il y a quelques années, je donnais des soins à une malade qui avait des accès de fièvre intermittente pernicieuse. Une première dose de sulfate de quinine administrée resta sans effet. Je fus prévenu assez à temps pour pouvoir en administrer une seconde dose égale, prise, cette fois, dans une bonne pharmacie, et je fus assez heureux pour voir cesser des accidents qui, si je m'en fusse fié à la première dose, eussent, j'en ai la conviction, entraîné la mort.

M. BOINET. A propos des causes de la fièvre intermittente, on a dit avec juste raison que ces fièvres, autrefois inconnues à Paris, ou celles du moins que l'on avait occasion d'y traiter, soit en ville, soit dans les hôpitaux, étaient prises dans d'autres pays, s'y développaient maintenant sous l'influence des grands remuements de terre nécessités par les travaux que l'on y fait partout; mais, en outre de cette cause, il en est une sur laquelle je demande votre opinion. Deux personnes de ma clientèle, vivant dans les mêmes conditions hygiéniques, n'ayant jamais voyagé dans des pays où les fièvres intermittentes sont endémiques, habitant un quartier de Paris où il n'y a eu ni démolitions ni constructions nouvelles, ont été prises de ces fièvres d'accès. Leur demeure est située juste en face une de ces gueules d'égoût dont les émanations, en été surtout, et sous l'influence de certains états atmosphériques, sont, comme vous n'êtes que trop à même de vous en apercevoir, véritablement infectes. Ce sont, pour ainsi dire, les soupiraux de marais souterrains qui donnent issue, en été, à des odeurs épouvantables, et en hiver, à des vapeurs asphyxiantes. Eh bien, en l'absence de toute autre cause, je me demande si celle-là ne suffirait pas pour expliquer le développement, chez les personnes dont je vous parle et chez bien d'autres, des fièvres intermittentes. C'est là une observation que je vous soumets.

Quant aux accès pernicieux, j'ai eu, comme MM. Guibout et Gros, l'occasion d'en observer plusieurs depuis quatre à cinq ans, et notamment un cette année même.

M. CHARRIER. En répondant à M. Simonot, à propos de l'hydrothérapie, j'avais également à répondre à M. Guibout. Il nous a dit que la tuberculose était une contre-indication au traitement par l'eau froide, je l'accorde, mais M. Guibout m'accordera aussi que cela constituerait une exception à la règle générale, et rien de plus. Pour ce qui est du rhumatisme chronique, loin de contre-indiquer le traitement, il l'indique d'une manière formelle.

Pourquoi l'hydrothérapie soulève-t-elle tant de préjugés? C'est parce qu'on n'en a vu que les cas dans lesquels elle est mal appliquée. Je reviens encore sur ce que j'ai dit de son incontestable utilité lorsqu'elle est sagement faite, comme elle l'est dans les établissements spéciaux, tels que Auteuil, Serain, Divonne, et d'autres que vous connaissez tous, au moins de réputation.

M. GUIBOUT. Je voudrais répondre à M. Boinet. J'ai visité, et plusieurs d'entre vous ont peut-être visité comme moi les égouts de Paris. J'ai donc été à même de constater combien ils sont absolument sans mauvaise odeur. Assurément, si les produits qu'ils sont chargés de déverser à leur embouchure restaient accumulés, ils seraient la source de foyers pestilentiels; mais ces produits sont constamment entraînés par un immense courant d'eau; si bien que je ne crois pas qu'on puisse leur attribuer la cause des accidents dont les malades de M. Boinet ont été pris.

M. DELASIAUVE. M. Boinet disait avec MM. Guibout et Gros, que les accès de fièvre pernicieuse étaient plus fréquents dans notre contrée aujourd'hui qu'autrefois. Il y a dix-huit à vingt ans, une discussion s'est élevée, dans le sein même de cette Société, sur le même sujet. J'ai pris, à cette occasion, la parole pour citer un grand nombre de faits dont j'avais été alors témoin, tant à l'hospice que dans la commune de Bicêtre. Je retrouvais, dans les symptômes que je constatais chez les malades les mêmes symptômes que j'avais constatés dans une localité de province où ces fièvres sont endémiques, et je les guérissais par les mêmes moyens.

Mais à propos de ces fièvres pernicieuses, il y aurait à éclaircir

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 décembre.

un point sur lequel j'appelle votre attention, à savoir si ces accès pernicieux sont plus fréquents alors que règnent les épidémies de fièvres intermittentes légitimes. Daprès mon expérience, il m'a semblé qu'il n'en était pas ainsi.

Quant aux fièvres larvées, j'en ai observé de toutes formes : par exemple, les unes gastro-intestinales, les autres péripneumoniques, d'autres encore cérébrales. Dans celles-ci, c'étaient de véritables accès d'aliénation mentale prenant le type tierce pernicieux : toutes eédant au sulfate de quinine.

Quant aux doses, M. Briquet vous a dit qu'il n'avais jamais besoin d'avoir recours à de fortes doses, à la condition d'employer du sulfate de quinine parfaitement pur. Pour moi, je n'ai jamais donné au delà de 45 centigrammes dans les fièvres légitimes; jamais au delà de 80 centigrammes ou 1 gramme dans les fièvres pernicieuses, et sur quarante cas de ces dernières, j'en ai guéri les trente-trois que j'avais traitées.

M. VOISIN. A propos de ce que dit M. Delasiauve, je rappellerai qu'au-dessus de Bicêtre existait un vaste marécage de plusieurs arpents, qui exhalait des odeurs épouvantables. Selon les vents, Bicêtre et sa commune en étaient infectés, ce qui était évidemment la source de ces épidémies de fièvres intermittentes que nous a rappelées M. Delasiauve. Je crois, comme est porté à le croire M. Boinet, que les égouts de Paris jouent, en une certaine mesure, le même rôle, non pas le grand égout collecteur, mais les petits égouts qui s'y rendent et exhalent si souvent de mauvaises odeurs.

M. SIMONOT. La question que vient de soulever M. Boinet mérite une sérieuse attention. Tout en reconnaissant, avec M. Guibout, que nos grandes voies d'égouts ont une splendide irrigation au double point de vue de l'air et de l'eau, je lui rappellerai qu'à ces grandes voies aboutissent d'autres voies plus restreintes, dont forcément l'irrigation n'est pas aussi parfaite, et que plus imparfaite encore est celle des égouts particuliers de chaque maison. Je lui ferai en outre observer que ces derniers, en échange des eaux ménagères chargées de débris végétaux et animaux qu'ils exportent, importent des émanations qui vont se concentrer dans des cours dont l'étroite superficie, circonscrite par des constructions élevées, accuse de la façon la plus évidente une insuffisance d'aération. Dans ces conditions, est-ce être pessimiste que de craindre la conversion, dans un temps donné, de ces cours en foyers d'infection analogues à ces marais où le mélange des eaux douces et salées, en multipliant les détritus végétaux et animaux, associe la perniciosité à la putricidité? Je ne le pense pas; et, le cas échéant, le développement d'affections intermittentes et tyhiques me paraît également possible.

M. Guibout nous disait tout à l'heure : Depuis l'établissement des égouts, vous n'avez pas à craindre les fièvres intermittentes, puisqu'elles n'existaient pas dans Paris avant leur installation, alors que vous y étiez plus exposés par le dépôt des immondices dans les rues. Il y a là, je le crois du moins, une erreur. Avant les égouts, comme aujourd'hui, la voirie n'autorisait les dépôts sur la voie publique qu'à une certaine heure, et elle les faisait enlever dans le plus bref délai possible. On n'avait donc pas à redouter les influences de leur putréfaction, et on était assurément plus franchement débarrassé qu'aujourd'hui de tous les déchets de subtances alimentaires qu'enfouissent à toute heure les bouches de nos égouts. Sans aucun doute, la propreté de nos rues a énormément gagné au nouvel état des choses; mais pour affirmer qu'il en est de même de la salubrité intérieure de nos maisons, je voudrais voir les cours de service douées d'une aération en rapport avec celle dont les nouvelles voies publiques sont si généreusement gratifiées.

M. LAGNEAU. J'aurais à entrer dans quelques considérations relatives aux changements de climats, aux influences des altitudes, dans le traitement des fièvres palustres; mais l'heure avancée nous force de remettre encore cette discussion à une autre séance. si la Société juge à propos de la poursuivre.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le secrétaire annuel : Dr LÉON BLONDEAU.

Par les soins de Husin-Pacha, ministre de la police de Constantinople, un hôpital pour les femmes va être établi dans cette ville.

NOS ÉTRENNES

1° **Le Jardin de la France**, album des 50 plus belles vues des bords de la Loire, depuis son embouchure jusqu'à sa source : châteaux, villes, monuments, sites remarquables, etc., accompagnée de 50 notices sur chaque sujet; dessins et gravures sur acier par MM. Rouargue frères. — Un beau volume grand in-4°, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 75 fr. net pour nos abonnés, 16 fr.

Expédié *franco* dans toute la France, 18 fr. 50.

2° **Galerie historique de la Révolution française (1789-1793)**. Album de 50 portraits en pied, avec notices biographiques des personnages les plus remarquables de cette grande époque. Un beau volume grand in-8° jésus, riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 100 fr. net pour nos abonnés, 16 fr.

Expédié *franco* dans toute la France, 18 fr. 50.

3° **Galerie historique de la Révolution (1830-1848)**. Album de 32 portraits en pied des personnages les plus remarquables et les plus célèbres, avec 32 notices historiques. Un beau volume in-4° riche cartonnage, doré sur tranche.

Au lieu de 64 fr. net pour nos abonnés, 12 fr.

Expédié *franco* par toute la France, 14 fr. 50.

4° **L'Autographe.** Album de dessins, d'écritures et de signatures de nos plus grandes célébrités. — 1 vol. in-folio, oblong, richement cartonné.

Au lieu de 15 fr. net pour nos abonnés, 6 fr.

Franco dans toute la France, 8 fr. 50.

Notes pour servir à l'étude de la coralline, par A. BOURGOIGNON, préparateur de chimie à la manufacture impériale des Gobelins, brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 75 centimes.

Le directeur, Dr E. LE SOURD

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris
L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

Trois mois. . .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Paris, le 27 décembre 1869.

La séance de distribution des prix aux élèves internes ou xternes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices vils de Paris, qui ont concouru en 1869, a eu lieu aujourd'hui ıême, dans la salle des concours de l'administration.

Tout l'intérêt de cette séance repose, comme on le sait, sur la roclamation des nouveaux internes et externes, et des lauréats ı prix de l'internat.

Voici le nom des heureux élus.

PRIX DE L'INTERNAT

Première division (internes de 3e et 4e année): Prix : médaille or, M. Reverdin. — Accessit : médaille d'argent, M. Lucas-hampionnière. — Première mention : M. Laugier. — Deuxième ention : M. Landrieux.

Deuxième division (internes de 1re et 2e année). — Prix : édaille d'argent, M. Labadie-Lagrave. — Accessit : livres, Bozzi. — Première mention : M. Hubert-Valleroux. — Deuxième ention : M. Rendu.

INTERNAT

Internes. — 1. Caubet; — 2. Chrétien; — 3. Lagrange; — Foix; — 5. Marcé; — 6. Troisier; — 7. Danlos; — 8. Nauer; — 9. Verron; — 10. Campenon.

11. Homolle; — 12. Dejeanne; — 13. Leboucher; — 14. bail; — 15. Tilloy; — 16. Bellon; — 17. Proust; — . Alison; — 19. Baréty; — 20. Bouilly.

21. Robinson; — 22. Gripat; — 23. Percheron; — 24. ırcy; — 25. Chevalet; — 26. Sabatié; — 27. Gombault; — . Robert; — 29. Barthavez; — 30. Rubé.

31. Conyba; — 32. Leblond; — 33. Urdy; — 34. Valtat; — 35. Zambianchi; — 36. Labarraque; — 37. Bez; — 38. erras.

Internes provisoires. — 1. Chenieux; — 2. Faure; — 3. Menu; — 4. Klein; — 5. Demange; — 6. Sueur; — 7. Boéchat; — 8. ouvy; — 9. Oyon; — 10. Binet.

11. Landouzy; — 12. Cauchois; — 13. Gautier. — 14. Haot; — 15. Reclus; — 16. Dupuy; — 17. Labuze; — 18. Petit; — 19. Mauquié; — 20. Blain.

21. Dessaux; — 22. Dissandes-Lavillote; — 23. Martin eorges; — 24. Lucas Championnière; — 25. Coudroy de auréal; — 26 Filhol; — 27. Rodocalot; — 29. Edouard lartin; — 30. Marcano.

31. Girard; — 32. Longuet.

EXTERNAT

1. MM. Andral, Ziembicki, Viguier, Hanot, Gontier, Petit, roupe, Cauchois, Pierret, Dusaussay.

11. Klein, Rabourdin, Ribemont, Zayas-Bazan, Filhol, Longuet, Hirne, Parénaud, Ferras, Barbier.

21. Bretteville, Clermont, Zambianchi, Huard, Duret, Simacourbe, Deny, Foucart, Lucas-Championnière, Rabaut.

31. Bougon, Chesnel, Péchenet, Pouliot, Putel, Dejeanne, Seuvre, Petrini (Michael), Vidal, Dobranici.

41. Danton, Henriet, Ulmoy Truffin, Quicos, Fabre, Guyard, Remy, Robin, Boucheron, Nadaud.

51. Lemoyne, Godinat, Stoïcesco, Legallois, Kahn, Onfray, Auger, Bailly, Barbancey, Barret.

61. Briaud, Buzot, Moye, Tartenson, Ahmed-Chafy, Treille, de Béthune, Poiteau, Giraud, Cado.

71. Favier, Champetier de Ribes, Conard, Larrouy, Leriche, Jobbé-Duval, Yot, Ducoudray, Menard, Puel.

81. Vizzu, Soubise, Bouley, Dulac, Angelot, Besaucèle, Picard, Pillou, Pouroy, Gassot.

91. Gazagne, Vieillard, Chirié, Courmont, Lecerf, Llenas, Andigé, Baudon, Billet, Boillerault.

101. Brière, Grangé, Cottard, Creuzé, Lafosse, Lhéribel, Marty, Urueta, Petrini (Paul), Manouvriez.

111. Lhirondel, Marboné, Delaporte, Niverd, Ansaloni, Pachot, Permin, Capon, Chailloux, Couecou.

121. Lorreyte, Moreau (Jules), Moreau (Félix), Moreau (Louis), Tiraud, Geneuil, Laugier, Toutain, Hayer, Caillette.

131. Boussey, Neumann, Patenostre, Garipuy, Amiard-Fortinière, Bergeaud, Pissot, Freulet, Cantacuzène, Steccewiez.

141. Viaud, Muret, Allibert, Greuzard, Descamps, Gauderon, Guillaumet, Fiaux, Jourdan, Sahuet.

151. Bordreau, Ferreau, Vinot, Mouroy, Théolier, Barbarin, Bourretère, Pomponne, Crane, Sevreux.

161. Sirct, Rocher, Miquel, Mouton, Chabenat, Degravier, Petit, Montano, Grosfillay, Balzer.

171. Vincent, Desbrousses-Latour, Macqret, Guttievez et Tapret.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. BAILLY.

Leçons sur le traitement de l'avortement.

I

La fréquence extrême de l'avortement, le nombre et la variété des causes qui se produisent, la diversité des symptômes dont il s'accompagne et assez souvent la gravité des accidents qui le compliquent, font de ses indications générales, une des plus intéressantes questions de la science obstétricale et de la conduite à tenir dans chacun des cas de fausse couche dont la profession nous rend témoins, un des points les plus délicats de la pratique des accouchements. Les notions que je me propose de vous donner aujourd'hui, sur cet important sujet, ont été réunies un peu avec mes souvenirs d'études et beaucoup avec mes souvenirs de praticien; elles sont surtout le fruit d'une observation que je crois juste, et dont vous aurez bientôt sans doute l'occasion de vérifier l'exactitude. En commençant cette leçon, je dois vous avertir que sans négliger entièrement l'avortement qui survient après cette époque, l'exposition qui va suivre, concerne plus particulièrement la fausse couche des quatre premiers mois de la grossesse. C'est qu'en effet, c'est presque exclusivement dans cette première période de la gestation, que la parturition nous offre cette lenteur remarquable de l'expulsion ovulaire et les accidents hémorrhagiques qui forment les caractères distinctifs du travail d'avortement proprement dit, et lui communiquent sa physionomie spéciale. Ces caractères deviennent rares dans l'avortement du cinquième mois, dont la marche se rapproche sensiblement de celle d'un accouchement à terme, et on ne les observe pour ainsi dire jamais dans la fausse couche de six mois, ou du moins, à cette époque, ils ne se produisent pas dans une proportion plus forte que dans la parturition qui s'opère au terme normal de la grossesse.

Or, le traitement de l'avortement, envisagé d'une manière générale, se résume d'une manière assez complète dans les trois indications suivantes : 1° Remédier aux causes éloignées de la fausse couche chez les femmes prédisposées à cet accident; 2° suspendre le travail abortif et empêcher, s'il est possible, l'avortement de se produire; 3° et quand celui-ci paraît inévitable, le laisser s'accomplir, en combattant les complications qui peuvent le rendre dangereux. Arrêtons-nous quelque temps sur chacune de ces trois grandes indications, et précisons avec soin l'emploi des divers moyens dont l'art dispose pour les remplir.

A. *Combattre la prédisposition à l'avortement.* — La connaissance des causes si diverses d'où dépend cette prédisposition, vous indique de suite combien les moyens destinés à la combattre devront eux-mêmes être nombreux et variés. Elle vous fait aussi comprendre qu'il est parfois impossible d'atteindre le but, et que certaines femmes sont vouées fatalement à la stérilité par l'impossibilité matérielle de conserver leur grossesse au delà d'un temps assez court; tel est le cas où des adhérences solides contractées avec les parties voisines immobilisant l'utérus dans la place qu'il occupe, et celui où des tumeurs intra-pelviennes irréductibles et inopérables, s'opposent absolument au développement régulier et complet de l'organe. J'ai rencontré déjà deux de ces cas malheureux où les conceptions se multiplient pour la femme sans espoir de maternité. Mais, disons-le de suite, ces faits sont rares, et dans bon nombre de cas il est au pouvoir de l'art de faire disparaître les conditions générales ou locales de l'organisme qui forment l'obstacle à l'évolution complète de la grossesse. C'est dans l'intervalle des grossesses que vous chercherez à remplir cette première indication, en vous efforçant de remédier aux états morbides divers sous l'influence desquels les avortements antérieurs sont survenus. En conséquence, vous devrez combattre, par les moyens hygiéniques et thérapeutiques appropriés, les maladies générales qui ont pour effet d'affaiblir ou de vicier profondément l'organisme; la chloro-anémie, les cachexies, la faiblesse constitutionnelle originelle ou acquise, les intoxications syphilitiques et saturnines, dont l'action abortive est si puissante, etc. Ces diverses maladies devront être traitées avec le même soin chez le mari, dont l'état de santé mauvais peut être la cause première des avortements répétés observés dans un ménage.

Les travaux pénibles, les efforts puissants, la fatigue, auxquels on est en droit d'attribuer les fausses couches antérieures, de-

FEUILLETON

RECHERCHES HISTORIQUES

ur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.

Par M. Fr. DUBOIS (D'AMIENS) (1)

Le premier qui se trouve frappé dans la famille de César Auguste, c'est le fils de sa sœur Octavie, c'est Marcellus, l'espoir de la atrie. Pour la dynastie de Louis XIV, c'est le grand Dauphin, celui u'on appelait Monseigneur, qui va marcher en tête de ce funèbre ortége.

La mort du grand Dauphin, comme celle de Marcellus, est restée nexpliquée dans ses causes comme dans sa nature; la supposition l'un agent toxique n'a pas été positivement articulée, mais on a recouru à des explications qui n'en sont pas moins parfaitement absurdes. Ainsi, on raconte que le prince rencontra dans un chemin creux, au milieu de la campagne, un prêtre qui allait porter le viatique à un malade : notez que ce prêtre ne sortait pas de chez le malade, mais qu'il y allait; le prince met pied à terre un moment pour adorer Dieu à genoux, et demande au prêtre qu'elle était le malade qu'il va visiter : il apprend que ce malade est atteint de la petite vérole; or le prince n'avait eu qu'une varioloïde dans son enfance, le voilà cependant vivement impressionné, et, le soir, il dit à Boudin, son premier médecin, qu'il craint bien d'avoir contracté la petite vérole. Le lendemain il est pris de faiblesse, et Boudin le fait mettre au lit. Le jour suivant, l'état du prince devient de plus en plus grave, mais personne ne peut dire quelle est sa maladie. Les médecins, ne sachant à quoi s'en tenir, en sont à souhaiter qu'il ait la petite vérole. Fagon était l'oracle de la cour, tout le monde l'interroge; il avait d'abord déclaré que l'état du prince était bon, et que les choses allaient pour le mieux, même au delà de ses espérances.

Ainsi tout est mystère dans cette maladie, même pour les médecins : ils commencent par trouver que tout va pour le mieux; mais encore quelques heures, et ils vont pousser des cris d'alarme, Boudin, malgré son assurance, avait proposé à Fagon d'envoyer chercher des médecins de Paris, attendu, disait-il, qu'un médecin de cour ne voit jamais une maladie de *venin*. Qu'entendait-il par là? Était-ce la petite vérole qu'il voulait désigner? Dans tous les cas, c'était un aveu d'impéritie. Mais Fagon se mit en colère, et tout le monde, dit Saint-Simon, tremblait devant Fagon. Cependant l'état du malade empirait d'heure en heure. Le roi soupait, on le laissa manger tranquille; mais lorsqu'il sortit de table, il pensa tomber à la renverse quand, tout à coup, Fagon se présentant à la porte, lui cria tout troublé que tout était perdu!

Voilà quels sont, pour cette première catastrophe, à peu près les seuls renseignements qu'on trouve dans les mémoires du temps; la médecine, on le voit, y joue déjà un assez triste rôle. Ces grands praticiens y font eux-mêmes aveu d'ignorance sur la nature du mal, et que penser des remèdes qu'ils proposaient? Mais du moins on n'accuse encore personne; aucun soupçon d'empoisonnement ne s'élève sur les alentours du prince. Au temps de Marcellus, on s'en serait pris à la fatalité, mais il n'en sera pas de même pour les décès qui vont suivre. Après la mort de Marcellus, l'histoire a dû enregistrer presque coup sur coup celle des deux jeunes princes, petits-fils de l'empereur Auguste, Lucius et Caius Agrippa. L'histoire moderne a dû semblablement enregistrer la mort des deux petits-fils de Louis XIV, du duc de Bourgogne d'abord, puis de celle du duc de Berry; mais le décès de ces deux princes avait été précédé de celui de la Dauphine, épouse du duc de Bourgogne, et cette fois la cour de Louis XIV avait été frappée d'une profonde terreur.

La mort du grand Dauphin, quoique restée parfaitement inexplicable, n'avait donné lieu à aucune interprétation sinistre; aucun bruit d'empoisonnement n'avait circulé; cette fois il ne va plus en être de même : le 18 janvier 1712, la jeune Dauphine se met au lit très-souffrante, elle n'avait encore qu'une fluxion de la face; mais presque aussitôt elle est prise d'un violent frisson; le 20, cette fluxion est moins considérable, mais une fièvre intense se déclare et dure toute la nuit. Deux jours après, vers six heures du soir, il lui prend une douleur atroce au-dessous de la tempe, douleur qui devient intolérable et qui dure sans relâche pendant deux jours; elle tombe ensuite dans un profond assoupissement; le soir, le mal reprend et

(1) Voir les numéros des 9, 12, 23, 28 octobre, 23 novembre, 7, 9, 11 et 14 décembre.

vraient être évités au moins pendant les premiers mois d'une nouvelle grossesse.

Les déplacements de la matrice, les phlegmasies chroniques de cet organe avec hypersécrétion catharrale, qui, bien souvent s'opposent à la conception, ont encore l'inconvénient d'interrompre prématurément la grossesse, et il y aurait grand avantage à remédier à ces divers états morbides ; malheureusement les ressources dont dispose la médecine pour cet objet sont parfois insuffisantes, et il est ici plus facile de poser l'indication que de la remplir.

Comme vous le voyez, messieurs, la prophylaxie de l'avortement comprend des moyens aussi variés que les causes mêmes qui produisent cet accident, et je ne puis les passer tous en revue. Je dois me borner à vous signaler ici d'une manière générale l'indication thérapeutique et laisser à votre sagacité et à votre expérience le choix des moyens propres à la remplir dans chaque cas particulier.

Outre les causes précédentes d'avortement, qui préexistent à la grossesse, il en est d'autres qui prennent naissance pendant son cours et qu'il est parfois aussi au pouvoir de la médecine d'écarter. Vous le savez, messieurs, certaines femmes avortent avec facilité pendant les premiers mois de leur grossesse par le fait d'un molimen congestif qui s'effectue du côté de la matrice et altère les rapports normaux de cet organe avec l'œuf. Ces congestions utérines, qui jouent un rôle si important dans la pathogénie de l'avortement, et représentent sa cause prochaine et le mécanisme, suivant lequel s'effectue, dans un grand nombre de cas, le décollement ovulaire, ces congestions, dis-je, peuvent dépendre de l'habitude menstruelle et se reproduire périodiquement chaque mois chez les femmes abondamment réglées; mais quelquefois aussi elles sont indépendantes de cette cause et résultent soit de circonstances accidentelles, constipation habituelle, station ou exercice prolongé, efforts violents, usage de vêtements trop serrés, abus des rapports sexuels, etc... qu'il est possible d'éviter, soit de la suractivité circulatoire entretenue dans l'œuf par les besoins du développement ovulaire, soit enfin d'une disposition individuelle que rien ne peut expliquer et qui s'allie chez beaucoup de femmes avec les caractères de la meilleure santé. Je ne reviendrai pas ici sur le diagnostic de ces congestions utérines, dont les signes sont sans doute parfois obscurs, mais qui, dans la majorité des cas, s'accusent d'une façon assez nette pour qu'on puisse les reconnaître sûrement et prévenir leurs conséquences fâcheuses pour la grossesse. La médication préventive par excellence de l'avortement en pareil cas consiste, après avoir mis la femme au repos et assuré la liberté du ventre, à pratiquer une petite saignée du bras, dont la quantité variera, suivant la vigueur du sujet, de 100 à 200 grammes et pourra être renouvelée deux ou trois fois pendant la première moitié de la grossesse. Ces émissions sanguines n'excluent pas, d'ailleurs, l'emploi des moyens accessoires qui peuvent modifier l'état général et accroître la vigueur de la constitution chez l'enceinte. Quelle que soit l'opinion que l'on se forme du mode d'action de ces petites saignées; qu'elles soient révulsives ou déplétives, ce qui importe peu et qu'il me semblerait puéril de vouloir décider, leur utilité dans les circonstances dont je m'occupe, ne saurait être mise en doute. Trop de praticiens recommandables en ont constaté l'efficacité et les recommandent en pareil cas, pour qu'il soit permis de se priver d'une ressource thérapeutique dont l'usage, restreint aux limites que je viens d'indiquer, ne saurait avoir pour les femmes de sérieux inconvénients. Je tiens, d'ailleurs, essentiellement, messieurs, à ce que vous ne confondiez pas les petites saignées préventives dont il est ici question et qui trouvent leur indication rationnelle dans la pléthore utérine, c'est-à-dire dans un état pathologique actuel, avec les saignées dites de précaution, pratiquées jusqu'à une époque voisine de nous, en quelque sorte d'une façon banale et en vue de prévenir des dangers la plupart du temps imaginaires. L'usage de ces saignées de précaution, porté par quelques accoucheurs des siècles précédents jusqu'à l'exagération la plus inouie, est devenue de nos jours l'objet d'une juste réaction, prélude d'une prochaine et entière désuétude.

Ai-je besoin, en terminant ce qui a trait à la prophylaxie de l'avortement, d'ajouter que la femme enceinte devra plus qu'en tout autre temps, s'astreindre à observer les règles d'une bonne hygiène ? C'est à vous qu'il appartiendra de l'en instruire et de la mettre à même d'éviter, pendant toute la durée de la gestation, les influences fâcheuses qui peuvent troubler sa santé. Cela dit, je passe à la seconde des indications thérapeutiques de l'avortement.

(*Sera continué*).

CLINIQUE DE VALS. — M. Clermont (de Lyon).

(*Eaux alcalines gazeuses. — Eaux toniques reconstituantes*)

Source Magdeleine (1).

3° Observation. — *Rhumatisme viscéral.*

Le 16 juillet, M. le docteur Charton, l'habile et savant directeur de l'institut hydrothérapique de Cuisery (Saône-et-Loire), nous adresse Mme B..., qui a eu, à plusieurs reprises, des manifestations rhumatiques ou névralgiques, et qui, depuis onze mois, est atteinte de douleurs gastro-entéralgiques violentes, revenant par accès tous les quinze jours environ, mais surtout très-aiguës, lorsqu'elles coïncident avec le moment de la menstruation, qui semble provoquer les accès. La malade est anémiée, sous l'influence de cette névropathie qui semble avoir pour point de départ une métrite chronique combattue par M. le docteur Charton par des moyens rationnels, mais qui n'atteignaient pas assez la diathèse rhumatique ; c'est ce qui détermine l'envoi de Mme B... aux bains alcalins et à un traitement interne par des eaux de même nature.

L'eau de la Saint-Jean ne passe pas bien; elle pousse l'estomac et ballonne le ventre : l'eau de la Précieuse ne réussit pas mieux ; elle détermine de la diarrhée. Après trois ou quatre jours de ces essais infructueux, la malade est mise à l'usage de l'eau de *la Magdeleine*, qui était très-bien supportée et réchauffait doucement l'estomac. Par un effet de ses propriétés stimulantes et détersives, la résolution de l'engorgement utérin ne se fit pas longtemps attendre, non plus que la cessation des douleur gastro-intestinales qui en étaient la conséquence. La diathèse rhumatique était, après un traitement de vingt quatre jours, refoulée ou endormie, et la malade partait, le 3 août, satisfaite de son état présent.

IVe Observation. — *Diathèse rhumatismale.*

M. de V..., habitant d'une commune voisine de Vienne (Isère), est devenu rhumatisant depuis plusieurs années, par suite d'occupations qui l'exposaient à de fréquents et subits refroidissements. Après avoir reçu les soins éclairés de MM. les docteurs Langier (de Vienne, et Berne (de Lyon], ce malade, âgé de 60 ans, d'une constitution sèche et nerveuse vient, par leur conseil, à Vals le 13 août, porteur de deux affections, en apparence différentes, mais qui ont une même origine : l'état rhumatique. A plusieurs reprises, il a été atteint tantôt de lumbago, tantôt de sciatique droite ; aujourd'hui il ressent une douleur fixe et aiguë dans la hanche droite, de là une légère claudication. Depuis quelques années aussi, M. de V... est dyspeptique ; il subit les inconvénients d'une flatulence presque continuelle; son tempérament bilieux se dessine de plus en plus; son teint est bistre, sa langue jaunâtre; un état anémique déjà prononcé complète ce tableau.

L'histoire des affections diathésiques, en ce qui concerne sa partie étiologique, est encore trop obscure pour qu'il soit prudent de vouloir expliquer comment les eaux alcalines ont une influence curative sur quelques-unes d'entre elles, influence manifeste, notamment sur celles que nous voyons chaque année affluer en grand nombre à Vals comme à Vichy : le diabète sucré, la gravelle, la goutte, le rhumatisme et quelques formes de dermatoses chroniques. Deux faits cependant, sur lesquels tous les médecins paraissent d'accord, sont, d'une part, que dans toutes les diathèses, dans celles surtout qui provoquent un excès d'acide urique dans le sang, ou une hypersécrétion de sucre hépatique, il y a affaissement fonctionnel du système nerveux ; d'autre part, que ces maladies ont un autre caractère commun, celui de conduire, par une pente parfois lente, mais presqu continue, à l'anémie, puis à l'état cachectique. Dès lors, on peu jusqu'à un certain point comprendre l'utile intervention, dans ce maladies, des eaux alcalines gazeuses et ferrugineuses, puisque par leurs propriétés toniques et reconstituantes, elles favoriser l'assimilation et relèvent les fonctions du système nerveux. E en effet, jusqu'à ce jour, l'expérience l'a suffisamment démon tré, le traitement par les alcalins, par les eaux alcalines gazeu ses surtout, puissamment aidé d'ailleurs par les autres agent toniques de la matière médicale, constitue encore le régim qui réussit le mieux à faire disparaître complétement, ou pou un temps souvent fort long, les manifestations diathésique et même dans les cas les plus graves, à en arrêter les progrès e par conséquent à retarder les phases ultimes trop souvent san appel de ces altérations morbides aussi largement généra lisées.

Pour obtenir ces résultats, répéterons-nous ici, les eaux alca lines ont besoin d'être autre chose qu'une solution plus o moins concentrée de bicarbonate de soude ; elles doivent êtr très-ferrugineuses, très-chlorurées, sodiquées et très-saturée de gaz carbonique, c'est-à-dire, armées des éléments hématos ques les plus puissants. Mieux et plus que les autres eaux sodi ques de Vals, celle de la source *Magdeleine* possède ces élé ments de reconstitution qu'elle favorise singulièrement en sti mulant les fonctions digestives. Par toutes ses propriétés réu nies et combinées, elle donne une résultante thérapeutique plu accentuée, plus énergique que celle des eaux similaires de notr station thermale.

L'eau de la source *Magdeleine*, comme les eaux très-miné ralisées, est quelquefois trop stimulante pour commencer u traitement thermal, surtout quand l'estomac est le siége d'un douleur aiguë ; mais à part cette circonstance, au moindre soup çon d'une diathèse urique ou diabétique, ne craignez pas d'e conseiller l'usage. C'est peut-être le cas de répéter ici le *prin cipiis obsta* d'un observateur qui savait mettre sa pratique à l hauteur de ses doctrines, ou si l'on préfère quelque chose d moins ancien, cet adage du Palais qu'on n'y pratique peut-êtr pas assez :

Melius est occurrere malo, quam post remediam ferre.

(1) Voir le numéro du 27 novembre 1869.

COURANTS CONTINUS CONSTANTS

DES SERVICES QU'ILS PEUVENT RENDRE DANS L'INFLAMMATION L'ENGORGEMENT ET L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Par les docteurs Jules Chéron et Moreau-Wolf.

Étroitement enveloppée d'une membrane fibreuse riche en élé ments musculaires, la prostate est constituée par une substanc glandulaire qui forme, d'après Kolliker, à peine la moitié de l masse totale de l'organe, la deuxième étant représentée par des f bres musculaires lisses réunies par du tissu conjonctif.

Un nombre considérable de vaisseaux entoure les glandules, u réseau veineux se trouve au-dessous de la muqueuse urétrale.

La connaissance de l'action physiologique des courants contin sur les fibres musculaires lisses et sur les parois des vaisseau permettait de comprendre, *à priori*, le service qu'on pouvait atte dre de l'application de ce moyen thérapeutique au traitement d maladies de la prostate, telles que l'inflammation, l'engorgement l'hypertrophie.

Circulation locale ralentie ou arrêtée, combinaison de ces deu états, tels sont les premiers termes de l'inflammation que les cou rants continus résolvent, avec la plus grande facilité, lorsqu'il n' a pas d'état fébrile.

Dans la prostatite, la résolution est obtenue souvent après deu ou trois applications, le mode d'action physiologique ayant été dé exposé dans un travail antérieur (1).

Il nous paraît suffisant de rappeler que le courant continu déte minant, de la périphérie au centre, la perméabilité successive d vaisseaux, résout ainsi l'inflammation et s'oppose à l'évolution d ses phénomènes ultérieurs.

(1) Du traitement de l'orchite par les courants continus constants. — Chéron et Moreau-Wolf. (*Revue de thérapeutique.*)

y a un redoublement de fièvre considérable ; la nuit est très-mauvaise ; la nuit suivante, nouveau redoublement, et toute la journée se passe, est-il dit, en symptômes plus fâcheux les uns que les autres. En plusieurs régions du corps, des taches livides et comme violacées s'étaient montrées, on n'y avait attaché que peu d'attention, et la malade expire vers six heures du soir. Voilà l'historique de la maladie ; voyons maintenant quelle a été la conduite des médecins en ces circonstances ; qu'ont-ils dit? qu'ont-ils fait? Ici encore ils ne savent à quelle maladie ils ont affaire : en face de ce frisson initial, de cette fièvre intense, de ces redoublements qui reviennent à des intervalles distincts, de ces pétéchies qui couvrent le corps, il ne vient à l'esprit d'aucun d'eux que cette pauvre princesse pourrait bien être prise d'une fièvre intermittente pernicieuse ou de cette espèce de fièvre déjà connue sous le nom de *pétéchiale* ; la science cependant était fixée sur ce point : les observations faites par Appinus en 1694 et 1695 à Inspruch, avaient montré ce qu'il y a de fâcheux dans cette apparition de taches pétéchiales dans le cours des fièvres pernicieuses intermittentes ; mais ces glorieux médecins de cour n'étant pas hommes à tenir compte d'observations aussi récentes, c'était dans Hippocrate et dans Galien qu'ils allaient chercher leurs inspirations ; aussi personne ne s'avisa de proposer l'écorce précieuse qu'on venait de découvrir, c'est-à dire le quinquina. On commença par pratiquer deux saignées du bras, puis on eut recours à l'émétique, ce qui ne procura aucune espèce de soulagement. Alors que fait-on ? on provoque une consultation de sept médecins, les uns de la cour, les autres de Paris ; or, les uns comme les autres, pleins de respect pour les anciens, opinèrent tous d'une voix, disent les mémoires du temps, pour la saignée du pied ; et comme c'étaient des gens prudents, ils recommandèrent de pratiquer cette saignée avant le redoublement, et par surcroît de précautions, ils ajoutèrent que, dans le cas où elle n'aurait pas le succès qu'on en attendait, on reviendrait à l'émétique.

Tout cela fut fidèlement exécuté ; la saignée du pied est pratiquée à sept heures du soir, la nuit n'est pas moins cruelle ; l'émétique est donné à neuf heures du matin, et toujours sans succès.

Voilà quel fut le traitement déplorable employé par des médecins les plus éminents de l'époque. Et comment auraient-ils pu en formuler un autre? Aucun d'eux n'avait pu déduire les faits observés un diagnostic quelconque, et ils ne s'en défendaient pas : ils avouaient en cela leur profonde incapacité, à commencer par Boudin, premier médecin de la Dauphine ; c'était, il est vrai, au rapport de Voltaire, un homme de plaisir, hardi et ignorant, que Saint-Simon trouvait Boudin de figure comme de nom. Or, comme ce Boudin ne reculait devant rien, il en vint à s'écrier à plusieurs reprises : *Nous n'entendons rien à de pareilles maladies*. C'était un étrange aveu ; mais que vont-ils faire pour ne pas être taxés d'incapacité ? La supposition d'un *venin* ne leur suffisait plus ; restait un moyen, odieux à la vérité, emprunté à la calomnie, mais qui devait jusqu'à un certain point justifier ces médecins, puisque, grâce à lui, ils allaient faire cause commune avec des personnages puissants.

Mais la mort du duc de Bourgogne allait faire naître non pas seulement des soupçons, mais de véritables accusations aussi bien sur sa mort à lui que sur celle de cette jeune épouse. Cette malheu reuse parole des médecins : *Nous n'entendons rien à de pareilles ma lad es*, allait servir encore merveilleusement ceux qui, en hain d'un prince placé tout près du trône, avaient résolu de le charger d tous ces méfaits. Le poison seul, suivant eux, pouvait expliquer ce étranges symptômes et ces morts foudroyantes ; et alors la calom nie allait prendre les proportions les plus étendues et les plus ef frayantes : c'était très-peu de jours après la mort de la Dauphine le duc de Bourgogne se sent très-mal, et déjà son esprit est frappé il dit à Boudin qu'il ne s'en relèvera pas. Le lendemain, le surlen demain, il se sent plus mal encore.

Comme premier effet de la maladie, on raconte que le prince se sent comme dévoré par un feu intérieur, auquel la fièvre ne répond pas à l'extérieur ; on ajoute que le pouls était enfoncé, fort extraor dinaire, et qu'il était très-menaçant ; toutes choses qui ne se com prennent pas. Le jour suivant, le pouls paraît encore plus mauvais, et, de plus, on le déclare trompeur ; et tout cela sans dire en quoi ce pouls est plus mauvais et pourquoi il est trompeur. Mais enfin voici un symptôme un peu plus positif : on signale des taches livides sur tout le corps, et les médecins de cour les trouvent en tout semblables à celles qui s'étaient montrés sur le corps de la Dauphine. Mais les douleurs n'en persistent pas moins ; elles semblent comme produites par un feu dévorant, puis la tête se prend, et le prince meurt tout à coup.

(*A suivre.*)

L'engorgement d'un tissu et, par suite, d'un organe, n'est autre ue l'augmentation de volume et de consistance de cet organe, ca- ctérisée par la présence d'une matière amorphe demi-solide ou uide qui a exsudé entre les éléments anatomiques qu'elle tient artés (Robin).

Si l'organe reste simplement infiltré de cette matière amorphe, t état morbide conservera le nom d'*engorgement*.

Si, au contraire, la prolifération des éléments fibro-plastiques en oute un grand nombre à ceux qui existent, non-seulement l'or- ne sera dit *hypertrophié*, cet état morbide prendra le nom d'hy- ertrophie.

La distinction entre ces deux états était nécessaire avant de pas- r à l'étude thérapeutique des courants continus, car nous verrons us loin que si le résultat, remarquable dans certains cas, laisse à sirer dans certains autres, c'est que l'engorgement et l'hypertro- hie ne cèdent pas également bien à ce mode de traitement.

La distension des vaisseaux sanguins et lymphatiques précède et compagne l'engorgement d'un organe. Elle favorise d'abord l'ex- dation de la matière amorphe, et plus tard en devient la consé- ence.

La constitution histologique de la prostate, éléments contractiles ondants, vaisseaux nombreux, est des plus favorables à l'action érapeutique des courants continus, et la pathogénie de l'engor- ment va nous permettre de donner une explication satisfaisante leur mode d'action.

Lorsqu'un courant électrique continu est employé à résoudre l'en- rgement de la prostate, il agit : 1° en mettant en jeu les pro- iétés spéciales des éléments anatomiques (fibres musculaires); 2° favorisant les phénomènes d'endosmose (de Wittich).

Dans le premier cas, la matière amorphe infiltrée, que nous avons nalée plus haut, est soumise à une série d'oscillations causées r les contractions des fibres qui font partie constituante de l'or- ne; d'autre part, les vaisseaux distendus reprennent leur auto- mie sous l'influence stimulante exercée par le courant sur les ments musculaires de leurs parois; la circulation, se rétablissant, vorise la nutrition normale de l'organe, de concert avec le phéno- ène cité plus haut.

Quant à l'action exercée sur les phénomènes d'endosmose, elle mplète ce que la circulation prépare en précipitant les échanges oléculaires d'où résulte la nutrition.

Lorsque le courant comprend dans son circuit la prostate, l'un des les (nous verrons plus tard quel est celui qu'il nous semble utile appliquer) étant avec elle en contact aussi immédiat que possible, action du courant s'exerce d'abord à la périphérie, sur les parois e vaisseaux dans lesquels le sang circule encore, mais difficilement; us l'influence de ce stimulant, la pression augmente, et la perméa- ilité tend à se rétablir dans un certain nombre de vaisseaux. Peu peu la circulation reprend son cours dans l'organe tout entier, la atière infiltrée se résorbe, la sécrétion des glandules prostatiques éparait; en un mot, la nutrition normale se rétablit en même mps que la circulation.

Un petit nombre d'applications suffisent à résoudre l'inflammation l'engorgement. Voyons ce que nous pouvons obtenir dans hypertrophie.

L'hypertrophie est consécutive à l'inflammation, ou plutôt aux hénomènes qui en découlent; dans quelques cas, l'engorgement eul peut en être le prélude.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, il y a hypertrophie lorsque, ans la matière amorphe infiltrée, entre les éléments anatomiques, y a prolifération de ceux-ci.

Pouvons-nous espérer une destruction complète de cette hyper- ophie au moyen des courants continus?

Notre opinion est que le rétablissement aussi complet que possi- le de la circulation ne suffit point, dans le plus grand nombre de as, à déterminer la régression des éléments anatomiques nouveaux rrivés à leur état complet de développement.

Dans l'état d'hypertrophie confirmée, lorsque les canaux des landules prostatiques sont obstrués par l'obstacle créé par l'augmen- ation de consistance des éléments constituants de l'organe, lorsque, ous cette influence, les glandules se sont remplies de concrétions, afin, lorsque les vaisseaux, dilatés et gorgés de sang, ne livrent uc très-incomplètement passage à ce liquide, l'action du courant ontinu peut encore rendre quelques services; elle ne peut conduire une résolution complète de cet état.

En effet, dans les vaisseaux qui ne sont point encore complète- ent oblitérés et dont les parois n'ont point encore vu leurs élé- ents s'altérer, le courant continu peut ramener la circulation, iminuer, en facilitant une résorption partielle, le volume de l'or- ane, favoriser ainsi l'émission de l'urine, atténuer considérable- ent les souffrances du malade, mais bientôt les progrès, dans le in de la guérison, cessent de se faire : c'est que les éléments ana- miques prolifères résistent à l'action répressive que le courant ontinu est impuissant à leur imprimer.

En conséquence, si le courant continu ne peut amener la résorp- on complète de l'hypertrophie prostatique, il peut, en résolvant engorgement qui l'accompagne, rendre les plus grands services au alade.

Il fait rapidement disparaître l'inflammation et l'engorgement, ui sont au moins aussi fréquents, sinon plus fréquents que l'hyper- ophie elle-même : les résultats obtenus sont rapides, l'application en est ni douloureuse ni pénible, comme celle des courants in- uits, et il n'exerce point une sorte d'agacement sur la sensibilité énérale comme ces derniers.

MODE OPÉRATOIRE

Voici le moyen que nous avons employé pour obtenir les résultats ue nous venons de rapporter :

Un pôle armé d'un excitateur cylindrique en cuivre, dont l'arête upérieure est émoussée, est recouvert de toile, plongé dans l'eau, introduit ensuite dans le rectum, de façon à être mis en contact ec la face inférieure de la prostate. Après avoir pratiqué le tou- her et mesuré la distance qui les sépare de la marge de l'anus, une arque est faite sur le manche de l'instrument, auquel on fait dé- ire une sorte de mouvement de bascule, afin qu'il reste bien en ntact avec la face antérieure du rectum.

Le deuxième pôle, armé d'une éponge mouillée, est mis en con- tact avec le périnée.

Suivant la sensibilité de l'individu et l'état passif de l'engorge- ment de l'hypertrophie, on doit employer huit, dix, douze, seize et même vingt éléments de Remak.

La durée des applications est en moyenne d'une dizaine de mi- nutes; nous les avons répétées de deux en deux jours.

Quel pôle doit-on mettre en contact avec la prostate?

L'engorgement de la prostate est habituellement indolore; aussi, dans ces cas-là, avons-nous toujours placé le pôle négatif dans le rectum. Chacun connaît l'action électrolytique qu'exerce ce pôle; en un mot, son action résolutoire (Remak, etc.).

Si on a affaire à l'inflammation ou à cet état d'hypertrophie doulou- reuse, ancienne, qui se complique d'un certain état inflammatoire, le pôle positif dans le rectum et un petit nombre d'éléments, huit ou dix, nous ont donné les meilleurs résultats, c'est-à-dire la dis- parition rapide de la douleur et de la dysurie.

Il peut sembler plus rationnel de placer une sonde dans l'urètre, et de la faire communiquer avec un des pôles, le deuxième étant maintenu dans le rectum; nous avons, au début, employé ce moyen, mais nous savons que le cathétérisme répété n'est pas également bien supporté par tout le monde; deuxièmement, nous avons mainte fois constaté que la guérison arrive aussi vite, que le pôle soit au périnée ou dans l'urètre. Il était naturel de donner la préférence au plus simple et au plus plus inoffensif des deux procédés.

(*Sera continué.*)

EMPOISONNEMENT PUERPÉRAL

Voies de pénétration et d'élimination, causes et mode d'action du poison puerpéral. — Mesures hygiéniques.

Par M. Hervieux.

(Résumé d'une 2e communication à la Société médicale des hôpitaux. Séance du 26 novembre.)

Dans une première communication, j'ai essayé d'établir la réalité de l'empoisonnement puerpéral; il me reste, pour compléter les idées que j'ai émises sur ce sujet, à faire connaître : 1° les voies de pénétration et d'élimination du poison puerpéral; 2° son mode d'action, non-seulement sur les femmes en couches, mais sur les femmes grosses, sur les nouveau-nés et sur les élèves sages-femmes; 3° les causes principales qui président à la génération, au développement et à la propagation de ce poison morbide; 4° les mesures hygiéniques à l'aide desquelles on pourrait prévenir la formation du principe toxique et le supprimer dans les localités où il se développe.

Le temps n'est plus où le fléau puerpéral nous apparaissait comme une puissance occulte, mystérieuse, inconnue dans son essence, inattaquable dans son principe. Nous n'avons plus affaire à une abstraction, à un être de raison. L'ennemi que nous combattons est démasqué. C'est un poison, c'est-à-dire une chose toute matérielle, éminemment saisissable, qui rentre dans le domaine des faits posi- tifs et analysables.

Rien de moins hypothétique, de moins discutable que les voies d'élimination du poison puerpéral.

La nature ne procède pas autrement pour le poison puerpéral que pour les poisons minéraux ou végétaux : c'est par l'intermédiaire des sécrétions qu'elle tend à l'éliminer. Mais il est des voies qu'on pourrait appeler d'élection, par lesquelles s'effectue cette élimi- nation. Telles sont les voies utérine et biliaire.

La voie utérine est la plus habituelle, en raison de la sécrétion dont elle est le siége à l'état physiologique: Les lochies sont un véhicule tout naturel, tout trouvé du poison puerpéral.

Quand la voie utérine est fermée, quand les lochies ne coulent plus, ou quelquefois coïncidemment avec l'écoulement lochial, la voie hépato-intestinale devient la porte de sortie du poison puer- péral.

Les vomissements sont si bien un effort de l'organisme pour l'éli- mination du principe toxique, qu'il suffit souvent d'un ipéca, au début, pour couper court à tous les accidents.

La diarrhée, quand elle n'est pas trop abondante, amène, elle aussi, un soulagement marqué chez les accouchées aux prises avec un mode quelconque de l'empoisonnement puerpéral.

D'autres sécrétions peuvent venir en aide à la sécrétion biliaire et à la sécrétion utérine pour l'élimination du principe toxique.

La peau peut devenir le siége d'une diaphorèse trop abondante et trop continue pour n'être pas significative d'un travail d'élimination.

L'air expiré prend souvent une odeur particulière que je n'ai jamais rencontrée que chez les femmes en couches atteintes d'affec- tions puerpérales graves.

Les voies urinaires sont quelquefois chargées de l'élimination.

Un grand nombre de sécrétions morbides mériteraient encore d'être signalées, notamment la sécrétion purulente.

Trousseau avait remarqué, et j'avais fait de mon côté la même remarque, que, quand il se produisait chez les femmes en couches une diathèse purulente périphérique, on pouvait conclure à un pro- nostic plus favorable. Plus, en effet, les formations purulentes se rapprochent de la peau, plus il y a de chances pour l'élimination du poison puerpéral.

Par quelles voies le principe toxique s'introduit-il dans l'orga- nisme? Ces voies sont loin d'être aussi multipliées que les voies d'élimination. Peut-être même n'y en a-t-il qu'une seule.

Supposez une femme en couches malade et alitée. Son atmosphère ambiante s'accroîtra chaque jour en se chargeant : 1° des produits nombreux fournis par les sécrétions lochiale, intestinale, urinaire, lactée, sudorale, etc., et 2° de l'élément toxique que l'altération ou peut-être la combinaison de ces produits engendre. Or, quiconque pénétrera dans cette atmosphère empoisonnée, dont nous saurons peut-être un jour mesurer le pouvoir rayonnant, absorbera par ses organes pulmonaires toutes les émanations, et par suite, le principe toxique qu'elle contient. Voilà le mode d'introduction le plus habi- tuel du poison puerpéral dans l'organisme.

Les voies cutanée, utérine, seraient aussi des voies de pénétra- tion possibles du poison puerpéral. Mais il n'y a pour nous de cer- taine et de bien démontrée que la voie respiratoire.

Quel est le mode d'action du poison puerpéral sur les différentes catégories de sujets qu'il atteint?

Étant donné un seul et même poison, il paraît assez difficile au premier abord de concevoir pourquoi il donne lieu à des manifesta- tions si nombreuses et si distinctes. L'explication pourtant est bien simple.

Le poison puerpéral frappe généralement et avant tout les organes placés en état d'imminence morbide. Or, le péritoine, l'utérus, les ligaments larges, les ovaires, ayant été, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail de l'accouchement, le siége de froissements, de tiraillement, de meurtrissures, de violences, etc., on concevra sans peine qu'un principe toxique qui peut se fixer sur tous les tissus sans exception, s'adresse de préférence à ceux que leur état actuel prédispose aux lésions inflammatoires. De là la fréquence de la péritonite, de la métrite, de la phlébite, du phlegmon du ligament large, etc., chez les femmes en couches.

Mais supposez une imprégnation tardive de l'organisme par le principe toxique; supposez l'utérus et ses annexes en bonne voie de réparation; supposez enfin qu'il s'agisse d'une femme dont les fonc- tions respiratoires aient été plus ou moins troublées pendant la gros- sesse, ce ne seraient plus les organes génitaux internes, mais les organes pleuro-pulmonaires qui pourraient être atteints.

D'autres fois, ce seront les organes génito-urinaires qui seront en cause, si ces derniers ont particulièrement souffert à l'époque de la gestation (néphrite et cystite puerpérales), etc.

Plus l'imminence morbide est prononcée dans un organe déter- miné, plus elle sollicite la fixation du poison puerpéral.

L'intervalle qui sépare le moment de l'imprégnation de celui où ces accidents éclatent est habituellement très-court. Nous en avons journellement la preuve par ce fait que nombre de femmes arrivées en travail à la Maternité et accouchées le même jour sont prises, aussitôt après la délivrance, de fièvre et de douleurs abdominales. Quelquefois même le travail n'est pas terminé que déjà la fièvre éclate.

On a longtemps cherché l'explication de certaines morts subites ou très-rapides chez les femmes en couches. Assurément, les causes qui déterminent ces catastrophes foudroyantes peuvent dépendre, dans l'espèce, de circonstances pathologiques assez variées : forma- tions gazeuses dans le système circulatoire, thrombose de l'artère pulmonaire, etc. Mais, si l'on considère qu'aucune autre catégorie de malades ne paye à la mort subite un tribut aussi large, on ad- mettra que la pénétration brusque d'une dose considérable du prin- cipe toxique dans un organisme relativement très-impressionnable a pu sidérer le système nerveux à l'égal de certains poisons végé- taux, la strychine, la brucine, le curare, etc.

Il n'est pas très-rare, dans les épidémies véhémentes, de voir survenir la mort avant qu'une lésion constatable à l'autopsie se fût produite.

A côté de ces cas dans lesquels le poison puerpéral, exalté dans ses propriétés ou absorbé à trop haute dose, tue ses victimes en un espace de temps très-court, il en est d'autres où l'incubation est plus longue, l'action plus lente, les désordres plus circonscrits. C'est alors que des lésions localisées se produisent, lésions très-diverses, suivant les prédispositions individuelles et l'état d'imminence mor- bide plus ou moins accentué de tels ou tels viscères.

Enfin, il est des organismes réfractaires à l'action du poison puer- péral, et qui semblent exiger un grand nombre d'imprégnations toxiques successives pour arriver à une détermination morbide quel- conque.

Les femmes en couches ne constituent pas le seul groupe d'indi- vidus sur lesquels s'exerce l'action du poison puerpéral. Les femmes grosses, les nouveau-nés et les élèves sages-femmes n'échappent pas, dans les nosocomes obstétricaux, à sa redoutable influence.

Avec une rapidité d'action excessive du poison puerpéral chez les femmes grosses, on a un accouchement prématuré immédiat et des manifestations symptomatiques pendant le travail; avec une rapi- dité moyenne l'accouchement prématuré et des symptômes géné- raux pendant un, deux ou plusieurs jours avant le début du travail.

Enfin, il est une troisième catégorie de femmes grosses chez les- quelles l'action du principe toxique paraît très-lente.

Le poison puerpéral fait parmi les nouveau-nés de nombreuses victimes, et les expressions morbides par lesquelles se traduit son action sont très-variées.

Dans les épidémies graves, les nouveau-nés périssent, comme les femmes en couches, par la péritonite généralisée, la pleurésie puru- lente, la phlébite ombilicale, la diathèse purulente, l'érysipèle typhoïde.

Dans les épidémies moyennes, le muguet, l'entérite, l'ictère, le sclérème deviennent les affections les plus communes. D'autres fois, nous voyons dominer la broncho-pneumonie, le coryza et ses diffé- rentes formes : catarrhale, purulente, pseudo-membraneuse; ou bien encore la prépondérance appartiendra aux ophthalmies.

Enfin, dans les épidémies bénignes, les exanthèmes cutanés non fébriles, et l'érythème en particulier, occupent souvent le premier rang; ou bien l'on observera principalement des suppurations de l'ombilic, une disposition ulcéreuse des pustules vaccinales, des mammites suppurées, etc.

Il est une quatrième série de victimes sur lesquelles le poison puerpéral exerce son action pathogénique : ce sont les élèves sages- femmes. Il s'en faut de beaucoup qu'elles subissent cette action au même degré que les femmes en couches et les nouveau-nés, et même que les femmes grosses.

Les cas sont rares de jeunes élèves qui succombent aux suites des maladies engendrées par l'empoisonnement puerpéral. Pour mon compte, depuis près de neuf ans que je dirige le service médical de la Maternité, j'en ai vu mourir 5, dont 3 de péritonite, 1 d'érysipèle, 1 de fièvre typhoïde.

La mort de chacune de ces jeunes femmes a coïncidé avec les plus graves épidémies que nous ayons eu à traverser, et, de plus, avec des épidémies où dominait chacune des affections qui viennent d'être mentionnées. L'influence du poison qui circulait dans nos salles avec l'air respirable ne saurait donc être ici révoquée en doute.

Il résulte des considérations qui précèdent que le fléau puerpéral n'est pas, comme on le croyait autrefois, une individualité morbide, abstraite, mystérieuse, inconnue dans son essence, impénétrable

dans son origine, incompréhensible dans sa formation. C'est un poison, c'est-à-dire une chose, définie, positive, appartenant à l'ordre matériel, prenant naissance et se développant dans certaines conditions déterminées.

Quelles sont les causes qui propagent et multiplient les désastreux effets du poison puerpéral?

(*A suivre.*)

Nous avons reçu de M. Bourdais, une lettre adressée au président de l'Académie de médecine, en réponse à la *réponse* de M. le docteur Mauricet fils. Cette lettre n'ayant pas été remise au *secrétariat* de l'Académie, n'a pu être reproduite par les représentants de la presse médicale.

L'abondance des matières à la fin de l'année ne nous permet pas de la reproduire.

Nous tenons seulement à protester avec M. Bourdais contre toutes les assertions, imputations ou insinuations qui tendraient à faire tourner un débat scientifique en débat personnel. Les questions personnelles n'ont aucun intérêt pour nos lecteurs; restons donc absolument sur le terrain de la discussion scientifique.

Une contre-enquête est ouverte par l'*Union médicale*. Que MM. Bourdais et Mauricet présentent leurs opinions contradictoires, et nous serons heureux de résumer cette discussion.

Dr E. L.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 24 décembre 1869, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : MM. Dziewonski et Besnard, médecins-majors de 1re classe; Robillard, pharmacien principal de 1re classe.

Au grade de chevalier: MM. Villemin, médecin-major de 1re classe; Sancery, Virlet, Collignon, Le Pelletier, médecins-majors de 2e classe.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Lasègue, professeur de pathologie et thérapeutique générales, est nommé professeur de clinique médicale.

M. Lasègue est attaché, en cette qualité, au service de la Pitié.

M. Ball, professeur agrégé, chargé de continuer le cours de pathologie et thérapeutique générales, commencera ses leçons le lundi 3 janvier 1870.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Delacour, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Aussant, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *École de pharmacie de Strasbourg.* — M. Schmitt, chargé des fonctions d'agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est chargé provisoirement du cours d'histoire naturelle à ladite École, en remplacement de M. Kirschleger, décédé.

— *Hôpitaux de Paris.* — La nomination de M. Lasègue à la chaire de clinique de la Pitié; le décès de M. Boucher de la Ville-Jossy; la démission de M. X. Richard et la retraite de M. Nonat, donnent lieu aux mutations suivantes :

M. Chauffard passe de Cochin à Necker; M. Bucquoy passe de Saint-Antoine à Cochin; M. Siredey passe de la Direction des nourrices à Saint-Antoine; M. Dumont-Pallier, médecin du Bureau central, est nommé médecin de la Direction des nourrices.

M. Jaccoud passe de la Maison municipale de santé à Lariboisière; M. Besnier passe de Saint-Antoine à la Maison municipale de santé; M. Isambert, médecin du Bureau central, est nommé médecin de Saint-Antoine.

M. Desnos passe de Saint-Antoine à Lariboisière; M. Gombault passe de Larochefoucauld à Saint-Antoine; M. Peter, médecin du Bureau central, est nommé médecin de Larochefoucauld.

M. Bernutz passe de la Pitié à la Charité; M. Vulpian, passe de la Salpêtrière à la Pitié; M. Luys passe de Bicêtre à la Salpêtrière et M. Blachez, médecin du Bureau central, est nommé médecin de Bicêtre.

— Corps de santé militaire. — Par décret en date du 24 décembre 1869, ont été nommés ou promus aux grades de :

Médecin principal de 1re classe, M. Mallet.

Médecin principal de 2e classe, MM. Marchessaux et Bonnacorsi.

Médecin-major de 1re classe, MM. Millot, Lefèvre, Lapeyre, Hamel Obier, Thierry de Maugras, Mullot, Drappier, Riolacci, Peigné Bertherand, Loëstein, Lèques, Azaïs, Morel, Meige, Bertrand, Pallé Raoult, Leplat, Aron, Cochu, Tessier, Arnould, Papillon, Lagarde

Médecin-major de 2e classe, MM. Didion, Ollier, Rollin, Servent Tardy, Mairet, Bontemps, Boutonnier, Molinier, Albert, Combier Fauque, Gobil, Janson, Baldy, Cogit, Delbousquet, Majesté, Haro Mennehand, Baudon, Rebstock, Delahousse, Gobin.

Pharmacien-major de 1re classe, M. Tricot.

Pharmacien-major de 2e classe, M. Schaeuffelé.

— M. le docteur Decori, médecin-adjoint à Mazas, vient d'être nommé médecin de la Roquette, en remplacement de M. Deleau décédé.

— Plusieurs de nos confrères de l'armée viennent d'être admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

Ce sont : MM. Champouillon, médecin principal de 1re classe Strauss, médecin principal de 2e classe; Milliot, Bollot et Rour médecins-majors de 1re classe; Fornier, médecin aide-major de 1re classe; Jullier, pharmacien-major de 1re classe.

— L'École du service de santé militaire de Strasbourg a licencié 3 élèves en novembre, 3 élèves en décembre. Espérons pour l'avenir de cette École qu'elle n'aura pas chaque mois à prendre des mesures aussi rigoureuses.

Le directeur, Dr E. Le Sourd

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 18... faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insé... journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à cause de la fête du Jour de l'An, le journal ne paraîtra pas Samedi.

Paris, le 29 décembre 1869.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous avons parlé précédemment d'un procédé imaginé par M. Péan pour réunir les solutions de continuité faites aux parois de l'intestin. Aujourd'hui s'en présente un autre fort ingénieux et qui n'exige aucun instrument particulier. L'auteur en est M. Bérenger-Féraud, si bien connu par ses beaux travaux sur la suture des fragments osseux, moyen précieux qu'il a eu l'honneur de faire entrer définitivement dans la pratique et que nous avons vu employer tout récemment encore, avec les meilleurs résultats, par M. le professeur Richet. Nous parlerons bientôt de cette opération, et en même temps du *Traité de l'immobilisation directe des fragments osseux dans les fractures*, par M. Bérenger-Féraud : ouvrage récent qui fait autorité en pareille matière, et que M. Richet a cité comme tel dans sa leçon clinique.

Avant d'entrer dans la discussion qui se continue sur la mortalité des nourrissons, M. Chauffard avait pris la parole pour présenter une brochure dont le titre devait attirer mon attention : un *Mémoire sur l'Assistance médicale chez les Romains*, par M. Briau, bibliothécaire de l'Académie.

Je me trouvais fort en retard avec M. Briau. Il y a cinq ans, vers l'époque où je lisais devant l'Académie des sciences morales et politiques mes premiers mémoires sur l'histoire de la profession médicale chez les Romains, M. Briau lisait devant une autre section de l'Institut un premier travail épigraphique, sur le service de santé militaire chez les Romains.

Lorsque mes mémoires eurent été publiés dans les comptes rendus de l'Académie, qui les avait si bien accueillis, puis reproduits dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. Briau publia le sien.

Il me fit prier d'en rendre compte, à cause de cette connexité de nos recherches, et plus tard, il me renouvela en personne cette demande, en rappelant les mêmes motifs de préférence.

Diverses circonstances, et surtout l'actualité qui nous talonne, m'avaient fait remettre, puis négliger l'accomplissement de ce devoir confraternel. Aussi, résolu de réparer le plus tôt possible ma négligence, me hâtai-je de demander à l'auteur son nouveau mémoire.

Voici ce qu'on y lit à la seconde page :

« L'histoire de la profession médicale, je veux dire la position du médecin dans la société, le rôle qu'il y joue, la place qui lui est faite, les relations qu'il s'y crée, les rapports qu'il doit entretenir avec les administrations et les particuliers, tous ces détails de la vie du médecin pratiquant son art, voilà une histoire tout entière à faire et dont personne ne semble avoir eu l'idée. Travail curieux pourtant et intéressant, qui se rattache de tous côtés à l'histoire générale des mœurs et des habitudes de la vie privée et publique ; mais œuvre difficile à conduire jusqu'au bout, parce que les éléments n'en ont point été recueillis.

« J'ai entrepris d'écrire l'histoire de la profession médicale chez les Romains ; et dans la poursuite de ce travail, j'ai rencontré quelques parties qui peuvent sans inconvénient être détachées de l'ensemble et faire l'objet de publications spéciales. Déjà j'ai fait connaître dans un mémoire imprimé une section particulière de cette histoire : celle qui a trait à l'organisation de la médecine militaire et à la situation des médecins dans les armées romaines... »

Ainsi, cinq ans après la lecture de mon mémoire, M. Briau en prend le sujet et le titre ; il fait entrer habilement sa première monographie dans un plan plus vaste, et cela d'autant plus aisément que moi-même j'avais été conduit à parler des médecins militaires de Rome.

Si mon *Histoire de la profession médicale chez les Romains* était entièrement terminée, je me résignerais aisément à voir M. Briau ne pas en tenir compte et la développer à sa manière. En effet, la méthode que j'y avais suivie présente de grands inconvénients. Je me contentais d'énoncer en peu de mots les résultats auxquels m'avaient amené mes recherches et d'indiquer en note la provenance des textes à l'aide desquels j'avais formulé mes conclusions. Le plus souvent, je ne reproduisais pas, du moins *in extenso*, les textes eux-mêmes, laissant ainsi ample matière à des développements ultérieurs.

M. Briau procède autrement. Avec les sources que j'indique dans un seul chapitre, sans rien changer à mes conclusions, il pourrait remplir 2,000 pages.

Dans son travail actuel, dès la première lecture, j'ai reconnu bien des textes que j'avais mis en œuvre, et surtout j'ai rencontré bien des conclusions absolument semblables aux miennes ; mais il en est d'autres à propos desquelles je ne puis pas être d'accord avec M. Briau.

M. Briau ne tient pas assez compte des monuments si nombreux et si riches étrangers à l'épigraphie, et il bâtit beaucoup trop aisément tout une théorie sur un mot ou sur son absence.

Ainsi du silence de l'épigraphie, il s'est hâté de conclure que jamais dans la Rome païenne, il n'y avait eu une assistance médicale organisée et pour ainsi dire officielle : conclusion fausse s'il en fut, car, en jetant un regard sur les notes relatives à une partie non encore publiée de mon ouvrage, j'y trouve la preuve du contraire.

Quant à ce qui touche les hôpitaux, les *valetudinaria* d'esclaves, l'assistance médicale dans la famille, et autres sujets dont j'avais parlé, M. Briau est généralement d'accord avec moi, sauf sur quelques détails : par exemple, lorsqu'il dit que les médecins esclaves n'exerçaient point leur art en dehors de la famille, et que « par conséquent tous les médecins esclaves signalés dans les écrivains et dans les recueils épigraphiques doivent naturellement venir se ranger ici pour témoigner de l'assistance médicale dans les familles serviles. » Je recommande à M. Briau de vouloir bien lire dans Cicéron l'histoire de ce Statius, médecin esclave, auquel sa maîtresse avait acheté une boutique de médecin, et de vouloir bien tenir compte des autres preuves qui m'ont déterminé à adopter l'opinion contraire.

Une dernière remarque. Je pense que M. Briau n'a pas cité mon *Histoire de la profession médicale* parce qu'elle n'a pas encore été publiée en entier, comme il mentionne *Kuhn* parmi les auteurs qu'il n'a pu se procurer, parce que le *Kuhn* de M. Darenberg est incomplet. Mais ce motif est celui-là même qui me détermine à réclamer.

On peut ne nommer aucun moderne quand on remonte toujours aux sources ; mais il n'est pas bon de citer les uns sans seulement mentionner les autres, et de prétendre entrer le premier dans un sentier qu'un autre a tracé, surtout quand il y marche encore.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. BAILLY, suppléant.

Leçons sur le traitement de l'avortement (1).

II

B. *Suspendre le travail abortif et empêcher, s'il est possible, l'avortement de s'accomplir.* — C'est là ce que vous devez tenter toutes les fois que, chez une femme en douleurs d'avortement, la fausse couche ne semble pas inévitable. Or à quels signes, messieurs, pourrez-vous reconnaître qu'un travail de parturition anticipée résistera aux efforts d'une thérapeutique bien dirigée et se terminera fatalement par l'expulsion de l'œuf? Pour moi j'en vois quatre, dont la valeur pronostique me semble presque absolue, et qui, en conséquence, ne vous tromperont pour ainsi dire jamais. C'est, en premier lieu, une hémorrhagie abondante se produisant dans un temps relativement court, et indiquant par son abondance même que les connexions naturelles de l'œuf et de la matrice sont détruites dans une grande étendue. Une telle lésion voue l'embryon ou le fœtus à une mort certaine, et l'expulsion prématurée de l'œuf en est une conséquence fatale.

Un second signe ôtant tout espoir de conserver la grossesse, c'est la rupture des membranes et l'écoulement du liquide amniotique, en supposant qu'on ait pu constater ce phénomène d'une façon certaine. Or c'est à dater du quatrième mois seulement que la quantité du liquide ovulaire est assez forte pour rendre cette constatation possible. Jusque-là l'œuf ne renferme qu'une très-faible quantité de sérosité, et il ne saurait être question de l'issue des eaux pendant le premier tiers de la grossesse, c'est-à-dire dans cette période où l'avortement est le plus fréquent. C'est donc là un signe en quelque sorte d'exception, et pour cette raison d'une moindre valeur que le précédent.

J'en dirai tout autant du troisième signe pronostique que j'aie à vous signaler, à savoir la mort du fœtus. Je ne connais aucun moyen de la reconnaître sûrement avant la fin du cinquième mois. La cessation des troubles sympathiques de la grossesse, le mouvement fluxionnaire dont les seins sont quelquefois le siége après la mort du produit, font trop souvent défaut

(1) Voir le numéro du 25-28 décembre.

FEUILLETON

RECHERCHES HISTORIQUES

Sur la vie privée de l'empereur Auguste, sur ses maladies, ses infirmités et son genre de mort.

Par M. Fr. DUBOIS (D'AMIENS) (1)

On serait tenté, en vérité, de s'écrier avec Boudin qu'on ne comprend rien à cette maladie, si l'on s'en rapportait à ce peu de renseignements ; mais plus les choses semblaient extraordinaires, inouïes, effrayantes, plus elles servaient les projets de ceux qui croyaient ou qui du moins voulaient faire croire à un empoisonnement.

Louis XIV, très-disposé à partager cette idée, avait donné des ordres les plus précis pour que l'ouverture du corps fût soigneusement pratiquée ; mais en quoi et comment ces médecins de cour pouvaient-ils y trouver quelques notions propres à les éclairer ? Il n'y avait parmi eux qu'un seul homme fort de sa propre expérience et en même temps d'une loyauté à toute épreuve, c'était le chirurgien Maréchal ; lui seul avait son franc parler à la cour : il voulut bien se charger de pratiquer l'ouverture ; on ne dit pas combien de temps après la mort ni quelle était alors la température. Mais on va voir qu'on était bien résolu à trouver tout extraordinaire : aussi, disent les mémoires du temps, on fut tout d'abord épouvanté ! Tous reculèrent d'effroi ! Et pourquoi cela ? Tout simplement parce que les organes semblaient comme ramollis et d'une diffluence remarquable ! et cela, ajoute-t-on, à l'exception du cerveau et des annexes qui étaient intacts. On alla tout aussitôt raconter ces épouvantables détails au roi et à Mme de Maintenon. On leur raconta comme quoi tout était en bouillie, comme quoi le cœur, présenté par le duc d'Aumont, n'avait plus de consistance, comme quoi tout le sang était dissous et l'odeur infecte.

C'était là beaucoup plus qu'il n'en fallait pour troubler toutes les têtes ; aussi nos médecins n'hésitèrent pas à déclarer que tout cela était le plus violent effet d'un poison très-subtil qui avait ainsi consumé tout l'intérieur du corps.

Il était cependant, je viens de le dire, un homme d'honneur et de bon sens qui protestait contre toutes ces énormités, c'était Maréchal ; il tenait tête à cette troupe effarée, et cela en dépit de Fagon et de Boudin.

Mais le coup était porté : non-seulement on prétendait avoir sous les yeux le corps du délit, mais encore on avait trouvé le coupable ; de l'avis de tout ce monde, l'empoisonneur n'était autre que le propre neveu du roi, le duc d'Orléans. Maréchal se récriait en vain contre cette supposition, et sur quoi se fondait cette accusation ? Sur quoi reposaient les preuves de la culpabilité de ce prince ? Au temps de l'empereur Auguste, on prétendait que Livie, pour préparer le chemin du trône à son fils, n'avait eu que trois ou quatre princes à faire disparaître ; or, le duc d'Orléans, pour s'ouvrir à lui-même le chemin du trône, n'avait également qu'à écarter les jeunes princes issus de Louis XIV, et pour cela il avait un laboratoire, il étudiait la chimie ; donc, lui seul, dit Voltaire, avait pu empoisonner l'héritier du trône, puis la jeune Dauphine, puis son époux, pour monter à son tour sur le trône, sauf à faire ensuite éprouver le même sort au duc de Berry, sans oublier le petit duc de Bretagne : c'était là pour tous, ajoute Voltaire, des preuves sans réplique.

Il ne me reste plus que quelques mots à dire sur le jeune frère du duc de Bourgogne, c'est-à-dire du duc de Berry ; les médecins de cour vont encore jouer ici un assez triste rôle.

Le duc de Berry est pris de fièvre, un jour de médecine du roi, car le roi avait ses jours de médecine périodique ; cette fièvre dure toute la nuit, il essaye de se lever le lendemain, mais il est saisi d'un grand frisson qui l'oblige de se remettre au lit, et alors il fut saigné. Pourquoi saigné ? on ne le dit pas, mais on dit que le sang est trouvé très-mauvais, sans dire encore pourquoi ; seulement les médecins déclarent que cette maladie est de nature à leur faire désirer que ce soit une de *venin*. Singulier diagnostic en vérité, qui, au lieu de nous faire connaître le genre de maladie que vous avez sous les yeux, vous dit quel est celui qu'il serait désirable que vous ayez ! Et l'on écoutait sérieusement ces explications ! Mais mainte-

(1) Voir les numéros des 9, 12, 23, 28 octobre, 23 novembre, 7, 9, 11, 14, 18 et 28 décembre.

pour que vous puissiez faire quelque fonds sur ces signes. Trop souvent aussi les femmes s'abusent sur les sensations qu'elles éprouvent; elles croient trop facilement à l'existence des mouvements actifs de leur enfant ou à la cessation de ces mêmes mouvements, pour que les renseignements qu'elles vous fourniront puissent avoir quelque valeur à vos yeux. Ce n'est donc, en définitive, que pendant les cinquième et sixième mois, et après que vous aurez perçu distinctement les bruits du cœur de l'enfant, que leur absence plusieurs fois constatée par une recherche attentive vous indiquera sûrement que le fœtus a succombé.

Enfin, un dernier signe pronostique d'une utilité plus générale que les deux précédents en ce qu'il est applicable à tous les cas d'avortement et quelle que soit l'époque de la grossesse où celui-ci se produise, ce sont les modifications physiques éprouvées par l'œuf et par la matrice, et qui dénotent un travail trop avancé pour qu'on puisse espérer de le voir rétrocéder. En effet, si l'on trouve la totalité du col utérin ramollie, son canal occupé par une portion de l'œuf, si surtout l'extrémité de celui-ci a déjà franchi l'orifice intérieur de la matrice, il faut désespérer de voir ce travail abortif se suspendre, et dès lors le laisser s'accomplir, en dirigeant sa thérapeutique contre les accidents dont il peut s'accompagner. Mais en l'absence des signes précédents, c'est-à-dire lorsque les contractions utérines sont récentes, l'hémorrhagie modérée, le col encore fermé, vous devez chercher à conjurer le danger qui menace la grossesse, en employant à temps les moyens suivants, qui réussiront dans un grand nombre de cas à prévenir la fausse couche. Ces moyens, qui sont toujours sans danger pour la femme, et n'auraient d'autre inconvénient que de retarder momentanément l'avortement dans le cas où la mort du fœtus ou des altérations placentaires, qu'il n'est pas en votre pouvoir de reconnaître, le rendraient inévitable, ces moyens préventifs, dis-je, consistent essentiellement dans la saignée et dans l'usage de l'opium. Mais avant même de recourir à ces moyens principaux, vous devrez prendre certaines mesures d'une réelle utilité, telles que faire coucher la femme dès le début de l'hémorrhagie ou des douleurs, la rassurer autant que possible en lui faisant entendre des paroles d'encouragement, et recommander le plus grand calme du corps et de l'esprit. Il faut, de plus, vider l'intestin au moyen d'un lavement laxatif et prescrire une boisson froide et acidule.

Vous trouverez, messieurs, la saignée conseillée à titre préventif de l'avortement dans la plupart des ouvrages d'obstétricie, mais en réalité on l'emploie peu de nos jours chez les femmes menacées de fausse couche; c'est peut-être un tort. Nos devanciers y recouraient souvent en pareille circonstance et paraissent s'en être bien trouvés. Son efficacité dans ces circonstances peut s'expliquer par une double action, également avantageuse pour le but qu'on se propose d'atteindre. Par la soustraction d'une certaine quantité de sang, la saignée diminue la tension du système circulatoire et remédie à la congestion utérine, cause prochaine de la rupture vasculaire; de plus, elle a la propriété de modérer la contractilité utérine et peut ainsi contribuer à suspendre des contractions intempestives qui vont déterminer l'expulsion prématurée du produit de la conception. Si donc la femme en proie à un travail d'avortement présente de la vigueur ou tout au moins une force ordinaire, qu'elle ne souffre que depuis quelques heures, et que vous constatiez chez elle des symptômes de pléthorre utérine ou de pléthorre générale, une saignée de 150 à 200 grammes, serait tout à fait indiquée. La saignée du bras devrait d'ailleurs être préférée à toute autre, et aurait une action plus efficace et plus prompte que les sangsues appliquées à l'hypogastre, conformément au conseil donné par M. Gendrin.

L'opium, dans l'avortement, est d'une utilité plus générale encore que la saignée; il est particulièrement indiqué dans les cas où le travail contre nature se caractérise surtout par l'intensité des contractions de la matrice, qu'il modère avec une sûreté et une promptitude parfois merveilleuses. Vous hésiterez d'autant moins à l'employer qu'il ne fait subir à l'économie aucune perte comme la saignée, et que son emploi n'exige pas, comme celle-ci, un discernement et une expérience qui ne s'acquièrent qu'après plusieurs années d'une observation attentive. L'opium peut être administré aux femmes en travail d'avortement sous forme d'extrait, à la dose de 5 à 10 centigrammes, en pilules ou en potion, mais il semble qu'on réussisse mieux encore en le donnant en lavements. C'est de cette manière que le faisait prendre P. Dubois, dont la pratique est aujourd'hui universellement adoptée en France. Après avoir nettoyé convenablement l'intestin au moyen d'un grand lavement simple ou laxatif, on administre un second lavement, composé d'un demi-verre d'eau tiède seulement et de 15 à 20 gouttes de laudanum de Sydenham. La très-faible quantité de liquide portée dans le rectum en rend la conservation facile, et l'absorption s'en fait avec rapidité. Deux heures après que ce premier lavement laudanisé a été pris, vous devrez en faire prendre un second avec même dose de laudanum et même un troisième, semblable aux deux premiers, après un laps de temps égal, si les contractions utérines persistaient. Ne soyez pas effrayés, messieurs, des doses d'opium, que je vous conseille; 40 et 60 gouttes de laudanum, administrées en l'espace de six à huit heures, représentent un chiffre qui n'a rien d'exagéré dans l'état puerpéral, où les femmes supportent très-aisément ce médicament.

D'ailleurs l'administration successive de faibles doses d'opium préviendra sûrement tout accident en vous permettant de vous diriger, pour son emploi ultérieur, sur l'effet produit par les premières prises et de vous arrêter à temps si vous voyiez se produire quelques phénomènes de narcose. Presque toujours, par l'emploi méthodique du laudaum, vous arrêterez assez promptement les contractions prématurées de la matrice. Cette suspension sera définitive, et vous aurez réussi à conserver la grossesse dans les cas où une altération profonde de l'œuf ne mettra pas obstacle à cette conservation; elle ne sera que temporaire dans le cas contraire. Au bout de quelques heures, d'une journée ou plus, si l'avortement doit avoir lieu forcément, des contractions nouvelles surviendront, et ce retour des efforts expulsifs de la matrice, en vous démontrant l'inutilité de tentatives nouvelles, tracera votre conduite ultérieure, qui consiste désormais à remplir avec le plus grand soin possible la dernière des indications du traitement de l'avortement.

COURANTS CONTINUS CONSTANTS

DES SERVICES QU'ILS PEUVENT RENDRE DANS L'INFLAMMATION L'ENGORGEMENT ET L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE (1)

Par les docteurs Jules Chéron et Moreau-Wolf.

Observation Ire.

D..., 59 ans, artiste musicien. Se présente à la consultation de notre dispensaire le 7 octobre 1869. Le malade a eu, il y a vingt-cinq ans, une blennorrhagie qui a été mal soignée; l'écoulement a persisté un an. Pendant plus de deux ans, le sieur D... a ressenti des douleurs légères dans le canal pendant la miction; il n'a jamais eu d'autres accidents vénériens. Jamais il n'a rendu de gravelle dans les urines, et, d'une sobriété habituelle très-grande, il n'a jamais abusé des femmes.

Il y a trois ou quatre ans que le malade s'aperçoit qu'il urine moins librement; les urines sont souvent lentes à venir, et le jet est un peu déformé.

Il y a un an qu'il ressent une douleur vague, avec constriction, dans le canal; cette douleur, plus vive dans la fosse naviculaire, irradie dans l'anus et le périnée. Pesanteurs habituelles au bas ventre; les garde-robes sont faciles, souvent même diarrhéiques; les urines limpides; leur analyse ne nous révèle rien d'anormal. Actuellement, le malade urine tantôt un petit filet régulier, tantôt l'émission se fait de travers, et le jet se produit en tire-bouchon.

Le sieur D... se plaint aussi d'un affaiblissement marqué dans les jambes; souvent il est pris de prostration; le moral lui-même est affecté par la marche progressive des phénomènes que nous venons de noter.

Séance tenante, nous pratiquons le cathétérisme, qui est rendu un peu difficile par une saillie au niveau de la région prostatique; l'introduction du cathéter n'est pas douloureuse. Après avoir injecté de l'eau tiède dans la vessie, nous explorons cet organe avec le plus grand soin, et l'examen auquel nous nous livrons nous permet de constater son intégrité absolue et l'absence de tout calcul.

Par le toucher rectal, nous trouvons la prostate très-volumineuse, également augmentée de volume dans toute son étendue, très-dure; par la pression, nous n'y déterminons aucune douleur.

Ayant jugé utile l'application des courants continus constants, nous prévenons le malade que nous allons commencer un traitement qui peut être long, dont il ne ressentira pas immédiatement l'heureuse influence, et que, s'il veut être soulagé, il faudra beaucoup de patience, lui promettant que, quant à nous, cette qualité ne nous fera pas défaut.

Première application pendant cinq minutes, avec 10 éléments, le 7 octobre, puis trois fois par semaine jusqu'à aujourd'hui, 20 novembre.

Au bout de vingt applications, le malade note lui-même une amélioration sensible dans son état, quoique, à la suite d'un refroidissement, une petite recrudescence ait eu lieu ces jours-ci. Nous constatons nous-même que la prostate est moins dure et moins volumineuse. Les pesanteurs ont disparu et les urines coulent plus facilement. Nous sommes aujourd'hui convaincu que, si le sieur D... continue à se soumettre au traitement, l'amélioration qu'il éprouve va suivre une marche progressive à son grand bénéfice.

Observation II.

P..., 40 ans, peintre sur porcelaines. S'est beaucoup masturbé dans son enfance et a toujours abusé des jouissances vénériennes.

Le sieur P... a eu deux blennorrhagies, dont la dernière remonte à un an; elles ont été soignées rationnellement et n'ont laissé aucune trace.

Depuis trois mois, le malade s'aperçoit qu'il urine moins facilement par un jet en forme de vrille; il éprouve des douleurs assez vives, avec élancement dans la verge et le rectum; presque continuellement il a la sensation de garde-robe se présentant à l'anus, et il a des alternatives de constipation et de diarrhée. Le médecin du malade lui a conseillé l'usage des bains, cataplasmes, suppositoires belladonés, et même des sangsues au périnée. Malgré le soulagement momentané qu'apporte à son état l'usage de ces divers moyens, le sieur P... est obligé de se sonder souvent et bientôt même tous les jours, le matin.

Enfin, il y a six semaines, il lui est impossible, un matin, d'introduire la sonde en gomme dont il se sert habituellement; le médecin auquel il a recours pratique, quoique avec difficulté, le cathétérisme, qui, très-douloureux, est suivi d'un écoulement de sang assez considérable. Un soulagement très-grand succède à cette opération, et, grâce aux grands bains, aux onctions belladonées, le malade peut vaquer à ses occupations pendant une dizaine de jours. Mais à ce moment, nouvelle rétention d'urine traitée par les mêmes moyens. Le médecin du sieur P..., pendant quinze jours, lui passe tous les jours des bougies en gomme, de façon qu'au bout de cette période le malade urine assez librement; mais, ayant cessé l'usage des bougies, le canal perd peu à peu sa perméabilité, les douleurs péniennes et rectales reparaissent, et le sieur P... se décide à venir nous consulter.

Le 12 juin 1869, nous constatons l'intégrité absolue de la vessie et des régions spongieuses et membraneuses de l'urètre, mais la sonde est arrêtée par une saillie de la prostate, qui rend le cathétérisme très-difficile.

Par le toucher rectal, nous trouvons, en effet, une prostate assez volumineuse, augmentée de volume également dans tous ses diamètres, à consistance presque normale, et douloureuse à la pression. Le malade se plaint, surtout la nuit, d'envies fréquentes d'uriner, que le matin il est souvent impossible de satisfaire; il est très-constipé, et tout travail lui est impossible.

18 applications (en six semaines) des courants continus constants suffisent pour amener un soulagement tel, que le sieur P..., qui peut difficilement prendre, sur ses heures de travail, le temps nécessaire pour venir au dispensaire, nous demande l'autorisation de cesser le traitement. La prostate a diminué d'une façon notable, la miction s'opère facilement, les gardes-robes sont normales, et enfin, le passage de la sonde se fait facilement, sans que nous trouvions trace de la saillie prostatique observée au début du traitement.

(1) Voir le numéro du 25-28 décembre 1869.

---

nant voici une bien autre chose; le jeune duc est pris de vomissements, les matières vomies sont toutes noires; les uns déclarent que c'est du sang, les autres se rejettent sur du chocolat, le prince en avait pris le dimanche. Le mardi suivant, nouvelle saignée du pied, dès sept heures du matin, pris deux fois de l'émétique, puis une dose de manne; la nuit suivante n'en est pas moins cruelle, et cependant le duc de Berry avait encore été saigné au pied. On propose alors au roi de faire venir Chirac; le roi refuse par une singulière raison, c'est que tous les médecins étant d'accord entre eux, Chirac serait peut-être d'un avis différent, et cela ne ferait que les embarrasser! Ce même jour, le jeune duc est de nouveau saigné du bras; il y a encore des vomissements, on croit y reconnaître du sang et l'on donne de l'eau de Rabel; hélas! tout en vain : le prince expire le vendredi, à l'âge de vingt-huit ans.

Il s'agit maintenant de se rendre compte de sa mort; il y avait une version assez naturelle; le prince lui-même attribuait ses vomissements de sang à une chute de cheval qu'il avait faite à la chasse, étant tombé sur le pommeau de la selle; il n'avait pas osé s'en ouvrir au roi, par timidité; mais à partir de ce moment, disait-on, il n'avait cessé de cracher du sang; mais cette fois encore, si l'on en croit les mémoires du temps, il y avait d'autres ressorts qu'on voulait faire jouer, et on les avait trop maniés en d'autres temps, dit Saint-Simon, pour les trouver rouillés. On s'en était trop bien servi à la mort des deux Dauphins et de la Dauphine pour ne pas les remettre en pratique. Le duc de Berry fut donc compris au nombre des princes empoisonnés.

Tout cela cependant était faux. Ces princes n'avaient pas plus été empoisonnés que les petits-fils de l'empereur Auguste et qu'Auguste lui-même. Voltaire a été ici, comme toujours, l'apôtre de la raison et du bon sens. En certains temps malheureux, dit-il, il suffirait de quelques histoires mensongères pour éterniser les soupçons les plus affreux, si des hommes instruits et probes ne prenaient soin de les réfuter. Voltaire a été un de ces hommes pour le siècle de Louis XIV, et, longtemps avant la publication des mémoires de Saint-Simon, il eut le courage de disculper en cela le duc d'Orléans. Mais il n'en a pas été de même pour le siècle d'Auguste, l'histoire attend encore un de ces hommes amis de la vérité; les soupçons qu'éternisent des relations mensongères planent encore sur la mémoire de Livie; bien plus, des hommes passionnés ont transformé ce qui n'était que soupçons en affirmations positives; nous avons vu que Livie, pour eux, ne serait arrivée à la personne d'Auguste qu'après avoir accompli sept ou huit empoisonnements; et en cela ils se donnent beaucoup mieux informés que les hommes qui vivaient en ces temps reculés.

Mais prenons garde, les passions politiques qui nous agitent ne sont peut-être pas étrangères à ces appréciations rétrospectives; c'est l'empereur Auguste bien plus que Livie qu'on a voulu prendre ici à parti; son prétendu empoisonnement n'aurait été, suivant ses détracteurs; que la juste punition des crimes de toute sa vie, l'histoire nous le montre, surtout dans les dernières années, toujours et partout dominé par l'idée de l'unité du pouvoir, unité qu'il regardait comme le seul refuge de la société romaine. De là peut-être toutes les accusations contre lesquelles nous avons cru devoir nous élever, tout en restant, autant que possible, dans l'ordre des faits qui relèvent de la science, et c'est peut-être cela qui nous a permis de nous tenir en dehors de toutes ces passions. Nous nous estimerons, du reste, heureux si, en suivant cette voie, nous avons pu, pour notre part, dissiper quelques erreurs et rétablir quelques vérités.

FIN

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date des 25 et 27 décembre 1869, ont été nommés et promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : MM. Bourbeau, ministre de l'instruction publique; Dufour, directeur du service de santé de la marine, à Brest.

Au grade d'officier : MM. Barthélemy, médecin professeur de la marine; Griffon du Bellay, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Reboulleau, médecin en chef des établissements hospitaliers civils à Constantinople; Savatier, Maréchal, Brassac, Palasne-Champeaux, Pelon, Roubaud, Allanic, médecins de 1re classe de la marine; Aurillac, Encognère, médecins de 2e classe de la marine; Sambuc, pharmacien de 1re classe.

Observation III.

C..., 32 ans, cordonnier. A eu trois blennorrhagies, la dernière il y a deux ans. Elles ont été mal soignées. Goutte militaire habituelle. Pas de syphilis.

Depuis six mois, ce malade, que l'exercice de son métier force à rester plusieurs heures assis, éprouve des pesanteurs et des élancements dans le rectum.

Le canal de l'urètre est douloureux dans toute son étendue, surtout au niveau de la fosse naviculaire et dans les régions profondes. Depuis trois mois, il urine moins facilement la nuit et le matin surtout.

Il est souvent forcé, quelle que soit l'envie qu'il éprouve d'uriner, de solliciter sa vessie pendant deux à trois minutes pour que la miction s'opère. Il redoute de se livrer au coït, car l'éjaculation est très-douloureuse et suivie, le lendemain, d'une gêne plus grande dans le cours des urines. Constipation opiniâtre, selles pénibles, suivies d'un suintement que le microscope nous révèle n'être que du fluide prostatique. Urines normales.

Le canal de l'urètre est libre jusqu'à la région prostatique, où une exploration attentive nous permet de constater une saillie considérable, qui rend le cathétérisme, pratiqué avec la sonde à courbure ordinaire, difficile et douloureux. La sonde prostatique est déviée à droite à ce niveau, ce qui indique une hypertrophie du lobe gauche de la prostate.

Par le toucher rectal, nous constatons que la prostate est volumineuse, assez dure, et que le lobe gauche est, en effet, plus volumineux que le droit.

Le 10 septembre, nous appliquons, pour la première fois, les courants continus. Au bout de 5 applications, tous les symptômes douloureux cessent, et les urines commencent à couler plus facilement. Enfin, 20 applications suffisent pour faire cesser tous les accidents et pour permettre au malade de reprendre son travail. Le sieur C... a néanmoins la sagesse de venir toutes les semaines se faire faire une application. Chose singulière, par le toucher rectal nous ne trouvons point que la prostate ait diminué d'une façon appréciable.

ALIMENTATION BROMO-IODURÉE.

par le docteur V. Petit.

Le traitement des maladies chroniques a subi dans le cours de ce siècle des changements excessivement curieux. On sait à quelles exagérations s'était d'abord portée une école puissante, qui voyait toujours et partout l'inflammation. De cette idée préconçue et habilement défendue par l'un des esprits les plus distingués, devait naître une thérapeutique tout exclusive, débilitante par excellence, et qui ne devait pas tarder à nous léguer toute une génération affaiblie. On s'explique alors le succès de Bretonneau, le succès de son élève Trousseau, venant combattre et renverser les idées si généralement reçues alors. L'*autophagie*, tel était, selon ces illustres observateurs, l'état où une diète si prolongée conduisait les malades. L'organisme était obligé de vivre sur lui-même ; il lui fallait consumer ses propres tissus, et le malade périssait d'inanition.

A semblables exagérations, la réaction devait être rude, si l'on a gardé le souvenir de ces grandes discussions, où le système de Broussais fut enfin réduit à l'inaction. Les médecins tournèrent alors tous leurs efforts vers le développement de ces générations affaiblies, et après avoir débilité, on chercha tous les moyens possibles de faire vivre, aux dépens des produits extérieurs et non des produits mêmes de l'être vivant. L'autophagie était mise au banc de l'opinion thérapeutique.

On vit alors que l'huile de foie de morue était un des produits les plus puissants pour redonner le ton, la vigueur, l'embonpoint. A quels principes l'huile de foie de morue devait-elle son action? Que de discussions ! Que de débats!

L'un faisait intervenir l'action de l'huile elle-même ; les autres prenaient l'iode, ou même le bromure, pour les agents modificateurs. En toute cette discussion, comme en tant d'autres, les uns et les autres avaient chacun raison dans une certaine limite. Oui, l'huile agit comme corps gras, mais aussi comme agent iodé et comme agent bromuré.

Cette idée n'a pas tardé à frapper les esprits chercheurs, et l'un de nos pharmaciens les plus distingués, M. Boille, a voulu en faire une application pratique.

Mettre les médications iodo-bromurées à la disposition de tous ; pour les enfants, créer un *sirop bromo-ioduré* ; pour tous, ou exécuter des pilules bromo-iodurées, ou même adjoindre ces heureux principes à un aliment, riche comme corps gras, facilement assimilable, et faire ainsi accepter un *chocolat bromo-ioduré*, complément de l'huile de foie de morue, médicament et aliment tout à la fois.

M. Boille, ancien pharmacien des hôpitaux, a rendu ainsi service aux praticiens, pour qui l'emploi de l'huile de foie de morue devient de plus en plus difficile, tant on rencontre de malades rebelles à l'usage de ce produit. La médication bromo-iodurée, sous les formes si commodes que nous venons d'indiquer, mérite donc une attention spéciale, et c'est à ce titre que nous avons consacré quelques lignes à ce sujet.

EMPOISONNEMENT PUERPÉRAL

Voies de pénétration et d'élimination, causes et mode d'action du poison puerpéral. — Mesures hygiéniques (1).

Par M. Hervieux.

(Résumé d'une 2e communication à la Société médicale des hôpitaux. Séance du 26 novembre.)

Dans un mémoire publié en 1865 sur les épidémies puerpérales, je disais, en parlant des causes qui président à la production de ces épidémies : *ce sont des affaires de localité*, et j'ai eu la satisfaction de voir cette conclusion adoptée par les orateurs qui, en 1866, ont discuté cette question à la Société de chirurgie. Aujourd'hui, je vais plus loin encore et je dis : « Les causes qui enfantent, propagent et éternisent les épidémies puerpérales ne sont, comme on l'a prétendu, ni obscures, ni complexes; il n'y a qu'une cause vraie, déterminante, spéciale de ces épidémies, et cette cause unique qui n'est pour nous ni un problème, ni un mystère, c'est l'infection ou la contagion, l'une et l'autre n'étant à mes yeux que des modalités d'un même principe pathogénique. » Et j'ajoute : « Il est toujours au pouvoir de l'homme de supprimer cette cause, c'est-à-dire de faire cesser instantanément la mortalité des femmes en couches. »

Nous ne sommes plus à l'époque où, en présence d'une épidémie puerpérale on interrogeait l'atmosphère, l'état électrique ou même ozonométrique de l'air, la direction des vents, les oscillations de la colonne barométrique ou thermométrique, etc., où l'on mettait en regard des chiffres mensuels des décès dans les salles d'accouchées, les données mensuelles fournies par l'*Annuaire du bureau des longitudes*; où les médecins, désespérant de mettre d'accord les conditions météorologiques avec les variations de la léthalité chez les femmes en couches, invoquaient les constitutions régnantes, c'est-à-dire un *nescio quid* qui planerait sur toutes les capitales de l'Europe, décimerait la population de certains nosocomes, en épargnant la population de certains autres, en respectant les femmes en couches des autres cités et de toutes les communes rurales.

L'expérience a prononcé. Sur 205 femmes accouchées chez les sages-femmes, une seule a succombé, et encore n'est-il pas démontré qu'elle soit morte d'une maladie réellement puerpérale.

Que devient votre constitution régnante, en présence de pareils faits?

On m'objectera les faits signalés par M. Lorain. Ces faits, je les accepte sans discussion, mais ils n'infirment en rien la valeur de ceux que je viens de produire.

Quant aux cas de mort observés chez quelques sages-femmes du faubourg Saint-Antoine, il faut bien se garder de les interpréter dans le sens d'une constitution régnante, et j'ajouterai même dans le sens d'une épidémie spéciale au quartier dont il s'agit.

Je recommande à ceux de nos collègues qui seraient disposés à déduire de ces faits des conclusions favorables à l'hypothèse d'une constitution générale ou saisonnière, les précautions suivantes : 1° s'assurer que, avant d'être envoyée chez une sage-femme, la femme en couches devenue malade n'a pas mis le pied dans un hôpital et n'y a été soumise à aucune exploration de la part des internes ou de toute autre personne appartenant à un établissement hospitalier; 2° qu'elle n'a séjourné, avant d'accoucher, dans aucun service obstétrical; 3° qu'elle n'a été visitée par aucun médecin fréquentant soit bénévolement, soit par devoir les services d'accouchement. — Si vous ne pouvez me garantir que ces conditions ont été toutes rigoureusement observées, je tiens pour très-suspects, au point de vue de leur pathogénie, les faits mentionnés dans le rapport de M. Besnier.

En somme, parmi les causes de léthalité invoquées jusqu'à ce jour, il n'y a de réellement efficientes que les causes créatrices ou propagatrices du poison puerpéral, c'est-à-dire l'infection ou la contagion.

Mais il est un côté de la question que je tiens à discuter : Quelle est la part respective qu'il convient d'attribuer à l'infection ou à la contagion, dans le développement des maladies puerpérales et par suite dans l'extension de la mortalité? Suivant que vous ferez pencher la balance du côté de l'infection ou de la contagion, vous devez insister sur des mesures hygiéniques d'un ordre très-différent.

J'ai dit que l'infection et la contagion n'étaient que deux modalités d'une seule et même cause pathogénique, c'est vrai ; j'ai dit que l'infection, comme la contagion, avaient toutes les deux pour véhicule, pour agent de transmission, l'air atmosphérique : cela n'est pas douteux; mais voici la différence :

L'infection se fait par les malades, par la fusion de leurs atmosphères individuelles dans une même salle, dans un espace déterminé. La contagion se fait à distance et par des intermédiaires, soit dans un même local, soit dans des locaux séparés. Or, je viens soutenir ici cette thèse quelque peu contraire à l'opinion du plus grand nombre : eu égard à la propagation des accidents puerpéraux et par suite à l'aggravation de la mortalité, l'infection n'est rien ou que très-peu de chose, la contagion est tout ou presque tout. En d'autres termes, supprimez les intermédiaires qui transportent au loin le miasme engendré dans une salle de femmes en couches, les épidémies s'éteindront d'elles-mêmes, et la mortalité s'abaissera dans une proportion considérable.

Cessons d'accuser les éléments ou de nous en prendre à d'innocentes murailles du mal dont nous sommes les auteurs. La cause du fléau qui désole les maternités n'est pas dans les pierres dont elles sont faites, elle est dans leur personnel. Ici M. Hervieux expose, à l'appui de cette proposition, une série de faits dont il a été témoin et d'où il conclut qu'une agglomération plus ou moins grande d'accouchées dans un espace déterminé n'est funeste qu'autant que la contagion intervient pour propager les accidents puerpéraux. En elle-même, cette agglomération est inoffensive du moment qu'il n'y a pas d'intermédiaires trop actifs et trop zélés qui se chargent de transporter d'une accouchée à une autre le poison puerpéral.

Les conséquences pratiques de cet exposé doctrinal se déduisent d'elles-mêmes.

L'infection et la contagion sont les seules causes vraies, sérieuses, efficientes du développement des épidémies puerpérales : l'infection dans une mesure restreinte, la contagion par les intermédiaires dans des proportions incalculables. Eh bien, il suffit de supprimer ces causes.

La mesure la plus efficace qui pourrait être prise à l'effet de prévenir la création des foyers épidémiques serait la généralisation de l'accouchement à domicile. Malheureusement, la première condition pour accoucher à domicile, ce serait d'avoir un domicile. Or, la plupart des femmes qui se présentent pour accoucher dans les hôpitaux habitent des garnis où l'assistance par une sage-femme est impraticable.

L'accouchement chez les sages-femmes est destiné à compléter, en partie du moins, la mesure précédente. C'est une des ressources les plus précieuses dont l'administration dispose pour faire cesser instantanément une épidémie puerpérale.

En admettant que l'accouchement chez les sages-femmes soit organisé sur la plus grande échelle possible, il restera toujours un nombre considérable de femmes grosses ou en travail qui réclameront une place dans les hôpitaux.

Ici se présente la question des services d'accouchement. M. Hervieux examine et discute les divers systèmes proposés, et il conclut en ces termes :

Si l'on tient à conserver notre grand établissement obstétrical, voici le seul parti qu'il y ait à prendre :

Construire en dehors des bâtiments actuels et à une certaine distance un bâtiment destiné à recevoir des malades ordinaires parmi lesquelles on disséminera les femmes en couches.

Affecter à ce service un personnel spécial et qui n'aura, en aucun temps et sous aucun prétexte, de rapports avec le personnel de l'établissement actuel.

Quoique mon expérience ne soit pas très-favorable ni à l'utilité des salles de rechange, ni à l'occupation alternée des salles et des lits, je suis d'avis qu'il ne faut pas négliger ces précautions non plus que celle qui consiste dans la purification périodique des objets mobiliers. Il vaut mieux, en pareille matière, pécher par excès que par défaut.

Enfin, à la moindre apparence de manifestation épidémique, pratiquer l'envoi chez les sages-femmes sur la plus grande échelle possible.

En résumé, l'extension de l'accouchement à domicile et chez les sages-femmes, la dissémination, la réduction graduelle et du nombre et de l'importance des services d'accouchement, telle est la formule qui doit nous conduire, dans un avenir plus ou moins prochain, à l'extinction des épidémies puerpérales.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Séance du 25 décembre 1869. — Présidence de M. Blache.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport final de M. le docteur Poulet sur une épidémie de rougeole qui a régné en 1869 à Plancher-les-Mines (Haute-Saône).

2° Un rapport final de M. le docteur Jacquez de Lure sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Longevelle (Haute-Saône), en 1869 (Commission des épidémies).

3° Une copie du registre des malades traités en 1869 dans les hôpitaux thermaux militaires de Bourbonne-les-Bains et de Guagno.

4° Un rapport de M. le docteur Niepce sur le service médical des eaux minérales d'Allevard (Isère) en 1868 (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Ammelle sur le service médical de l'hôpital thermal militaire d'Hamman-Mescoutim.

2° Un rapport de M. le docteur Barudel sur le service médical de l'hôpital thermal militaire de Vichy pour les saisons 1868, 1869 (Commission des eaux minérales).

3° Le compte rendu des vaccinations et des revaccinations pratiquées dans le 3e régiment du train des équipages militaires en garnison à Châteauroux (Indre), par M. le docteur Rique.

4° Une note de M. le docteur Moullier sur une épidémie de varioloïde qui a sévi sur le 40e régiment d'infanterie à Givet.

5° Une note sur un nouveau procédé de suture de l'intestin par M. le docteur Berenger-Féraud, médecin principal de la marine.

Voici comment l'auteur décrit son procédé :

« Les matériaux nécessaires sont huit ou dix épingles ordinaires, de 9 millimètres environ, deux bouchons de liége et un morceau de cire d'Espagne. Voici comment on procède pour préparer l'instrument de la réunion intestinale : chaque bouchon est coupé en forme de prisme quadrangulaire de 6 millimètres de côté environ, et de la longueur de la plaie intestinale. Quatre ou cinq épingles sont enfoncées dans chacun de ces prismes et les traversent, de manière à ce que leur pointe fasse saillie, tandis que la tête touche le trou d'entrée. On ensevelit alors cette tête sous une couche de cire d'Espagne, et l'on a ainsi deux petits peignes (fig. 1).

Fig. 1.

A B

Fig. 2.

« Ces peignes sont mis en place de la manière suivante : le corps du prisme de liége étant au contact de la surface muqueuse, on fait traverser aux pointes d'épingle la paroi intestinale de dedans en dehors à 1 ou 2 millimètres de la lèvre de la plaie. Une fois qu'elles ont toutes bien traversé les tissus, on tourne les deux prismes de manière à ce que les pointes d'épingles se correspondent (fig. 2), et alors, exerçant sur eux, à travers la paroi intestinale, une légère pression entre le pouce et l'index, on fait pénétrer à la fois les épingles du prisme droit dans le liége du prisme gauche, et *vice versa*. La plaie de l'intestin se trouve ainsi réunie très-exactement, de manière à ce qu'aucun corps étranger ne paraisse à la surface péritonéale (fig. 3), et l'intestin peut être abandonné dans l'abdomen.

A B

Fig. 3.

Fig. 4.

« La figure 4 est une coupe schématique qui nous montre que les deux prismes réunis forment un petit corps allongé, sans aspérités extérieures, et d'un volume assez petit pour permettre la libre circulation des matières. Quelques jours après l'opération, et alors que la cicatrice de la plaie intestinale est complète, la portion de tissus traversée par les épingles se coupe, le liége tombe dans l'intestin, et les selles l'entraînent au dehors.

« Le liége étant sec au moment de son introduction dans l'intestin, il arrive que l'humidité à laquelle il est soumis ensuite le fait gonfler autour des épingles et augmente ainsi la solidité de la réunion. Dans le cas, cependant, où l'on craindrait que les mouvements de l'intestin ne fissent séparer les deux morceaux de liége, on pourrait, par excès de précautions, introduire dans chaque prisme une épingle recourbée dont on couperait au préalable la tête (fig. 5), et

A B

Fig. 5.

une fois la plaie intestinale fermée, on presserait mollement entre le pouce et l'index sur les prismes aux points A et B à travers la tunique intestinale; on aurait alors une réunion que rien ne pourrait détruire dans l'intestin; mais cette dernière précaution est superflue, à mon avis.

« Si la plaie intestinale est très-étendue, on peut placer bout à bout deux ou plusieurs des petits prismes que je viens de décrire. Le procédé actuel est indiqué surtout pour les plaies longitudinales et obliques; il peut néanmoins s'appliquer aux plaies transversales. Dans ce cas, les prismes seront plus courts, de manière à ce qu'il en faille six pour occuper la circonférence entière du tube. Ils seront d'abord tous mis en place séparément sur chaque segment intestinal, et ce n'est qu'ensuite que leur réunion sera effectuée.

M. BUSSY présente une note de M. Personne sur les préparations et les propriétés de l'hydrate de chloral.

M. LARREY présente : 1° un compte rendu, par M. Le Fort, de l'ouvrage de M. le docteur Chenu intitulé : *La Campagne d'Italie en 1859, au point de vue médico-chirurgical et administratif.*

2° Une brochure de M. le docteur Jules Arnoult *sur les Origines et les Affinités du typhus.*

M. BOUVIER présente un travail *sur l'Atrophie musculaire progressive*, par M. le docteur Morax (de Vaud).

M. CHAUFFARD offre en hommage, au nom de M. le docteur René Briau, un ouvrage intitulé : *l'Assistance médicale chez les Romains.*

M. BOUCHARDAT présente une brochure *sur la Mortalité des nouveau-nés*, par M. le docteur Gouneau.

M. BROCA dépose sur le bureau un exemplaire des procès-verbaux des séances du conseil de l'intendance générale sanitaire d'Égypte sur l'épidémie du choléra de 1865-1866.

M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer à l'Académie la mort de M. le docteur Poiseuille, membre de la section d'anatomie et de physiologie.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, au renouvellement partiel des commissions permanentes.

Sont nommés : *Épidémies* : MM. Fauvel et Sée. — *Eaux minérales* : MM. de Kergaradec et Poggiale. — *Remèdes secrets* : MM. Guérard et Bouchardat. — *Vaccine* : MM. Blache et Jacquemier. — *Comité de publication* : MM. Bouillaud, Bussy, Bergeron, Roger et Colin.

Discussion sur la mortalité des nourrissons.

M. CHAUFFARD étudie la question au point de vue politique, économique et social.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le directeur,

C'est hier (1) seulement que j'ai eu connaissance de la lettre que M. Dolbeau, professeur à la Faculté de médecine, a fait insérer dans la *Gazette des Hôpitaux* du 11 courant.

En ce qui concerne personnellement M. Dolbeau, je réponds que le *Guide pratique pour le traitement de la pierre* a été publié sur les manuscrits de mon père, par les soins de M. Guardia, d'après la volonté formelle de l'auteur, consignée en ces termes dans son testament olographe (Paris, le 14 septembre 1866, revu le 22 avril 1867) :

« Je charge M. Guardia, bibliothécaire de l'Académie de médecine, rue des Saints-Pères, de mettre en ordre mes papiers, de classer ceux qui doivent être conservés et de détruire le reste.

« Il publiera, après révision et correction d'épreuves, le livre que j'ai préparé pour servir de guide aux chirurgiens dans le traitement des voies urinaires. »

L'ouvrage est de la main de mon père, et j'en accepte, d'une manière absolue, la responsabilité. Je n'admets donc pas que M. Dolbeau traite *d'allégations calomnieuses* les passages qui le concernent dans l'introduction du *Guide-Pratique*. Il ne me convient pas, monsieur le directeur, d'engager une polémique avec M. Dolbeau, ancien élève de mon père ; mais personne ne me trouvera trop exigeant si je lui demande formellement de retirer ces mots : *allégations calomnieuses*, qu'il est de mon devoir de ne pas tolérer.

Je termine en rappelant à M. Dolbeau, puisqu'il semble l'oublier, que *l'éditeur des OEuvres posthumes du docteur Civiale* a été élève de l'École polytechnique et capitaine du génie avant de s'occuper *des progrès de la photographie*.

Veuillez, monsieur le directeur, insérer cette réponse dans votre plus prochain numéro, et recevoir l'assurance de ma considération la plus distinguée.

A. CIVIALE.

(1) M. Rothschild, éditeur de M. Civiale, ayant reçu le numéro du journal contenant cette lettre, avec prière de le faire tenir à M. Civiale, il n'a tenu ni de M. Dolbeau, ni de la direction de la *Gazette des Hôpitaux*, que M. Civiale reçut plus tôt la lettre de M. Dolbeau. (Dr E. L.)

Le directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie POUGIN, quai Voltaire, 13.

TABLE DES MATIÈRES

DE LA

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES — 1869

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1869

PARIS. — IMPRIMERIE POUGIN, QUAI VOLTAIRE, 13